

**La péréquation régionale des dépenses hospitalières
Analyse dans quatre régions**

*Rapport présenté par
Henri BONAN, Jean Paul DARNIS,
Jean-François CHADELAT, François SCHECHTER
Membres de l'Inspection générale des affaires sociales*

*Rapport n° 2001 113
Octobre 2001*

Le présent rapport constitue la deuxième phase de l'évaluation de la politique de péréquation des dotations régionalisées des dépenses hospitalières. Il recouvre l'analyse, dans les régions, de l'impact budgétaire et sanitaire du dispositif national, et de sa déclinaison au plan infra régional, tant au niveau de l'ARH que des établissements concernés.

Son objet est, conformément à la lettre de mission du 5 mars 2001 de madame la ministre de l'emploi et de la solidarité, de vérifier, à l'aide d'études monographiques obéissant à un canevas d'examen commun, si l'effort demandé aux régions contributrices a pour contrepartie une réelle amélioration de l'efficience des hôpitaux des régions bénéficiaires, et donc de l'offre de soins.

A cette fin, la mission a choisi, en accord avec la DHOS, de s'attacher aux deux premières régions prioritaires (Picardie et Poitou-Charentes) et aux deux premières des trois régions contributrices : l'Île de France (y compris l'AP-HP) et Midi Pyrénées.

Dans chacune d'elles, le rôle, la place et la politique des ARH ont été analysés, ainsi que l'impact particulier de la péréquation dans les hôpitaux de ces régions. Dix huit établissements ont été choisis, volontairement différents en taille, en nature et en structure d'activité, les CHU des régions concernées étant systématiquement étudiés.

1/ Concernant la première des régions contributrices, **l'Île de France**, la mission a procédé à l'examen d'une part de la région hors AP-HP et de l'AP - HP en propre.

Cette approche était nécessaire compte tenu de la singularité de cette dernière structure qui représente, à elle seule, un ensemble de 41 établissements et une dotation budgétaire supérieure (27,5 MdF) à celle de la seconde région en termes de budget, à savoir la région Rhône-Alpes (25 MdF).

1A/ Sur la région Île de France hors AP-HP, la mission constate que malgré l'importante contrainte que représente l'abondement régional au dispositif de péréquation (86,6 % du total), celui-ci joue encore imparfaitement son rôle de levier dans la recomposition du tissu hospitalier francilien.

Ce dernier continue de présenter à la fois un excédent global de l'offre en court séjour, et d'importants déséquilibres géographiques. On observe, notamment, un excédent de lits de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) dans les secteurs sanitaires situés au centre de la région et, symétriquement, dans ces mêmes secteurs, un déficit de lits de soins de suite et de réadaptation (SSR) et de psychiatrie.

En 1999, les quatre secteurs parisiens (sur 14 que compte la région) présentaient ainsi un indice MCO plus de deux fois supérieur (7,99) à celui de la Seine et Marne (3,38).

Dans ce contexte, le rapport souligne l'importance de l'incidence financière de la péréquation, même étalée sur 28 ans. Elle conduit, toutes choses égales par ailleurs, à une réduction de la dotation régionale de 0,92 % pour les exercices 2001 à 2003 (fin de la période de péréquation accélérée, soit 550 MF par an) et de 0,85% (-504 MF par an)

ensuite. A terme, en francs constants, la dotation régionale de l'Ile de France, devrait être réduite de 12,7 milliards de francs, soit 21,22% de la dotation 2001.

En réalité, les effets report, les mesures générales et spécifiques atténuent cette réfaction, mais ils conduisent, néanmoins, à une augmentation plus faible de la dotation (+ 2,11 % en 2001) que l'ONDAM national (+3% en 2001).

Le rapport constate que, face à la contrainte budgétaire, les centre hospitaliers franciliens ont, dans leur majorité, plutôt préféré mobiliser leurs marges de manœuvre traditionnelles (reports de charges, déficits, retards de paiements, différés de recrutement,...) que de s'engager dans de véritables restructurations. Ainsi la diminution de lits (-6280) mesurée de janvier 1997 à juin 2000 est-elle essentiellement le fait du secteur privé (-4292 lits) et le nombre d'opérations de restructuration ne suffit pas à garantir le financement futur des efforts attendus. Les visites de sites ont fait apparaître que rares étaient les établissements ayant réellement la volonté de s'interroger sur leurs missions, leur organisation et leur devenir.

Par ailleurs, la mission a également constaté, sur le terrain, que les mesures ciblées et générales, reposant sur un principe d'affectation proportionnelle aux effectifs ou à l'activité (par ex : protocole Aubry) favorisaient dans les faits, des politiques attentistes et donc des retards dans les nécessaires adaptations de l'offre sanitaire.

Pourtant, le rapport constate que l'ARH s'est attachée à jouer pleinement le jeu de la péréquation en s'efforçant de répartir l'essentiel de sa dotation (33,55 MdF en excluant l'AP-HP) de la façon la plus mécanique et la plus transparente possible. A cette fin, la dotation des établissements est calculée à partir de la valeur du point ISA modifié, à la marge, pour tenir compte des charges sociales dans les établissements PSPH et de la sous valorisation de la chirurgie ambulatoire par le PMSI. Par ailleurs, l'ARH conserve un volant de dotations complémentaires aux fins de financement de mesures spécifiques ou de contractualisation, en cours d'année, avec les établissements. Le rapport constate que l'ARH pratique cette contractualisation dans le respect des priorités nationales et de celles du SROS d'Ile de France.

1B/ S'agissant de l'AP-HP, la mission considère que la situation n'est pas satisfaisante au regard du dispositif de péréquation.

Tout d'abord, l'AP-HP ne fait l'objet que d'une péréquation indirecte. En effet son taux de reconduction annuel est établi après la fixation du taux global régional et après réunion de son conseil de tutelle. Ce dernier, qui réunit entre autres les directeurs du budget, de la sécurité sociale, de l'hospitalisation et le directeur de l'ARH d'Ile de France, lui attribue le taux régional diminué forfaitairement de 0,3 point. La mission note que cette réfaction n'a pas de réelle justification méthodologique.

Ainsi, en 2001, pour un taux régional moyen de +1,97 %, l'Ile de France hors AP a obtenu +2,11 % et l'AP-HP + 1,81 %.

Pour gérer ce taux, la direction de l'AP-HP s'appuie sur sa procédure budgétaire interne. Elle se comporte vis à vis des établissements plus comme une direction d'hôpital vis à vis de ses services que comme une « ARH ». Elle n'utilise pas de

formule de péréquation interne. A ce stade, l'utilisation du point ISA (que la direction n'a intégré dans son approche qu'en 2000) est restée sous-jacente en 2001. La direction est ainsi conduite à répartir les moyens des établissements selon une logique égalitaire. La dotation dont elle dispose pour mener des actions de rééquilibrage ou financer des priorités (appelée contribution de solidarité) se limite ainsi à 90 MF en 2001.

Le rapport note que cette méthode, qui répond à de nombreuses contraintes, n'a pas conduit l'AP-HP à se restructurer en profondeur. Sa direction ne peut faire état que de rares opérations et son plan stratégique 2001-2004 ne répond que très imparfaitement aux nécessités qui sont ou vont être liées aux contraintes budgétaires. A structures inchangées et procédures inchangées, la mission estime que l'AP-HP ne pourra plus assumer la péréquation dans les toutes prochaines années.

Il apparaît dès lors souhaitable à la mission que l'AP-HP, ou bien soit véritablement intégrée dans le système de péréquation de la région Ile de France, ou bien fasse l'objet d'un traitement clairement isolé dans le cadre de la péréquation. Cette alternative offre le mérite de la clarté. Elle ne résoudra pas pour autant les exigences de restructuration.

En tout état de cause un soutien politique fort à la mise en œuvre d'une vision stratégique audacieuse pour recomposer l'offre est la condition indispensable pour espérer une évolution de l'AP-HP.

2/ En région Midi Pyrénées, la situation est fondamentalement différente puisque l'ARH a conduit, depuis 1997 six opérations de restructurations et les fermetures de sites prévues par l'atlas et les circulaires ministérielles. A l'inverse l'exercice de péréquation intra-régional est contesté officiellement par le directeur de l'ARH.

Ce dernier a privilégié, en 2001, la reconduction des moyens (+2 % sur un taux d'évolution total de la dotation régionale de + 2,72 %) alloués aux établissements, au détriment d'une politique de rebasage. L'utilisation du point ISA est, dans le dispositif adopté, ultra marginale.

La seule modulation constatée par la mission est un taux majoré à + 2,10 % pour les établissements psychiatriques et à + 2,05 % pour les établissements de petite taille. Cette politique revient, concrètement, à vider de toute portée restructurante le dispositif national.

Le directeur la justifie par les très importantes tensions et difficultés rencontrées par les établissements de la région.

La mission a observé ces difficultés, notamment au CHU de TOULOUSE, et à un moindre titre à l'hôpital de CAHORS, pourtant gérés avec rigueur. Elle n'a pourtant trouvé aucune situation d'ensemble, qui justifie cette approche clairement contraire à la logique, aux instructions nationales et aux objectifs du dispositif de péréquation.

Par ailleurs, la mission considère que cette attitude, par nature de court terme, est également inconciliable avec les ambitions affichées par l'ARH de poursuivre la modernisation de ses établissements. La région s'est, en effet, dotée d'un plan

pluriannuel d'investissements (PPI) pour la période 2000/2005 de plus de 1 MdF. L'ARH réclamera inévitablement un soutien national (via le FIMHO, notamment) qu'il sera difficile d'obtenir dans un contexte de négation par l'ARH de la politique générale de péréquation conduite par le ministère.

Le directeur de l'ARH, pour justifier sa position, conduit un raisonnement par soldes et affectations. Il considère que le taux de 2 % alloué uniformément, lui laisse un solde de 0,72 point qu'il peut affecter à des actions ciblées, conformément aux priorités nationales et du SROS. Il a ainsi affecté 0,48 % du taux, au financement d'appels à projets et 0,16 % aux engagements pris dans le cadre des COM. Les 0,06 % restant, soit 6 MF correspondent aux crédits de péréquation intra-régionale.

Ce dispositif est sans doute simple. Il est toutefois contraire à l'objectif de la péréquation. Extrapolé au plan national, il signifierait la fin du dispositif.

3/ Concernant la région Picardie, bénéficiaire, la mission constate le bon usage général des crédits supplémentaires obtenus. Le rebasement progressif des établissements se fait majoritairement dans le cadre de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens et sur la base de leurs points ISA par rapport à la valeur moyenne nationale, mais aussi régionale. Les établissements ayant un point supérieur à cette dernière (12 dans la région) sont pénalisés au bénéfice de ceux dont le point est inférieur (10 dans la région). Une zone de tolérance de 5 % d'écart par rapport à la valeur régionale du point est intégré dans la mise en place du dispositif.

L'objectif d'ensemble de la péréquation est ainsi respecté. Pour autant, la mission formule deux constats :

-Tout d'abord, la gestion de l'ARH reste pragmatique. Cette dernière conserve 20 % de l'enveloppe de péréquation pour financer les projets, définis sur appels d'offres, des établissements, mais aussi en intervenant plus ponctuellement en cours d'exercice..

La mission note toutefois un nombre limité de contrats d'objectifs et de moyens. Cinq ont été signés à ce jour, excluant le CHU. L'ARH semble éprouver des réticences à entrer dans des engagements pluriannuels qui seraient pourtant les vecteurs d'une véritable réflexion stratégique au moment où la région bénéficie d'un abondement exceptionnel pour recomposer son offre hospitalière.

-Les crédits supplémentaires sont très majoritairement utilisés pour renforcer les moyens en personnels. Au CHU d'AMIENS, les 27,6 MF obtenus en 2000 et les 20,7 MF affectés en 2001 se sont ainsi traduits par la création d'un total de 112 postes (72 en 2000 et 40 en 2001). Le même constat est fait par la mission dans les autres établissements visités. Cette politique de renforcement systématique des moyens humains, reposant sur les écarts constatés avec les autres régions, devra, dans l'avenir faire la preuve de sa pertinence.

A ce titre, la mission regrette que les fiches de suivi des crédits obtenus par les établissements dans le cadre de la péréquation, première étape d'un dispositif d'évaluation, n'aient pas été exploitables au moment de son passage, en partie en raison d'une conception trop complexe et peu explicite de leur première version, définie par

l'ARH. De ce fait, la mission n'a pu isoler les crédits issus de la seule péréquation de la totalité des crédits supplémentaires obtenus et a dû raisonner de façon trop globale.

4/ En région Poitou-Charentes, première bénéficiaire de l'effort national, la mission a également observé une politique de l'ARH conforme aux objectifs nationaux. La péréquation s'est traduite, en cinq ans, par un accroissement de la dotation régionale de 17, 22 %, soit un apport de 410 MF. Il a permis d'améliorer et d'équilibrer l'offre de soins régionale. Pour y parvenir l'ARH consacre environ 60 % des apports de péréquation à répondre aux projets des établissements, après approbation de leurs priorités. Ces dernières doivent s'inscrire dans le cadre des priorités nationales et de celles retenues par le SROS régionalement.

L'ARH manifeste sa volonté de généraliser, d'ici la fin 2002, la démarche contractuelle avec les 28 hôpitaux de la région afin de renforcer la cohérence d'ensemble de l'offre sanitaire autour de ses cinq pôles urbains de référence. La mission s'interroge sur le réalisme de cet objectif contractuel alors, qu'à ce jour, seulement huit COM ont été signés.

Par ailleurs, la mission a relevé deux insuffisances dans le dispositif d'allocation des moyens mis en place par l'ARH :

-d'une part, le parti pris par celle ci de répondre aux demandes des hôpitaux sur la base de leurs projets est susceptible de critiques si les moyens dispensés répondent à des insuffisances de gestion ou à des facilités contestables ;

-d'autre part, l'attribution du solde des crédits issus de la péréquation s'effectue en tenant compte, sur la base du PMSI, de la productivité relative des personnels. L'ARH entend privilégier les personnels « en moyenne plus productifs » dans les différents établissements. Cette approche ne s'inscrit pas forcément dans l'esprit de la péréquation intra-régionale. En clair, ceci autorise un système d'avancements d'échelon et de grade plus généreux qu'ailleurs, ce qui ne se justifie pas et constitue un frein à la mobilité du personnel.

Concernant, enfin, le point particulier de la psychiatrie, la mission a pu constater, en Poitou-Charentes, les conséquences sur le terrain de l'absence d'indicateur ISA approprié. Le critère retenu en substitut (dépenses hospitalières par habitant) n'est pas satisfaisant et retarde la nécessaire adaptation d'un secteur qui représente près de 15 % de la dotation nationale. Ce constat, amène la mission à réaffirmer qu'il faut dissocier, dans l'actuelle formule de péréquation, la dotation psychiatrique et lui donner, dès la campagne 2002, des règles d'évolution propre.

Au-delà de ces remarques, la mission juge plutôt positivement la politique d'ensemble conduite par l'ARH et l'utilisation globale des crédits de péréquation qui lui ont été alloués. Il appartient cependant à l'ARH de mieux définir ses délégations à l'échelon départemental pour que ses objectifs de planification et de contractualisation aboutissent plus rapidement, dans un meilleur esprit de dialogue avec les établissements hospitaliers.

En **conclusion**, la mission constate que ses observations et préconisations de première phase se trouvent validées par ses analyses de terrain. En ce qui concerne les deux régions bénéficiaires, elle considère qu'il a été globalement fait bon usage des apports de la péréquation et qu'une réflexion pluriannuelle- certes encore à parfaire et à doter d'outils d'évaluation- a été engagée.

La mission estime cependant que ces résultats auraient pu être obtenus avec une allocation de moyens moins importante.

La mission a pu vérifier, dans les établissements de ces régions bénéficiaires, l'apport concret de la péréquation accélérée et donc, symétriquement, les effets à attendre de la fin de cette dernière. Les hôpitaux concernés doivent s'y préparer dans la mesure où le rapport confirme la nécessité de ne pas renouveler le dispositif à compter de la campagne 2004.

En ce qui concerne les deux régions contributrices, la mission considère qu'il convient d'apporter au traitement budgétaire de l'AP-HP une attention particulière. Celle-ci est en réalité une région à part entière en termes de dotation. Il convient de revoir, en conséquence, le mode de péréquation indirecte dont elle fait l'objet. La direction de l'AP-HP doit, par ailleurs, s'attacher à assurer une réelle péréquation entre ses 41 établissements.

La mission fait un constat analogue pour l'ARH Midi Pyrénées. Son refus de mettre la péréquation au centre du dispositif de rééquilibrage infra- régional conduit à fragiliser le dispositif d'ensemble mis en place par le ministère. La logique même de la péréquation est de servir de vecteur à la nécessaire recomposition du tissu hospitalier.

Enfin, la mission confirme son constat d'une nécessaire révision du mode de traitement de la psychiatrie dès 2002. Par ailleurs il conviendra de veiller à ce que l'allocation des moyens dans le cadre de l'ARTT ne contrarie pas les efforts entrepris au titre de la péréquation par une attribution proportionnelle des moyens nouveaux.

Le rapport souligne que le principe même de la péréquation, n'est et ne doit, non seulement, pas être remis en cause, mais que de plus il reste l'aiguillon indispensable pour inciter les établissements à engager des restructurations.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	8
PREMIÈRE PARTIE - LA RÉGION ILE DE FRANCE.....	9
1.1 L'ARH DE L'ILE DE FRANCE	10
1.1.1 <i>Le cadre général</i>	10
1.1.1.1 Présentation de la région Ile de France	10
1.1.1.2 La situation de l'offre de soins hospitalière en Ile de France.....	11
1.1.1.3 Les outils de la Planification	11
1.1.1.4 La Campagne Budgétaire	12
1.1.2 <i>L'application de la péréquation en Ile de France</i>	13
1.1.2.1 Le calcul des dotations	13
➤ La dotation de la région	13
➤ La détermination du budget notifié de 2001	15
➤ La péréquation en région Ile de France.....	15
➤ Le taux de reconduction MCO.....	17
1.1.2.2 Les effets de la péréquation.....	20
1.2 L'ASSISTANCE PUBLIQUE – HÔPITAUX DE PARIS	23
1.2.1 <i>Un ensemble atypique au regard de la péréquation</i>	23
1.2.2 <i>Présentation sommaire de l'AP – HP, dans l'optique de la péréquation</i>	23
1.2.3 <i>L'AP – HP et le mécanisme de péréquation</i>	28
1.2.4 <i>La procédure budgétaire spécifique à l'AP</i>	28
1.2.5 <i>Les effets de la péréquation</i>	29
1.3 LE CENTRE HOSPITALIER D'ORSAY	32
1.3.1 <i>Le Cadre Général</i>	32
1.3.2 <i>L'Activité</i>	32
1.3.3 <i>Les Ressources Humaines</i>	33
1.3.4 <i>Les Finances</i>	34
1.3.5 <i>Les perspectives de l'établissement</i>	35
1.3.6 <i>Les effets de la péréquation</i>	36
1.4 LE CENTRE HOSPITALIER DE RAMBOUILLET.....	38
1.4.1 <i>Le Cadre Général</i>	38
1.4.2 <i>L'Activité</i>	39
1.4.3 <i>Les ressources humaines</i>	40
1.4.4 <i>Les Finances</i>	41
1.4.5 <i>Les Perspectives de l'Etablissement</i>	41
1.4.6 <i>Les effets de la péréquation</i>	42
1.5 LE CENTRE HOSPITALIER DE VERSAILLES	48
1.5.1 <i>Le Cadre Général</i>	48
1.5.2 <i>L'Activité</i>	48
1.5.3 <i>Les Ressources Humaines</i>	49
1.5.4 <i>Les Finances</i>	50
1.5.5 <i>Les Perspectives de l'Etablissement</i>	50
1.5.6 <i>Les effets de la péréquation</i>	51
DEUXIÈME PARTIE - LA RÉGION MIDI-PYRÉNÉES.....	55
2.1 AGENCE RÉGIONALE DE L'HOSPITALISATION DE MIDI PYRÉNÉES	56
2.1.1 <i>Le cadre général</i>	56
2.1.1.1 Présentation de l'Agence régionale de l'hospitalisation	56
➤ Organigramme	56
➤ Fonctionnement de l'ARH.....	57
2.1.1.2 Présentation de la région Midi-Pyrénées	57
➤ cadre général.....	57
2.1.1.3 L'offre de soins régionale	58
➤ Le SROS	59
➤ Etat de la réorganisation de l'offre de soins (cf également II – 2)	60

2.1.1.4	La procédure budgétaire	61
➤	La procédure budgétaire relative à l'exercice 2001 a suivi et doit suivre un calendrier en cinq étapes :	61
➤	Particularités et crédits ciblés	61
2.1.2	<i>Les péréquations inter et intra-régionales</i>	61
2.1.2.1	La péréquation inter-régionale.....	61
➤	Une méthode contestée	61
➤	La contribution à la péréquation sur 5 exercices.....	63
2.1.2.2	La péréquation intra-régionale.....	64
2.1.3	<i>La répartition de l'effort de péréquation</i>	64
2.1.4	<i>Appréciation générale</i>	65
2.2	LE CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE DE TOULOUSE (CHU)	67
2.2.1	<i>Le cadre général</i>	67
2.2.1.1	Présentation générale de l'établissement	67
➤	Evolution des capacités.....	67
➤	Evolution de l'activité.....	68
➤	Les effectifs (ETP).....	69
➤	Zone d'attraction.....	69
➤	Les investissements	70
2.2.1.2	Les outils de planification	70
2.2.1.3	La situation financière (cf également II – 2.1).....	71
➤	Evolution de la valeur du point ISA.....	71
➤	Les ratios bilan	
2.2.2	<i>Le budget de l'établissement</i>	71
2.2.2.1	Le cadre général	71
➤	La traduction dans l'évolution des groupes de dépenses (en KF).....	72
➤	Les effets de la péréquation	72
2.3	LE CENTRE HOSPITALIER DE CAHORS	74
2.3.1	<i>Cadre général</i>	74
2.3.1.1	Présentation de l'établissement.....	74
➤	Son activité fait apparaître une évolution modérée	74
➤	Le taux d'occupation en MCO apparaît satisfaisant et doit être interprété à la lumière d'une durée moyenne de séjour elle aussi satisfaisante.....	75
➤	Les effectifs	75
➤	zone d'attraction	76
➤	Les investissements	76
➤	Difficultés rencontrées par l'établissement	77
2.3.1.2	Les outils de planification	77
2.3.1.3	La situation financière	77
➤	Evolution de la valeur du point ISA.....	78
➤	Les ratios bilan	
2.3.2	<i>Le budget de l'établissement</i>	78
2.3.2.1	Cadre général.....	78
➤	Les effets de la péréquation	79
2.4	LE CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DU VAL D'ARIÈGE	81
2.4.1	<i>Le cadre général</i>	81
2.4.1.1	Présentation de l'hôpital	81
➤	Les capacités du CHIVA	81
➤	Activités.....	82
➤	Effectifs	82
➤	L'attractivité	83
➤	Les investissements	83
➤	Difficultés	84
2.4.1.2	Les outils de planification	84
2.4.1.3	La situation financière	85
➤	Evolution de la valeur du point ISA (cf I – 1.4).....	85
➤	Les ratios bilan	
2.4.2	<i>Budget de l'établissement</i>	86
2.4.2.1	Cadre général.....	86
➤	Evolution en masses (en K.F.)	86
➤	Les effets de la péréquation	87

TROISIÈME PARTIE – LA RÉGION PICARDIE.....	88
3.1 L’AGENCE RÉGIONALE DE L’HOSPITALISATION DE PICARDIE	89
3.1.1 <i>La Picardie en quelques chiffres.</i>	89
3.1.2 <i>L’équipement et l’organisation sanitaire.</i>	90
3.1.2.1 Le retard général de la Picardie se retrouve dans le domaine sanitaire.....	90
3.1.2.2 Ces équipements se répartissent sur huit secteurs sanitaires.....	91
3.1.2.3 Le parc immobilier présente une vétusté certaine.....	92
3.1.2.4 Les outils de la planification se mettent progressivement en place.	92
➤ Le deuxième schéma régional d’organisation sanitaire (SROS) a été arrêté le 26 novembre 1999....	92
➤ Plus récemment, le 26 janvier 2001, la directrice de l’ARH de Picardie a arrêté le schéma régional d’organisation sanitaire pour la Psychiatrie	93
➤ En revanche, peu de Contrats d’Objectifs et de Moyens (COM) sont signés à ce jour.	93
➤ Enfin, plusieurs autres établissement hospitaliers ont rédigé un projet d’établissement.....	93
3.1.3 <i>L’approche budgétaire.</i>	94
3.1.3.1 56 établissements sont financés par dotation globale.	94
3.1.3.2 La procédure d’allocation des moyens est lourde et difficile.	94
➤ La campagne budgétaire débute au mois d’avril de l’année N-1 et s’étale sur plusieurs mois.	94
➤ Cette procédure régionale apparaît totalement déconnectée des procédures nationales.....	95
3.1.3.3 Trois types d’éléments constituent la dotation budgétaire régionale.	95
➤ La dotation de base.	95
➤ Une dotation complémentaire.	98
3.1.4 <i>La répartition de la dotation de péréquation.</i>	98
3.1.4.1 La place de la Picardie au plan national.	98
3.1.4.2 Les modalités de répartition.	99
3.1.4.3 L’affectation des crédits est conforme aux priorités régionales.	102
3.1.4.4 Ces crédits ont servi principalement à un renforcement des moyens humains	102
3.1.4.5 Le suivi de l’utilisation de ces crédits est engagé.....	104
3.2 LA PÉRÉQUATION HOSPITALIÈRE AU CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL ET UNIVERSITAIRE D’AMIENS.....	106
3.2.1 <i>. Le cadre général.</i>	106
3.2.1.1 Présentation de l’établissement.....	106
3.2.1.2 L’activité de l’établissement.....	106
➤ Les indicateurs traditionnels.	106
➤ Les moyens en personnels.	108
➤ Les investissements.	108
3.2.1.3 Du projet d’établissement au contrat d’objectifs et de moyens.	109
3.2.1.4 Les données financières.....	109
➤ La structure budgétaire.	109
➤ Du rapport d’orientation budgétaire (ROB) au BP arrêté.	110
➤ L’évolution du point ISA.....	110
3.2.2 <i>La dotation de péréquation.</i>	111
3.2.2.1 Les crédits obtenus.	111
3.2.2.2 L’affectation des crédits.	111
➤ Elle correspond aux priorités régionales :	111
➤ Les crédits sont surtout destinés à des dépenses de personnel :	111
3.2.2.3 Les résultats obtenus.	113
➤ Il s’agit surtout d’un renforcement des moyens en personnel.....	113
➤ Le second poste concerne les dépenses médicales du groupe 2.....	115
3.3 LA PÉRÉQUATION HOSPITALIÈRE AU CENTRE HOSPITALIER D’ABBEVILLE	116
3.3.1 <i>Le cadre général.</i>	116
3.3.1.1 Présentation de l’établissement.....	116
3.3.1.2 L’activité de l’établissement.....	116
➤ Les indicateurs traditionnels.	116
➤ Les moyens en personnels.	118
➤ Les investissements.	118
3.3.1.3 Les outils de planification.	119
➤ Du projet d’établissement au Contrat d’objectifs et de moyens.	119
➤ La coopération inter-établissements.....	120

3.3.1.4	Les données financières.....	120
➤	La structure budgétaire.	120
➤	Du Rapport d'orientation budgétaire (ROB) au BP arrêté.	121
➤	L'évolution du point ISA.....	122
3.3.2	<i>La dotation de péréquation</i>	122
3.3.2.1	Les crédits obtenus.	122
3.3.2.2	L'affectation des crédits	122
➤	Elle correspond aux priorités régionales :.....	122
➤	Les crédits sont surtout destinés à des dépenses de personnel :.....	123
3.3.2.3	Les résultats obtenus.	123
➤	Un renforcement des moyens en personnel.	123
3.4	LA PÉRÉQUATION HOSPITALIÈRE AU CENTRE HOSPITALIER LAENNEC DE CREIL	126
3.4.1	<i>Le cadre général</i>	126
3.4.1.1	Présentation de l'établissement.....	126
3.4.1.2	L'activité de l'établissement.....	126
➤	Les indicateurs traditionnels.....	126
➤	Les moyens en personnels.....	127
➤	Les investissements.....	128
3.4.1.3	Les outils de planification	129
➤	Un projet d'établissement approuvé par l'ARH.....	129
➤	La coopération inter-établissements.....	129
3.4.1.4	Les données financières.....	129
➤	La structure budgétaire.	129
➤	Du rapport d'orientation budgétaire (ROB) au BP arrêté.	130
➤	L'évolution du point ISA.....	131
3.4.2	<i>La dotation de péréquation</i>	131
3.4.2.1	Les crédits obtenus.	131
3.4.2.2	L'affectation des crédits	132
➤	Elle correspond aux priorités régionales :.....	132
➤	Les crédits sont surtout destinés à des dépenses de personnel :.....	132
3.4.2.3	Les résultats obtenus.	133
➤	Essentiellement un renforcement des moyens en personnel.	133
➤	Les autres crédits attribués en 2001 concernent deux opérations.....	135
3.5	LA PÉRÉQUATION HOSPITALIÈRE AU CENTRE HOSPITALIER DE SAINT QUENTIN.....	136
3.5.1	<i>Le cadre général</i>	136
3.5.1.1	Présentation de l'établissement.....	136
3.5.1.2	L'activité de l'établissement.....	136
➤	Les indicateurs traditionnels.....	136
➤	Les moyens en personnels.....	138
➤	Les investissements.....	138
3.5.1.3	Les outils de planification	139
➤	Le projet d'établissement et le contrat d'objectifs et de moyens.....	139
➤	La coopération inter-établissements.....	139
3.5.1.4	Les données financières.....	140
➤	La structure budgétaire.	140
➤	Du rapport d'orientation budgétaire (ROB) au BP arrêté.	140
➤	L'évolution du point ISA.....	141
3.5.2	<i>La dotation de péréquation</i>	141
3.5.2.1	Les crédits obtenus.	141
3.5.2.2	L'affectation des crédits	142
➤	Elle correspond aux priorités régionales :.....	142
➤	Les crédits sont surtout destinés à des dépenses de personnel :.....	142
3.5.2.3	Les résultats obtenus.	143
3.6	LA PÉRÉQUATION HOSPITALIÈRE AU CENTRE HOSPITALIER DE SENLIS.....	147
3.6.1	<i>Le cadre général</i>	147
3.6.1.1	Présentation de l'établissement.....	147
3.6.1.2	L'activité de l'établissement.....	147
➤	Les indicateurs traditionnels.....	147
➤	Les moyens en personnels.....	148
➤	Les investissements.....	149
3.6.1.3	Les outils de planification	150
➤	Le projet d'établissement.....	150
➤	Le Contrat d'Objectifs et de Moyens.....	150

➤ La coopération inter-établissements.....	150
3.6.1.4 Les données financières.....	151
➤ La structure budgétaire.	151
➤ Du Rapport d'orientation budgétaire (ROB) au BP arrêté.	151
➤ L'évolution du point ISA.....	152
3.6.2 <i>La dotation de péréquation</i>	152
3.6.2.1 Les crédits obtenus.	152
3.6.2.2 L'affectation des crédits	153
➤ Elle correspond aux priorités régionales :.....	153
➤ Les crédits sont surtout destinés à des dépenses de personnel :	153
3.6.2.3 Les résultats obtenus.	154
➤ Un renforcement des moyens en personnel.	154
➤ Les crédits pour dépenses médicales ont porté sur deux postes.....	155
3.7 LA PÉRÉQUATION HOSPITALIÈRE AU CENTRE HOSPITALIER DE SOISSONS.....	157
3.7.1 <i>Le cadre général</i>	157
3.7.1.1 Présentation de l'établissement.....	157
3.7.1.2 L'activité de l'établissement.....	157
➤ Les indicateurs traditionnels.....	157
➤ Les moyens en personnels.	158
➤ Les investissements.	159
3.7.1.3 Les outils de planification.....	159
➤ Le projet d'établissement et le contrat d'objectifs et de moyens.....	159
➤ La coopération inter-établissements.....	160
3.7.1.4 Les données financières.....	160
➤ La structure budgétaire.	160
➤ Du Rapport d'orientation budgétaire (ROB) au BP arrêté.	161
➤ L'évolution du point ISA.....	161
3.7.2 <i>La dotation de péréquation</i>	162
➤ Les crédits obtenus.	162
3.7.2.1 L'affectation des crédits	162
➤ Elle correspond aux priorités régionales :.....	162
➤ Les crédits sont surtout destinés à des dépenses de personnel :	162
3.7.2.2 Les résultats obtenus.	163
➤ Un renforcement des moyens en personnel.	163
➤ Les crédits pour dépenses médicales concernent la cancérologie.	165

QUATRIEME PARTIE : LA REGION POITOU-CHARENTES (fichier n°2)

4.1 L'Agence régionale de l'hospitalisation de Poitou-Charentes.....	166
4.2 Centre hospitalier universitaire de Poitiers.....	186
4.3 Le centre hospitalier spécialisé d'Angoulême.....	194
4.4 Le centre hospitalier de Châtellerault.....	201
4.5 Le centre hospitalier de Confolens.....	208
4.6 Le centre hospitalier de Niort.....	214

CONCLUSION

Introduction

Par une lettre du 5 mars 2001, madame la ministre de l'emploi et de la solidarité a saisi l'IGAS d'une demande d'évaluation de la politique de péréquation des dotations régionalisées des dépenses hospitalières.

La mission désignée à cet effet devait, dans un premier temps, procéder à l'audit de la méthode utilisée qui vise à réduire les inégalités inter-régionales et formuler des propositions en vue d'améliorer la cohérence du dispositif.

Cette première phase a fait l'objet du rapport déposé en juillet 2001.

La deuxième phase recouvre l'analyse dans les régions de l'impact budgétaire et sanitaire du dispositif national et de sa déclinaison au plan infra-régional, tant au niveau de l'ARH que des établissements eux-mêmes.

Il s'agit principalement de vérifier à l'aide d'études de type monographique, conformément à la recommandation ministérielle, si l'effort demandé aux régions contributrices, au premier rang desquelles l'Ile de France, a pour contrepartie une réelle amélioration de l'efficience des établissements hospitaliers des régions bénéficiaires.

Ce volet de la mission a servi également à s'assurer de la validité des recommandations faites dans le rapport de juillet 2001, non seulement en matière de modulation et de modification des critères de péréquation, mais aussi sur l'opportunité de la sur-péréquation au profit de trois régions prioritaires.

En contre point, apparaît la question du coût supporté par les régions contributrices : est-il ou non compris par les hôpitaux concernés ? à quelles conditions et pendant quelle durée sera-t-il supportable ?

La mission a choisi de s'attacher aux deux premières des trois régions prioritaires, à savoir Poitou-Charentes et Picardie et aux deux premières régions contributrices : L'Ile de France, y compris l'AP de Paris qui pourrait constituer une « région » à elle seule et la région Midi-Pyrénées.

La méthode d'approche retenue par la mission pour chaque région obéit à un même canevas.

En premier lieu, l'ARH fait l'objet d'une analyse sur son rôle, la compréhension de sa politique par ses partenaires, ses méthodes de répartition de la dotation et les résultats constatés tant en termes sanitaires que d'efficience.

En second lieu 18 établissements hospitaliers dans quatre régions ont été visités par les membres de la mission et font l'objet, chacun, d'une analyse technique essentiellement orientée sur les effets de la péréquation et les attentes des établissements.

Ces hôpitaux sont non seulement les quatre CHU (y compris l'AP-HP) mais aussi des établissements de différentes dimensions, pour donner une illustration la plus fidèle possible des conséquences de la politique de péréquation et de son vécu par les responsables de terrain.

Première partie - La Région Ile de France

1.1 L'ARH de l'Ile de France

A l'image des autres agences régionales de l'hospitalisation, l'ARH de l'Ile de France est une petite structure. Elle comprend outre le directeur, douze agents et trois secrétaires.

Le directeur, Mr Dominique Coudreau, est en fonction depuis la création de l'agence en 1997. Ancien administrateur civil de la direction du budget au Ministère des Finances et ancien directeur de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie, il est, de par ses précédentes fonctions, non seulement un spécialiste de l'assurance maladie, mais aussi un grand praticien des discussions budgétaires.

1.1.1 *Le cadre général*

1.1.1.1 *Présentation de la région Ile de France*

Avec une population de plus de onze millions d'habitants, soit près d'un cinquième de la population française la région ne peut se comparer à aucune autre région. Qui plus est, les caractéristiques des huit départements qui la composent sont extrêmement hétérogènes.

La population a principalement augmenté au sein des banlieues et communes rurales dans un rayon de 20 à 40 Km de Paris. Entre 1990 et 2000 la population totale a progressé de +5,6%. La région comporte quatorze secteurs sanitaires. Les quatre secteurs sanitaires couvrant la capitale sont tous en déclin démographique, les dix autres en progression, atteignant même +39,3% pour le Val d'Oise Ouest et +30,2% pour la Seine et Marne Nord. Les villes nouvelles ont accueilli chaque année en moyenne 26 000 habitants supplémentaires.

La structure par âge est également totalement contrastée entre Paris et les autres départements de l'Ile de France. La proportion des 60 ans et plus est de 19,7% à Paris, soit proche du niveau national (20,1%) alors que pour l'ensemble de l'Ile de France le taux global est de 15,4%. Le taux de natalité est de 14,8% soit deux points au-dessus de la moyenne nationale (12,6%). A l'inverse le taux de mortalité avec 7,0 est deux points en dessous des données France entière. L'espérance de vie en région Ile de France est supérieure de 0,8 années pour les hommes (74,8) et de 0,4 années pour les femmes (82,3) à la moyenne nationale.

En matière d'emploi la région est également plus favorisée que l'ensemble du territoire. Le taux d'activité est le plus élevé de toutes les régions françaises, la proportion des diplômés de l'enseignement supérieur y est très forte, les cadres et les professions intellectuelles sont sur - représentés. Sur la base des données au 31/12/1997, le taux de chômage(10,8%) est plus faible que la moyenne nationale (12,2%). Il existe cependant de fortes disparités entre les huit départements de la région : la Seine St Denis avec 15,0% a le plus fort taux de chômage de l'Ile de France et se situe plus de quatre points au-dessus de la moyenne régionale.

1.1.1.2 La situation de l'offre de soins hospitalière en Ile de France

De même que l'offre de soins en médecine ambulatoire est sensiblement plus élevée en région Ile de France que sur l'ensemble de la France, les moyens hospitaliers sont également nettement plus importants.

Densité pour 100 000 habitants des médecins généralistes : 168 contre 148

Densité des médecins spécialistes : 213 contre 149

Densité des psychiatres libéraux : 20 contre 11

Densité des chirurgiens dentistes : 86 contre 68

Les moyens de l'hospitalisation francilienne en termes de capacité hospitalière, densité des équipements et ressources financières, sont sensiblement plus élevées (MCO) que ceux de la moyenne des régions françaises.

Avec un taux d'équipement de 5,14 lits et places installés en MCO pour 1 000 habitants, l'Ile de France se situe au 6^{ème} rang des régions françaises (moyenne nationale 4,81). C'est en chirurgie que l'écart est le plus fort (2,34 contre 2,05).

A l'inverse, en matière de soins de suite et de réadaptation, le taux d'équipement de la région la place en avant dernière position des régions françaises 1,15 contre 1,64 pour 1 000 habitants France entière, soit un écart de – 30%. La situation n'est guère plus favorable dans le domaine de la psychiatrie où le taux d'équipement est de 1,15 pour une moyenne nationale de 1,52.

La dotation régionale notifiée pour 1999 (AP incluse, hors soins de longue durée) représente 5 297 F par habitant soit 19,8% de plus que la moyenne de la France métropolitaine (4 422F).

L'ensemble de ces données fait clairement apparaître la situation très privilégiée de la région Ile de France.

Dès lors, quelle que soit la méthode utilisée, elle ne peut qu'être partie versante à la péréquation où à tout autre schéma de la nécessaire et légitime réduction des inégalités entre régions. Qui plus est, compte tenu de sa taille et de son poids cette région représentera nécessairement des masses financières très importantes à rétrocéder.

1.1.1.3 Les outils de la Planification

Le SROS de 1994 a diagnostiqué des excédents très importants en MCO : près de 10 000 lits et places excédentaires en court séjour sur un total de 58 600. Une répartition intra régionale déséquilibrée avec en MCO sur Paris un fort surnombre, couplé avec des taux d'occupation faibles. D'autre part pour les SSR une implantation sur la périphérie de la région, imposant à de nombreux malades hospitalisés sur Paris d'être transférés dans un établissement de banlieue, de grande banlieue, voire hors Ile de France.

Au cours du SROS I, de 1994 à 1999, on a assisté à un rééquilibrage avec une croissance de 17% du nombre des lits de SSR (De 12 729 à 14 860, soit + 2 131 lits), compensée par une baisse de 8% de la capacité en MCO (- 4 557 lits pour un total initial de 58 582).

Près de 50 établissements ont été reconvertis en SSR ou ont cessé leur activité, presque exclusivement dans le secteur privé et le secteur PSPH.

Le SROS II a dressé l'état de la situation en 1999. Le déséquilibre persiste entre Paris et les autres départements : 7,99 lits de MCO à Paris pour 1 000 habitants contre 3,38 en Seine et Marne. En SSR c'est la situation inverse qui prévaut.

Il serait beaucoup trop long de rentrer dans le détail des priorités du SROS II, mais on doit cependant rappeler en quelques mots ses grandes lignes directrices :

- Poursuite du rééquilibrage entre Paris d'une part, la petite et la grande couronne d'autre part.
- Poursuite du renforcement prévu dans le SROS I des domaines du SSR, de la psychiatrie, de l'accueil et du traitement des urgences. En second lieu ont été rajoutées dans le SROS de 1999 quatre nouvelles priorités concernant la périnatalogie, la cardiologie, la cancérologie et la chirurgie.

La mise en œuvre de ce schéma suppose qu'il soit procédé à une véritable recomposition de l'offre hospitalière, concernant aussi bien l'implantation géographique que les manifestes incohérences organisationnelles.

On ne peut formuler le reproche à l'ARH-IDF de ne pas s'engager dans cette logique, mais force est de constater que les pesanteurs du système sont telles que la progression est lente et difficile. Il n'est à l'évidence pas facile de faire admettre des reconversions des disciplines « nobles » comme le MCO, vers d'autres « moins nobles » comme les SSR.

Les Contrats d'Objectifs et de Moyens (COM) sont un des outils dont dispose l'ARH pour avancer sur le chemin ardu qu'elle s'est tracée. Malheureusement il est plus facile de négocier des contrats dans une région disposant d'une dotation relativement large, que dans une région dont les crédits sont réduits. La majorité des établissements voient dans les COM, sans doute pas à tort, plus une arme de l'ARH qu'un moyen pour eux de finaliser et de réaliser un objectif pluriannuel.

Au cours des campagnes budgétaires 1998 et 1999 ont été signés 13 contrats. Pour 2000- 2001 le nombre des contrats en cours de négociation se monte à 14.

1.1.1.4 La Campagne Budgétaire

Les propositions budgétaires des établissements sont établies et votées par leurs conseils d'administration au cours de l'été n-1. Elles sont transmises à l'ARH fin septembre/début octobre. Celle-ci procède à leur examen au cours du mois d'octobre en tenant compte de la dotation régionale limitative, des orientations du SROS, des priorités de la politique de santé, des projets d'établissement, des COM et de l'activité et des coûts appréhendés à travers les résultats du PMSI.

Le CROSS formule un avis vers la fin octobre. A la mi-novembre la Commission exécutive de la région Ile de France (COMEX) se prononce sur les demandes budgétaires. Après la réunion de la COMEX, l'ARH fait connaître à l'établissement ses observations. L'ARH attend alors deux textes dont l'absence la met en situation de « stand by ». Le premier est la circulaire de la DHOS relative à la campagne budgétaire de l'année n qui lui fournit le montant précis des crédits dont elle va disposer, le second est la publication de la loi de financement de la Sécurité Sociale qui lui donne la base juridique de son action.

Au cours du mois de janvier l'ARH adresse aux établissements, via les DDASS, la notification individuelle de chaque budget arrêté.

Cette procédure est certes un peu lourde, le nombre des hôpitaux avec lesquels l'ARH doit travailler est important, et le contexte de réduction des crédits ne facilite pas les choses, mais globalement on peut considérer qu'une concertation assez satisfaisante régit le dispositif. D'autre part, contrairement à ce qui est observé dans d'autres régions, les relations entre l'ARH et les différentes DDASS sont bonnes. C'est d'ailleurs une nécessité vitale pour une structure aussi légère que l'ARH, compte tenu de la taille de la région et de l'importance du nombre des établissements concernés.

1.1.2 *L'application de la péréquation en Ile de France*

1.1.2.1 *Le calcul des dotations*

➤ La dotation de la région

La première partie du travail de la mission sur la péréquation hospitalière a donné lieu au rapport IGAS 2001 – 073, de juillet 2001. Au chapitre 6 de ce document figure l'analyse du calcul de la ventilation entre les régions de la dotation nationale. Pour la région Ile de France l'application de la formule de la péréquation nationale, pour la fixation des budgets de l'année 2001, repose sur les éléments suivants :

La base de départ du calcul est :

Base MCO 99.....	35 654 500 KF
SSR et ER.....	16 966 538 KF
Psy 1998.....	7 222 260 KF
TOTAL	59 843 298 KF

Ce total se décompose-en : IDF hors AP = 32 863 474 KF et AP = 26 979 824 KF

Les quatre termes de la formule de péréquation apportent les éléments suivants :

1 ^{er} terme : Dépenses hors MCO péréquées par POPH*ICM = 17 907 513 KF
2 ^{ème} terme : Dépenses MCO péréquées par POPH*ICM = 13 499 119 KF
3 ^{ème} terme : Dépenses MCO péréquées par les points ISA = 15 387 941 KF
4 ^{ème} terme : Flux des patients valorisés = 352 316 KF

Le total de ces quatre termes fait : 47 146 889 KF. C'est ce montant qui doit, en 2028 date théorique finale de la péréquation, être atteint par la région Ile de France. Il représente par rapport à la base 2001 un écart de 12 696 409 KF soit plus de douze milliards et demi de francs et un pourcentage de – 21,22% !

La dotation budgétaire finale en 2028 de la région Ile de France doit donc être abattue de plus d'un cinquième par rapport à la dotation de départ.

Ces deux chiffres montrent l'ampleur de l'effort que doit accomplir la région francilienne, il est vrai sur une période très longue : 28 ans.

Sur les 21 régions soumises à la péréquation, l'Ile de France occupe la 21^{ème} et dernière place pour trois des quatre critères, il est donc logique qu'elle soit particulièrement touchée par la péréquation.

- Pour les dépenses hospitalières par habitant hospitalisable : 36 614 F soit 27,2% de plus que la moyenne nationale (28 786 F)
- Pour la valeur du point ISA : 14,91F soit 15,9% de plus que la moyenne nationale (12,87F)
- Pour l'indice comparatif de mortalité : 89 soit 11% de moins que la moyenne, base 100

Ce n'est que dans les flux valorisés de patients entre régions que l'Ile de France occupe une position favorable : le 2^{ème} rang avec – 704,6 MF. Ceci veut dire que la région accueille un nombre important de patients en provenance des autres régions. La Picardie classée 21^{ème} correspond à un flux de + 657,4MF.

Comme cela est démontré dans le rapport de juillet 2001, l'effet des quatre facteurs joue dans des proportions extrêmement différentes. En effet l'effort de 12 696 MF à accomplir en 28 ans trouve sa source principale (près de 70%) dans les dépenses hospitalières par habitant hospitalisable : 8 762MF. La valeur du point ISA n'est générateur que de 2 439 MF et l'ICM de 1 896 MF. A l'inverse les flux régionaux de patients minorent la charge de l>IDF de – 352 MF.

Si, comme le recommande la mission, il est accordé une pondération plus forte au sein de la formule générale au point ISA, l'écart de la région à la dotation cible devrait en être réduit. L'explication tient au fait décrit ci-dessus, qui montre que l'écart n'est que de 15,9% au niveau du point ISA, alors qu'il est de 27,2% sur POPH.

Conformément à sa méthode mathématique de calcul, la DHOS résorbe l'écart de – 21,22% de l'Ile de France en 28 ans en prenant la racine vingt-huitième de ce chiffre soit un taux annuel de –0,85%.

Mais en raison de la péréquation accélérée applicable dans les trois régions sur – bénéficiaires,(dont deux sont examinées par la mission) ce taux doit être majoré de 0,07%, ce qui conduit à un taux de – 0,92%.

Ainsi les trois exercices budgétaires 2001,2002 et 2003 se verrait appliquer, toutes choses égales par ailleurs, le taux de – 0,92%, les 25 budgets suivants de 2004 à 2028 le taux de –0,85%.

Ce sont ces chiffres qui mesurent l'effort de péréquation de la région Ile de France.

Traduits en francs l'effet de la seule péréquation ferait passer le budget 2001 d'une base de calcul de 59 843 298 KF à un budget péréqué de 59 292 740 KF, soit une diminution de plus de 550 MF. La fin de la péréquation accélérée ramènerait à 508 MF l'effort annuel de l'Ile de France à partir de 2004.

➤ La détermination du budget notifié de 2001

Les résultats auxquels aboutit mécaniquement la formule de péréquation ont, par l'ampleur de l'effort qu'ils supposent, un effet d'annonce particulièrement sévère. Les -0,92% ou - 550MF peuvent paraître inaccessibles. Dans la pratique les effets bruts sont sensiblement atténués par des coefficients qui sont chargés de prendre en compte :

- Des effets report : 0,49%
- Des mesures générales, comprenant l'augmentation de la valeur du point et le GVT : 1,19%
- Des mesures spécifiques, y compris la dotation incompressible de santé publique et d'organisation des soins : 1,22% (ce dernier taux donne lieu à des arbitrages politiques, servant dans les faits d'ajustement)

L'addition de ces quatre grandeurs a conduit ainsi au taux de 1,97%. Celui-ci a été notifié à l'ARH par la circulaire DHOS-2000/603 du 13 décembre 2000. Cette circulaire rappelle par ailleurs que le taux national est de 3% en métropole et de 5,14% dans les DOM.

Le budget 2001 ainsi fixé en début d'exercice atteint donc 61 025 036 KF.

Continuant la pratique des années précédentes, et sans que cela donne lieu à un calcul spécifique de péréquation, ce que la mission regrette, la progression de 1,97% est ventilée entre l'IDF hors AP et l'AP sur la base d'un écart, dont on ne peut que constater le caractère forfaitaire, de 0,30%.

Ceci donne au final : Taux IDF hors AP = 2,11% ; AP = 1,81% ; Ensemble de l'IDF = 1,97%

L'ARH de l'IDF en possession de ce taux et de sa traduction en francs procède alors à un calcul de péréquation intra – régionale. Elle détermine la dotation de chacun des hôpitaux relevant de sa compétence. Elle transmet ces éléments aux DDASS qui notifient les budgets aux hôpitaux au cours de la deuxième quinzaine de janvier. Par exemple, la date de la lettre de notification au CH de Rambouillet est le 17 janvier 2001.

➤ La péréquation en région Ile de France

I - Comme on vient de le voir, la base de départ du travail de l'ARH est le montant de la dotation régionale de dépenses hospitalières arrêté par la DHOS à 61 025 036 KF (AP incluse), en progression de 1,97% sur la base de référence 2000 (59 843 298 KF).

La décomposition de ce montant donne :

ARH-IDF hors AP = 32 863 474 KF (base 2000)* 1,0211= 33 556 893 KF, soit + 693,4 MF, auxquels s'ajoutent 61 MF de crédits déjà inclus dans la dotation régionale

2000 mais attribués sous forme de crédits non reconductibles et donc disponibles pour 2001.

Au total les crédits supplémentaires 2001/2000 s'élèvent à : **754 984 069 F**
L'AP pour sa part passe à $26\ 979\ 824\ KF \times 1,0181 = 27\ 468\ 159\ KF$ soit + 488,3 MF

II – La ventilation du crédit supplémentaire de 755 MF en 2001 est décomposée de la façon suivante par l'ARH :

- Effets 2001 des engagements antérieurs	130 324 850 F
- Adaptation régionale des priorités nationales de santé publique	45 000 000 F
- Priorités du SROS 1999-2004	150 459 665 F
- Reconduction	429 199 554 F
TOTAL	754 984 069 F

Sous la première rubrique figurent à titre principal les engagements pris dans le cadre des contrats d'objectifs et de moyens déjà signés.

Sous la seconde rubrique, les 45 millions de francs sont consacrés à l'adaptation régionale des priorités nationales, soit :

- Soins palliatifs.....7 500 000 F
- IFSI (postes enseignants).....5 000 000 F
- Plan greffes.....4 000 000 F
- Stérilisation/désinfection.....20 000 000 F
- Hépatite C1 500 000 F
- Addictologie.....5 000 000 F
- Etudes de santé publique..... 2 000 000 F

Sous la troisième rubrique figurent les priorités du SROS 1999 – 2004, soit :

- Psychiatrie 40 MF
- Urgences 25 MF
- SSR 20 MF
- Périnatalité 25 MF
- Réseaux 5 MF

A ces crédits s'ajoutent 20 millions de francs pour les contrats d'objectifs et de moyens dont la signature est prévue en 2001 et 15,5 MF au titre de priorités ponctuelles.

C'est sous la quatrième rubrique : Reconduction des moyens (hors protocole du 14 mars 2000) que va prendre place effectivement la péréquation intra – régionale.

Dans la continuité des politiques et des choix effectués les années précédentes, l'ARH répartit les ressources sur la base d'une discrimination positive au profit de la psychiatrie et des soins de suite et de réadaptation.

Les 429,2 MF supplémentaires, rapportés à la base 2000 (32 863,5 MF) correspondent à un taux de croissance de 1,31% qui est ventilé comme suit :

- Reconduction MCO.....1,04%
- Reconduction psychiatrie.....1,86%
- Reconduction SSR.....1,68%

En ce qui concerne la psychiatrie, le taux de reconduction a été modulé en tenant compte des niveaux de dépenses constatés par habitant. Cette méthode bien qu'elle puisse paraître sommaire est, en l'attente du point ISA-PSY, la seule véritablement

utilisable. Elle est d'ailleurs effectivement et généralement utilisée par les autres ARH. Ainsi Paris se voit appliquer le taux de +0,20%, les Yvelines le taux de +1,68% hors protocole médical, 1,86% y compris protocole médical.

En ce qui concerne les SSR, un taux de reconduction uniforme de 1,20% hors protocole médical, 1,68% y compris protocole médical, a été appliqué.

➤ Le taux de reconduction MCO

C'est ici que l'ARH joue totalement le jeu du mécanisme de péréquation.

Le calcul de la dotation MCO des établissements d'hospitalisation s'effectue en plusieurs étapes.

La première étape concerne l'enveloppe de reconduction ; ses modalités générales sont définies en distinguant les établissements publics de santé (EPS) et les établissements participant au service public hospitalier (PSPH).

Les modulations effectuées sur les taux de reconduction budgétaires MCO sont le résultat du processus suivant :

La donnée de base prise en compte est la valeur du point ISA de chaque établissement, publiée par l'ARH-IDF. Par la suite, deux correctifs sont appliqués pour tenir compte des charges sociales spécifiques aux PSPH (abattement de 4%) et de l'insuffisante rémunération par le PMSI de l'activité effectuée en chirurgie ambulatoire. Le taux d'évolution de l'enveloppe de reconduction de chaque établissement est calculé à partir de la nouvelle valeur du point ISA de chaque établissement, qui résulte des deux correctifs précédents. Il est appliqué à cette valeur un coefficient d'évolution situé entre -1% pour les établissements dont la valeur du point ISA est la plus élevée et de + 2,5% pour ceux dont la valeur est la plus basse.

En outre, conformément à l'objectif fixé par le SROS, de redéployer les ressources du centre de la région vers la périphérie, un correctif départemental proportionnel au taux d'excédent en lits de chaque département est mis en place. Il conduit, selon les départements à minorer ou à majorer les bases budgétaires résultant des calculs fondés sur le PMSI.

Dans une seconde étape, le plus souvent en cours d'année en raison des concertations nécessaires, des dotations complémentaires sont apportées aux établissements au titre des priorités nationales de santé publique, des priorités régionales de santé du SROS, des contrats d'objectifs et de moyens et de diverses mesures spécifiques. Il apparaît ainsi à la mission que l'ARH utilise cette « soupape de sécurité » pour pallier les difficultés que peut ponctuellement rencontrer tel ou tel établissement.

Les ressources dont bénéficient les établissements au titre des deux premières étapes sont en outre complétées en 2001 par celles qui résultent du protocole du 14 mars 2000.

Le tableau suivant donne le résultat pour l'année 2001 des 73 établissements auxquels l'ARH a appliqué sa formule de péréquation.

Cette méthode suivie par l'ARH-IDF, présente incontestablement certaines qualités : Clarté et transparence, puisque tout ce qui précède est expliqué et rappelé par écrit aux établissements, lisibilité, objectivité mathématique, règles claires et stables. Les hôpitaux concernés savent ainsi parfaitement à quoi s'en tenir sur la détermination de leur taux de reconduction.

Pour être tout à fait complet, à l'image de ce que fait la DHOS dans sa circulaire finale au moyen de l'enveloppe « mesures spécifiques », la mission note que les résultats bruts du calcul mécanique fourni par la formule intra – régionale mise au point par l'ARH, peuvent être « atténués » par les ventilations spécifiques de certains crédits.

(Evolution du MCO hors protocole médical A + 0,5% / tableau manquant, disponible auprès de l'IGAS)

1.1.2.2 *Les effets de la péréquation*

Selon la maxime de la bouteille à moitié vide ou à moitié pleine, on peut porter un jugement positif ou négatif sur les résultats obtenus par l'ARH de l'Ile de France. La restructuration et la recomposition du tissu hospitalier francilien sont assez modestes. Les hôpitaux ont souvent tourné la difficulté budgétaire en utilisant tous les artifices classiques leur permettant de faire face aux besoins du fonctionnement courant. Rares sont ceux, surtout dans le secteur public, qui ont réellement eu la volonté de s'interroger sur leurs missions, leur organisation et leur devenir.

Sauf si des mesures à répartition uniforme, comme le protocole du 14 mars ou peut-être demain la RTT hospitalière, viennent leur donner un ballon d'oxygène, il ne sera bientôt plus possible de différer davantage cette nécessaire prise de conscience. Les établissements doivent comprendre que cette réflexion ne peut se faire qu'en étroite collaboration avec l'ARH.

Quoiqu'il en soit, depuis la création de l'ARH et la mise en œuvre de la péréquation, certains résultats ont été obtenus.

Entre le 2 janvier 1997 et le 30 juin 2001, le nombre de lits et places en MCO est passé de 56 544 à 50 264 soit une diminution de 6 280. C'est la chirurgie qui a été le principal acteur de cette baisse, soit – 3 566. La diminution en médecine est pour sa part de – 2 257, et l'obstétrique se situe à – 457.

C'est le secteur privé qui pourvoit au premier chef à ce mouvement ; il est en effet passé de 26 399 lits et places à 22 107 soit une diminution de 16,3% et 4 292 lits. Pour le secteur public (EPS) la baisse n'est que de 6,6% avec un recul de 30 145 à 28 157 (-1 988 lits fermés ou reconvertis)

La carte de l'hospitalisation en Ile de France évolue, sans doute pas aussi rapidement qu'il serait souhaitable, sous l'effet d'un certain nombre d'opérations.

Il peut s'agir :

- D'une fusion juridique ou de la création d'un établissement intercommunal
- De la suppression d'une activité
- De la suppression d'un site
- D'un transfert d'activité
- D'un soutien au fonctionnement
- De la mise en place d'un groupement de coopération
- D'une reconversion

L'examen dans chacun des huit départements de la région Ile de France des opérations abouties permet de donner la liste, non exhaustive, ci après.

1 – Paris

- Fusion de la clinique de la porte de Choisy et de l'hôpital international de l'université de Paris
- Fermeture de l'hôpital de l'Institut Pasteur et de l'hôpital St Jacques
- Transfert d'activité de la chirurgie de l'hôpital St Antoine vers les Quinze -Vingts

2 – Seine et Marne

- Création d'un GIP entre l'hôpital de Meaux et celui de Lagny sur Marne
- Transfert d'activité de l'obstétrique de l'hôpital de Nemours vers celui de Fontainebleau
- Reconversion de l'activité Médecine en SSR à la clinique de Ferrolles -Attily

3 – Yvelines

- Création d'une fédération inter hospitalière entre le CH de Rambouillet et celui de Dourdan (Essonne) dans les domaines de la chirurgie, de l'obstétrique et des urgences.

4 – Essonne

- Fusion juridique à Corbeil-Essonnes du CH Louise Michel et du CH Gilles de Corbeil
- Création d'un SIH entre les CH d'Orsay et de Longjumeau
- Création d'un SIH entre le CH d'Etampes et le CH de Pithiviers(Loiret)

5 – Hauts-de-Seine

- Création d'un GIE/SIH entre le CLCC R.Huguenin et le CH de St Cloud
- Fermeture de la clinique chirurgicale de Fontenay aux Roses
- Reconversion de la chirurgie en SSR à l'hôpital privé St Jean de Gennevilliers ainsi qu'à l'hôpital privé Nord 92 de Villeneuve la Garenne

6 – Seine Saint Denis

- Fusion du CHI du Raincy et du CHI de Montfermeil
- Fermeture de la clinique de la Ferme à Bobigny avec transfert de ses activités en chirurgie et en obstétrique vers les cliniques de Stains, Rosny sous Bois et Bondy
- Transfert à Aulnay des urgences de l'hôpital R.Ballanger vers l'hôpital privé de l'Est Parisien

7 – Val de Marne

- Création d'un SIH à Créteil pour les urgences entre le CHI de Créteil et l'hôpital APHP Henri Mondor
- Fermeture de la clinique de La Varenne St Hilaire (chirurgie), avec transfert d'activité vers la clinique chirurgicale d'Athis-Mons (Essonne)

8 – Val d'Oise

- Création du Centre Hospitalier Intercommunal des Portes de l'Oise entre le CH de Beaumont sur Oise et le CH de Méru (Oise)
- Reconversion de l'activité médecine en SSR à la clinique de L'Isle Adam
- Reconversion de l'activité médecine en SSR aux cliniques d'Herblay et de Montmorency
- Création d'une FMIH entre les CH d'Argenteuil et d'Eaubonne

Conclusion

L'ARH de l'Ile de France est dans une situation particulière dont la gestion peut être considérée comme difficile.

Sur le plan budgétaire les moyens qui lui sont alloués sont en proportion, sensiblement plus faibles que ceux des autres ARH. Ceci est loin d'être illogique ou injustifié, compte tenu de la situation qui peut être qualifiée de privilégiée dont ont bénéficié par le passé les hôpitaux franciliens. Cela nécessite de la part de l'ARH une grande rigueur et beaucoup de fermeté, tout en jouant pleinement le jeu de la concertation avec les établissements.

En second lieu, la plus importante structure hospitalière de la région est extérieure à son champ d'action. L'AP HP représente en poids financier une masse presque équivalente à celle de l'ensemble de toutes les autres structures de la région.

Même si l'ARH fait partie du comité de surveillance de l'AP, et qu'elle donne son avis sur le plan stratégique, elle ne dispose d'aucuns moyens concrets face à l'AP.

Il n'est sans doute pas aisé d'expliquer à un CH pourvu d'un point ISA plus faible que celui de l'AP, qu'il sera moins bien traité que l'AP HP.

Dans ce contexte l'ARH a joué la carte de l'automaticité en répartissant les moyens budgétaires alloués à la région de la façon le plus mécanique possible, tout en se préservant quelques marges pour parer aux situations les plus délicates et en jouant dans ce domaine la carte de la transparence vis à vis des établissements.

L'ARH a également, car seule elle n'en aurait pas les moyens, joué la carte de la décentralisation et de la confiance avec les DDASS.

Il n'en reste pas moins que de l'avis du directeur de l'ARH, les hôpitaux sont arrivés à la limite de ce qui peut être fait sans douleur ; il faut donc désormais jouer sur l'organisation même du tissu hospitalier francilien. Ceci suppose qu'une volonté politique très forte accompagne l'action de l'ARH.

Mais après tout le but même de la péréquation n'est-il pas d'inciter à la recomposition de la carte hospitalière ?

1.2 L'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris

1.2.1 *Un ensemble atypique au regard de la péréquation*

Il serait illusoire de vouloir traiter des multiples facettes de l'Assistance Publique- Hôpitaux de Paris en quelques pages. De nombreux rapports et études ont régulièrement été présentés sur ce sujet aussi considérable par sa taille qu'important par ses enjeux.

La présente partie du rapport de la mission IGAS ne peut qu'être succincte et uniquement consacrée à l'application et aux conséquences du mécanisme de péréquation hospitalière à ce vaste ensemble.

Avec un budget, tel qu'il découle de la dotation régionale péréquée, de 27,468 milliards, l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris représente une structure atypique non seulement dans le tissu hospitalier français, mais aussi dans le cadre de l'exercice de péréquation régionale.

L'AP-HP est beaucoup trop importante pour être considérée comme un CHU. Elle est composée de 41 établissements dont certains regroupent plusieurs centres hospitaliers. Parmi eux 15 ont un statut d' Unité de Formation et de Recherche (11 en médecine, 2 en odontologie, 2 en pharmacie). A titre de comparaison, dans les autres régions françaises il y a en général un CHU, exceptionnellement deux ou trois.

Le budget de l'AP -HP est plus important que les dotations de toutes les ARH de France à l'exception de l'ARH Ile de France. L'ARH de Rhône – Alpes, pourtant deuxième ARH de France avec un budget d'un peu plus de 25 milliards, se situe deux milliards en dessous de l'AP - HP.

Il est paradoxal de parler de l'AP – HP dans le cadre de la péréquation régionale, puisque sa dotation n'est pas directement déterminée par la formule générale de calcul, mais seulement indirectement au travers de son application à l'ensemble de la région Ile de France (IDF hors AP + AP).

Qui plus est, quatre des quarante et une structures se situent, même si elles sont plutôt de petites tailles, dans quatre régions extérieures à l'Ile de France, à savoir à Berck (Région Nord – Pas de Calais), Hendaye (Région Aquitaine), Hyères (Région PACA) et Liancourt (Région Picardie). On notera que deux de ces établissements sont installés dans des régions bénéficiaires de la péréquation accélérée.

1.2.2 *Présentation sommaire de l'AP – HP, dans l'optique de la péréquation.*

Le tableau suivant fourni la liste des 41 établissements composant l'AP – HP avec leur département d'implantation et leur nombre de lits et places.

19 établissements sont situés dans Paris intra-muros, 2 dans l'Essonne, 6 dans les Hauts de Seine, 3 en Seine St Denis, 6 dans le Val de Marne et 1 dans le Val d'Oise.

Il n'y a aucun établissement de l'AP – HP dans les Yvelines et en Seine et Marne.

La taille de ces établissements est extrêmement variable puisqu'elle va des 2014 lits du Groupe Hospitalier Pitié – Salpêtrière aux 200 lits de l'hôpital Maritime de la Ville de Paris, sis à Berck dans le Pas de Calais

ETABLISSEMENT	DEPARTEMENT	LITS + PLACES
HOPITAL ALBERT CHENEVIER	94	566 + 74
HOPITAL AMBROISE PARE	92	468 + 21
HOPITAL ANTOINE BECLERE	92	439 + 30
HOPITAL AVICENNE	93	576 + 50
HOPITAL BEAUVON	92	615 + 14
HOPITAL MARITIME DE LA VILLE DE PARIS	62	200 + 0
CHU DE BICETRE	94	1002 + 88
GROUPE HOSPITALIER BICHAT	75	1147 + 72
HOPITAL BOUCICAUT	75	283 + 9
GROUPE HOSPITALIER BROCA LA ROCHEFOUCAULD	75	480 + 5
GROUPE HOSPITALIER CHARLES FOIX JEAN ROSTAND	94	1080 + 42
HOPITAL CHARLES RICHET	95	520 + 0
GROUPE HOSPITALIER COCHIN TARNIER	75	1399 + 28
HOPITAL CORENTIN CELTON	92	471 + 52
HOPITAL GEORGES CLEMENCEAU	91	368 + 22
CENTRE HOSPITALIER EMILE ROUX	94	1010 + 0
HOPITAL EUROPEEN GEORGES POMPIDOU	75	827 + 0
CENTRE HOSPITALIER HENRI MONDOR	94	907 + 76
HOSPITALISATION A DOMICILE	75	0 + 0
HOTEL DIEU DE PARIS	75	411 + 61
HOPITAL JEAN VERDIER	93	330 + 24
GROUPE HOSPITALIER JOFFRE	91	1100 + 12
HOPITAL LAENNEC	75	221 + 15
GROUPE HOSPITALIER LARIBOISIERE	75	1030 + 29
CHU LOUIS MOURIER	92	585 + 39
HOPITAL MARIN	64	320 + 0
HOPITAL SAN SALVADOUR	83	355 + 10
GROUPE HOSPITALIER NECKER	75	722 + 110
HOPITAL PAUL BROUSSE	94	772 + 0
GROUPE HOSPITALIER PITIE SALPETRIERE	75	2014 + 0
HOPITAL RAYMOND POINCARE	92	416 + 50
HOPITAL RENE MURET	93	732 + 10
HOPITAL ROBERT DEBRE	75	436 + 64
HOPITAL ROTHSCHILD	75	282 + 32
HOPITAL ST ANTOINE	75	738 + 75
HOPITAL ST LOUIS	75	612 + 56
GROUPE HOSPITALIER STE PERRINE	75	654 + 0
HOITAL TENON	75	832 + 65
HOPITAL ARMAND TROUSSEAU	75	353 + 36
HOPITAL VAUGIRARD	75	315 + 11
GROUPE HOSPITALIER VILLEMIN	60	247 + 5

Soit au total 25 835 lits et 1 260 places pour 878 services hospitaliers.

L'AP dispose de 20 IFSI. Il existe 9 écoles spécialisées (Infirmières anesthésistes, Sages-Femmes, Masso - Kinésithérapie, Puériculture,...), 5 centres de formation (Cadres de santé, personnel hospitalier, techniques administratives,...) et 4 centres d'enseignement des secours d'urgence.

Les équipements dont dispose l'AP sont également considérables : 32 scanners, 16 IRM, 173 appareils d'hémodialyse et 6 lithotriteurs.

Au vu de ces chiffres, il serait hasardeux de considérer que l'AP – HP ne dispose pas de moyens conséquents, même si son activité l'est également avec 994 600

hospitalisations, 900 000 urgences, 4 750 000 consultations, 1581 greffes réalisées, et que sa réputation dans les secteurs de haute technicité, l'enseignement et la recherche est incontestable et incontestée.

L'effectif du personnel médical atteint en 1999, 17 706 médecins (en croissance de 218 unités sur 1998), se répartissant en :

- praticiens hospitalo-universitaires.....3 021
- praticiens hospitaliers.....2 109
- attachés7 132
- internes et résidents.....2 004
- étudiants hospitaliers.....3 136

L'effectif du personnel non médical atteint en 2000 le total de 68 160 personnes, se répartissant en :

- personnel administratif9 103,5
- personnel socio-éducatif.....976,5
- personnel hospitalier.....52 623,5
- personnel technique et ouvrier.....5 456,5

Il faut noter qu'entre 1992 et le BP 2001, le personnel non médical a augmenté de 2 409 unités, dont 1 469 pour le personnel hospitalier.

Le budget primitif 2001 tel qu'approuvé par arrêté se répartit selon les quatre groupes de charges de la façon suivante :

- charges de personnel.....20 429 MF (66,3%)
- charges médicales.....4 377 MF (14,2%)
- charges hôtelières.....4 353 MF (14,1%)
- charges financières.....1 650 MF (5,4%)

Les deux tableaux suivants donnent, pour le premier, la valeur du point ISA des 23 hôpitaux de court séjour de l'AP pour les années 1998, 1999 et 2000, pour le second les taux d'occupation et DMS en 2000.

(Résultats des hôpitaux de court séjour, coût du point ISA / tableau manquant disponible auprès de l'IGAS)

(Activité 2000 - DMS - taux d'occupation / tableau manquant disponible auprès de l'IGAS)

1.2.3 L'AP – HP et le mécanisme de péréquation

Comme cela a été examiné dans le chapitre relatif à l'ARH – IDF, le calcul de la dotation péréquée de l'AP – HP doit être considéré comme étant à la marge de la formule de péréquation.

En effet pour 2001, on commence par déterminer la masse péréquée de l'ensemble de la région Ile de France AP-HP incluse, soit +1,97% pour un taux national de +3%.

Le taux de 1,97% se répartit comme suit :

- effet péréquation – 0,92%
- effets report + 0,49%
- mesures générales +1,19%
- mesures spécifiques + 1,22%

Le taux de + 1,97% est ventilé entre l'Ile de France hors AP d'une part et l'AP-HP d'autre part, sur la base d'un écart de 0,30% qui conduit à : IDF hors AP = 2,11% et AP = 1,81%. La mission note, d'une part que cet écart de 0,30% reste invariant depuis plusieurs années, et d'autre part que la justification de cette valeur est à peu près inexisteante.

La mission ne dispose pas des éléments de calcul permettant de déterminer le niveau auquel on arriverait si on appliquait la formule de péréquation aux deux blocs séparés AP-HP et IDF hors AP. Il lui paraît tout à fait probable que ce type de partage conduise à un résultat moins favorable pour l'AP. Cette remarque est importante car ceci voudrait dire que l'IDF hors AP verrait sa situation améliorée à due concurrence, et qu'elle subit, aujourd'hui, indûment les conséquences des résultats de l'AP-HP.

Le taux d'évolution applicable à l'AP est à l'évidence un sujet ayant de très fortes incidences politiques. Il est sans doute difficile de faire jouer le résultat mécanique de la formule, mais dans le cadre d'un dispositif qui a été mis en place pour réduire les inégalités, instaurer davantage d'équité et de transparence, il semble à la mission que le traitement particulier réservé à l'AP introduit une distorsion dommageable, qui nuit au mécanisme mis en place et à sa crédibilité.

1.2.4 La procédure budgétaire spécifique à l'AP

La procédure budgétaire de l'AP a été fixée par le décret 92-1098 du 2 octobre 1992. Elle est également atypique au regard des pratiques en vigueur pour l'ensemble des hôpitaux publics de France. L'AP se comporte vis à vis de ses établissements comme une pseudo ARH. Pour autant elle n'utilise pas de formule de péréquation entre ses 41 établissements (cf. infra). En fait, à ce titre, l'AP correspond plutôt à un centre hospitalier dont ses établissements seraient des services.

A titre d'illustration le calendrier d'élaboration du Budget Primitif 2001 s'est présenté comme suit :

Vers la mi-septembre, lors de la présentation du Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale, l'ONDAM général d'une part, l'ONDAM hospitalier d'autre part, sont connus. Sur ces bases, l'AP fait une estimation du taux qui lui sera appliqué. Elle

procède à l'envoi à tous ses directeurs d'hôpitaux (3 octobre 2000) d'une note de cadrage pour préparer le projet de Budget. Les propositions des établissements doivent lui être retournées pour le 16 octobre 2000. Forte de ces éléments et des calculs qu'elle a pu conduire au niveau central, l'AP élabore un dossier pour ses tutelles : la Direction des Hôpitaux et de l'Offre de Soins principalement, mais aussi la Direction de la Sécurité Sociale, la Direction du Budget du Ministère des Finances dont le rôle s'est très amoindri, et l'ARH, bien que ce soit un abus de langage de la classer parmi les tutelles. Ce dossier est adressé fin octobre. Pendant tout le mois de novembre, l'AP organise d'une part des conférences budgétaires avec ses établissements, d'autre part participe à des réunions techniques avec ses tutelles.

Début décembre se réunit un pré-conseil de tutelle dans le bureau du directeur du budget au Ministère des Finances. C'est au cours de cette réunion qu'est arrêté le taux d'évolution pour 2001 (1,81%), et confirmé l'écart de 0,30% entre l'IDF et l'AP.

Un mémoire au conseil d'administration de l'AP proposant le budget primitif est envoyé aux administrateurs (7 décembre) en vue de sa réunion du 20 décembre.

La date du 20 décembre est une date impérative fixée à l'article R 716-3-35 du code de la santé publique. Son non-respect entraînerait la reconduction de la dotation et des tarifs précédents.

Quelques jours avant le conseil, se réunit la commission médicale d'établissement qui se prononce sur le projet. Son vote revêt une grande importance, dans la mesure où les membres siégeant au conseil d'administration se rangent généralement à l'avis des médecins.

Le conseil d'administration se prononce ; si son vote est négatif, le budget est fixé d'autorité par arrêté du Ministre de la Santé. Si le vote est positif, cas heureusement le plus fréquent, le budget est définitivement fixé lors de la réunion du conseil de tutelle, qui se tient début janvier dans le bureau du directeur des hôpitaux.

Un arrêté du Ministre de l'Emploi et de la Solidarité fixant la dotation globale et les tarifs applicables est alors publié (16 janvier 2001).

Dernière étape de la procédure, la direction de l'AP – HP informe à ses établissements, compte tenu des conférences budgétaires qu'elle a tenues avec eux, le budget primitif à la fin janvier ou au début février.

Les hôpitaux reçoivent des autorisations de dépenses, mais les amortissements et les frais financiers sont gérés au siège central.

1.2.5 *Les effets de la péréquation*

Jusqu'à l'entrée en vigueur (campagne budgétaire 1997) de la péréquation, l'AP avait réussi à conserver une position assez privilégiée. Même s'il ne lui a pas été directement appliqué, le mécanisme de péréquation a été pour l'AP une véritable révolution. Une contrainte forte s'est effectivement mise en place.

Alors que le PMSI n'était pas réellement entré dans les mœurs, l'AP-HP ayant longtemps fonctionné sur un système différent d'évaluation de l'activité, progressivement le point ISA qui en découle a dû être pris en considération. Le corps

médical commence à lui accorder un certain intérêt même s'il a encore une réticence évidente à l'utiliser.

En 2000 la direction des finances de l'AP a intégré la valeur du point ISA dans son approche de discussion avec ses établissements. Pour 2001 le point ISA est resté sous-jacent. Le poids des habitudes conduit l'AP, plutôt contre son gré, à répartir les moyens selon une logique égalitaire, les directeurs d'établissements et surtout les médecins trouvant normal que chacun participe à l'effort demandé en fonction de la masse que représente chaque établissement.

La Direction générale a, pour sa part, conscience de l'enjeu que représentent la masse des points ISA et sa valeur moyenne. Elle essaye d'inculquer cette culture à ses établissements. La circulaire de préparation budgétaire débute en rappelant la valeur moyenne du point ISA (15,27 F). Celle-ci est plus élevée que celle observée en Ile de France et dans les autres CHU.

La baisse régulière observée de la valeur du point ISA traduit les efforts de gestion qui conduisent à une moindre évolution des dépenses du champ MCO. Elle peut être relevée, le cas étant peu fréquent.

Même si elle est encore d'un montant limité (90 MF en 2001), l'AP a mis en place une contribution de solidarité entre ses établissements. Son objet principal est de financer ses priorités institutionnelles.

Il faut rendre cette justice à la direction générale de l'AP, qu'elle incite tous ses établissements à procéder, ou en tout cas à réfléchir, aux opérations de restructuration de plus en plus nécessaires pour répondre à la contrainte de son taux d'évolution. Elle liste une série d'options :

- suppression des services dont la chefferie devient vacante dans les cas où ils sont en doublon sur le site ou avec des sites voisins
- réexamen des structures de petite taille dont l'absence de spécialisation ne justifie pas le maintien
- suppression de lits dans les services dont le taux d'occupation est faible
- utilisation optimale des plateaux techniques en particulier des laboratoires

Les conséquences pratiques sont encore de portée limitée, les rares exemples suivants en sont l'illustration :

- regroupement de deux services à l'hôpital Tenon
- fermeture d'un service à l'hôpital Trousseau, consécutivement à un départ en retraite
- reconversion de l'hôpital Rothschild en SSR
- baisse des effectifs à l'hôpital Beaujon sur doté

Il y a bien sûr un cas particulier très important. C'est la fermeture de trois centres hospitaliers : Broussais, Boucicaut et Laennec, mais dans le cadre de la création de l'Hôpital Européen Georges Pompidou. Il n'est pas indifférent de noter que cette opération, prévue de longue date, a pu se réaliser dans une paix sociale certaine.

L'AP tente de finaliser son plan stratégique 2001 – 2004, mais ce dernier, outre un important retard, ne répond que très imparfaitement aux nécessités qui sont et vont être liées aux contraintes budgétaires.

- Le projet social n'est pas finalisé
- Le projet de gestion est bloqué, rejeté par les directeurs et la CME

- Le projet médical connaît de très sérieuses difficultés sur ses trois opérations les plus restructurantes : St Vincent de Paul, Jean Rostand et Hôtel Dieu

Conclusion

Il apparaît, au terme de la cinquième année d'application de la péréquation, que l'Assistance Publique n'est pas véritablement rentrée dans la logique qu'implique cette dernière, c'est à dire une véritable restructuration de l'offre.

L'AP a pu tenir, jusqu'ici, en consommant toutes ses marges de manœuvre. Le protocole Aubry de mars 2000 lui a apporté une bouffée d'oxygène, mais une fois que les marges sont épuisées, si l'on ne procède pas à des restructurations le système n'est plus gérable. A structure inchangée, l'AP ne pourra plus assumer la péréquation.

L'action des pouvoirs publics est d'inciter l'AP – HP, en lui apportant un soutien politique fort, à concevoir une vision stratégique longue pour recomposer son offre hospitalière.

La péréquation est un outil qui doit jouer pleinement son rôle pour l'AP, comme elle le joue pour les autres régions de France.

La mission souhaite que le mécanisme de péréquation soit appliqué de façon clairement individualisée au niveau de l'AP prise dans sa globalité. Elle estime d'autre part que l'AP doit s'engager plus nettement dans un véritable processus de péréquation entre ses établissements, en poursuivant, par exemple, les études du groupe de travail mis en place lors de la conférence des directeurs du 6 juillet 2001.

1.3 Le Centre Hospitalier d'Orsay

1.3.1 *Le Cadre Général*

Le Centre hospitalier d'ORSAY appartient au secteur sanitaire de l'Essonne Sud. Les frontières de sa zone d'attractivité sont délimitées par l'AP- HP au nord, par le CH de Versailles au nord-ouest, par le CH de Juvisy au nord-est, par le CH de Longjumeau à l'est, par le CH d'Arpajon au sud et par les CH de Rambouillet et de Dourdan à l'ouest et au sud-ouest.

Sa zone d'attractivité comprend 188 053 habitants en 1999, répartis sur 16 communes au profil très diversifié : Des communes à la population plutôt aisée (Chevreuse, Bièvres), d'autres à l'inverse nettement défavorisée (Les Ulis) et le siège de grandes écoles (Polytechnique à Palaiseau).

Sur le plan démographique, le secteur sanitaire de l'Essonne Sud se situe en 4^{ème} position, sur les 14 secteurs de l'Ile de France, au titre de la croissance de la population, avec +14,5% pour la période 1996/2005 contre +4,2% pour le total de la région.

Le CH d'Orsay a une part de marché sur sa zone de 19,7%, chiffre qui montre qu'il est soumis à une forte concurrence. Il est en effet concurrencé par l'AP (part de marché 16,4%), l'hôpital Antoine BECLERE étant très proche, et surtout par des cliniques privées. La clinique appartenant à la Générale de santé (L' Institut Jacques Cartier à Massy) dispose de près de 500 lits soit davantage que le CH d'Orsay lui-même. Cette clinique spécialisée dans la chirurgie cardiaque, la dialyse et la réanimation dispose d'un service d'urgence et a été récemment autorisée à avoir un IRM.

De plus, le CH recrute 80% de ses malades sur sa zone, 20% seulement venant d'autres zones.

1.3.2 *L'Activité*

Le nombre de lits du CH d'Orsay peut être qualifié de relativement moyen pour un hôpital de la région Ile de France. Il y a en effet 433 lits au 30 juin 2001 se répartissant en : 151 pour le MCO, 162 en psychiatrie, 20 en SSR et 100 en soins de longue durée. Ce nombre de lits est par ailleurs remarquablement stable dans le temps puisque ces chiffres sont exactement les mêmes que ceux du 31 décembre 1997, sauf le MCO qui était à 154 lits. Pour être tout à fait précis, en 1997, on comptait 14 lits supplémentaires, transformés depuis pour être décomptés en consultation, au titre de la médecine nucléaire. Cette particularité du CH d'Orsay vient d'une liaison étroite avec le Commissariat à l'Energie Atomique qui dispose de bâtiments à l'intérieur du CH, d'un cyclotron et de deux IRM hors carte sanitaire. Le service de médecine nucléaire est géré conjointement par le CEA et le CH.

Le nombre des entrées en MCO est également stable puisqu'il est passé de 10 031 en 1997 à 10 520 en 2000 soit une croissance moyenne annuelle de 1,6%. A l'intérieur de ce chiffre, c'est l'obstétrique qui progresse le plus avec une croissance moyenne annuelle de 5,6%. Cette situation vient sans doute de l'arrivée en 1997 d'une nouvelle équipe de gynécologie ; le service qui périclitait semble ainsi repartir.

La DMS est faible et sensiblement inférieure à la moyenne nationale : 4,35 jours en MCO. De l'avis du directeur du CH, cela traduit une volonté d'assurer une rotation rapide des malades dans la mesure où les cas traités ne sont ni plus, ni moins légers qu'ailleurs.

Le taux d'occupation est important avec 83,5% en MCO dont 88,2% en médecine. En pédiatrie le taux est constamment au dessus de 100% Le CH est en discussion avec la DDASS pour exploiter 6 lits supplémentaires de néonatalogie et l'accord serait donné à la condition de les prendre sur le quota des lits de médecine.

DMS et OM sont stables sur la même période.

Les passages aux urgences progressent de 1997 (28 105) à 2000 (32 697) soit une croissance moyenne de +5,2%.

Le nombre des consultations externes évolue sur la même période de 20 199 à 23 579 (croissance moyenne : 5,3%). Rapportée à 17 000 habitants pour la ville d'Orsay et 188 000 pour la zone on ne peut juger cette activité comme particulièrement importante.

Le CH d'Orsay a passé un accord avec le CH de Longjumeau, chacun des deux établissements a son SMUR, mais c'est le syndicat inter-hospitalier qui a reçu l'autorisation SAU.

Le résultat PMSI de l'établissement a progressé de 3,8% en trois ans pour atteindre 13,7 millions de points ISA en 2000. La valeur du point ISA a augmenté à hauteur de 13,24 F en 1999, avec une moyenne régionale Ile de France de 14,57 F (-9,1%). Ceci place l'établissement au 19^{ème} rang (sur 71) des CH de la région, et au 3^{ème} rang sur les 9 hôpitaux de l'Essonne.

Au global, le CH d'Orsay est typiquement un hôpital de proximité à vocation locale, sa seule spécificité réside dans les activités conjointes avec le CEA.

1.3.3 *Les Ressources Humaines*

L'effectif de personnel médical est passé (au 31/12 en ETP) de 75,1 en 1995 à 87,5 en 2000. Cette progression réside essentiellement dans la création de 11 postes de PAC et à un moindre titre de 4,1 postes de PH. Ces créations répondent principalement à la mise à niveau du service des urgences conformément à la politique nationale, dès lors que le Service d'Accueil des Urgences du CH a été reconnu. En second lieu quelques créations correspondent à un effort sur la psychiatrie conformément aux orientations de l'ARH. Une étude de la DDASS a d'ailleurs fait apparaître que le CH était, dans cette discipline, très nettement sous – doté. La mission note que la mesure résulte du calcul sommaire mais classique de : dépenses de psy par habitant. Elle considère que ceci renforce son analyse (cf. tome 1) sur la nécessité de sortir du calcul de la formule de péréquation, dans la variable Population Hospitalisable, la part Psychiatrie. Il n'y que peu de signification à la traiter conjointement avec le MCO qui lui dispose d'un point ISA.

Ceci renforce également la nécessité de pouvoir se doter le plus rapidement possible d'un point ISA spécifique à la psychiatrie.

La difficulté à laquelle est confronté le CH d'Orsay réside dans une utilisation forte des PAC qui sont soumis à un turn-over important, le CH ne pouvant supporter le surcoût de 300 KF que représente le passage de PAC à PH. Un PAC anesthésiste est parti au 1^{er} septembre, mettant cette activité au niveau de la rupture, un PAC radiologue devrait également partir faute pour le CH de pouvoir le rémunérer à la hauteur de PH, alors qu'il pourrait y prétendre.

Le taux d'encadrement médical du CH n'est pas très élevé. Des postes se trouvent, par l'effet financier de la péréquation, gelés.

En ce qui concerne le personnel non médical on note une remarquable stabilité des effectifs : 751,5 en 1995 et 753,8 en 2000. Les créations de postes ont concerné la remise à niveau des urgences et des services de psychiatrie adultes. Le CH utilise la technique malheureusement classique du retard au remplacement des départs, pour économiser sur la période où le poste n'est pas pourvu. Le taux d'absentéisme est élevé (11%), avec beaucoup de congés maternité.

Il y a 12 postes non pourvus d'IDE suite à des difficultés de recrutement. Ceci concerne presque exclusivement la psychiatrie. Cette situation n'est pas forcément surprenante, mais est encore aggravée par des locaux vétustes et peu attractifs. A l'inverse, le CH ne fait pas mention de difficultés particulières pour le recrutement d'aides soignantes. Le turn-over est très fort sur le personnel féminin dont les maris, affectés dans les universités et écoles du secteur, changent fréquemment d'affectation.

L'établissement offre aux étudiants infirmiers de troisième année une allocation d'études de 3 000 F/mois moyennant un contrat de un an avec le CH.

1.3.4 *Les Finances*

Les dépenses du compte administratif 2000 représentaient 294,084 MF, en progression de 6,10% sur 1997. Le budget général dégage un solde très légèrement excédentaire, proche de l'équilibre, sauf en 2000 (+3,3 MF). Cet excédent résulte d'un choix délibéré du CH en prévision d'opérations d'investissement que nous examinerons plus loin.

En 2000 les dépenses du groupe I avec 228,314 MF représentent 77,6% du total des dépenses. Ce ratio, plus élevé que celui que rencontré habituellement, résulte de la volonté délibérée de la direction de l'établissement d'affecter systématiquement tout ce qui est disponible sur le groupe I.

Le CH s'efforce de ne pas avoir de report de charges, mais des virements de groupe à groupe présentés en décisions modificatives ont été nécessaires pour alimenter des chapitres insuffisamment dotés.

Il y a relativement peu de frais financiers, 1,097 MF en 2000 représentant 1,27 jours de fonctionnement contre 2,51 jours en 1997. Plusieurs emprunts anciens, souscrits auprès du CLF banque avec laquelle traite habituellement le CH, sont arrivés à

terme au cours de ces dernières années. En 1997, ont été menées des opérations de renégociation de la dette pour éliminer les emprunts à deux chiffres du début des années 80.

Par contre l'établissement ne pratique manifestement pas la technique du zéro trésorerie. La trésorerie atteint en effet au 31/12/2000 le niveau élevé de 27,158 MF soit 31,8 jours d'exploitation. Qui plus est ce niveau est en augmentation de +18,8% sur trois ans. La trésorerie excédentaire est à la TG, et n'est pas productrice d'intérêts. Un calcul simple montre que sur la base d'une trésorerie moyenne de 25 MF qui serait placée, les intérêts produits couvriraient plus que les frais financiers. Mais dans l'optique du projet d'investissement du CH, l'intention de la direction est d'assécher totalement la trésorerie avant de réaliser des emprunts.

Le délai moyen de paiement aux fournisseurs est très sensiblement inférieur à la moyenne nationale, avec 32 jours contre 49 jours.

1.3.5 *Les perspectives de l'établissement*

Les investissements du CH d'Orsay au cours des dernières années relèvent plus d'opérations courantes que d'un schéma de grande envergure. On retrouvent des dépenses courantes d'équipements médicaux, informatiques et de bureau. Les seules opérations notables concernent l'acquisition de deux centres médico-psychologiques et les travaux indispensables de sécurité incendie.

En fait, rien n'a été fait au CH d'Orsay dans le domaine immobilier depuis plus de vingt ans. Le ratio de vétusté qui était pourtant de 0,64 en 1997 s'est dégradé pour passer à 0,69 en 2000.

Pour 2002 et les années suivantes un ensemble d'opérations sont prévues :

Un scanner pour 5 MF

Un grand projet de rénovation des bâtiments MCO pour 45 MF. Le CH espère une participation du FIMHO mais qui devrait être limitée à 5MF.

Une réhabilitation, poussée par la DDASS, des bâtiments de psychiatrie pour 80 à 100 MF

Par le passé des projets ont été refusés dans le cadre du SROS en particulier la création d'un nouveau service de chirurgie.

Ce point est intéressant à noter, car dans les raisons du refus, figure l'absence de projet médical approuvé.

Le CH n'a pas de projet d'établissement approuvé. On note des délibérations du conseil d'administration, mais ponctuelles et à portées réduites. En fait, tout semble s'articuler autour d'une activité de proximité en MCO que l'on souhaite simplement maintenir, et un SAU bisite avec Longjumeau.

En 1998 la DDASS a imposé la création d'un syndicat inter hospitalier pour faire fonctionner le SAU.

Manifestement le CH d'Orsay est sur la défensive vis à vis du CH de Longjumeau dont il craint « une volonté hégémonique » selon l'expression du directeur.

La DDASS attend un projet médical de la part de Longjumeau pour approuver conjointement les projets des deux centres hospitaliers.

Il serait souhaitable de faire une addition des deux projets et d'en faire alors un projet d'établissement.

Il n'y a pas de COM au CH d'Orsay car selon les termes utilisés devant la mission :

« Il n'y a pas matière à ! »

Il serait pourtant souhaitable qu'il y ait un COM et qu'elle soit commune aux deux centres.

1.3.6 *Les effets de la péréquation*

En 2001 le budget du centre hospitalier d'Orsay a été fixé par l'ARH à 300,929 MF en progression de 2,43%, soit un niveau plus élevé que celui de la région (2,11%)

Calculé mécaniquement par l'ARH en application des résultats du PMSI, le CH bénéficie en MCO d'une hausse résultant, d'une part de son point ISA favorable (13,09 F) à hauteur de 3 058 682 F, d'autre part du correctif départemental de l'Essonne à hauteur de 186 586 F

Les demandes spécifiques du CH en mesures nouvelles pour 2001 ont pratiquement toutes fait l'objet d'un examen différé par l'ARH :

- Remise à niveau des effectifs du service des urgences et du SMUR dans le cadre du SAU
- Remise à niveau des effectifs dans le cadre de l'extension du pôle mère – enfant
- Augmentation des moyens consacrés à la lutte contre les infections nosocomiales
- Mise en assurance qualité de la stérilisation

Dans un autre domaine, les centres hospitaliers d'Orsay et de Longjumeau ont présenté un projet commun de création d'un centre de consultation ambulatoire en alcoologie. Une enveloppe de 780 000 F est attribuée au CH de Longjumeau ; elle doit faire l'objet d'une mutualisation de moyens avec le CH d'Orsay ; elle correspond à la création de deux postes de PH temps partiel et de 0,5 ETP poste de secrétariat.

Le CH d'Orsay bien qu'étant en situation plus favorable que la moyenne de la région au regard de la valeur de son point ISA voit donc son budget construit sur la base d'une progression 0 de l'activité MCO, la majoration de crédits ne résultant que du calcul PMSI.

Les relations du CH avec la DDASS sont bonnes. Le directeur apprécie la clarté du processus décisionnel de l'ARH et la lisibilité de la lettre budgétaire. Par contre les

redotations en cours d'année sont jugées peu claires et ne sont pas incitatives à mieux faire.

Pour le CH, les enveloppes fléchées sont le seul moyen d'obtenir des financements nouveaux, mais le directeur considère comme difficile à gérer en interne le fait de disposer de moyens supplémentaires sur les actions ciblées, alors qu'il est obligé de geler des moyens pour faire face à l'existant.

Enfin, dans le domaine de la psychiatrie, l'établissement reçoit de l'ARH des moyens supplémentaires, mais ceci résulte de la politique régionale voulue par l'ARH.

Conclusion

Le CH d'Orsay est assez proche du seuil critique. Si l'on considère qu'il a sa place dans la carte sanitaire, il ne doit pas descendre en dessous de cette masse critique.

On est ici en présence d'un cas assez typique d'un hôpital de taille limite dont l'évolution depuis vingt ans n'a pas été susceptible d'attirer particulièrement l'attention. Il est soumis à la concurrence pressante d'une grosse clinique voisine et ses actions de rapprochement, qui vont dans la bonne direction, avec le CH de Longjumeau sont intellectuellement freinées par la crainte de voir cet autre établissement le supplanter.

Le processus de péréquation, alors qu'il n'est pas très pénalisant pour le CH, le conduit à davantage utiliser des expédients qu'à mener une véritable réflexion stratégique et prospective. Pourtant lorsque l'on regarde les effets de la formule de péréquation à horizon 2028, il est vital pour ce centre de penser et de formaliser son devenir personnel. Un projet d'établissement suivi d'un COM sont donc une priorité immédiate.

1.4 Le Centre Hospitalier de Rambouillet

1.4.1 *Le Cadre Général*

Le centre hospitalier de Rambouillet se situe dans le secteur sanitaire des Yvelines Sud. Il appartient par sa superficie à un bassin de vie (Dourdan- Rambouillet) particulièrement étendu (cf. cartes). Celui-ci englobe même une partie de l'Eure et Loir qui, pourtant, sur le plan sanitaire relève de la région Centre et du secteur de Chartres. Sa densité, avec seulement 131 habitants au Km² est la plus faible de la région Ile de France. Le secteur a une composante rurale forte, les exploitants agricoles représentent en termes de catégorie socio-professionnelle une proportion 6 fois supérieure à la moyenne de l'Ile de France .

La part des inactifs (40,1%) y est supérieure à la moyenne régionale (37,6%).

Le taux de natalité est le plus faible de la région (11,8% contre 15,7%) et le taux de mortalité est supérieur au taux régional (7,6% contre 7,3%).

Sur le plan des critères socio-démographiques le bassin de vie compte parmi les plus favorisés. En effet le revenu moyen imposable est supérieur de 18% à la moyenne régionale, le taux de chômage est inférieur de 4 points au taux régional et le pourcentage de Rmistes (0,69%) est quatre fois plus faible que le taux de la région (2,46%).

La direction très dynamique de l'établissement dénombre de façon extensive sa zone d'attractivité.

Celle-ci comprend 146 767 habitants et 84 communes sur les Yvelines Sud, auxquels elle rajoute 23 816 habitants et 12 communes de l'Essonne relevant de la communauté d'établissement : CH de Dourdan – CH de Rambouillet, 28 853 habitants sur 18 communes en Eure et Loir plus proches du CH de Rambouillet que de celui de Chartres, enfin l'enjeu des 7 communes représentant 142 737 habitants de la ville nouvelle de St Quentin en Yvelines.

Pour mieux « marquer » son territoire, le CH, outre la communauté d'établissement avec le CH de Dourdan, a passé un accord avec la clinique du Mesnil contiguë à la ville nouvelle de St Quentin.

La clinique du Mesnil a fermé au 30/06/01 son activité MCO et le CH de Rambouillet vise à la reprendre par la stratégie de mise en place d'une clinique ouverte, avec l'appui attendu de l'ARH.

Sur la ville nouvelle il n'y a pas de structure hospitalière publique mais une présence du service public pour les urgences (consultations avancées).

Le CH de Rambouillet a obtenu un SAU en septembre 1999 et une IRM en février 2001. Il n'est pas concurrencé par des cliniques privées, sauf tout à fait au nord du secteur par la clinique de Trappes appartenant au groupe ATTIA, mais cette dernière n'a pas d'IRM .

Pour la direction de l'établissement, présidé par M. Gérard LARCHER sénateur maire de Rambouillet et Président depuis trois ans de la Fédération Hospitalière de France, le CH veut être un pôle fort entre les hôpitaux de Versailles et de Chartres.

Sur le plan démographique, la population de la ville même de Rambouillet (24 758 habitants) est en légère décroissance mais l'ensemble du secteur sur la seule partie Yvelines a augmenté de 8,9% en 9 années.

Sur l'ensemble MCO, le CH réalise une part de marché de 30% (cf. graphique), nettement en deçà des parts de marché de l'hospitalisation publique nationale.

1.4.2 *L'Activité*

Le nombre de lits du CH qui était de 396 au 31/12/1997 est resté inchangé sur la période. Toutefois avec la révision de la carte sanitaire en 2000, des changements sont intervenus ou vont intervenir.

Les 19 lits d'alcoologie ont été basculés en soins de suite et de réadaptation dégageant une possibilité d'un nombre équivalent de lits en court séjour. Le partenariat avec la clinique du Mesnil conduit à lui transférer le moyen séjour du CH de Rambouillet qui pour sa part se recentre sur le MCO.

Un document fourni par l'établissement fait état de 450 lits autorisés (mais non encore installés) soit une création nette de 56 lits dont 10 en MCO et 34 en soins de longue durée.

La répartition des 450 lits serait de 213 en MCO, 19 en SSR, 80 en soins de longue durée, 80 en maison de retraite, 50 en SSIAD et 8 en hémodialyse.

Le CH a déposé en juin 2001 une demande d'autorisation de 20 lits de médecine polypathologique pour un coût en investissements de 10 MF et de 9,890 MF en exploitation

Le nombre des entrées en MCO est passé de 12 620 en 1997 à 14 058 en 2000 soit une progression moyenne annuelle de 3,7%, ramenée à 2,2% pour l'hospitalisation complète, mais atteignant 13,2% pour l'hospitalisation de jour.

La DMS du MCO est faible et en baisse, passant de 4,41 jours en 1997 à 4,05 jours en 2000.

Le taux d'occupation est stable en gynéco (86,34%) décroît en chirurgie (73,23%) mais augmente en médecine (77,80%) sur la base des données de l'année 2000.

La direction considère que le couple : faible DMS - forte OM, résulte d'un manque de lits en médecine.

Le passage aux urgences est en forte progression de 17 692 en 1994 à 26 876 en 2000 soit une croissance moyenne annuelle de 7,2% ce que le CH explique par l'étendue de la zone couverte par Rambouillet ; à noter que le SMUR ne comprend pas Coignières rattachée à Versailles.

Le nombre des consultations externes, hors urgences, est passé de 80 121 en 1997 à 92 131 en 2000, soit une croissance de 15,0% en trois ans. Rapporté à la population de la seule ville de Rambouillet (24 758 habitants) le ratio : consultations/habitants représente 3,7.

L'ensemble de ces indications semble permettre de considérer que le CH est sur une pente de forte expansion.

Le directeur actuel est arrivé en octobre 1998. Il a indiqué à la mission que le CH avait été longtemps marqué par un immobilisme fort. Le directeur des finances en place depuis douze ans, a pour sa part fait état à l'époque d'une image d'hospice. On voit d'ailleurs encore sur le fronton du plus ancien bâtiment de l'hôpital datant de 1933, la mention : hôpital- hospice....

Le directeur a été amené à se défaire, peu après son arrivée, d'un PH chirurgien pour service non fait.

1.4.3 *Les ressources humaines*

L'effectif du personnel médical est passé (au 31/12 en ETP) de 75 en 1997 à 82,7 en 2000, avec une très forte croissance des PAC : 1 en 1997, 15 en 2000.

La direction a stabilisé l'encadrement médical car son taux est supérieur à la moyenne de la région. Elle considère que le corps médical est en nombre suffisant et qu'il convient de privilégier la qualité.

En ce qui concerne le personnel non médical on note une grande stabilité : 603,65 ETP en 1997 et 601,92 en 2000, mais 2001 amorce une tendance à la hausse. La structure des personnels non médicaux est très proche de celle de la région avec cependant une proportion plus faible (65,31%) des personnels soignants (67,87% en Ile de France).

En 2000 la mobilité du personnel a concerné 6,9% de l'effectif moyen annuel, taux légèrement supérieur au taux national (6,6%) mais inférieur à celui de la région (7,6%)

L'absentéisme est en décroissance régulière depuis 1997 et se situe en 2000 au taux de 8,39% en deçà de la moyenne nationale (9,56%). Il est marqué par un nombre important de petits arrêts, symbole pour la direction d'un certain malaise.

Le CH dispose d'un IFSI avec un effectif porté récemment de 40 à 60 par promotion. Il a absorbé l'école d'infirmières du Centre hospitalier Charcot à Plaisir-Grignon. Malgré cela, le CH considère avoir beaucoup de mal à recruter des infirmières, principalement en anesthésie ou plusieurs postes sont vacants.

Le résultat PMSI de l'établissement est passé de 16 001 519 points en 1997 à 17 021 671 points en 2000 soit une croissance moyenne annuelle de l'activité de 2,08%. La valeur du point ISA a augmenté de 12,72 F à 13,03 F sur la même période plaçant le CH à la moyenne nationale et en retrait de 10,2% par rapport à la région Ile de France où il se classe au 25^{ème} rang sur 75.

Le CH a conclu un accord avec le personnel administratif et des services techniques sur leurs perspectives de carrière à l'intérieur du CH.

1.4.4 *Les Finances*

Le montant du compte administratif de l'hôpital est passé de 227,893 MF en 1997 à 252,603 MF en 2000 soit une progression de 10,84% en trois ans. En outre, les comptes administratifs de la maison de retraite, long séjour, représentent 32 MF en 2000.

Le résultat de l'hôpital est chaque année à l'équilibre à quelques francs près.

En 2000 les dépenses du groupe I avec 180,967 MF atteignent 71,64% du total des dépenses. La technique malheureusement classique des reports de charges, utilisée de façon permanente de 1994 à 1997, n'est plus reconduite depuis.

Le groupe IV s'élève à 12,567 MF soit 4,98% du total des dépenses. Ceci est atteint malgré un certain nombre d'opérations visant à réduire le poids des charges financières :

- En 2000, sur le groupe IV ont été repris 4 MF virés sur les groupes I, II et III.
- L'hôpital est géré en trésorerie zéro, avec un solde moyen quotidien de 200 KF.
- Les emprunts sont faits sur le long terme et lissés au maximum.
- La dette a été renégociée en 1999 sur la base de taux inférieurs à 5%, alors qu'elle avait été souscrite au milieu des années 80 à des taux variant de 12% à 13,25%.
- Les amortissements sont optimisés en jouant sur le prorata temporis

Le délai de paiement des fournisseurs est assez court, inférieur à 40 jours

Le ratio de vétusté est plutôt élevé (0,59 en 2000) et a tendance à se détériorer (0,55 en 1997)

1.4.5 *Les Perspectives de l'Etablissement.*

Le Centre Hospitalier de Rambouillet a su se doter d'un projet d'établissement. Le premier concernait les cinq années 1998 – 2002, le second les cinq années 2003 – 2007.

Un COM a été signée, et le CH a été le premier hôpital de la région à renégocier un nouveau COM.

Les relations avec la DDASS et l'ARH sont qualifiées de bonnes par la direction.

La direction de l'établissement fait preuve d'un dynamisme certain et d'ambitions clairement affichées.

L'enjeu que représentent les 150 000 habitants de la ville nouvelle de Saint Quentin a constitué un puissant aiguillon. Le CH a pris de vitesse son « concurrent » de Versailles en déposant son projet le premier, et en jouant sur le fait qu'il n'a pas

véritablement de concurrence de la part du secteur privé, ou qu'il a su l'annihiler (cf. clinique du Mesnil), ce qui n'est pas le cas du CH de Versailles.

Pour la direction, la problématique du CH était soit de retrouver une crédibilité, soit d'accepter la dégradation de l'activité de l'hôpital. Elle s'est mobilisée sur la première alternative.

Elle a considéré que pour être crédible, il fallait un plateau technique performant. Elle obtenu de la part de l'ARH, dans le cadre du COM, sa restructuration.

Le premier projet d'établissement et le COM ont permis d'obtenir le statut de SAU et surtout d'officialiser le rapprochement avec le CH de Dourdan, allant plus loin qu'une simple juxtaposition des deux hôpitaux, par la création d'une communauté d'établissements et l'expérimentation d'un centre inter-hospitalier. Le mariage est un peu déséquilibré, à Dourdan l'hôpital de proximité et la chirurgie de jour, à Rambouillet le SAU et le plateau technique fort.

A l'inverse la Psy et les SSR sont peu stratégiques. Le CH a passé une convention avec le CH Charcot, et ce sont des médecins et des infirmières Psy de Charcot qui assurent la permanence Psy de jour aux urgences de Rambouillet, cinq lits de Psy étant installés aux urgences.

En matière d'investissements, le nouveau COM, en cours d'élaboration, pour la période 2002/2005 prévoit 20 MF. Le premier COM couvrait la période 1999/2002, il portait principalement sur le SAU.

Trois grandes catégories d'opérations sont prévues :

- La reconstruction des cuisines, 18 MF par autofinancement.
- Le nouvel hôpital, opération comprenant d'une part la restructuration du plateau technique, d'autre part le rapprochement : Bloc opératoire/Bloc obstétrical, coût estimé à 120 MF
- La transformation du premier pavillon, qui date de 1933, en maison de retraite, pour un coût de 97 MF.

L'apport du FIMHO n'est que de 16 MF, il y aura donc un gros endettement nouveau du CH.

1.4.6 *Les effets de la péréquation*

La dotation régionale 2001 de la région Ile de France, AP-HP incluse, progresse de 1,97% par rapport à la base de référence 2000, 2,11% hors AP – HP.

Sur la base d'une discrimination positive au profit de la psychiatrie et des soins de suite et de réadaptation, les taux qui en découlent (cf. supra) sont :

Reconduction MCO = 1,04%
 Reconduction psychiatrie = 1,86%
 Reconduction SSR = 1,68%

Le CH de Rambouillet ayant une valeur du point ISA (12,90 F) meilleure que la moyenne régionale, il se voit attribuer un taux de 1,98% majoré de 0,10% au titre du département des Yvelines.

Le court séjour bénéficie donc d'un taux de progression de 2,08% soit 4 733 976 F, c'est à dire exactement le double du taux global MCO de la région.

Cette somme est majorée de 1 923 631 F au titre des effets année pleine de trois mesures propres au CH approuvées au cours des années précédentes : reclassement indiciaire du personnel médical, protocole relatif aux urgences et 2,5 créations de postes en 2000.

La péréquation 2001 permet à l'ARH d'engager les opérations suivantes :

- Poursuite de la mise en œuvre du COM, soit 2 MF au titre de la reconfiguration du plateau technique.
- Crédit de 4 lits de néonatalogie et extension de la capacité de l'IFSI à 60 places, qui font l'objet d'enveloppes spécifiques attribuées en cours d'année.

Bien qu'approuvées par l'ARH, l'extension de capacité de l'hémodialyse de 6 à 8 postes, et la création d'une consultation d'évaluation gérontologique en commun avec le CH de Dourdan, n'ont pas pu être financées par l'ARH au titre des mesures nouvelles.

Compte tenu d'un taux d'évolution de 2,08% majoré de 0,85% d'effets report, le budget alloué au CH est en progression de 2,93% et passe de 227 175 203 F en 2000 à 233 832 810 F en 2001, soit + 6 657 607 F correspondant à l'addition de 4 733 976 + 1923 631 F.

Il est instructif de noter que l'année précédente (2000) le taux de progression était de 6,27%, soit 2,27% au titre de la reconduction des moyens + 0,60% au titre du COM + 3,40% au titre d'autres mesures nouvelles.

En 1999 le CH avait obtenu 2,25% dont 1,25% au titre de la reconduction, 0,67% au titre du COM et 0,33% au titre des autres mesures nouvelles.

Conclusion

Le CH de Rambouillet est incontestablement un établissement dynamique et en phase ascendante. Il a d'une certaine façon « absorbé » la clinique du Mesnil et le CH de Dourdan, mordu sur le CH de Chartres et repoussé le CH de Versailles dans ses frontières, en utilisant au maximum la technique de la répartition des tâches, même si elle s'est faite essentiellement à son profit.

Le CH de Rambouillet fait partie des établissements de la région Ile de France qui ne se trouvent pas pénalisés par les effets de la péréquation. De multiples raisons peuvent expliquer cette situation assez atypique.

En premier lieu, la valeur de son point ISA joue clairement en sa faveur. En second lieu, le CH a eu l'intelligence de construire des projets d'établissement et des COM permettant de donner une bonne lisibilité à ses perspectives. En troisième lieu, le CH a compris que la péréquation, et donc la dotation qui en découle, n'a de sens pour l'ARH que si elle favorise les restructurations. En ce sens les opérations avec le CH de Dourdan, la clinique du Mesnil et la Psy avec le CH Charcot, ont constitué des éléments très positifs.

Enfin, il n'est pas à exclure que la présidence de l'établissement assumée par le Président de la FHF, ait joué un certain rôle.

1.5 Le Centre Hospitalier de Versailles

1.5.1 *Le Cadre Général*

Le centre hospitalier de Versailles se situe dans le secteur sanitaire n°9 et le bassin de vie n°15 de la région Ile de France (cf. cartes). Ce secteur sanitaire comprend une population de plus de 600 000 habitants en 1999. Cette population est en augmentation. Au recensement de 1990, l'effectif du bassin n°15 était de 454 112 personnes, mais le CH n'a pas fourni à la mission davantage de précisions : nombre d'habitants par commune, évolution au cours des dernières années, caractéristiques de la population.....

Sur la base de données anciennes (1990, 1995 ou 1996) il apparaît que le bassin de vie n°15 a une situation plutôt privilégiée dans la région : taux de chômage à 7,1% contre 10,3% pour la région, pourcentage de RMIstes à 1,2% contre 2,5%, taux de natalité de 17,4 contre 15,7, taux de mortalité 5,1 contre 7,3, proportion de jeunes supérieure à la moyenne régionale et proportion de plus de 75 ans plus faible.

La population de la ville nouvelle de St Quentin en Yvelines et de ses 8 communes pour près de 150.000 habitants représente un enjeu que se disputent les CH de Versailles et de Rambouillet.

1.5.2 *L'Activité*

Le CH de Versailles comprend trois sites géographiques distincts :

- L'hôpital André Mignot qui regroupe les services de court séjour et le plateau technique ; le nombre des lits était de 565 en 1997, il a diminué à 518 en 1998, puis s'est stabilisé à 517 à partir de 1999.
- L'hôpital Richaux qui accueille les services de psychiatrie, 55 lits nombre stable depuis 1997, les soins de suite et de réadaptation, 62 lits nombre également stable depuis 1997, et le long séjour 30 lits en 1997 et 28 lits depuis 1998.
- La maison de retraite Despagne qui dispose de 175 lits de long séjour et de cure médicale.

Le nombre des entrées en MCO est passé de 28 679 en 1997 à 30 104 en 2000, soit une augmentation moyenne annuelle de 1,6%, masquant des disparités importantes. En effet la part médecine diminue de 0,9%, la part chirurgie augmente de 4,2%, la part obstétrique augmente de 8,7%.

La durée moyenne de séjour du MCO est stable à 4,9 jours, avec une forte diminution en obstétrique (4,99 en 1997 et 3,65 en 2000), une quasi stabilité en chirurgie (5,67 jours en 2000) et une progression en médecine (5,7 en 1997 et 6,21 en 2000).

Le taux d'occupation est passé de 75,74% en 1997 à 83,95 en 2000. En obstétrique il a diminué au niveau de 79,9% en 2000, mais ceux de chirurgie (76,6%) et surtout de médecine (79,7 à 92,3%) ont très fortement augmenté.

Les passages aux urgences augmentent de 44 543 en 1997 à 50 500 en 2000, soit une progression moyenne annuelle de 4,3%.

Le nombre de consultations externes a décrue de 102 834 en 1997 à 95 383 en 2000.

Le CH de Versailles, en termes de masse financière MCO, occupe le quatrième rang sur 73 (hors AP) de la région Ile de France. Encore faut il noter que les trois établissements de taille supérieure sont le CLCC Gustave Roussy, la CMC Foch établissement PSPH, et le Centre Hospitalier de Poissy Saint Germain qui résulte de la fusion de deux établissements.

Le CH André Mignot, dans sa forme actuelle, est de création récente (1981) et à l'époque ses initiateurs ont voulu en faire un hôpital phare, ce qui a eu pour conséquence un financement très lourd, des moyens obtenus très largement, et un corps médical vivant sans avoir de réelles préoccupations financières. La mise en œuvre de la péréquation à partir de 1997 ne pouvait donc, dans ce contexte, qu'être vécue douloureusement.

1.5.3 *Les Ressources Humaines*

Les effectifs du personnel médical du CH (hors budgets annexes qui représentent 15 médecins en ETP) sont passés de 168 ETP au 31 décembre 1997 à 166 en 1998, puis à 169 en 1999 par la création de trois postes d'assistant dans le cadre d'une enveloppe spécifique urgences. En 2000 l'effectif a fait un saut notable pour atteindre 185 ETP. Cette progression sur le budget 2000 correspond à la régularisation des médecins vacataires des services des urgences et du SAMU/SMUR qui travaillaient auparavant sous forme de gardes. Au 31 août 2001, les effectifs progressent de trois unités avec un total de 188 personnes ; ceci correspond principalement à l'intégration de deux praticiens hospitaliers d'hématologie précédemment affectés à l'Etablissement Français du Sang.

En ce qui concerne le personnel non médical, celui ci a évolué comme suit :

	1997	1998	1999	2000
Soignant	1186,44	1183,18	1215,58	1250,34
Administratif	249,95	246,37	248,95	258,75
Médico – Technique	122,92	121,22	109,99	110,98
Logistique	195,38	192,08	190,04	198,20
TOTAL	1754,69	1742,85	1764,56	1818,27

Après une période où les effectifs sont restés stables, l'année 2000 a connu une progression de plus de 50 ETP. Ceci vient de l'intégration du secteur psychiatrique et du renforcement des urgences. Dans les deux cas il s'agit de crédits spécifiques, mais on note une augmentation de 10 ETP pour le personnel administratif et de 8 pour le secteur logistique. Le personnel soignant représente 68,8% du personnel non médical, proportion légèrement supérieure à la moyenne de l'Ile de France.

Le taux d'absentéisme est en progression : 12,56% en 1998 et 13,48% en 2000, très nettement supérieur à la moyenne nationale qui se situe sous la barre des 10%.

Le nombre de points ISA est passé de 37 298 423 en 1997 à 38 092 986 en 2000, soit une faible croissance moyenne annuelle de l'activité de 0,7%

La valeur du point ISA est passée de 13,52 F en 1997 à 14,41 F en 2000, ce qui correspond à une augmentation moyenne assez sensible de 2,15% par an.

1.5.4 *Les Finances*

Le montant du compte administratif (budget général) du Centre Hospitalier de Versailles est passé de 759,970 MF en 1997 à 810,459 MF en 2000, soit une progression de 6,64% en trois ans.

A l'exception de l'année 1998, tous les exercices se sont soldés par un déficit d'exploitation. Celui-ci atteint même 4,982 MF en 2000. La situation est de plus aggravée par le déficit de la maison de retraite Despagne qui atteint 2,070 MF en 2000. Chaque exercice comprend un niveau significatif de charges reportées 22,0MF en 1997, 13,5 en 1998, 15,5 en 1999 et 21,2 MF en 2000.

Le délai de paiement des fournisseurs qui atteignait 72 jours en 1997, est monté à 78 jours en 1998. Après une brève accalmie en 1999 où il est redescendu à 52 jours, il atteint en 2000 plus de 81 jours !

En 2000, le compte administratif se monte à 810,5 MF, et sa structure se présente comme suit :

Groupe 1 Dépenses de Personnel	535,0	66,0%
Groupe 2 Dépenses médicales	136,5	16,8%
Groupe 3 Dépenses Hôtelières	86,0	10,6%
Groupe 4 Dépenses Financières	53,0	6,6%
TOTAL	810,5	100,0%

On notera le poids particulièrement lourd des dépenses médicales. L'ARH a d'ailleurs fait des remarques au CH à ce sujet.

1.5.5 *Les Perspectives de l'Etablissement*

Le CH de Versailles comprend des services à valence universitaire, les services d'hématologie et de cancérologie, et même si leur poids est relativement faible (5% du total) ils sont chers sur le poste médicaments. Le centre de traitement des hémophiles représente une lourde charge, et peu générateur de points ISA. Le CH considère qu'il a une activité sur les urgences importante avec 380 000 appels par an au SAMU/SMUR, également faiblement générateur de points ISA.

La direction du CH estime que les médecins de l'établissement n'ont pas eu un réflexe d'optimisation du point ISA, et que l'ensemble de ces considérations expliquerait que le CH « coûte cher ». En conséquence il est mécaniquement pénalisé par l'ARH au niveau de sa dotation budgétaire. De plus le CH conteste le fait qu'à partir du budget 2001, l'abattement de 13% pour calculer la valeur du point ISA qui est appliqué aux CHU et qui lui était appliqué pour sa partie hospitalo-universitaire, ait été supprimé.

Selon la direction, le souci de sécurité sanitaire au CH est fort et très ancien, mais ceci a pour conséquence que l'avance prise dans ce domaine ne lui permet pas de bénéficier des actuels crédits ciblés versés à ce titre.

La direction du CH considère, se fondant sur l'OM et la DMS, que l'établissement est utilisé à plein temps et totalement ; il produit actuellement 38 millions de points ISA, il pourrait en produire 42 millions.

Le CH a été accrédité par l'ANAES sans réserve, avec 9 recommandations.

Le CH dispose d'un projet d'établissement voté en 1999 et qui couvre la période allant jusqu'en 2004, mais ne dispose pas encore de COM approuvé. Il a procédé au regroupement de son activité MCO sur un seul site. Il a en projet de transférer la psychiatrie de sa structure « Hôpital Richaux » vers sa structure centrale « Hôpital André Mignot ».

Le principal sujet de préoccupation actuel du CH, vient de l'enjeu que représente les 150 000 habitants de la ville nouvelle de Saint Quentin en Yvelines, non dotés d'une structure hospitalière publique, et qu'il « se dispute » avec le CH de Rambouillet. Pour le CH de Versailles il y a glissement du territoire de Rambouillet en mordant sur celui de Versailles. Le développement de Rambouillet se fait au détriment de Versailles et aurait pour conséquence que le CH perdrait de l'activité sans gagner sur le point ISA.

Pour la direction du CH il y a un risque de démantèlement partiel qui irait à l'encontre de l'intérêt économique.

1.5.6 *Les effets de la péréquation*

Il est obligatoire de débuter cette section en notant, fait apparemment unique en Ile de France, que le CH a déposé le 22 février 2001 une requête en annulation contre l'arrêté de l'ARH fixant son budget pour 2001. Il n'appartient pas à la mission de se prononcer sur ce recours, mais elle note que dans le cadre de l'étude qui lui a été confiée, cette requête en annulation est un effet direct, et sans doute inattendu, des conséquences de la péréquation.

Depuis la première année d'application de la péréquation (budget de l'exercice 1997), la situation du CH, et notamment sa valeur du point ISA, était telle que les critères utilisés par l'ARH ont conduit mécaniquement à affecter au CH des dotations strictes. Si pour s'inscrire à l'intérieur de telles dotations, il est rogné sur diverses dépenses, sans procéder à une réflexion approfondie sur des opérations restructurantes, ce type d'exercice atteint fatalement ses limites.

L'application pour le budget 2001 du mécanisme de péréquation a des effets d'abord au plan national avec pour conséquence que la région Ile de France se trouve affectée d'un coefficient de progression sensiblement plus faible que la moyenne. En second lieu au plan régional, au titre de la péréquation intra régionale, le mécanisme conduit à une attribution au CH de Versailles d'un taux de reconduction MCO de +0,08%.

En effet le CH se situe en valeur de point ISA au 24^{ème} rang sur 73 en Ile de France. Le premier (le plus cher) est le CHS Sainte Anne avec un point ISA de 29,20 F, le 73^{ème} et dernier (le moins cher) est l'hôpital de Jouars- Pontchartrain avec un point ISA de 11,10 F.

Les 14,29 F de Versailles conduisent à lui affecter un taux de péréquation intra régional de -0,02% (le premier est à -1,00%, le dernier à +2,50%) majoré de 0,10% au titre du département des Yvelines, d'où le taux final de +0,08%.

La psychiatrie +1,68% et les SSR +1,20% bénéficient des taux appliqués à tous les hôpitaux d'Ile de France.

Les mesures nouvelles sollicitées par le CH concernant la périnatalité et les urgences, faisant partie des priorités du SROS, font l'objet d'enveloppes spécifiques attribuées en cours d'année 2001 par l'ARH.

Au total le budget 2001 est arrêté par l'ARH à 698 396 305 F en hausse de +3,24% par rapport au budget primitif de 2000.

Conclusion

Lors de sa création récente dans sa forme actuelle, en 1981, le CH de Versailles a été conçu comme une véritable vitrine de l'hospitalisation publique. Le personnel médical a largement bénéficié du financement très lourd consenti à l'époque et ne s'est pas véritablement senti impliqué dans l'ensemble des actions entreprises pour donner également une dimension économique à la vie de l'hôpital.

Le CH a vécu assez largement au dessus de ses moyens. L'introduction de la péréquation et du PMSI a été pour lui, un réveil d'autant plus douloureux.

Une réflexion approfondie, menée en concertation étroite avec l'ARH, et sans a priori ni de l'un ni de l'autre, doit être conduite. C'est la conséquence majeure de la péréquation dans son application au CH de Versailles. C'est bien d'ailleurs dans cette optique que les concepteurs du dispositif avaient décidés de la mise en œuvre de la péréquation.

Une fois que tous les moyens classiques (report de charges, déficits,...) ont été épuisés il faut bien s'atteler aux problèmes de fond et ne plus s'attacher à une splendeur qui appartient désormais à une époque révolue.

Bassin de vie n°15, carte manquante

Deuxième partie - La région Midi-Pyrénées

2.1 Agence régionale de l'hospitalisation de Midi Pyrénées

2.1.1 *Le cadre général*

2.1.1.1 *Présentation de l'Agence régionale de l'hospitalisation*

➤ Organigramme

L'ARH Midi-Pyrénées fonctionnait, au 1^{er} juillet 2001, avec une équipe restreinte, conforme à sa vocation d'administration de mission, qui couvre l'ensemble des activités et l'ensemble des acteurs de soins des secteurs hospitaliers public et privé.

Cette équipe est composée d'un directeur, de sept cadres et quatre secrétaires.

Le directeur présente la double particularité d'avoir eu des responsabilités de direction en administrations déconcentrées (départementale et régionale) ainsi qu'en administration centrale, au niveau de chef de service à la direction des hôpitaux (devenue direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins, DHOS) et de directeur de la direction de l'action sociale (devenue direction générale). Cette double expérience doit s'apprécier comme une double pertinence – d'analyse et de sensibilité aux réalités locales – dans l'énoncé des difficultés rencontrées aujourd'hui par la région dans le cadre de la péréquation (lettre envoyée à Mme la Ministre, cosignée avec le Préfet de région, le 08.06.2001, cf annexe 1).

Le directeur adjoint a, lui aussi, une double expérience de praticien hospitalier et d'économiste, notamment en matière de santé publique. Cette expérience croise et s'enrichit de celle du chargé de mission « systèmes d'information » qui possède une compétence largement reconnue en matière statistique, d'économie de la santé et d'exploitation des données fournies par les différents établissements sanitaires ou partenaires de l'ARH.

Le secrétariat général est assuré par un inspecteur principal des affaires sociales.

Le suivi du secteur public est assuré par deux chargées de mission, toutes deux directrices d'hôpital (dont l'une encore partiellement en fonction en Languedoc Roussillon au moment de la visite). L'une suit plus particulièrement les aspects ressources humaines et l'accréditation, l'autre les aspects financiers et les conventions d'objectifs et de moyens (COM).

Le suivi du secteur privé, particulièrement important en Midi-Pyrénées (75% de la chirurgie, 65% de l'oncologie, 70% des accouchements, 25% des passages aux urgences), est assuré par un agent de direction de l'Assurance- maladie, conseiller auprès du directeur.

Enfin, la communication est assurée par une chargée de mission, attachée d'administration centrale.

➤ Fonctionnement de l'ARH

La visite de l'Agence a permis d'apprécier les trois éléments qui ont assuré, après une période de mutuelle observation avec les partenaires institutionnels et les autorités préfectorales, son bon positionnement fonctionnel et opérationnel :

D'abord, un principe d'action par subsidiarité pleinement appliqué. L'instruction et la gestion quotidienne des dossiers reviennent aux services concernés de l'Etat et de l'Assurance Maladie. Le pouvoir d'évocation ou d'intervention de l'ARH ne se manifeste que pour faire respecter les orientations ministérielles ou celles du SROS ou des COM, opérer les arbitrages nécessaires dans l'allocation des moyens et en assurer l'effectivité. Ainsi le directeur de l'ARH a-t-il procédé à des délégations de signatures aux DDASS plus étendues que celles octroyées par les Préfets des départements, avant 1997.

Ensuite, un partenariat resserré avec la DRASS et la Caisse Régionale d'Assurance Maladie (CRAM). Ce partenariat a, jusqu'ici, permis d'opérer et d'accompagner les ajustements nécessaires dans un contexte budgétaire tendu.

Enfin, un travail de concertation avec les établissements, d'éclairage des décisions publiques et d'animation des axes les plus ambitieux du SROS (cf. partie suivante). A ce titre, la mission a pu mesurer la très importante présence de l'ARH dans l'accompagnement des réflexions internes de nombreuses structures et groupements de structures sanitaires.

2.1.1.2 Présentation de la région Midi-Pyrénées

➤ cadre général

Les données du recensement général de la population de 1999 font apparaître les fortes particularités de la région Midi-pyrénées. Avec huit départements, c'est la plus vaste région française. Elle couvre près de 8,5% du territoire national, mais n'abrite que moins de 4,5% de sa population, soit 2,55 millions d'habitants.

En réalité, cette région offre deux visages, dont les conséquences, en termes sanitaires, sont importantes. La croissance démographique que l'on observe, en effet, depuis 1936 est essentiellement concentrée sur le département de la Haute Garonne. Sa population a triplé en un siècle et, sur la seule décennie 1990, il a gagné plus de 100 000 habitants. Les autres départements connaissent, en revanche, une croissance très modérée (comme le Tarn et Garonne) ou négative.

Les responsables sanitaires sont ainsi confrontés à une densité régionale de population faible (53 habitants au km² contre 105 au niveau national) voire très faible (30 hbts au km² dans l'Ariège, le Lot, le Gers, l'Aveyron) mais également très inégale. L'évolution de la structure démographique, dans 9 des 11 secteurs sanitaires de la région va, d'ici 2010, accroître ces disparités. En effet, l'indice INSEE de vieillissement est de 81 contre 58 au niveau national.

Par ailleurs, cette population vieillissante présente un profil social fragile. Près de 20% des plus de 65 ans relèvent aujourd’hui du Fonds National de Solidarité (10% au niveau national).

L’offre de soins, dans son organisation, doit ainsi répondre à deux types de demandes :

- celle d’une vaste zone urbaine, relativement jeune, la région toulousaine (étendue jusqu’à Montauban, au nord) qui présente tous les types de pathologies traditionnelles de court et moyen séjour (y compris les plus coûteux).
- Celle de zones peu dynamiques, à la population vieillissante, parfois enclavées (sud Aveyron) mais pour lesquelles l’offre hospitalière est essentielle pour des raisons médicales mais aussi économiques. Le court séjour est également concerné par cette demande puisque 47% des hospitalisations de MCO concernent des personnes de plus de 60 ans.

2.1.1.3 L’offre de soins régionale

Concernant les capacités sanitaires offertes, la région apparaît bien dotée au regard des indicateurs nationaux (cf. première partie). En activités de court séjour, le ratio est de 4,7 lits pour 1000 habitants, pour un total de 12000 lits.

Concernant les soins de suite et de réadaptation (SSR), sa situation apparaît également satisfaisante, avec un peu plus de 5000 lits (et plus de 8300 avec les soins de longue durée, SLD).

Le double visage de la région, indiqué précédemment, se retrouve dans la répartition de ses moyens : le secteur sanitaire de Toulouse concentre plus de 40% des capacités MCO de la région. En revanche, la répartition des équipements dits « lourds » et obéissant aux dispositions de la carte sanitaire (indices de besoins) apparaît satisfaisante, ainsi que son volume (23 scanners, 5 IRM, 18 gamma caméras, 15 appareils de radiothérapie).

Concernant l’activité, la région fait apparaître un ratio, élevé, de 224 entrées pour 1000 habitants, soit plus de 560 000 entrées annuelles (en 2000), avec une prédominance du secteur privé en chirurgie (plus de 150 000 entrées). En réalité, ici encore, ces chiffres recouvrent des situations contrastées. Parmi les 28 centres hospitaliers et 15 hôpitaux locaux publics, beaucoup sont confrontés à une activité décroissante ou en mutation. Leur dispersion sur des zones peu peuplées et peu attractives entraînent la conjonction d’une baisse de fréquentation, pour certaines disciplines, et des difficultés de recrutements des personnels médicaux.

Au global, l’offre sanitaire régionale s’organise ainsi :

Etablissements	Lits (arrondis non discriminés)	Commentaires
54 Publics	12000 MCO	Avec un taux d’équipement de 4,72°/00 en MCO, de 1,98°/00 en SSR, 1, 28°/00 en SLD et 2,08°/00 en Psy.adulte (1,35°/00 en infanto-juvénile) la région apparaît parmi les mieux dotées au regard des indicateurs nationaux (cf. première partie du rapport)
22 Privés sous DGF	8300 SSR/SLD	
84 Cliniques	5900 Psy. :adulte, infanto juvénile	

➤ Le SROS

L'actuel SROS a été arrêté le 22 juin 1999. Il organise son action prioritaire sur cinq aspects de l'offre sanitaire : les maternités, les urgences, l'oncologie, la chirurgie-anesthésie ambulatoire et les soins de suite. Chacun se décline dans les secteurs sanitaires et précise les actions à entreprendre dans les annexes (opposables) du SROS.

Concernant les maternités, l'approche de l'Agence est à la fois réaliste et attentive à la disparité des évolutions démographiques, précédemment évoquées. Depuis 1997, plus de la moitié des naissances se concentrent en Haute-Garonne. Cette tendance s'observe dans le moyen terme et depuis 1990, près de 60% des maternités, effectuant moins de 300 accouchements par an, ont été fermées.

Sur les 7 qui demeurent en activité, trois sont maintenues pour des raisons d'accessibilité (Saint Affrique, Lannemezan, Saint Girons), deux se reconvertissent en centre périnatal de proximité (Décazeville, Gourdon), deux se regroupent (à Cahors) et une (Moissac) verra son sort arrêté plus tardivement en fonction de la recomposition de l'offre entre Castelsarrasin et Montauban. A la fin du SROS, dix neuf agglomérations disposeront, dans la région, d'une maternité, dont un centre de niveau III (au CHU) et huit structures de niveau II.

Autre élément particulièrement structurant, les urgences. Elles sont confrontées à la même croissance de la demande que celle observée au niveau national (environ 5% par an) sans augmentation des urgences graves. De plus, sur les 69 sites d'accueil, pratiquement tous les privés (25) et 10 sites publics connaissent moins de 7000 passages par an. L'évolution de l'offre est, elle, fortement déterminée par les règles fixées par le décret du 30 mai 1997. A la fin du SROS, la région disposera ainsi, de 9 SAU et de 16 unités de proximité. Tous les départements auront au moins un SAU (la Haute Garonne en aura trois et le Tarn deux).

Un peu plus de 70 établissements prodiguent, en Midi-Pyrénées des soins en cancérologie. La particularité de la région est que le secteur privé assure les deux tiers de l'activité en oncologie chirurgicale et en radiothérapie. Le SROS prévoit le développement, pour la prise en charge des patients, d'unités de concertation pluridisciplinaire (UCP). Dès 2003, les 10 000 patients traités en Midi-Pyrénées devront avoir été examinés au moins une fois par une UCP.

En matière de chirurgie-anesthésie ambulatoire, la région Midi-Pyrénées a adopté une approche très volontariste. Partant du constat que seuls 5% des actes chirurgicaux sont aujourd'hui réalisés en ambulatoire dans le secteur public contre 30% dans le secteur privé, le SROS entend développer cette part, dans le public également, à 30% sur la durée du SROS. Cette évolution doit se lire sur la base des 40 structures existantes et des 340 places autorisées au 1^{er} janvier 1999, soit 6,5% de la capacité d'hospitalisation de la région en chirurgie (5212 lits et places autorisées). Sont ainsi prévus la création de 49 places sur l'ensemble de la région (hormis la Haute Garonne) et un rééquilibrage de l'activité, actuellement réalisée majoritairement par le secteur privé (sauf dans le Lot et en Ariège).

Enfin, en matière de soins de suite et de réadaptation (SSR), le SROS n'arrête pas d'augmentation de l'offre (5039 lits et places), mais un redéploiement, pour répondre à deux tendances lourdes observées : d'une part, une orientation de plus en

plus systématique et précoce des patients du court séjour vers les SSR (que la mission a pu constater notamment au CHIVA de Foix-Pamiers, cf infra) ; d'autre part, le vieillissement, précédemment évoqué, de la population. Actuellement, près de 60% des personnes accueillies en SSR ont plus de 70 ans. L'objectif est ainsi de placer systématiquement les activités de SSR au centre d'un projet médical centré sur les besoins des patients. A cette fin, la mise en place de réseaux de prise en charge devra favoriser les redéploiements nécessaires afin de corriger les inégalités géographiques constatées.

Au delà de ces orientations et engagements prioritaires régionaux, le directeur de l'ARH et son équipe s'attachent à assurer le respect, par les établissements, des actions ciblées nationales. Il en existe actuellement dix-sept (définies en décembre 2000) au calendrier et cadencements budgétaires différents (cf infra).

➤ Etat de la réorganisation de l'offre de soins (cf également II – 2)

La région Midi-Pyrénées conduit une politique de restructurations qui concerne l'ensemble de son territoire (cf l'Atlas des restructurations de la DHOS). Après le regroupement des établissements de Foix et Pamiers dans un centre unique, dit du Val d'Ariège (CHIVA cf infra) sans surcoût ni report de charges, les hôpitaux de Castres et de Mazamet ont également été regroupés, ainsi que ceux de Millau et de Saint Afrique (avec, dans ce cas, un report de charges évalué à 17 M.F.). Les autres opérations concernent, notamment, la mise en complémentarité des établissements de Tarbes et de Vic-de-Bigorre, de Moissac et Castelsarrasin enfin de Saint Girons (hôpital général et psychiatrique). Est également programmée la restructuration de l'hôpital de Cahors (cf fiche). Un rapprochement des établissements de Figeac, Decazeville et Villefranche de Rouergue est enfin à l'étude.

A côté de ces opérations d'ensemble, l'ARH a mené une politique active, comme il a été vu, de restructurations ciblées, notamment pour les maternités. Certaines opérations, plus ponctuelles, sont liées aux contraintes propres à certains établissements qui doivent se rapprocher d'établissements, publics ou privés.

Au total, le plan pluriannuel d'investissements (PPI 2000/2005) dont s'est dotée la région pour financer les nouveaux projets est de 1 milliard de francs (pour un coût annuel de soutien par l'ARH de 25 MF/an). Toutefois l'évolution des comptes de groupe IV rend la réalisation de ce plan difficile.

Aujourd'hui, enfin, la contractualisation, qui conditionne – dans les faits – le succès des restructurations, rencontre deux freins importants : d'une part, les contraintes budgétaires qui pèsent sur la région limitent mécaniquement son attrait pour les établissements et sa portée pour la tutelle (cf IV) ; d'autre part, la très forte offre sanitaire privée en région Midi-Pyrénées réclame une approche à la fois plus fine et plus ambitieuse de mises en complémentarité et réclame du temps, mais aussi des abondements financiers actuellement fortement contraints.

2.1.1.4 *La procédure budgétaire*

➤ La procédure budgétaire relative à l'exercice 2001 a suivi et doit suivre un calendrier en cinq étapes :

- a) En octobre 2000, sur la base des éléments transmis par la tutelle, deux arbitrages régionaux ont été arrêtés, après concertation avec les fédérations régionales d'établissements : l'allocation d'un taux directeur unique de 2% à tous les établissements, avec une modulation légèrement positive (cf infra) pour les petits établissements et ceux du secteur psychiatrique (pour un taux régional de 2,72% très proche du taux national de 3%) ; l'organisation d'un appel à projets des établissements entrant dans le cadre du SROS (cf supra) ou transversaux (soins palliatifs, infections nosocomiales, lutte contre la douleur, télémédecine ...).
- b) A la fin novembre 2000, l'ARH a transmis aux directeurs d'établissement, en réponse à leur projets de BP 2001, le cadre financier de leur examen, c'est à dire l'ONDAM régional (11 milliards de francs) plus les règles fixées en octobre.
- c) Les conférences budgétaires avec les établissements se sont tenues durant le premier semestre 2001, incluant l'examen de leurs réponses à l'appel à projets.
- d) En janvier, l'ARH a notifié leurs budgets aux établissements.
- e) En septembre 2001, un bilan de campagne doit être présenté aux directeurs d'établissements de la région.

➤ Particularités et crédits ciblés

Le choix d'allouer, quasi-uniformément, un taux de 2% à l'ensemble des établissements a surpris la mission. Il n'est pas conforme à l'esprit de la péréquation, ni à l'usage attendu d'outils comme le point ISA ou la contractualisation (cf 1^o partie du rapport). Le directeur de l'ARH assume pleinement son refus d'appliquer les instructions émanant de la tutelle nationale. Il le justifie par l'insuffisance des moyens alloués à la région. Il souligne que ce taux de base ne couvre pas le seul GVT des établissements et que la marge régionale effective (0,72%), dont il s'est doté, doit tenir compte des 17 priorités de santé publique (crédits ciblés) définies par la DHOS en décembre 2000 (par exemple le SROS dialyse pour 4 M.F. ou la restructuration des urgences et de la périnatalité à l'hôpital de Rodez pour 3,5 M.F.). Il estime que sa marge réelle mobilisable pour réduire les inégalités entre établissements (hors coût des opérations de restructuration et COM) est d'environ 6 MF cette année (0,06% de la dotation en masses). Il estime que l'utilisation, a priori, du point ISA dans ce contexte n'est ni réaliste, ni pertinente eu égard aux montants en jeu (cf II – 2).

2.1.2 *Les péréquations inter et intra-régionales*

2.1.2.1 *La péréquation inter-régionale*

➤ Une méthode contestée

Lors de la visite en région Midi-Pyrénées, la mission a pris connaissance d'un document, élaboré par l'Agence contestant non l'objet (les parties précédentes font

clairement apparaître les surdotations – relatives – en moyens, notamment en court séjour, de la région), mais les modalités de la péréquation.

La région ne conteste ainsi pas l'effet mécanique, à méthode constante, de sa place en fonction des quatre critères définis.

Critères	Rang national
Dépense hospi/pop hospitalisable	19 ème
Flux patients	9 ème
Point ISA	18 ème
ICM	20 ème

Ce qu'elle conteste ce sont, d'une part, la pertinence de l'approche retenue et d'autre part, les effets sanitaires induits.

Concernant la pertinence de la méthode, la critique porte essentiellement sur 3 points (on se rapportera à la première partie du rapport pour l'enchaînement des paramètres de calcul de la dotation-cible).

- Tout d'abord, et contrairement à son objet, la dotation-cible, avant correction de l'ICM, ne correspondrait pas réellement à la dépense « théorique » de chaque région. En effet, si on prend le nombre de séjours théoriques (homothétiquement déclinés des taux de recours à l'hospitalisation, par âge et sexe, du niveau national corrigé de la part de marché régionale des établissements publics et valorisés au coût moyen national de séjour) et qu'on établit une moyenne avec la dépense hospitalière théorique (sur la base d'une égalisation des points ISA, à la valeur nationale, pour le MCO) on aboutit à une dotation-cible qui peut recouvrir des disparités entre affichages de situations réelles et des sur ou sous dotations.

La seconde critique concerne la péréquation secteur par secteur (privé d'un côté, public de l'autre). Elle conduit à faire peser les actions de correction sur les deux secteurs au simple prorata de leurs parts de marché respectives, sans tenir compte de leur éventuelle surproductions propres. Par ailleurs, l'approche retenue, qui opère une péréquation séparée par secteurs, ne peut intégrer les efforts de productivité relatifs de chacun à proportion de leurs poids relatif dans l'offre régionale. Ainsi, à variables constantes (nombre et coûts des séjours, valeurs et nombre de points ISA) une région comme le Midi-Pyrénées, apparaît pénalisée par l'importance de son offre privée. Dans ce cas, c'est la structure même de l'offre qui est source d'iniquité alors que, isolément, chacun des secteurs est traité comparativement aux autres régions (cf IV).

La troisième critique concerne l'appréciation respective des écarts en volume et écarts de surproductivité.

Par construction, le calcul de la péréquation détermine la dotation de chaque région à productivité et couverture de besoins identiques (avant correction par l'ICM). Les écarts entre dotation-cible et dotation réelle sont donc déterminés par les écarts entre consommation de soins et productivité. Aussi, en ne comparant que les montants des dotations réelles aux dotations-cibles, on peut conduire des régions surdotées car faiblement productives à diminuer leurs dépenses en rationnant l'offre (ie : en réduisant l'activité des hôpitaux publics). Inversement, et effet tout aussi pernicieux,

une région sous dotée, car sous consommatrice, peut être tentée de diminuer la productivité des hôpitaux pour augmenter ses dépenses.

On peut donc voir des disparités entre régions diminuer en montant et s'accroître en termes d'activité réelle et donc de productivité.

- b) Concernant les effets sanitaires, le directeur de l'ARH souligne que le dispositif actuellement arrêté peut conduire une région comme Midi-Pyrénées, considérée comme surdotée, à avoir dans le même temps des dépenses standardisées hospitalières (par âge et par sexe) inférieures à la moyenne nationale. Ceci est notamment dû à la présence d'un secteur privé très productif. Il génère donc de la sur-consommation prise en compte dans le calcul de la DGF-cible, mais il augmente la productivité moyenne qui, elle, n'est pas prise en compte. Concrètement, le directeur fait également valoir que l'exercice de péréquation accélérée conduit à un rationnement dans l'accès aux soins (cas du REMICADE et autres spécialités, cf infra) difficilement justifiable auprès de la population.

La mission a pris connaissance et a analysé ces critiques. Elle formule, en réponse, trois observations et sa propre conclusion.

Tout d'abord, et le tome 1 du rapport le souligne, la dotation cible comme les outils du dispositif reposent sur des choix méthodologiques, qui peuvent avoir leurs faiblesses, mais qui ne remettent pas en cause deux principes fondamentaux : d'une part, la nécessaire détermination d'un objectif cible moyen associé à une durée de convergence, d'autre part une pluralité de critères dont le choix et la combinaison peuvent toujours être contestés, mais qui globalement assure la légitimité et la continuité de la politique de péréquation.

La seconde réponse, directement liée à la précédente, concerne le champ de la critique retenu par l'ARH. Tel que le document est présenté, il tend à sur valoriser les limites méthodologiques du dispositif choisi, sans s'interroger sur son efficience globale ni sur les effets dans toutes les autres régions. Il en va ainsi, par exemple, de l'approche secteur par secteur (2^{ème} critique formulée par l'ARH) qui concerne d'autres régions où l'offre privée est importante.

La troisième réponse ressortit à un raisonnement par l'absurde : si aucune méthode ne peut être exempte de critiques, si aucune ne peut conduire à une parfaite équité en chacun de ses points d'application, on ne saurait en conclure que la péréquation est illégitime, ou qu'il faut renoncer à toute action volontariste afin de réduire les inégalités. La mission a souligné quelques insuffisances des critères de la péréquation, mais a clairement affirmé la nécessité de son maintien et en a donné les raisons dans le tome 1 du rapport.

Enfin et ce point constitue une conclusion au débat précédent, il n'apparaît pas acceptable de relier une contestation intellectuelle, qui peut être estimable, à un renoncement opérationnel, beaucoup plus contestable en termes de politique publique. Le choix opéré par le directeur de l'ARH, en matière de reconduction des moyens trouve sa justification dans un choix personnel, clairement contraire à l'esprit et aux modalités de la péréquation.

➤ La contribution à la péréquation sur 5 exercices

Sur 5 ans (de 1997 à 2001 inclus), la région a versé près de 600 MF, avec des contributions annuelles en forte croissance.

Années	1997	1998	1999	2000	2001	Total
Contributions (en M F.)	41,4	86,6	119	159	193,6	599

Cette contribution doit être rapprochée du montant de la dotation hospitalière régionale (près de 11 milliards de francs), mais doit aussi s'apprécier en termes de disponibilités budgétaires marginales (cf,II-2). La sous-partie suivante montre, avec les fiches hospitalières, les marges résiduelles réelles dont dispose l'ARH et les arbitrages qui en résultent.

2.1.2.2 *La péréquation intra-régionale*

Ainsi qu'il a été indiqué précédemment, il a été décidé de répartir les moyens alloués (10,977 milliards de francs), sur la base d'un taux régional d'évolution de + 2,72% en deux étapes :

- L'attribution d'un taux de reconduction de 2% à tous les établissements, modulé à 2,10% pour les établissements psychiatriques et 2,05% pour les établissements de petite taille.
- L'utilisation du reliquat (soit 0,72%) a été affecté à l'appel à projets (soit 0,48% du taux), aux engagements pris dans le cadre des COM (0,16% du taux, soit 17,45 M F.) et à la péréquation positive appliquée aux établissements notamment sous dotés au regard des résultats PMSI (0,06% du taux soit 6 M F.).

2.1.3 *La répartition de l'effort de péréquation*

* L'ARH ne dispose pas de tableaux exhaustifs retracant la répartition de cet effort, répercuté sur tous les établissements au travers du taux de base alloué. Cette situation est la conséquence du principe de subsidiarité retenu (cf, I – 1.2). La mission de suivi et de contrôle ressortit aux compétences des services déconcentrés de l'Etat de la CRAM. Pour autant, la mise en place d'un tel dispositif de suivi apparaît nécessaire eu égard, notamment, aux difficultés dans l'explication intra –régionale de l'effort de péréquation.

* Sur la base de la procédure budgétaire retenue (cf, supra), l'ARH a inscrit ses financements dans le respect des instructions ministérielles fixant les priorités de santé publique : urgences, accès aux soins, douleurs et soins palliatifs, oncologie, SSR, réseaux, infections nosocomiales ... (cf, annexe 2)

Un tableau récapitulatif d'attribution des crédits dans le cadre des appels à projets dénombre et précise, en annexe, les opérations retenues sur l'exercice 2001. On y voit l'éroite concordance avec les éléments précités.

On voit plus particulièrement que, en masses financières, les actions retenues ont essentiellement porté sur la mise aux normes des services d'urgence et la sécurité périnatale, conformément aux termes des décrets encadrant ces activités.

* Le suivi de l'emploi des crédits est établi, directement à travers les visites de conformité, effectuées sur place par les services de tutelle (MID et MIR) mais aussi indirectement par le contrôle de l'application des critères d'évaluation figurant dans les COM, contrats qui font l'objet d'un bilan annuel concerté entre établissements et

tutelles et par le suivi des éléments financiers établis par la DRASS (tableaux de bord d'analyse financière, avec point ISA éclaté) dont le contenu est porté à la connaissance de l'établissement et contre-expertisé avec lui.

2.1.4 *Appréciation générale*

Au delà des difficultés budgétaires présentes mises en avant par l'Agence, trois constats principaux peuvent être dégagés de l'examen de ses orientations et actions :

Premier constat, la politique de fusions d'établissements a été active, avec 5 opérations déjà réalisées ou engagées et une programmée (cf, supra). Conformes à l'Atlas ministériel des restructurations, elles ont été conduites dans des contextes parfois délicats. Elles font toutes apparaître une difficulté majeure : la nécessité d'absorber des surcoûts (en classe IV notamment, cf, supra) inhérents à ce type d'opération et qui obèrent les marges disponibles pour l'avenir.

Second constat, la mise aux normes des urgences et des services de maternité/périnatalité s'effectue, elle aussi, activement. Le programme à réaliser demeure toutefois lourd (environ 70 MF en 2000) et souffre de la contrainte budgétaire.

Dernier constat, l'Agence est parvenue, avec les établissements (ce point n'est pas contradictoire avec le précédent), à absorber l'augmentation de l'ensemble des groupes de dépenses, notamment depuis deux ans, sans remettre en cause les priorités nationales et régionales. De ce point de vue, le principe de l'appel d'offres s'est révélé particulièrement pertinent.

Pour autant, et l'examen de la situation des établissements visités le confirme (cf infra), la situation est aujourd'hui tendue et préoccupante. Beaucoup d'établissements sont en report de charges, ou à la limite de l'être. Dans nombre d'entre eux, le groupe IV est asséché et l'Agence n'est pas en mesure d'accompagner leurs efforts de modernisation ou de restructuration.

La traduction de cette situation est, elle aussi, triple :

- D'abord, on assiste à un grippage de la politique de modernisation. En 1993, les dépenses d'investissements de la région s'élevaient à 550 M.F avec une couverture par emprunt de 46%. En 1998 ces investissements se sont certes élevés à 710 MF, mais qu'il convient de rapprocher des opérations de fusion ou de restructuration évoquées (phase de surcoût) et d'un taux d'emprunt monté à 60%.
- Ensuite, on constate une incapacité à financer, dans les cinq prochaines années, les besoins recensés dans le cadre de la préparation du plan pluri-annuel d'investissement. Estimée, au total, à 1 milliard de F par la trésorerie générale de région, il traduit l'assèchement du groupe IV, l'effritement de l'outil de dialogue et d'impulsion que constitue la marge d'investissement régionale (et que le FIMHO ne corrigera qu'à la marge) et présage soit de l'aggravation des reports de charges si des opérations sont poursuivies, soit de tensions et de retards dans l'adaptation de l'offre là où elles sont reportées.
- L'inquiétude des responsables de l'Agence, l'a conduit à faire établir, par les services de la trésorerie, un recensement de l'ensemble des opérations à financer et à

calculer leur impact financier attendu dans les quatre prochaines années. Cette étude doit être rapidement transmise à la tutelle.

Au total, le directeur de l'Agence considère que : « Nous avons, avec les établissements, mobilisé l'essentiel de nos marges de productivité. Au delà, c'est l'offre de soins elle-même qui risque d'être remise en cause ».

Les fiches de visite de site détaillent la situation et les difficultés concrètes de trois établissements (dont un crée par regroupement) choisis pour la rigueur de leur gestion d'ensemble et l'adéquation de leur offre aux priorités sanitaires nationales et régionales : le centre hospitalier de Cahors, celui du Val d'Ariège et le centre hospitalo-universitaire de Toulouse.

2.2 Le centre hospitalo-universitaire de Toulouse (CHU)

2.2.1 Le cadre général

2.2.1.1 Présentation générale de l'établissement

Le CHU de Toulouse est actuellement un établissement bipolaire puisque son activité s'organise autour des sites de Rangueil et Purpan. Depuis le rachat de l'hôpital militaire D. LARREY (budgété, en 1999, pour 41 MF) l'offre s'est géographiquement complétée (en complémentarité avec Rangueil, mais pour un nombre de journées modeste ; environ 3000). Cette évolution, appuyée par l'ARH, correspond, outre à une opportunité, à la vocation de fait du CHU : établissement desservant une zone urbaine très large (jusqu'à la « ceinture » Montauban, Auch, Pamiers, Castres, Albi), il est à la fois hôpital de référence dans les principales disciplines et hôpital d'accueil de patients aux pathologies moins aiguës. Cette situation, liée à l'organisation sanitaire de la région (cf 1^o partie du rapport) se lit au travers du poids moyen des cas traités (hors CM 24) qui met Toulouse (avec 1636 points ISA en 1999), en deçà de Lille (1 765), Bordeaux (1 692) ou Strasbourg (1 650). On note même un accroissement de l'écart avec Lille sur la période 1997-1999 (écart passant de 6,9% à 7,9%). C'est donc à travers ce double prisme – hôpital régional et hôpital de proximité (ou de report des hôpitaux généraux) malgré l'importance de l'offre sanitaire privée – que doivent se lire les éléments ci-après.

➤ Evolution des capacités

a) en MCO (en lits)

1998	1999	2000
2 464	2 239	2 190

Nb : Part des lits MCO dans la capacité total d'accueil (2 875 lits) : 80,5%

La diminution des lits de court séjour, sur trois ans, doit s'apprécier dans le cadre des restructurations conduites dans les services à mesure du déroulement des plans pluriannuels d'investissement (1997/2000 ; 2000/2004). Il fait, par ailleurs, l'objet d'un engagement de nouvelles réductions dans le cadre du COM 1998/2000 (art 7).

b) en moyen long séjour (en lits)

	1998	1999	2000
SSR	667	336	339
SLD	192	192	192

Au total et au 31.12.2000, le CHU disposait de 2 721 lits, dont 2 448 en hospitalisation complète et 273 places. Cette offre hospitalière est, en Haute Garonne, très fortement complétée par le secteur privé (cf 1^o partie du rapport) et ceci, y compris en soins de suite et de réadaptation. La diminution du nombre de lits de SSR ne doit donc pas être interprétée comme une dégradation de la prise en charge des patients. D'ailleurs, le contrat d'objectifs et moyens 1998/2000 prévoit une diminution, à moyen terme, de 15% du nombre de lits SSR.

➤ Evolution de l'activité

a) Evolution du nombre des entrées (ensemble de l'établissement)

1998	1999	2000
138 646	139 350	142 054

Au delà de ces chiffres, qui font apparaître une croissance de l'activité, on constate que sur l'ensemble de 2000, la fréquentation des services cliniques a progressé de 1,5%, taux deux fois supérieur à l'exercice précédent (0,7%). En dix ans, les hospitalisations (y. c moins de 24 heures) ont ainsi augmenté de 19,5%. Plus précisément, en MCO, le nombre des admissions 2000/1999 a progressé de + 1,89%.

L'exploitation de données PMSI fait, plus globalement, apparaître une production, par le CHU, sur l'exercice 2000, de 531 299 journées dont 59 607 en CM 24 (hospitalisation de moins de 24 heures).

Le président de la CME, tout en reconnaissant que ces chiffres sont favorables à l'appréciation de la productivité du CHU (eu égard notamment à son organisation géographique), considère toutefois qu'ils minorent l'effet « qualité des soins » qui caractérise les pratiques médicales dans les services du CHU.

Au delà de ces indications générales, on observe, sur les activités dites « structurantes », les évolutions suivantes :

- l'obstétrique, qui représente 5,2% des admissions, effectue 3 051 accouchements (+114% par rapport à 1999)
- l'activité des urgences a cru, sur l'exercice, de 8,2% (avec, ici, un ratio de 65% des patients ayant pu, par la suite, rejoindre leur domicile). Les 35% de patients qui ont été transférés vers des unités de soins, ont représenté 22,5% des admissions MCO.
- Les activités particulièrement lourdes et coûteuses connaissent, en revanche, une évolution négative (106 transplantations d'organes soit – 19,7% ; 97 greffes de moelle soit – 17%).

b) évolution de l'occupation moyenne (MCO)

1998	1999	2000
76,08%	79,70%	80,32%

On observe, en 2000, une occupation moyenne de 80,3%, en progression régulière et qui respecte les objectifs fixés par la direction de l'établissement. Elle doit être appréciée en fonction de l'évolution de la DMS.

c) évolution de la DMS (en jours)

	Médecine	Chirurgie	Obstétrique	Total MCO
1998	4,1	5,2	3,9	N.D.
1999	4,0	5,1	3,9	4,98 jours
2000	3,9	5,1	3,8	4,81 jours

La diminution régulière de la DMS est, ici également, conforme aux objectifs fixés par la direction du CHU. Pour interpréter cette évolution, il convient de rappeler

que 40% des patients sont hospitalisés moins de 24 heures et 34% sont hospitalisés entre 24 et 72 heures, mais qu'au delà, et pour le solde, les pathologies et modes de prise en charge peuvent aboutir à des hospitalisations longues, propres aux activités des CHU, mais qui pèsent sur les résultats en termes de DMS.

➤ Les effectifs (ETP)

a) Personnels médicaux

	1998	1999	2000
PU/PH (1)	365	366	370
PH temps plein	226	233	254
PH temps partiel	46	44	45
Vacataires (attaché)	801	795	762
Autres	67	67	97

(1) y. c MCU, assistants et chefs de clinique

On note une croissance des effectifs médicaux, essentiellement liée aux effets des mesures nationales et régionales ciblées (cf infra) et au respect des nouvelles normes de pratique dans certaines disciplines. En revanche, la direction s'est attachée à compenser une partie de cette évolution par une diminution des vacations d'attachés (- 39 ETP sur 3 exercices).

b) Personnels non médicaux (ETP)

1998	1999	2000
9 028 (1)	8 981	9 009

(1) y. c emplois jeunes, sans CES

Ici aussi on note un effort de maîtrise des effectifs, effort qui devra être infléchi dans le cadre de la mise en place des 35 heures.

c) Coût moyen par agent (en francs)

1998	1999	2000
230 219	237 701	240 921

L'évolution du coût moyen par agent fait clairement apparaître les difficultés auxquelles sera confronté, dès 2001, l'établissement. Le taux de reconduction est déjà tendanciellement obéré par l'évolution des dépenses de groupe 1. Les recrutements qui seront opérés dans le cadre des 35 heures se feront partiellement (et notamment pour les infirmières) avec reprise de l'ancienneté. Le coût moyen par agent s'en trouvera affecté et accentuera la déformation de la structure des coûts et du partage de la valeur ajoutée.

➤ Zone d'attraction

En 2000, plus de 89% des patients hospitalisés étaient originaires de la région Midi-Pyrénées et 63% du département de Haute Garonne (les 3/4 venant de Toulouse et de son agglomération). Ainsi qu'il a été indiqué en présentation générale, le CHU joue

ainsi un rôle à la fois de référence et d'adressage, mais aussi de première intention et de proximité.

Les données PMSI font, par ailleurs, apparaître une attractivité extra-régionale qui peut trouver une explication géographique ou socio-médicale (installation d'anciens étudiants, notoriété personnelle ou de discipline pour les services). Toutefois, et ceci est un signe des réels progrès accomplis dans l'organisation de l'offre sanitaire au travers des schémas, cette attractivité tend à décroître.

a) attractivité extra-régionale

Départements	1998	1999	2000
Aude	3,50%	3,39%	3,21%
Lot et Garonne	1,62%	1,57%	1,55%
P.O.	1,50%	1,45%	1,44%

En revanche, on voit s'accroître la proportion des admissions d'origine « autres » (4,49% en 1998 ; 4,71% en 2000) dont l'origine peut être liée soit, ici encore, à des phénomènes de notoriété, soit à la place économique et touristique de Toulouse et de sa zone d'attraction.

➤ Les investissements

	1998	1999	2000
Immobilisations (en KF)	272 499	269 291	257 375
Dont gros équipements	16 427	15 882	0

Au 1^{er} janvier 2001, l'encours de l'endettement à long terme était, pour sa part, de 284,25 MF contre 239,3 MF au 1^{er} janvier 1999. Cette évolution traduit une augmentation des emprunts pour la réalisation de l'hôpital des enfants, du pavillon des urgences, de la centrale d'énergie, des remboursements d'annuité en capital sur l'exercice (55 MF). Globalement, le CHU de Toulouse présente un faible taux d'endettement (cf I – 3.2) qui lui assure les marges nécessaires à la réalisation du prochain plan pluriannuel d'investissement (PPI).

Dans le cadre du nouveau contrat d'objectifs et de moyens (COM), d'importantes opérations sont déjà engagées en 2000 : L'institut de biologie (98,5 MF), la rénovation des urgences de Purpan (30,7MF), l'hôpital de la mère et de l'enfant (296 MF). Par ailleurs, 12 nouvelles autres opérations (dénommées plans d'action prioritaires dans le COM 1998/2000) sont programmées.

Au total, on observe pour 2000, des opérations programmées à hauteur de 536 MF (dont 60% pour l'immobilier), clôturant le PPI 1998 – 2000 pour un montant total de 820 Mds. F. (125 Mds d'euros).

2.2.1.2 Les outils de planification

Actuellement, le nouveau projet d'établissement (adopté en juin 2001) et l'achèvement du dernier COM (1998/2000) se sont traduits par des effets fonctionnels et des conséquences en termes d'investissement. Au plan fonctionnel, on observe une mise en cohérence par regroupements, entre les activités de Rangueil et Purpan (hôpital

de La Mère, pôle cardio-vasculaire, urologie, pôle digestif ...) limitée par l'éloignement des sites et leurs zones d'attraction réciproques.

L'ARH poursuit ainsi, avec la direction de l'établissement, la polarisation des activités entre les deux sites. Chacun des projets est complexe, eu égard à l'histoire respective de Purpan et Rangueil, mais la réalisation de l'institut de biologie et du pôle cardiovasculaire (à Rangueil), des pôles céphalorachidien et digestif (à Purpan) traduisent l'évolution favorable des objectifs de la direction et de l'ARH.

2.2.1.3 *La situation financière (cf également II – 2.1)*

➤ Evolution de la valeur du point ISA

	1998	1999	2000
Valeur brute	15,69	15,54	14,96
Hors enseignement et recherche	13,65	13,52	13,01

➤ Les ratios bilantiels

	1998	1999	2000
Taux d'endettement	9,07	7,94	8,61 (1)
Autonomie financière	1,27	1,15	1,11 (2)
Poids des charges financières dans l'exploitation	0,37	0,36	0,46 (3)

- (1) moyenne des CHU 1999 : 15,11
- (2) moyenne des CHU 1999 : 2,51
- (3) moyenne des CH 1999 : 0,62

L'ensemble des ratios bilantiels, ainsi que le souligne le rapport du Trésorier de Haute Garonne, traduit une situation financière maîtrisée et une bonne capacité à engager les opérations du prochain PPI.

Toutefois, on doit souligner le fort accroissement des charges financières dans l'exploitation qui ont augmenté, entre 1998 et 2000, de 30%. Ce ratio se rapproche de la moyenne générale des CHU. Il est vrai que cette évolution doit être éclairée par celle relative à l'état patrimonial, qui s'est beaucoup amélioré durant le dernier PPI. Ainsi, la vétusté du patrimoine (somme des amortissements et provisions/valeur brute de patrimoine) est-elle faible (53,52 contre 57,43 au niveau national) ce qui traduit des immobilisations récentes.

2.2.2 *Le budget de l'établissement*

2.2.2.1 *Le cadre général*

Le CHU de Toulouse fait l'objet, depuis 1998, d'un effort particulier de maîtrise des coûts et des flux financiers. Concernant les coûts, on se reportera aux parties II – 1.2 et II – 1.3 infra. Pour ce qui concerne la maîtrise des flux financiers, on observe sur les exercices 1998/2000 une évolution favorable.

En MF	1998	1999	2000
FDR	144	55	120
BFR	- 104	- 41	- 79
Trésorerie	41	13	43

L'état de la trésorerie permet notamment de respecter les délais légaux de règlement aux fournisseurs (45 jours). Toutefois, la trésorerie immédiate (disponibilités) est très faible (350 000F) pour un flux financier moyen de 18 MF/jour.

➤ La traduction dans l'évolution des groupes de dépenses (en KF)

	1998	1999	2000
Groupe 1	2 568 874	2 641 536	2 703 320
Groupe 2	620 645	632 083	647 174
Groupe 3	374 089	369 157	359 048
Groupe 4	200 705	244 719	296 406

Les dépenses du groupe 1 représentent en 2000, 67,5% du total des dépenses contre 67,95% en 1999 et évoluent de 2,34% par rapport à 1999. Les dépenses de groupe 2 représentent 16,15% du total (contre 16,26% en 1999) et évoluent de 2,39% par rapport à 1999. Le CHU a réalisé, sur ce groupe de dépenses, un effort de maîtrise particulier, en dépit de réelles difficultés (coût des produits, phénomènes – ponctuels – d'entente). Les dépenses du groupe 3 représentent 8,97% des dépenses totales (contre 6,3%) et progressent de 21,12%. Toutefois, la Trésorerie Générale note que le poids des achats et services extérieurs dans le produit d'exploitation régressent (depuis 1997) et se rapprochent de la moyenne des CHU (24,54% contre 24,66%). Enfin, les dépenses de groupe 4 représentent 7,4% des dépenses totales (contre 6,3% en 1999) et progressent de 21,12% (cf I – 1.6 et I – 3.2).

➤ Les effets de la péréquation

Le CHU voit son activité triplement contrainte dans l'évolution de sa dotation en moyens :

D'abord, il est affecté au premier chef par le différentiel des taux directeurs d'évolution – national et régional – appliqué depuis 1998.

a) Taux d'évolution des dotations régionalisées

	1998	1999	2000	(2001)
Midi-Pyrénées	0,97	1,74	1,84	2,72
France	1,41	2,04	2,20	3

Ce différentiel représente, sur les trois exercices de référence (98/2000) près de 600 MF (cf 1^o partie du rapport) et a pesé, prioritairement, sur le CHU qui, de surcroît, a été rebasé annuellement de -4,3 MF au titre de l'indicateur point ISA (ce rebasement étant, il est vrai, partiellement compensé par un certain nombre de mesures spécifiques).

En réponse, le CHU a mis en place, sur la période 1998/2001 un plan d'équilibre en 77 mesures et réexamine le cadre de ses investissements au travers du nouveau plan pluriannuel (PPI évalué à 243 milliards d'euros, soit 1597 Mds F.).

Concernant le plan d'équilibre ; il prévoit – avant prise en compte de la RTT – une réduction des effectifs non médicaux de 373 agents, en jouant sur les mouvements naturels (320) et sur les restructurations (53). Au 31.12.2000, ce plan était exécuté à hauteur de 337 agents, dont les 53 suppressions nettes. Cette réduction représente 4% des effectifs. Pour 2001, l'action porte sur la restructuration du laboratoire de biologie, qui correspond à un rendu brut de 60 agents et à une économie globale d'environ 6 MF. Les personnels médicaux, pour leur part, ne font l'objet de mesures que sur les vacances et astreintes sauf pour les urgences et l'anesthésie (par ex en 1999 : - 1 77 vacations et - 1,7 MF d'astreintes).

Lors d'un entretien avec la direction du CHU, les chiffres provisoires des résultats du plan d'équilibre en juillet 2001 étaient de 400 ETP réduits. Ces efforts trouvent leur traduction dans la maîtrise des charges de personnel qui retrouvent, en 2000, une part dans la valeur ajoutée proche de celle de 1995 (96,59%).

Médiatement, la contrainte budgétaire se traduit par un encadrement d'un certain nombre d'actes propres à un établissement CHU (implants cochléaires, prélèvements et greffes, défibrillateurs cardiaques ...) mais aussi à des limitations sur des médicaments coûteux (REMICADE, VISUDYNE, MABTHERA, ZOVANT ...), voire à des reports de projets (en oncologie et thérapie cellulaire, en cardiologie pédiatrique, en chirurgie de la main ...). Pour autant, le respect des priorités gouvernementales et celles du projet médical approuvé en mars 1998, est assuré notamment pour les urgences (+ 2 ETP en 1999, + 7,5 en 2000) la périnatalité (+ 6 ETP en 1998 ; + 11 en 2000) ou la mise en place du protocole Aubry (+ 112 ETP en 2000).

2.3 Le centre hospitalier de Cahors

Le centre hospitalier de Cahors a fait l'objet d'une visite motivée par sa situation géographique (avec un secteur échappant à l'attraction sanitaire de Toulouse pour les pathologies courantes) et sa situation d'établissement à la fois géré avec rigueur et confrontée à des tensions financières, au moment où il engage un important programme de restructuration reconnu comme prioritaire par les tutelles centrale (cf subvention FIMHO 2000 de 5,5 MF pour le pôle mère-enfant) et régionale.

2.3.1 Cadre général

2.3.1.1 Présentation de l'établissement

L'établissement hospitalier de Cahors est de taille moyenne, jouant pleinement son double rôle d'équilibre au plan régional et de référence dans son secteur.

Ses capacités, en lits, ont faiblement évolué, sur les trois derniers exercices (1998/2000) :

a) en MCO

	1998	1999	2000
Médecine	100	99	99
Chirurgie	66	66	66
Obstétrique	23	23	23
Réanimation	8	8	8
Lits porte	3	3	3
Total MCO	200	199	199

b) en moyen long séjour

	1998	1999	2000
SSR	17	17	17
SLD	90	90	90
Maison de retraite	40	40	40

Dans le cadre du projet de restructuration et du projet médical, il n'est pas programmé d'évolution majeure de ces capacités.

➤ Son activité fait apparaître une évolution modérée

a) évolution du nombre des entrées (ensemble de l'établissement)

1998	1999	2000
11 268	11 744	11 468 (dont MCO 11 163)

b) répartition des entrées MCO (2000)

Médecine	Chirurgie	Obstétrique	Lits porte	Total
6 436	3 046	630	767	11 163

Pour l'ARH, ces éléments traduisent à la fois la position géographique de l'hôpital, en termes d'attractivité, et une répartition de l'activité conforme à sa taille et à sa mission.

- Le taux d'occupation en MCO apparaît satisfaisant et doit être interprété à la lumière d'une durée moyenne de séjour elle aussi satisfaisante.

a) taux d'occupation MCO

	Médecine	Chirurgie	Obstétrique
1998	79%	66%	68%
1999	82%	65%	70%
2000	79%	65%	69%

Sans être particulièrement élevé et même un peu faible en chirurgie, (cf, a contrario, le CHIVA) le taux d'occupation apparaît, ici encore, en rapport avec la place et la taille de l'établissement.

b) durée moyenne de séjour (en jours)

	Médecine	Chirurgie	Obstétrique
1998	4,65	4,80	3,23
1999	4,46	4,80	4,57
2000	4,42	4,82	3

Sur l'ensemble de l'établissement, la DMS a régulièrement décrue depuis 5 ans, passant de 4,71 jours à 4,39 jours. Le prolongement de cette tendance est, aujourd'hui, liée à la réorganisation générale de l'hôpital et, donc, à sa restructuration.

- Les effectifs

a) Pour les personnels médicaux, l'effectif autorisé se répartit ainsi :

Statut	Nombre
PH temps plein	45
PH temps partiel	8
PAC	8
Assistants	10
Total	63

b) En 2000, l'effectif non médical rémunéré en équivalent temps plein (ETP) s'est élevé à 624,8 postes dont 555,8 postes au budget général ; 56,5 postes sur le budget long séjour et 12,4 postes pour la maison de retraite.

L'hôpital de Cahors se caractérise par une moyenne d'âge de ses personnels non médicaux élevée : 43 ans en moyenne (42,3 ans pour les titulaires).

Cette situation a d'importantes conséquences sur le GVT et les dépenses du premier groupe. Ainsi le coût moyen par agent (hors astreintes et personnels mis à disposition) a-t-il régulièrement augmenté.

c) Coût moyen par agent

	1998 (% 97)	1999	2000
Coût en francs et évolution	228 633 (+1,6%)	234 309 (+2,5%)	238 862 (+1,9%)

➤ zone d'attraction

Ainsi qu'il a été dit, l'hôpital de Cahors joue un rôle essentiellement départemental, ce que favorise sa position géographique et les habitudes des patients et parturientes. Ainsi près de 93% de ces derniers sont originaires du Lot. Les trois départements limitrophes ne fournissent, ensemble, que 3,3% des patients. La présence d'une population estivale se lit essentiellement dans les 4,1% d'origine « autres ».

➤ Les investissements

L'hôpital de Cahors a vu, en 2000, l'avant projet sommaire (APS) de son plan de restructuration complet approuvé par l'ARH. Cette approbation a été assortie de l'engagement de financer les surcoûts de travaux qui seront entrepris à hauteur de 12,4 M. F. Au total, l'opération, à ce stade, est évaluée à 250 M.F. et l'effet financier attendu est un accroissement, au moment du plein effet de sa réalisation, de 25 M.F. des charges annuelles de remboursement (cf, également I – 3.2).

A la fin de l'exercice 2000, toutefois, le coût de l'opération se limitait à 6 M.F. (coût de la maîtrise d'œuvre et du contrôle technique) diminuant l'excédent de la section d'investissement de 2,15 M.F. par rapport à la fin 1999 pour s'établir à un peu plus de 26,2 M. F ; chiffre satisfaisant et traduisant la volonté d'engager cette opération avec des groupes de dépenses maîtrisés.

La mission, en effet, a constaté que l'hôpital de Cahors se prépare depuis plusieurs exercices (1997) à cette opération. Ainsi en 2000, la capacité d'autofinancement (surplus monétaire dégagé par l'exploitation durant l'exercice) s'est élevée à 17,23 M.F. en hausse de 23,5% par rapport à 1999. Elle ne fait pourtant que retrouver son niveau de 1998 (17,76 M.F.) sans atteindre le chiffre de 1999 (19,3 MF). Elle a permis, enfin, une hausse du fonds de roulement de 1,3 M.F.

Au total, l'hôpital de Cahors apparaît jouer pleinement le jeu d'une mobilisation de ses marges internes (qui apparaît dans la maîtrise de ses soldes de gestion et en I.3) pour cette opération. Néanmoins, la contrainte budgétaire régionale le rend dépendant d'une action de soutien externe importante pour la mener à bien.

➤ Difficultés rencontrées par l'établissement

Aujourd'hui, l'hôpital de Cahors connaît principalement des difficultés liées à un établissement vétuste et à la configuration mal commode. Ainsi le ratio de vétusté de l'ensemble de l'établissement (amortissements des biens affectés aux services hospitaliers/valeur brute des mêmes biens) est-il de 0,62 là où le ratio moyen national de référence est de 0,36 (cf, I- 3.3). Le Président de la CME souligne, régulièrement, les conséquences en termes de recrutements, de cet aspect sur les conditions de travail et la mobilisation des équipes.

Pour autant, l'établissement ne semble pas connaître de problèmes d'attractivité : l'âge moyen de son personnel non médical (cf, supra) le prouve, ainsi que le jeu des nominations/démissions des médecins (sur l'exercice 2000, 14 démissions et 15 nominations).

Actuellement, la principale difficulté, au plan médical, apparaît liée à l'incertitude sur le soutien externe au financement de la restructuration. Cette absence de visibilité gêne certains travaux de la CME dans les modalités de réexamens du projet médical.

2.3.1.2 Les outils de planification

Ainsi qu'il a été indiqué dans la première partie du rapport Midi-pyrénées, l'hôpital de Cahors bénéficie de la conjonction de trois actions, sans convention d'objectif et de moyens, de l'ARH en sa faveur.

D'abord, une action de soutien à ses projets médicaux dans le cadre de la procédure budgétaire dite de « 2° phase » (cf, partie ARH). Ainsi, en 2000, ont été créée une équipe mobile de lutte contre la douleur et une unité de coordination de tabacologie. De plus, l'établissement a été autorisé à installer un équipement mobile d'IRM.

Ensuite, Cahors bénéficie d'une action de rebasement sur le fondement de ses indicateurs PMSI. Il a ainsi obtenu, sur 2000, 0,4 M.F. au titre de la péréquation ; montant à rapprocher de l'enveloppe régionale disponible à cette fin : 6 M.F. (cf, 1° partie de rapport).

Enfin, l'hôpital bénéficie d'un soutien actif (et conforme au SROS) à sa politique d'investissement (cf supra).

Par ailleurs, l'ARH accompagne l'hôpital dans son action visant à réorganiser l'offre de soins et donc l'activité de l'hôpital de Gourdon dans le cadre d'une communauté d'établissements. En octobre 2000, une fédération inter-hospitalière a ainsi été créée pour la sécurité périnatale (FISP). Un représentant de l'hôpital de Cahors siège au conseil d'administration de celui de Gourdon. A terme, l'opération devrait conduire à la fusion.

2.3.1.3 La situation financière

Elle se lit à travers l'appréciation de sa productivité (production valorisée en points ISA) et à travers ses ratios bilantiels.

➤ Evolution de la valeur du point ISA

1998	1999	2000
12,02 F	11,90 F	11,98 F

L'hôpital de Cahors a une valeur du point ISA inférieure à celle de la région (12,94 F), mais se voit appliquer le taux uniforme de 2%, ce qui montre les limites de la politique pratiquée par l'ARH.

En masses, l'hôpital a produit, en 2000, 15 761 000 points ISA, en hausse de 4,8% par rapport à 1998 et 0,3% par rapport à 1999 (échelle de pondération 2001). En réalité, cette évolution moyenne couvre de fortes hausses d'activité (chirurgie viscérale +8,5% ISA, réanimation +14,8%) ou de fortes baisses (neurologie -9,3%, rhumatologie -7,4% ISA). Elles doivent, à l'évidence, être interprétées en fonction de l'indicateur des venues et des corrections éventuelles d'arrondies. Pour autant, l'hôpital fait apparaître une bonne productivité.

➤ Les ratios bilantiels

Concernant le coefficient de vétusté, on se référera à l'analyse du I – 1.6

Concernant l'autonomie financière, gage du bon financement de l'opération de restructuration, on note un ratio d'endettement très faible et un réel effort de réduction des charges financières (cf également le I – 1.6).

	1998	1999	2000
Taux d'endettement	12,92	11,84	9,95
Autonomie financière	84,9	86,2	87,8
Poids des charges financières dans l'exploitation	0,90	0,80	0,69

L'hôpital de Cahors apparaît ainsi avoir réalisé un important effort de maîtrise des coûts qui trouve sa traduction dans une situation financière satisfaisante.

2.3.2 *Le budget de l'établissement*

2.3.2.1 *Cadre général*

L'examen du budget de l'établissement n'appelle, ni dans la forme, ni sur le fond, de remarques particulières. Il est suivi par la DDASS et la trésorerie du Lot (rapports de BP et DM ; rapport de compte administratif) ainsi que par la DRASS (suivi budgétaire et médical des actions ciblées, cf partie ARH). Sur les derniers exercices, on note, en dépit de retards dans les votes, le respect des dispositions législatives et réglementaires (clôture des comptes et approbation en janvier de l'année n+1 ; vote des décisions modificatives en mai/juin et octobre ; présentation du rapport d'orientation de n+1 en juin). L'examen des courriers échangés avec l'ARH n'appelle, lui non plus, pas de commentaires particuliers et établit clairement le cadre d'instruction des demandes, notamment au titre des appels à projets.

Concrètement, pour l'exercice 2000, le BP 2000, voté par le Conseil d'administration (CA) de l'hôpital le 12 novembre 1999, a été examiné en conférence budgétaire (cf partie ARH) le 30 novembre et notifié par un courrier de la DDASS du Lot le 3 février 2000. Le taux de reconduction initial était de 2% augmenté de la péréquation positive (0,4 MF) et des financements complémentaires spécifiques (revalorisation statutaires et création de postes). Au total, le budget primitif a été arrêté à 206 777 000 F. A l'issue des DM (approuvées le 21.06 ; le 11.08 et le 17.11.2000) l'évolution des dépenses des groupes s'est élevée comme indiqué en II – 1.2.

En masses, on note les évolutions budgétaires suivantes

a) Evolution des groupes de dépenses (en K.F.)

	1998	1999	2000	2000/1999
Groupe 1 (personnel)	161 263,5	166 416,8	173 281,9	+4,13%
Groupe 2 (Médicales)	32 597,9	33 362	35 172,6	+4,59%
Groupe 3 (hôtellerie logistique)	18 728,4	20 458,6	19 508,5	-4,64%
Groupe 4 (amortissements et frais financiers)	16 179,5	14 606,5	13 966	-4,38%

L'hôpital de Cahors présente la situation d'un établissement qui subit l'évolution fortement positive de ses dépenses de personnel et médicales et qui, en réponse, s'attache à maîtriser ses dépenses de classes 3 et 4.

Pour les personnels, ce sont les catégories médicales qui ont connu l'évolution la plus forte (+6,8%) soit le double de celle des personnels non médicaux (+3,4%). La direction a fait un notable effort pour maîtriser certains postes (les gardes notamment, en les forfaitisant), mais les revalorisations statutaires et les nécessités du recrutement ont entraîné cet accroissement élevé. Ainsi, la part des dépenses de personnel dans la valeur ajoutée est-elle passée de 93,2% en 1998 à 94,8% en 2000.

De même, pour les dépenses de groupe 2, l'évolution du coût des produits pharmaceutiques (+5,4%) et des services extérieurs (+13,8%) expliquent l'évolution constatée. Elles ne sont pas compatibles, à terme, avec le prolongement de la courbe des moyens alloués aux établissements sur les derniers exercices. (cf II – 3).

N.B. Actuellement, l'hôpital dispose d'une comptabilité analytique partielle. Dans le cadre de la restructuration d'ensemble de l'établissement, une reconfiguration du système d'information interne est programmée.

➤ Les effets de la péréquation

*Ainsi qu'il a été vu, il n'y a pas de critères combinés de péréquation intra-régionale. La masse disponible à cette fin (0,06% du taux directeur) conduit à un examen de la productivité relative des établissements (point ISA) corrigé de leur situation budgétaire générale (reports de charges) et de la pertinence de leurs demandes particulières.

Les effets de la péréquation nationale sur l'établissement n'ont pas été isolés en tant que tels puisque le cycle budgétaire intra régional s'organise à enveloppe nationale notifiée.

En revanche, et de façon informelle, la direction de l'hôpital et le corps médical sont en mesure de se comparer avec des établissements de même taille et à productivité comparable (valeur de point ISA) situés dans d'autres régions.

C'est dans ce contexte qu'apparaît la plus grande incompréhension, notamment du corps médical. La politique menée par l'ARH n'est pas étrangère à cette situation. Un établissement historiquement mal doté, rigoureusement géré, notamment depuis l'arrivée du nouveau directeur se trouve, de facto pénalisé dès lors que les marges de rebasage régionales (cf II – 1.2) sont contraintes par l'évolution générale de la dotation, la péréquation nationale, le financement des priorités ministérielles et l'évolution des comptes de classe I et II notamment.

Aujourd'hui, l'hôpital respecte les normes de sécurité, notamment en matière anesthésique, d'accueil des urgences mais son organisation générale souffre de son implantation et de la vétusté de ses locaux (cf supra). La péréquation est perçue, dans ce cadre, comme « un frein à l'exécution de service public » (un directeur adjoint rencontré).

2.4 Le centre hospitalier intercommunal du Val d'Ariège

2.4.1 Le cadre général

2.4.1.1 Présentation de l'hôpital

Le Centre Hospitalier du Val d'Ariège (CHIVA) est un hôpital neuf. Il a ouvert ses portes en décembre 2000 après que les hôpitaux de Foix et Pamiers aient fusionné leurs budgets d'exploitation en 1984, d'investissement en 1991 et que la décision de regroupement sur un site neuf ait été arrêtée en juin 1992. En conséquence, l'analyse de l'évolution de ses moyens sur trois ans n'est que partiellement possible et pertinente puisque, par exemple, l'indicateur « lits » ne permet pas de passer des moyens des anciennes structures (hôpitaux de Foix et Pamiers) à la nouvelle en raison de la réorganisation générale des moyens et des activités qu'elle implique, ici en départements (sur le projet médical, cf, infra).

➤ Les capacités du CHIVA

a) Lits MCO (2000)

Départements	Lits	Activités
Médecine interne et SSR	77	48 Lits en médecine 29 lits SSR
Spécialités médicales	75	27 lits de pneumologie 19 lits de gastroentérologie 23 lits de cardiologie 6 lits de sophrologie
Chirurgie	63	32 lits d'ortho-traumato 31 de stomato et digestive
Mère-enfant	42	23 lits de gynéco ; 8 lits d'obstétrique 7 lits de pédiatrie ; 4 box de néonat
Hôpital de jour (toutes disciplines)	33	
Urgences-réanimation	26	8 lits de réanimation 8 d'urgences 4 intensifs 6 lits Court Terme
Total MCO	316	Nb : Long séjour : 49 lits Maison de retraite : 179 lits

Les capacités de l'établissement et sa position géographique le placent dans la ceinture périphérique des hôpitaux (avec Montauban, Auch, Albi, Castres) dont l'offre répond à la fois à la demande externe de la conurbation toulousaine (avec de fortes complémentarités, puisque le CHU est situé à moins d'une heure de transport) et à celle de zones excentrées, voire enclavées ; ici, le sud-est ariégeois.

➤ Activités

Ici, la comparaison est plus pertinente sur les trois derniers exercices complets si l'on porte attention à la décélération constatée en 2000, liée notamment, à deux déménagements retardés (octobre, novembre) et à la nécessaire réduction d'activité les préparant. Il faut y adjoindre, également, l'année 2001 extrapolée. Rapprochée de l'année 2000, elle fait effectivement apparaître la stagnation d'activité liée au regroupement, puis sa forte augmentation en 2001, liée, en l'espèce, à un effet d'optique, mais aussi à l'attractivité du nouvel établissement (cf infra).

a) Entrées MCO

1998	1999	2000	2001 (extrapolées 31.05)
18 631	19 361	19 558	22 124

Les autres indicateurs traditionnels doivent, faire, à leur tour, l'objet de précautions dans leur comparaison entre exercices. Il en va ainsi du taux d'occupation, qui a souffert d'un triple phénomène de déqualification psychologique des sites anciens dans l'attente du nouvel établissement (avec des reports discernables sur le CHU), puis de délais dans l'accroissement des venues, propres à toute nouvelle implantation ; enfin, dans l'intervalle, à une diminution programmée des entrées (seuls 61 patients ont été transférés sur le nouveau site au moment du déménagement).

En revanche, on note une grande stabilité dans les durées moyennes de séjour M

b) DMS MCO (en jours)

1998	1999	2000
5,7	5,6	5,8

Le taux d'occupation avoisine, en 2000, 90% (97% en médecine interne). Ici encore, un rapprochement avec les exercices antérieurs réclamerait une approche service par service. Toutefois, au moment de la visite de l'établissement, les départements médicaux (hors SSR) présentaient un taux d'occupation moyen élevé (89%) se traduisant par des saturations ponctuelles en médecine et en gynéco-obstétrique.

➤ Effectifs

En décembre 2000, l'effectif total de l'établissement était de 1 133 agents.

a) Les effectifs non médicaux (ET.P)

1998	1999	2000
ND	687	722

L'accroissement des effectifs entre 1999 et 2000 (+ 35 ETP) a été affecté au SMUR (dont l'activité a été réorganisée) et à l'équipe d'IRM mobile. Il a été financé par des économies sur le groupe IV et l'utilisation des ressources du protocole AUBRY ainsi que du FASMO.

Ainsi que dans les autres établissements visités, on observe un accroissement important du coût moyen par agent sur la période 1998/2000.

b) Coût moyen par agent non médical (en KF)

1998	1999	2000	Evolution 2000/1998
173 884	181 283	188 276	+8%

c) Les effectifs médicaux

	1998	1999	2000
PH	63	63	63
Résidents	17	17	17
Attachés	23	23	40
PNC	9	9	6
Assistants	9	9	6
Total	121	121	132

L'hôpital ne connaît aucune difficulté particulière en matière de recrutement de médecins.

➤ L'attractivité

En 2000, plus de 12 700 patients ont été hospitalisés au CHIVA. Les patients traités viennent pour l'essentiel de l'axe Tarascon/Saverdun. Cette zone d'attractivité correspond à celle définie dans le SROS et la déborde à l'ouest et à l'est. En 2000, le CHIVA a produit plus de 22 millions de points ISA (d'une valeur de 12,52 F). En comparaison régionale, la combinaison de ces critères place le CHIVA dans les établissements les plus attractifs et les plus productifs avec Rodez, Auch, Castres et Cahors. L'année 2000 fait apparaître une forte augmentation du point ISA liée, selon la direction et l'ARH, aux nouvelles approches médicales adoptées ainsi qu'à la qualité logistique et hôtelière de l'offre (cf I – 1.5 et 1.6).

Production du point ISA (en milliers) et valeur unitaire (en F.)

	1998	1999	2000
Production ISA	21 530	22 364	22 102
Valeur point ISA	11,31	11,34	12,52

➤ Les investissements

Ainsi qu'il a été indiqué, le CHIVA est un hôpital entièrement neuf. Le coût de sa réalisation a été de 314 MF pour la construction et 43 MF pour les équipements. L'opération a été autofinancée à hauteur de 15,6% et subventionnée à hauteur de 2,9%. Les emprunts ont ainsi couvert l'essentiel de l'opération (81,5%) entraînant des charges financières annuelles (sur la base du BP 2001) de 28,5 MF dont 12 MF d'intérêts d'emprunt et 16,5 MF d'amortissements. Sur les trois exercices, la dette s'est accrue, en stock de plus de 170 MF.

a) croissance de la dette (en KF)

1998	1999	2000
108 831	207 141	280 105

Matériellement, le CHIVA dispose aujourd’hui d’équipements très complets et performants pour un établissement de ce niveau. Son plateau technique dispose ainsi d’un service d’imagerie médicale doté notamment d’un scanner, d’un IRM mobile, d’un bloc opératoire de 9 salles (dont 2 d’endoscopie) et 12 lits de réveil ; d’un bloc d’accouchement de 5 salles (dont une de réanimation), d’un laboratoire d’analyse médicales entièrement informatisé et d’un studio de télémédecine. En termes de confort, on notera que 85% des chambres sont individuelles (cf I – 1.4 et I – 1.6 les conséquences notamment sur le coût de production du point ISA).

➤ Difficultés

En 2000 et au premier semestre 2001, l’établissement a rencontré trois types de difficultés :

- Des difficultés conjoncturelles, liées à la période de son installation. La direction a dû, d’une part, s’assurer de la bonne organisation et du bon fonctionnement des équipes de soins : mise en place des départements médicaux, nouvelle organisation des soins infirmiers ... Au moment de la visite, cette période s’achevait en intégrant les effets, en termes d’organisation, des priorités gouvernementales et régionales (cf 1^o partie du rapport Midi-Pyrénées). Elle sera, pour partie, rouverte avec la mise en place des 35 heures. D’autre part, les équipes achevaient également le rodage de l’ensemble des outils mis à leur disposition : réseau hertzien de transmission des données (ardoises électroniques au lit du patient), imagerie numérisée, système de pneumatiques ...
- Des difficultés plus structurelles, liées à l’insuffisance des lits de SSR (29) sur le site du CHIVA au regard de l’activité générale constatée et la nécessité de régler le problème de la prise en charge « d’aval » des patients sans nuire à la qualité des pratiques de soins (déplacement sur les sites de Foix et Pamiers réservés au long séjour des personnes âgées).
- La troisième difficulté concerne l’évolution du point ISA (cf I – 1.4) qui est passé de 11,31 F en 1998 à 12,52 F en 2000. Cette évolution, déjà légèrement perceptible en 1999 (11,34 F) peut s’expliquer par les nombreuses fonctions transversales développées dans les départements et dans la fonction infirmière. Ces fonctions sont mal valorisées par le PMSI (cf, 1^o partie du rapport). L’ARH a entamé, avec la direction, un examen conjoint des facteurs ayant conduit à cette évolution.

2.4.1.2 *Les outils de planification*

* Le projet médical d’établissement est, comme l’a indiqué le Président de la CME « traduit dans les faits et dans les murs ». Depuis 1992, les équipes des centres de Foix et Pamiers ont travaillé à la mise en place des départements. Actuellement, il en existe 10, plus une fédération qui remplace les 21 services qui existaient sur les sites précédents.

Ces nouvelles structures sont placées sous l'autorité d'un chef de département, mais organisées en unités fonctionnelles. Celles-ci ont établi des protocoles de prise en charge qui mettent l'accent sur les actions transversales (infections nosocomiales, traitement de la douleur) qui expliquent, pour partie, certaines évolutions de coûts (cf supra I – 1.4/5/6).

Par ailleurs, l'hôpital, de par sa position géographique et la population prise en charge, a orienté le développement de ses actions au travers de la participation à de nombreux réseaux : avec le CHU en matière de diabétologie, de néonatalogie, d'angiologie et de maternité ; avec l'institut Claudius RENAUD en oncologie ; avec les hôpitaux de Tarascon sur Arriège, de Lavelanet pour les SSR.

* En matière de communauté d'établissements, la planification régionale n'envisage aucun projet sur la durée du SROS. La position du CHIVA devra, toutefois, l'amener à jouer – à terme – un rôle dans l'évolution de l'activité de l'hôpital de Lavelanet. Plus généralement, le CHIVA est appelé à jouer un rôle accru dans l'offre sanitaire sud-régionale. L'objectif est d'offrir un pôle de référence dans la perspective de l'évolution démographique de l'agglomération Toulousaine (qui devait s'accroître de 100 000 habitants d'ici dix ans).

Ici encore, on voit apparaître une des difficultés de la planification en Midi-Pyrénées qui doit tenir compte d'un centre très urbanisé et présentant une forte croissance démographique, mais aussi de zones fragiles pour lesquelles se posent, rapidement, des problèmes d'accessibilité.

2.4.1.3 *La situation financière*

➤ Evolution de la valeur du point ISA (cf I – 1.4)

Il doit, ici, être rappelé que l'évolution du point, en 2000, doit faire l'objet d'une co-analyse entre ARH et direction de l'établissement pour déterminer les raisons de ses évolutions. A ce stade, le directeur met en avant l'effet cumulé d'une part, d'une baisse conjoncturelle de l'activité (qui, en atténuant la croissance du nombre de points produits en 2000, en a augmenté le coût unitaire) perceptible sur le dernier trimestre et d'autre part, des surcoûts liés aux nouveaux modes de prise en charge. Le responsable du département médical estime, quant à lui, que cette évolution fait apparaître les limites du PMSI dans l'appréciation de la qualité des soins.

➤ Les ratios bilan

Concernant le coefficient de vétusté, on note pour l'ensemble de l'établissement (y. c Foix et Pamiers), un ratio de 24% pour les immobilisations. Le CHIVA est, pour sa part, un hôpital qui a 20 mois de fonctionnement. Le coefficient de vétusté moyen apparaît ainsi recouvrir deux réalités, les établissements de Foix et Pamiers continuant de recevoir le long séjour.

	1998	1999	2000
Taux d'endettement (%)	34	58,5	73,9
Autonomie financière	11,36	10,19	7,36
Charges financières			
Dans l'exploitation	0,44	0,56	0,62

L'examen des ratios fait, globalement, apparaître une situation datée. En effet, le taux d'endettement, très élevé en 2000, est la conséquence de l'augmentation, sur trois exercices, du stock de dettes (cf, I – 1.5 : 280 MF en 2000). En réalité, compte tenu de l'entrée des amortissements de la construction sur l'exercice 2001, le taux d'endettement, sur cet exercice, va baisser à 45,2% taux élevé, mais conforme à la situation patrimoniale de l'hôpital.

2.4.2 *Budget de l'établissement*

2.4.2.1 *Cadre général*

L'exercice 2000 est celui pendant lequel s'est opéré le déménagement. En conséquence, le bilan fait apparaître une forte croissance des actifs immobilisés (240 MF en 1997 ; 589 MF en 2000), avec une hausse de 281 MF pour les constructions et de 45 MF pour les équipements. Toutefois, les excédents comptables dégagés au cours des exercices précédents ont permis de limiter le recours à l'emprunt à hauteur de 81,3%

La trésorerie générale note néanmoins, que le résultat net comptable (7 919 KF) est dégradé par rapport à 1999 à la suite de la forte progression des charges de personnels (+14% et plus 6% pour l'ensemble des dépenses de groupe 1), des charges externes (+23,3%) et des charges financières et d'amortissement (+8,3%).

➤ Evolution en masses (en K.F.)

	1998	1999	2000	2000/1999
Groupe 1	209 101	219 718	232 921	+ 6%
Groupe 2	39 848	42 101	44 881	+ 6,6%
Groupe 3	30 075	30 140	37 189	+ 23,3%
Groupe 4	27 610	39 966	42 283	+8,3%

L'évolution, en masses, traduit trois phénomènes :

En premier lieu, une évolution fortement positive de tous les groupes de dépenses (dont une des traductions est l'évolution du point ISA) et notamment du groupe 3.

Pour le groupe 1, l'évolution résulte de créations de postes (1999 : 3 PH - 5,5 puéricultrices - 3 autres ; 2000 : 1 PH - 6 IDE) et des revalorisations statutaires.

Pour le groupe 2, l'évolution est liée, en 1999 à l'augmentation générale des produits, mais aussi des rétrocessions de médicaments et produits sanguins ; en 2000 l'évolution est liée à l'extension de l'usage stérile, mais aussi à un effet comptable : les comptes 613.57 et 615.51 (locations et réparations de matériel médical) sont passés du groupe 3 au groupe 2, soit un effet de + 2,1%.

Concernant les dépenses du groupe 3, on observe en 2000 une augmentation de + 23,3% (7 MF). Elle résulte essentiellement de dépenses ponctuelles liées au déménagement (et financées par un reprise sur le fonds de provisions).

Retardé deux fois, il a mobilisé des moyens exceptionnels dans l'intervalle (stockage, déplacements pendulaires d'équipement, maintien d'équipes sur les deux anciens sites, travaux d'adaptation du nouvel hôpital). L'exercice 2001 devrait traduire une forte diminution de ce groupe.

En second lieu, une croissance des dépenses de groupe 1 qui, dans le cadre de la politique nationale de péréquation, n'est clairement pas compatible, à terme, avec le taux de reconduction de l'ARH (+2%), même abondé des mesures spécifiques et crédits ciblés. La négociation sur la mise en place de la RTT devra tenir compte de cette contrainte.

Enfin, une évolution des dépenses de groupe 4 qui réclame, dans le cadre de la rénovation des établissements de Foix et Pamiers, un effort accru d'autofinancement.

➤ Les effets de la péréquation

Les effets de la péréquation, ainsi qu'il a été vu, n'ont pas encore affecté directement le CHIVA. L'opération de restructuration, conduite avec un recours à l'emprunt maîtrisé et sans report de charges, a fait l'objet d'un soutien de l'ensemble des autorités de tutelle.

Toutefois, avec un taux d'occupation de 90%, l'ARH considère que l'hôpital peut être confronté à d'importantes difficultés dans les prochaines années en raison de l'accroissement de population de l'agglomération toulousaine et de la difficulté à programmer, financièrement, un accroissement des capacités de prises en charge post-court séjour.

Troisième partie – La région Picardie

3.1 L'Agence régionale de l'hospitalisation de Picardie

Les ordonnances de 1996 ont confié aux Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH), la responsabilité de la planification sanitaire et de la répartition des crédits nécessaires au fonctionnement des établissements de santé placés sous le régime de la dotation globale.

En Picardie, cette tâche est accomplie par une équipe de dix personnes, placée sous l'autorité de madame Marièle BOYER-SCHAEFFER, directrice de l'agence

La Commission Exécutive de l'Agence (Comex) est placée sous la présidence de la directrice de l'ARH et comprend, paritairement, 5 membres représentant l'Etat (DRASS, 3 DDASS et Inspection régionale de la santé) et 5 membres représentant l'Assurance maladie (CRAM, ERSM, URCAM, MSA, CMR) dont la directrice de l'agence a regretté qu'ils ne s'impliquent pas tous aussi intensément dans le bon fonctionnement de l'instance.

Selon les informations recueillies par la mission auprès de ses différents interlocuteurs, l'Agence entretient de bons rapports avec ses différents partenaires, qu'il s'agisse des services préfectoraux, de la DRASS, des DDASS ou encore des établissements hospitaliers dont les responsables rencontrés par la mission ont retenu la courtoisie et la transparence des rapports, même s'ils estiment parfois n'avoir pas été suffisamment suivis dans leurs propositions !

3.1.1 *La Picardie en quelques chiffres.*

Constituée des trois départements de l'Aisne (02), de l'Oise (60) et de la Somme (80), la région Picardie comptait, au recensement de 1999, une population de 1.857.727 habitants, en augmentation de 2,6% par rapport au recensement de 1990.

Cette évolution, inférieure d'un point à la moyenne nationale (+ 3,6%) cache des disparités notables entre les trois départements comme le montre le tableau ci-après :

Tableau n° 1
Evolution de la population en Picardie
entre 1990 et 1999

	Recensement 1990	Recensement 1999	Différence	
			En valeur	En %
Aisne	537.259	535.831	- 1.428	- 0,26%
Oise	725.603	766.364	+ 40.761	+ 5,62%
Somme	547.825	555.532	+ 7707	+ 1,40%
Picardie	1.810.687	1.857.727	+ 47.040	+ 2,6%

Si l'Aisne est restée sensiblement stable, avec une diminution de sa population à hauteur de 0,26% et si la Somme a légèrement progressé (+1,4%), c'est le département de l'Oise qui, avec une forte augmentation de 5,62%, très largement supérieure à la moyenne nationale, représente pratiquement 87% de l'augmentation totale de la population dans la région.

Ecartelée entre l'Ile de France qui attire très fortement le sud de l'Oise, la Haute Normandie à l'Ouest, la région Champagne-Ardenne à l'Est et le Nord-Pas-de-Calais au Nord, la Picardie est une région défavorisée dans bien des domaines, comme le rappelle une plaquette éditée, en décembre 2000, par l'Observatoire régional de la Santé et la DRASS de Picardie : fin 1999, la Picardie se situait, en effet, au 15^{ème} rang national pour le PIB, au 17^{ème} rang des régions métropolitaines pour le chômage (14,2% pour une moyenne nationale de 12,8%) et au 21^{ème} rang pour la qualification : 22,3% des Picards n'ont aucun diplôme contre 17,7% au plan national.

3.1.2 *L'équipement et l'organisation sanitaire.*

3.1.2.1 *Le retard général de la Picardie se retrouve dans le domaine sanitaire.*

Le tableau ci-après, constitué à partir des données fournies par l'ORS précédemment cité, met en évidence ce retard, qu'il s'agisse des capacités d'hospitalisation, en court comme en moyen séjour, ou de la densité médicale libérale :

Tableau n° 2
Situation de la Picardie en matière
de lits d'hospitalisation et de densité médicale libérale

	France	Picardie	Région la plus dotée
Lits de court séjour Pour 1000 habitants	4,3	3,7	5,1
Lits de soins de suite Pour 1000 habitants	1,5	1,4	2,5
Nombre de médecins généralistes pour 100.000 h.	114	97	140
Nombre de médecins spécialistes pour 100.000 h.	84	47	130
Nombre total de médecins pour 100.000 h.	198	144	270

En ce qui concerne plus précisément les disciplines dites MCO (médecine, chirurgie et gynécologie-obstétrique), la situation de la Picardie en matière de lits et places d'hospitalisation est retranscrite dans le tableau ci-après (source DDASS, carte sanitaire actualisée au 31 décembre 1999) :

Tableau n° 3
Situation de l'équipement en lits MCO

Discipline	Lits théoriques	Lits autorisés			Lits installés			Ecart en lits*	
		public	Privé	total	public	privé	Total	Autor.	Install.
Médecine	3472	3128	451	3589	3041	443	3484	+107	+12
Chirurgie	2723	1877	1048	2925	1560	1041	2601	+202	-122
Obstétrique	837	704	209	913	677	211	888	+76	+51

Deux observations peuvent être faites à la lecture de ce tableau :

- d'une part l'importance de la part prise par le secteur privé varie selon la discipline concernée : alors que ce secteur ne représente que 13% des lits installés en médecine, il atteint 23% en gynécologie-obstétrique et 40% en chirurgie ;
- d'autre part, si la situation en lits autorisés est excédentaire par rapport au nombre de lits théoriques résultant de l'application mathématique des indices de besoins de la carte sanitaire, on observe un déficit en lits installés de chirurgie, particulièrement sensible en secteur public où 317 lits autorisés ne sont pas installés (soit 17%) alors que dans le secteur privé seulement 7 des 1048 lits autorisés ne sont pas effectivement ouverts (0,6%).

En ce qui concerne les soins de suite et de réadaptation (SSR), la part du secteur public est très largement majoritaire : sur 2990 lits autorisés, 94% (soit 2808 lits) relèvent du secteur public. Au sein de ces lits de SSR, 1007 sont dédiés à la réadaptation fonctionnelle et, dans ce domaine, le secteur privé est totalement absent puisque tous les lits autorisés le sont dans le secteur public.

3.1.2.2 Ces équipements se répartissent sur huit secteurs sanitaires.

La Picardie compte actuellement 8 secteurs sanitaires répartis dans les trois départements (2 dans la Somme, 3 dans l'Aisne et 3 dans l'Oise) et articulés autour de 9 hôpitaux pivots.

Comme le montre le tableau ci-après, les lits d'hospitalisation se répartissent de façon assez hétérogène et le nombre de lits d'hospitalisation pour 1000 habitants varie notamment d'un secteur sanitaire à l'autre : pour l'ensemble des trois disciplines MCO, ce taux varie de 2,99 dans le secteur n° 5 (Beauvais) à 3,90 dans le secteur n° 3 (Saint Quentin) pour atteindre même 5,27 dans le secteur n° 1 dans lequel est implanté le CHU, alors que la moyenne régionale se situe à 3,76 lits pour 1000 habitants. Des différences aussi notables apparaissent pour chaque discipline prise séparément avec, en constante, la même prépondérance importante du secteur d'implantation du CHU.

Tableau n° 4
Répartition des lits d'hospitalisation dans les secteurs sanitaires

Départ ^t	Secteur	Hôpital pivot	Population	Lits Médecine		Lits Chirurgie		Lits Obstétrique		Total MCO	
				Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux
Somme	1	Abbeville	130 245	200	1,54	187	1,44	58	0,45	445	3,42
	2	Amiens	372 764	961	2,58	757	2,03	245	0,66	1963	5,27
Aisne	3	St Quentin	203 905	374	1,83	311	1,53	111	0,54	796	3,90
	4	Laon	198 063	415	2,10	200	1,01	85	0,43	700	3,53
	8	Soissons	181 082	387	2,14	220	1,21	95	0,52	702	3,88
Oise	5	Beauvais	224 498	337	1,50	258	1,15	77	0,34	672	2,99
	6	Creil-Senlis	331 363	464	1,40	421	1,27	131	0,40	1016	3,07
	7	Compiègne	211 902	346	1,63	247	1,17	86	0,41	679	3,20
Total Picardie			1 853 822	3484	1,88	2601	1,40	888	0,48	6973	3,76

3.1.2.3 Le parc immobilier présente une vétusté certaine.

Si certains établissements ont été récemment rénovés, voire, comme le centre hospitalier de Compiègne par exemple, totalement reconstruits, le parc immobilier des hôpitaux picards accuse selon eux un retard nécessitant que des investissements conséquents soient réalisés pour les mettre à niveau.

Un recensement, arrêté au 1^{er} décembre 2000, des demandes de projets d'investissements figurant dans les plans directeurs des établissements, fait état d'un coût global de 3,4 milliards de francs. Un certain nombre d'opérations restaient en outre chiffrer, dont, notamment, la restructuration du CHU d'Amiens dont le coût pourrait varier de 1,2 à plus de 3 milliards de francs, selon que cette restructuration se ferait sur deux ou sur un seul site.

La réalisation de ces projets nécessiterait un effort important de la part de l'ARH qui estime qu'en dehors des financements apportés par le FIMHO (fonds d'investissement pour la modernisation des hôpitaux), elle devrait y consacrer 50 à 80 millions de francs chaque année, objectif difficilement réalisable dans le cadre des moyens dont elle peut disposer actuellement.

3.1.2.4 Les outils de la planification se mettent progressivement en place.

- Le deuxième schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) a été arrêté le 26 novembre 1999.

Couvrant la période 1999-2004, il répond à un certain nombre d'objectifs définis ci-après :

- améliorer l'état de santé de la population en Picardie,
- satisfaire l'essentiel des besoins de la population,
- assurer des soins de qualité dans des conditions de sécurité,
- assurer continuité et gradation des soins et mettre en réseau l'offre de soins,
- développer les consultations avancées,
- développer les alternatives à l'hospitalisation,
- développer les activités de prévention et d'éducation pour la santé,
- améliorer l'accès aux établissements de soins,
- développer les coopérations sur des activités de pointe entre les CHU d'Amiens et le CHU de Rouen.

Dans ce cadre, le SROS a retenu plusieurs activités que l'on doit considérer comme les priorités régionales et dont il sera intéressant de voir comment elles ont été prises en compte dans la répartition de la dotation régionale de péréquation. Ces activités prioritaires concernent notamment :

- l'environnement de la naissance,
- les pathologies cardiovasculaires,
- les pathologies cancéreuses,

- Plus récemment, le 26 janvier 2001, la directrice de l'ARH de Picardie a arrêté le schéma régional d'organisation sanitaire pour la Psychiatrie.

Couvrant la période 2001-2005, il dresse un bilan de la situation actuelle et détermine les orientations régionales qui sont au nombre de six :

- améliorer l'accessibilité et la qualité de l'organisation,
- élargir la démarche de soins,
- renforcer les prises en charge spécifiques,
- accompagner l'évolution des pratiques professionnelles,
- valoriser la place de l'usager dans le dispositif de santé mentale,
- mettre en œuvre le SRO, le suivre et l'évaluer.

Il est sans doute prématuré, pour l'année 2001 de vérifier que les priorités du schéma directeur de psychiatrie ont été effectivement prises en compte dans l'attribution d'une dotation de péréquation aux trois établissements spécialisés de la région, mais cela devra être fait dès 2002.

- En revanche, peu de Contrats d'Objectifs et de Moyens (COM) sont signés à ce jour.

Lors du dernier passage de la mission à l'ARH, en juillet 2001, seulement cinq COM avaient été signés avec les centres hospitaliers d'Abbeville, de Compiègne, de la Fère, de Laon et de Noyon. Un certain nombre d'autres sont en préparation ou en discussion, les difficultés venant le plus souvent du volet financier de ces contrats. Tel est, par exemple le cas du CHU d'Amiens qui était parvenu à la rédaction d'un contrat qui n'a pu, finalement, être signé, l'ARH refusant de s'engager financièrement pour plus d'un an ! L'ARH prévoit, cependant, que plusieurs nouveaux contrats seront signés d'ici fin 2001.

- Enfin, plusieurs autres établissement hospitaliers ont rédigé un projet d'établissement.

S'ils ne sont pas encore parvenus au stade de la signature du contrat d'objectifs et de moyens, plusieurs hôpitaux ont établi un projet d'établissement qui, pour certains a, d'ores et déjà, été adopté par l'ARH. Tel est le cas, par exemple, des hôpitaux de Guise (02), Beauvais, Creil, Senlis et Chaumont en Vexin, (60).

D'autres ont été, pour l'instant, rejetés, comme par exemple celui de Saint Quentin, élaboré depuis déjà deux ans et que l'établissement a mis en œuvre sans qu'il ait été approuvé. D'autres structures ont redéposé une nouvelle mouture de leur projet qui est en cours d'examen par les services de l'agence (Corbie, Ham, Roye...)

Enfin, selon le document récapitulatif fourni par l'ARH, beaucoup d'autres établissements sont en phase préparatoire de leur projet d'établissement.

3.1.3 *L'approche budgétaire.*

3.1.3.1 *56 établissements sont financés par dotation globale.*

Actuellement, 56 établissements de santé sont financés au moyen d'une dotation globale. Parmi eux, on compte 22 établissements pour lesquels l'activité MCO a permis de recenser les données du PMSI et de calculer la valeur du point ISA. Trois autres établissements sont des établissements psychiatriques (un dans chaque département). Les 31 autres sont des établissements de soins de suite et/ou de réadaptation.

A la fin de l'année 2000, la masse régionale totale correspondant à la dotation globale de ces 56 établissements s'élevait à 7,99 milliards de francs. Sur cette masse, les 9 hôpitaux pivots recensés ci-dessus émargeaient pour 59,7% (dont 20,6% pour le seul CHU d'Amiens) et les trois établissements psychiatriques pour 17%. Les 44 autres établissements se partagent, en conséquence, les 23,3% restants.

3.1.3.2 *La procédure d'allocation des moyens est lourde et difficile.*

- La campagne budgétaire débute au mois d'avril de l'année N-1 et s'étale sur plusieurs mois.

L'ARH de Picardie a exposé à la mission les modalités de déroulement d'une campagne budgétaire dont les principales étapes sont les suivantes :

- dès le mois d'avril de l'année N-1, l'ARH prépare une note d'orientation budgétaire qui est présentée au CROSS et soumis à la Commission Exécutive de l'Agence avant d'être diffusée aux établissements. La note d'orientation préalable à l'élaboration du budget 2001 est ainsi datée du 23 mai 2000 et celle concernant l'exercice 2002 du 14 mai 2001.
- dans le courant du mois de juin, cette note est effectivement adressée aux 56 établissements hospitaliers sous dotation globale qui, de leur côté, adressent à l'agence leur rapport d'orientation budgétaire (ROB). Ces rapports sont réceptionnés et analysés par l'agence durant le mois de juillet.
- dans le courant du mois de septembre, des réunions sont organisées dans chaque secteur sanitaire, regroupant les établissements concernés. Ces réunions de secteur permettent un débat sur les premières propositions de l'ARH qui, dès la fin du mois de septembre, diffuse aux établissements la liste des mesures nouvelles qu'elle a retenues.
- le 15 octobre au plus tard, les établissements doivent avoir adressé à l'agence leur budget prévisionnel. La procédure contradictoire est alors mise en route et se poursuit pendant plusieurs semaines. Dans ce cadre, tous les établissements pivots et les établissements psychiatriques sont systématiquement reçus, ainsi que ceux des autres établissements qui le souhaitent, et ils sont nombreux.

- Fin novembre ou début décembre, l'agence adresse à chaque établissement un courrier indiquant ses observations concernant leurs propositions budgétaires.
 - Enfin, dans le mois qui suit la publication au journal officiel de la Loi de financement de la sécurité sociale, les budgets doivent être définitivement arrêtés par l'ARH et notifiés aux établissements. Pour l'exercice 2001, cette date limite était ainsi fixée au 23 janvier 2001, la loi ayant été publiée le 23 décembre 2000.
- Cette procédure régionale apparaît totalement déconnectée des procédures nationales.

La quasi totalité de la procédure régionale se déroule dans l'ignorance des dispositions nationales. En effet, le premier document concernant la campagne budgétaire est une circulaire accompagnée de notes techniques et notifiant aux ARH le montant de la dotation régionale pour l'année à venir. Pour la campagne budgétaire 2000, cette première circulaire a été diffusée le 13 novembre 1999, et pour celle de l'année 2001, le 13 décembre 2000. On est alors arrivé presque au terme de la procédure régionale !

Le Code de la Santé Publique dispose, dans son article L 6145-1, que le directeur de l'ARH dispose d'un délai de 30 jours à compter de la publication de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour arrêter les budgets des établissements hospitaliers.

Ce décalage, qu'elle ne maîtrise pas, conduit l'Agence à n'adresser aux établissements, début décembre, qu'une lettre de cadrage général rappelant les dispositions théoriques qu'elle appliquera et les principaux domaines qu'elle envisage de retenir pour les mesures nouvelles. Et ce n'est finalement que dans le courant du mois de janvier de l'année concernée que les budgets sont définitivement arrêtés.

3.1.3.3 Trois types d'éléments constituent la dotation budgétaire régionale.

Pour rester tout à fait schématique, on peut considérer que la dotation régionale annuelle est constituée de trois masses financières d'importance tout à fait inégale et qui sont :

- La dotation de base.

Elle est constituée par la dotation de l'année précédente, affectée d'un coefficient d'actualisation, le taux d'évolution annuel. Cette dotation de base constitue, et de très loin, la part la plus importante du budget. Les agences régionales disposent d'une certaine marge de manœuvre leur permettant de moduler la répartition de cette somme entre les établissements concernés, en prenant en compte les résultats du PMSI ou en jouant sur le taux d'évolution, dans des limites fixées réglementairement.

L'ARH de Picardie a choisi de moduler la répartition de cette dotation de base en jouant à la fois sur les résultats du PMSI (c'est ce que elle appelle le "rebasage" PMSI) et sur la modulation du taux de reconduction

- L'abattement PMSI.

Comme le rapport l'a indiqué, il existe, en Picardie, 22 établissements MCO pour lesquels une valeur de point ISA a pu être déterminée à partir des données du PMSI. Il en découle une valeur régionale du point ISA de 12,19 francs pour l'année 1999.

L'ARH de Picardie a choisi de rééquilibrer les bases de dotation en fonction de la valeur du point ISA de chaque établissement par rapport à la moyenne nationale, en diminuant cette dotation de base pour les structures ayant un point ISA supérieur à la moyenne régionale (12 établissements sont dans ce cas) et en l'augmentant pour ceux dont le point ISA est inférieur à cette même moyenne régionale (10 établissements sont dans ce cas). Le tableau ci-après, extrait d'un document préparé par l'ARH pour la réunion régionale du 4 mai 2001, montre que les écarts, en plus comme en moins, peuvent être importants, allant de +47% à -22%.

C'est pourquoi deux éléments de modulation ont été introduits visant à rendre plus efficaces mais également plus supportables les mesures de rebasage :

- d'une part, il a été décidé que ne seraient concernés que les établissements s'écartant de plus de 4% de la moyenne régionale, c'est à dire les établissements dont le point ISA est supérieur à 12,67 (6 établissements) ou inférieur à 11,70 (5 établissements),
- d'autre part il a été décidé de ne pas appliquer de prélèvement au titre du rebasage PMSI lorsque ce prélèvement équivaudrait ou dépasserait 2% de la dotation de base. En 2001, deux établissements se seraient trouvés dans ce cas et n'ont donc pas subi de modification au titre de rebasage PMSI mais, le rapport y reviendra, ont été "sanctionnés" au niveau du taux de reconduction (Guise et Château-Thierry).

Le tableau ci-après permet de visualiser, à la fois, la valeur 1999 du point ISA des 22 établissements concernés, la différence en valeur absolue comme en pourcentage avec la moyenne régionale et le montant des ajustements financiers découlant directement ou indirectement du "rebasage" PMSI

Tableau n° 5
Valeur 1999 du point ISA des 22 établissements MCO
et montant du rebasage en 2001

Etablissement	Valeur du point ISA	Ecart avec la moyenne régionale		Montant du rebasage
		Montant	%	
C.H.1 de Guise	17,92	+5,73	+47%	(-484 765)*
C.H. de Château-Thierry	17,04	+4,85	+39.78%	(-1 937 956)*
CMC de Creil	13,55	+1,36	+11.16%	-468 256
C.H. de Montdidier	12,87	+0,68	+5.57%	-90 137
C.H. de Clermont	12,76	+0,57	+4.67%	-48 161
CMC de Chantilly	12,75	+0,56	+4.59%	-30 363
C.H. de Chauny	12,67	+0,48	+3.94%	
C.H. de Laon	12,58	+0,39	+3.20%	
CHU d'Amiens	12,34	+0,15	+1.23%	
C.H. de Saint Quentin	12,32	+0,13	+1.06%	
C.H. de Creil	12,29	+0,10	+0.82%	
C.H. de Compiègne	12,28	+0,09	+0.73%	
C.H. de Péronne	12,09	-0,10	-0.82%	
C.H. de Soissons	12,09	-0,10	-0.82%	
C.H. d'Hirson	12,05	-0,14	-1.14%	
C.H. de Doullens	11,96	-0,23	-1.88%	
C.H. de Beauvais	11,91	-0,28	-2.29%	
C.H. de Senlis	11,56	-0,63	-5.17%	+146 863
C.H. de Noyon	11,36	-0,83	-6.80%	+140 131
CMC de Villiers St Denis	11,15	-1,04	-8.53%	+154 818
Hôpital de Corbie	10,33	-1,86	-15.25%	
C.H. d'Abbeville	9,49	-2,70	-22.15%	+2 617 826

*Pour Guise et Chateaau-Thierry, il ne s'agit pas d'un rebasage direct mais de la non application du taux de reconduction

- La modulation du taux d'évolution des moyens courants.

Pour 2001, le taux d'évolution des moyens courants est fixé, au plan national à 1,20% pour les établissements MCO et SSR et à 1,40% pour les établissements psychiatriques. Il permet de prendre en compte l'évolution d'un certain nombre d'éléments, dont le GVT (glissement, vieillissement, technicité) à hauteur de 0,51%.

Ces taux peuvent cependant être modulés entre :

- un taux de redéploiement (1,10% pour MCO et SSR et 1,20% en psychiatrie)
- un taux moyen(1,20 et 1,40%)
- un taux de soutien (1,30% en MCO et SSR et 1,60% en psychiatrie)

L'ARH de Picardie a peu utilisé cette modulation puisque, lors de l'établissement des budgets primitifs, 4 hôpitaux seulement (le CHU d'Amiens, le centre hospitalier de Roye, la maison de convalescence Rothschild et la Nouvelle Forge) ont bénéficié d'un taux de soutien et 4 (le centre hospitalier d'Albert et les trois centres hospitaliers spécialisés de Clermont de l'Oise, Pinel et Prémontré) d'un simple taux de redéploiement. Les centres hospitaliers de Guise et de Château-Thierry n'ont, quant à eux, bénéficié d'aucun taux de reconduction pour compenser l'absence de rebasage PMSI évoqué dans le développement précédent

➤ Une dotation complémentaire.

Cette dotation complémentaire à la dotation de base permet d'assurer l'extension en année pleine de mesures nationales décidées au cours de l'année précédente (il s'agit le plus souvent de mesures salariales), de financer certaines mesures spécifiques comme la cotisation à la CNRACL et de mettre en place certaines actions de santé publique dans le cadre de la dotation nationale de santé publique. Cette dotation complémentaire, qui représente à peine 1% de la masse budgétaire totale, correspond à des actions nationales ciblées pour lesquelles les clefs de répartition échappent à l'ARH.

3.1.4 La répartition de la dotation de péréquation.

Mise en place depuis plusieurs années, la politique de péréquation hospitalière vise à réduire les inégalités constatées entre les régions en répartissant une certaine somme en fonction de plusieurs critères d'appréciation de la situation sanitaire. Prélevée sur les régions les mieux dotées par rapport à la moyenne nationale, cette somme est répartie entre les régions les plus défavorisées, au prorata de leur situation respective au regard des critères considérés. Chaque agence régionale doit redistribuer la somme qui lui a été allouée entre les établissements en tenant compte à la fois des critères nationaux et des priorités régionales déterminées par les SROS.

3.1.4.1 La place de la Picardie au plan national.

Globalement, en combinant les quatre critères actuellement retenus pour la mise en place de la péréquation hospitalière, la Picardie se situe au deuxième rang des régions métropolitaines (hors Corse) les plus défavorisées, après la région Poitou-Charentes et avant celle du Nord-Pas-de-Calais.

Si l'on considère chacun des quatre critères, en revanche, la position de la Picardie est variable :

- avec un ratio "dépenses hospitalières par habitant hospitalisable en secteur public" de 23.559 francs, la Picardie se situe au deuxième rang des 21 régions métropolitaines (toujours hors Corse) les moins "dépensières". Seule la région Poitou-Charentes dépense moins qu'elle (21.941 francs), sachant, par ailleurs que la région qui dépense le plus est l'Île de France avec 36 614 francs et que la moyenne nationale se situe à hauteur de 28 786 francs.
- de même, en ce qui concerne l'indice comparatif de mortalité, la Picardie se situe au deuxième rang avec un indice de 116, la moyenne nationale se situant à 100 et les valeurs extrêmes à 121 pour le Nord-Pas-de-Calais et 89 pour l'Île-de-France.
- en ce qui concerne la valeur des flux de patients entre régions, la Picardie se situe au dernier rang des 21 régions métropolitaines continentales, avec un solde de dépenses (différence entre les dépenses de malades picards hospitalisés hors région et celles des malades d'autres régions hospitalisés en Picardie) qui s'élève à 657.419 KF.
- en revanche, en ce qui concerne la valeur régionale du point ISA (pour 1999) la Picardie occupe une place moyenne. Avec un point ISA de 12,19 F, elle se situe en

effet au 10^{ème} rang des 21 régions métropolitaines (Corse exceptée), la moyenne nationale se situant à 12,87 francs et les extrêmes à 11,71 francs pour la Franche-Comté et 14,91 francs pour l'Ile-de-France.

Cette situation permet à la Picardie de bénéficier d'une part substantielle de la masse nationale de péréquation, surtout depuis l'année 2000 à partir de laquelle un rattrapage accéléré a été mis en place pour les trois régions les plus défavorisées : celles-ci devraient, en effet, rattraper en 5 ans la région qui les précède immédiatement.

Le tableau ci-après montre la part de la région Picardie pour les années 1997 à 2001 et pour le total cumulé de ces cinq années.

Tableau n° 6
Part de la Picardie dans la dotation de péréquation hospitalière (en KF)

Année	France	Picardie	
		En valeur	En %
1997	883.385	90.373	10,23
1998	688.210	64.064	9,3
1999	548.766	65.871	12
2000	642.321	122.273	19,03
2001	653.155	127.044	19,45
Total	3.415.836	469.625	13,74

3.1.4.2 Les modalités de répartition.

L'ARH a fait le choix de ne distribuer qu'une partie de l'enveloppe de péréquation (environ 80%) lors de l'établissement des budgets primitifs, le solde étant réparti en cours d'année sur la base d'appels à projets auxquels répondent les établissements.

Le montant des sommes ainsi affectées lors des BP s'est élevé à 82.674.800 francs en 2000 et à 106.622.331 francs en 2001. Elles ont été réparties entre 37 établissements en 2000 et entre 45 établissements en 2001. Pour cette dernière année les sommes étaient réparties en deux rubriques : "mesures nouvelles" et "renforcement de moyens" alors que pour le BP 2000 elles étaient regroupées sous la seule rubrique "mesures nouvelles".

Comme le montrent les deux tableaux ci-après, cette répartition est loin d'être uniforme. Il n'existe aucune corrélation entre le montant de la dotation de péréquation et le montant total du budget dont elle représente une part extrêmement variable. Ainsi en 2000, la part de la dotation de péréquation dans le budget global des établissements a varié de 0,02% (St Gobain) à 5,62% (HAD Amiens). En 2001, cette variation a été encore plus forte : 0,06% pour le CHS de Clermont et 11,32% pour le CH de Corbie. Bien qu'ils ne représentent qu'une faible partie de son budget (environ 1,2%), le CHU d'Amiens se taille la part du lion avec plus de 24% des crédits en 2000 et près de 20% en 2001.

Tableau n° 7
Répartition de la dotation régionale de péréquation
au BP 2000

Etablissement	Budget total	Dotation de péréquation		
		Montant	% total péréqué	% budget
CHU Amiens	1 630 265 515	19 932 200	24,11%	1,22%
CH Saint Quentin	593 697 269	8 872 000	10,73%	1,49%
CH Beauvais	441 209 650	6 525 700	7,89%	1,48%
CH Abbeville	335 072 987	5 891 000	7,13%	1,76%
CH Soissons	330 547 437	5 304 000	6,42%	1,60%
CH Laon	263 368 634	5 185 400	6,27%	1,97%
CHS Pinel	242 498 694	5 045 000	6,10%	2,08%
CH Creil	416 565 436	5 034 000	6,09%	1,21%
CH Chauny	185 105 223	3 922 000	4,74%	2,12%
CH Compiègne	471 497 044	3 798 000	4,59%	0,81%
CH Hirson	77 169 626	2 212 000	2,68%	2,87%
CH Senlis	216 055 863	1 600 500	1,94%	0,74%
CH Péronne	94 016 616	1 520 000	1,84%	1,62%
CH Corbie	42 555 207	1 359 000	1,64%	3,19%
CH Doullens	75 309 765	1 004 000	1,21%	1,33%
H Saint Valery	18 662 798	604 000	0,73%	3,24%
CRF Bois Larris	40 173 321	560 000	0,68%	1,39%
CH Noyon	81 537 673	437 000	0,53%	0,54%
CH Pont Ste Maxence	17 398 345	420 000	0,51%	2,41%
H Gouvieux	11 131 468	350 000	0,42%	3,14%
CH Montdidier	66 495 347	344 000	0,42%	0,52%
Ren, San, Villers St D,	218 160 661	280 000	0,34%	0,13%
CH Roye	7 191 880	280 000	0,34%	3,89%
HAD Amiens	4 896 385	275 000	0,33%	5,62%
CMC Creil	67 359 808	270 000	0,33%	0,40%
CHS Prémontré	330 694 015	255 000	0,31%	0,08%
CRF Léopold Bellan	28 581 047	250 000	0,30%	0,87%
CH Ham	25 054 667	250 000	0,30%	1,00%
H Le Nouvion	12 052 575	245 000	0,30%	2,03%
H. Bucy le Long	3 891 555	214 000	0,26%	5,50%
CRF St Lazare	46 406 363	200 000	0,24%	0,43%
CH Albert	17 654 280	91 000	0,11%	0,52%
CH Clermont	72 204 172	54 000	0,07%	0,07%
H Chaumont en Vexin	12 887 373	46 000	0,06%	0,36%
H. Ger. La Fère	37 326 641	15 000	0,02%	0,04%
CRF Saint Gobain	81 753 733	15 000	0,02%	0,02%
H. Vervins	18 068 951	15 000	0,02%	0,08%
	6 634 518 024	82 674 800	100,00%	1,25%

Tableau n°8
Répartition de la dotation régionale de péréquation
Au BP 2001

Etablissement	Montant total du budget	Dotation de péréquation				
		Mesures nouvelles	Renforcement de moyens	Total péréquation		
				montant	% du total	% du budget
CHRU Amiens	1 714 658 109	9 402 000	11 315 500	20 717 500	19,43%	1,21%
CH Saint Quentin	628 164 574	8 526 271	5 300 000	13 826 271	12,97%	2,20%
CH Creil	443 375 692	6 619 640	3 423 000	10 042 640	9,42%	2,27%
CH Beauvais	472 993 730	3 620 000	4 645 000	8 265 000	7,75%	1,75%
CH Compiègne	497 623 979	4 206 250	2 797 463	7 003 713	6,57%	1,41%
CH Abbeville	361 708 910	1 309 240	5 277 615	6 586 855	6,18%	1,82%
CH Laon	277 010 990	3 275 000	1 540 000	4 815 000	4,52%	1,74%
CH Corbie	40 647 207	1 477 500	3 142 164	4 619 664	4,33%	11,37%
CH Soissons	355 773 482	2 050 000	760 400	2 810 400	2,64%	0,79%
CH Senlis	226 769 148	1 960 000	565 000	2 525 000	2,37%	1,11%
Ren San Villiers St D.	224 943 149	0	2 263 000	2 263 000	2,12%	1,01%
CH Albert	20 061 365	520 500	1 623 855	2 144 355	2,01%	10,69%
CH Doullens	79 568 982	1 479 700	599 193	2 078 893	1,95%	2,61%
C. L. Bellan Ollencourt	24 768 935	0	2 000 000	2 000 000	1,88%	8,07%
CH Hirson	81 655 589	375 000	1 280 000	1 655 000	1,55%	2,03%
CH Montdidier	71 364 622	639 000	1 000 000	1 639 000	1,54%	2,30%
CH Péronne	100 436 722	350 000	1 033 000	1 383 000	1,30%	1,38%
CH Chauny	191 972 245	1 180 000	140 040	1 320 040	1,24%	0,69%
CMC Les Jockeys	63 795 470	0	1 200 000	1 200 000	1,13%	1,88%
CH Noyon	86 639 423	500 000	610 000	1 110 000	1,04%	1,28%
H. Saint Valery	20 400 558	0	795 000	795 000	0,75%	3,90%
CH Ham	26 438 672	250 000	530 000	780 000	0,73%	2,95%
CH Clermont	77 594 052	600 000	0	600 000	0,56%	0,77%
CHS Pinel	252 656 147	300 000	280 000	580 000	0,54%	0,23%
CRF Bois Larris	41 193 848	0	550 000	550 000	0,52%	1,34%
M Conv Le Tillet	43 110 510	0	550 000	550 000	0,52%	1,28%
CHS Clermont	807 546 763	500 000	0	500 000	0,47%	0,06%
CRF Saint Gobain	83 878 588	0	480 000	480 000	0,45%	0,57%
H Vervins	18 838 444	0	440 000	440 000	0,41%	2,34%
CH Roye	8 021 325	0	400 000	400 000	0,38%	4,99%
H.Le Nouvion	12 887 627	0	390 000	390 000	0,37%	3,03%
Fondation Condé	6 242 214	0	386 600	386 600	0,36%	6,19%
CHS Prémontré	338 671 944	375 000	0	375 000	0,35%	0,11%
Maison de santé Bohain	4 447 908	0	300 000	300 000	0,28%	6,74%
CRF Saint Lazare	46 893 035	0	250 000	250 000	0,23%	0,53%
CRF Le Belloy	48 979 781	0	230 000	230 000	0,22%	0,47%
H Ger Pont Ste Maxence	18 101 555	0	228 400	228 400	0,21%	1,26%
H Ger La Fère	37 748 472	0	180 000	180 000	0,17%	0,48%
H A D Amiens	5 567 217	0	160 000	160 000	0,15%	2,87%
H. Crepy en Valois	10 705 516	0	115 000	115 000	0,11%	1,07%
Arc en ciel - MECS	10 618 161	0	90 000	90 000	0,08%	0,85%
Arc en ciel - pouponnière	7 857 086	0	90 000	90 000	0,08%	1,15%
La Fraternité Autrèches	1 414 406	0	75 000	75 000	0,07%	5,30%
H. Chaumont en Vexin	14 007 533	0	50 000	50 000	0,05%	0,36%
HJ Essor	3 648 024	0	22 000	22 000	0,02%	0,60%
TOTAL	7 911 401 709	49 515 101	57 107 230	106 622 331	100,00%	1,35%

3.1.4.3 *L'affectation des crédits est conforme aux priorités régionales.*

Les 122.272.684 francs distribués au cours de l'exercice 2000 (budget primitif et décisions modificatives) aux établissements de Picardie ont été affectés à différents domaines d'activité repris dans le tableau ci-après

Tableau n° 9
Ventilation des crédits de péréquation 2000
entre les principaux domaines d'activité

Type d'activité	Montant	%
SROS urgences	30 390 000	24,85%
SROS Cardiologie	25 415 500	20,79%
SROS environnement de la naissance	13 940 000	11,40%
SROS cancérologie	11 330 000	9,27%
Autres affectations(1)	9 689 234	7,92%
Renforcement de moyens (2)	8 967 350	7,33%
SROS IRC	6 872 600	5,62%
SROS Neurologie	6 256 200	5,12%
Education pour la santé	4 000 000	3,27%
Télémedecine	2 251 800	1,84%
SROS Chirurgie-bloc opératoire	1 860 000	1,52%
Sécurité anesthésique	1 300 000	1,06%
Total	122 272 684	100,00%

(1) La rubrique "autres affectations" comprend notamment les soins de suite et de réadaptation et l'hospitalisation de jour.

(2) Dans cette rubrique figurent un certain nombre de moyens attribués à des établissements de santé dans le cadre des contrats d'objectifs et de moyens.

Comme il est facile de le constater à la lecture de ce tableau, la répartition des crédits de péréquation sur l'ensemble de l'année 2000 correspond tout à fait aux grands objectifs et aux priorités régionales définies par le SROS et que le rapport a rappelé précédemment.

Pour l'année 2001, il n'a pas été réalisé de bilan exhaustif de l'affectation des 82,6 millions de francs répartis lors de l'élaboration des budgets primitifs. Cependant, le constat fait par la mission dans les six centres hospitaliers qu'elle a choisi d'examiner plus particulièrement, en illustration du constat général (cf ci après les fiches concernant les centres hospitaliers d'Amiens, Abbeville, Creil, Saint Quentin, Senlis et Soissons) confirme totalement cette adéquation.

3.1.4.4 *Ces crédits ont servi principalement à un renforcement des moyens humains*

La mission a disposé d'un document établi par l'ARH et présentant l'analyse des mesures retenues par établissement. L'analyse de ce document permet une approche précise de la répartition des crédits de péréquation entre les quatre grands groupes de dépenses prévues dans les budgets hospitaliers telle qu'elle apparaît sur le tableau ci-après.

Tableau n° 10
Répartition de la dotation de péréquation
entre les quatre groupes de dépenses
(BP 2001)

Etablissement	Montant total	Groupe 1		Groupe 2		Groupe 3		Groupe 4	
		Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%
CHRU Amiens	20 717 500	13 159 500	63,52%	5 490 000	26,50%	1 250 000	6,03%	818 000	3,95%
CH Saint Quentin	13 826 271	8 450 000	61,12%	2 100 000	15,19%	357 871	2,59%	2 918 400	21,11%
CH Creil	10 042 640	8 892 640	88,55%	450 000	4,48%		0,00%	700 000	6,97%
CH Beauvais	8 265 000	6 772 000	81,94%	133 000	1,61%	600 000	7,26%	760 000	9,20%
CH Compiègne	7 003 713	4 670 728	66,69%	2 000 000	28,56%	186 250	2,66%	146 735	2,10%
CH Abbeville	6 586 855	5 464 040	82,95%	460 200	6,99%			662 615	10,06%
CH Laon	4 815 000	3 915 000	81,31%	900 000	18,69%				
CH Corbie	4 619 664	2 367 500	51,25%	550 000	11,91%	933 550	20,21%	768 614	16,64%
CH Soissons	2 810 400	2 310 400	82,21%	500 000	17,79%				
CH Senlis	2 525 000	2 390 000	94,65%					135 000	5,35%
Ren San Villiers St D.	2 263 000	2 052 000	90,68%	211 000	9,32%				
CH Albert	2 144 355	2 101 235	97,99%	43 120	2,01%				
CH Doullens	2 078 893	2 078 893	100,00%						
C. L. Bellan Ollencourt	2 000 000							2 000 000	100,00%
CH Hirson	1 655 000	1 655 000	100,00%						
CH Montdidier	1 639 000	639 000	38,99%					1 000 000	61,01%
CH Péronne	1 383 000	1 255 000	90,74%					128 000	9,26%
CH Chauny	1 320 040	1 320 040	100,00%						
CMC Les Jockeys	1 200 000							1 200 000	100,00%
CH Noyon	1 110 000	1 110 000	100,00%						
H. Saint Valery	795 000	795 000	100,00%						
CH Ham	780 000	780 000	100,00%						
CH Clermont	600 000	600 000	100,00%						
CHS Pinel	580 000	580 000	100,00%						
CRF Bois Larris	550 000	350 000	63,64%					200 000	36,36%
M Conv Le Tillet	550 000	550 000	100,00%						
CHS Clermont	500 000	500 000	100,00%						
CRF Saint Gobain	460 000	460 000	100,00%						
H Vervins	440 000	440 000	100,00%						
CH Roye	400 000	400 000	100,00%						
H.Le Nouvion	390 000	390 000	100,00%						
Fondation Condé	386 600							386 600	100,00%
CHS Prémontré	375 000	375 000	100,00%						
Maison de santé Bohain	300 000	300 000	100,00%						
CRF Saint Lazare	250 000	250 000	100,00%						
CRF Le Belloy	230 000	230 000	100,00%						
H Ger Pont Ste Maxence	228 400	158 400	69,35%					70 000	30,65%
H Ger La Fère	180 000	180 000	100,00%						
H A D Amiens	160 000			160 000	100,00%				
H. Crepy en Valois	115 000	115 000	100,00%						
Arc en ciel - MECS	90 000	90 000	100,00%						
Arc en ciel-pouponnière	90 000	90 000	100,00%						
La Fraternité Autrèches	75 000			62 000	82,67%			13 000	17,33%
H. Chaumont en Vexin	50 000							50 000	100,00%
HJ Essor	22 000							22 000	100,00%
TOTAL	106 602 331	78 236 376	73,39%	13 059 320	12,25%	3 327 671	3,12%	11 978 964	11,24%

On observe, à la lecture de ce tableau que près des trois quarts des crédits de péréquation (73,39%) attribués lors du BP 2001 ont été affectés à des dépenses de personnel (groupe 1), cette proportion variant d'ailleurs de façon assez notable entre les établissements, entre 0% (7 établissements qui sont essentiellement aidés sur le plan des dépenses d'investissement à travers le groupe 4) et 100% (22 établissements). Viennent ensuite les dépenses du groupe 2 (dépenses médicales) avec 12,25% des crédits, les dépenses liées à l'investissement (groupe 4) avec 11,24% et enfin, les dépenses d'hôtellerie et de logistique du groupe 3 avec seulement 3,12% des crédits.

Il n'a pas été établi de récapitulatif de ce type pour l'année 2000, mais, là encore, le constat fait dans les 6 établissements hospitaliers analysés par la mission, et qui totalisent à eux six plus de 62% du total réparti, confirme totalement ce constat (cf infra, analyses concernant ces six établissements).

3.1.4.5 Le suivi de l'utilisation de ces crédits est engagé.

Afin de vérifier la bonne utilisation des crédits de péréquation qu'elle leur attribue, l'ARH a demandé à tous les établissements bénéficiaires de Picardie, de renseigner une série de fiches d'évaluation des mesures nouvelles.

Sans doute insuffisamment explicites et difficiles à remplir, les premières fiches ont été, dans l'ensemble, peu exploitables et l'ARH a élaboré et distribué un nouveau modèle à rendre en juillet dernier. Lors du passage de la mission, l'exploitation de ces questionnaires n'était pas achevée.

Dans les six établissements où elle s'est rendue, la mission a pu revenir sur ce questionnaire d'évaluation et obtenir des éclaircissements sur les modalités et surtout les délais d'utilisation. Dans l'ensemble, ce délai est assez court, mais cinq des six établissements visités ont déclaré à la mission avoir des difficultés de recrutement, surtout pour le personnel médical. L'exploitation de l'ensemble des questionnaires devrait donner une vision précise de la réalité en ce domaine.

Conclusion

Au terme de son analyse, la mission note que l'ARH de Picardie gère de façon correcte les crédits de péréquation qui lui sont attribués et qui, compte tenu du retard de la Picardie, représentent des sommes non négligeables.

Bien que lourdes et contraignantes, les procédures d'attribution sont, dans l'ensemble, conduites de façon claire et concertée, même si, in fine, l'ARH doit assumer ses choix. Au cours des réunions de secteur sanitaire qu'elle programme chaque année, elle présente un bilan de l'action conduite et les choix arrêtés pour l'année à venir.

L'ensemble des crédits découlant de la politique de péréquation hospitalière est, tant au budget primitif qu'à l'occasion des décisions modificatives, affecté à des opérations qui correspondent aux priorités régionales définies dans le SROS et s'inscrivent bien dans le cadre de la réduction des inégalités dans la prise en charge des patients.

S'agissant d'un indicateur aujourd'hui accepté par tous, l'évolution du point ISA est, à ce sujet, tout à fait instructive : non seulement l'écart entre le point ISA régional et celui

constaté au plan national se réduit (le retard n'est plus que de 5,35% en 1999 contre 7,50% en 1997) et devrait continuer de décroître en 2000, mais à l'intérieur même de la région, l'écart entre les établissements se resserre aussi : il est passé de 10,52 francs en 1997 à 8,43 francs en 1999, ce qui, compte tenu de la valeur du point ISA régional (12,19 francs) reste encore très important.

3.2 La péréquation hospitalière au centre hospitalier régional et universitaire d'Amiens

3.2.1 . Le cadre général

3.2.1.1 Présentation de l'établissement.

Eclaté sur plusieurs sites dont les plus importants sont l'hôpital nord, l'hôpital sud, le centre de gynécologie et obstétrique (CGO) et l'hôpital Saint Victor (ophtalmologie et gériatrie), le CHRU d'Amiens est, de très loin, le premier établissement d'hospitalisation de la région picarde.

Comme le rappelle le projet de contrat d'objectifs et de moyens élaboré en novembre 2000, il est investi d'un triple rôle, d'hôpital de proximité pour les habitants d'Amiens et de sa région, d'hôpital pivot pour le secteur sanitaire n° 2 (le plus important de Picardie avec 327.764 habitants, selon le dernier recensement) et d'établissement régional de référence dans plusieurs disciplines (chirurgie cardiaque, neurochirurgie, cancérologie et gynécologie-obstétrique).

En 1999, selon la statistique SAE, l'établissement totalisait 1656 lits d'hospitalisation complète et 68 places pour l'hospitalisation partielle, l'anesthésie et la chirurgie ambulatoire ainsi répartis :

Tableau n° 1
Capacité des services du CHRU d'Amiens

Discipline	Lits	Places
Médecine	707	53
Chirurgie	419	7
Obstétrique	90	
Soins de courte durée	1216	60
Soins de suite	110	8
Soins de longue durée	330	
TOTAL	1656	68

La mission observe que les chiffres indiqués ci-dessus, extraits des fiches statistiques SAE diffèrent des indications données par certains documents de l'établissement sans qu'une explication ait pu être fournie et que l'on puisse affirmer que tel ou tel chiffre est le bon !

3.2.1.2 L'activité de l'établissement.

➤ Les indicateurs traditionnels.

- Pour l'année 1999, les principaux indicateurs d'activité, pour les disciplines MCO, sont repris dans le tableau ci-après :

Tableau n° 2
Les principaux indicateurs d'activité MCO en 1999*

Indicateur		Médecine	Chirurgie	Obstétrique	Total
Hospitalisation Complète	Lits	707	419	90	1216
	Entrées	34 039	26 034	4699	64 672
	Journées	212 647	109 257	23 347	345 251
	DMS	6.2	4.2	5	5.3
	C.O.	86.1%	75.3%	71.1%	81.3%
Hospitalisation Partielle	Places	53			53
	Venues	14 987			14 987
Anesth et chir Ambulatoires	Places		7		7
	Venues		894		894
Consultations et soins externes		60 363	80 688	26 159	167 210

• Source SAE 1999

- Quelques indicateurs complémentaires, toujours pour l'année 1999, permettent de mieux cerner l'activité de l'établissement :
 - le nombre d'accouchements a été de 2168 dont 233 césariennes,
 - Au bloc opératoire, 22.862 interventions ont été pratiquées, générant 4.598.012 K, dont 239.131 au titre des interventions en ambulatoire,
 - L'Accueil Urgences a comptabilisé 58 628 passages ayant conduit à 21.301 hospitalisations, soit environ 36%.
 - Le service d'hémodialyse a accueilli 379 patients pour un nombre total de 14.852 séances.
- En comparant les indicateurs des trois dernières années, on observe une grande stabilité de l'activité d'hospitalisation complète, tandis que, comme dans beaucoup d'autres établissements, les alternatives à l'hospitalisation complète, l'activité de consultations et de soins externes et l'accueil des urgences connaissent une progression régulière d'année en année.

Tableau n° 3
Comparaison pluriannuelle des indicateurs d'activité (MCO)

Indicateur	1997	1998	1999
Entrées	63 436	64 150	64 772
Journées	343 069	351 272	345 251
DMS	5.4	5.5	5.3
C.O.	80%	82.8%	81.3%
Hospitalisation partielle	14 052	13 751	14 987
Anesth. et chir. Ambul.	2044	2656	2164
Urgences	52 563	55 636	58.628
Consultations externes	161 415	163 270	164 389

Source : fiches SAE 1997, 1998 et 1999

En l'absence de statistiques définitivement arrêtées par l'établissement, la comparaison avec l'année 2000 ne pouvait être abordée valablement.

➤ Les moyens en personnels.

- L'effectif du personnel médical s'élevait, en 1999, à 624 praticiens, dont 255 attachés, représentant au total 426,78 ETP auxquels il convient d'ajouter un effectif de 281 internes. Cet effectif est en légère augmentation par rapport à celui de 1998 (619 praticiens représentant 418,98 ETP et 260 internes). Une légère croissance, du même ordre de grandeur a également été observée entre les années 1998 et 1997 (573 personnes représentant 414,18 ETP et 237 internes) (Source : SAE 1997, 1998, 1999).
- Le personnel non médical comprenait, en 1999, 2560 agents représentant 2455,64 ETP dont :
 - personnel non soignant : 1518, dont 214 à temps partiel, soit 1464,17 ETP
 - personnel soignant : 2560, dont 379 à temps partiel, soit 2455,64 ETP
 ces derniers étant répartis comme suit :

Tableau n° 4
Répartition du personnel soignant

Catégorie	Effectif Total	Dont temps Partiel	ETP
Sages femmes	26		26
Encadrement	138	6	135
Infirmiers spécialisés	145	15	141,20
IDE et secteur psychiatrie	967	180	917,90
Aides soignants	851	136	819
ASH	360	14	356
Psychologues	13	4	11,75
Autres	60	24	49,19
Total	2 560	379	2455,64

L'effectif global, et surtout celui des soignants, est, à quelques unités près, globalement stable depuis 1998 (4064 personnes dont 2539 soignants) et même 1997 (4082 personnes dont 2546 soignants). Le taux d'encadrement (personnel non médical en ETP/nombre de lits court et moyen séjour) se situait, en 1999, à 1,85.

➤ Les investissements.

La situation de l'établissement apparaît plutôt difficile en ce qui concerne le groupe de dépenses n°4.

Durant une quinzaine d'années (1980-1995 environ), l'établissement a conduit des investissements importants allant de la rénovation de l'hôpital nord à la construction de l'hôpital sud et du long séjour, ce qui a entraîné un endettement massif (le stock de la dette se situait à environ 600 MF en 1995). Il s'en est suivi une politique d'austérité amenant à une réduction importante des investissements. Cette politique, jointe à la baisse des taux et à la renégociation des emprunts a permis de réduire le stock de la

dette à environ 380 MF avec un encours de 12 à 13 ans, selon les chiffres annoncés par la direction.

De gros investissements visant à restructurer l'établissement sur deux sites avec rapatriement du CGO (centre de gynécologie obstétrique) et de l'ophtalmologie sur l'hôpital nord étaient prévus pour les années à venir, mais, très récemment, une solution alternative prend corps et semble avoir la faveur des responsables : un regroupement général sur le site de l'hôpital Sud. Une étude technique et financière de cette solution est en cours, sachant qu'elle nécessiterait un effort important de l'établissement mais également des pouvoirs publics. Selon le directeur général du CHU, récemment nommé, une décision de principe devrait être prise avant la fin de l'année.

3.2.1.3 Du projet d'établissement au contrat d'objectifs et de moyens.

Adopté le 28 juin 2000 par le conseil d'administration, le projet d'établissement du CHRU d'Amiens comprend 5 volets : un volet de gestion, un volet social, un volet informatique, un volet concernant les soins infirmiers et, bien sûr, un important volet médical axé sur les projets des 16 pôles de responsabilité que compte l'établissement.

Les éléments de ce projet d'établissement ont été, évidemment, repris dans le projet de contrat d'objectifs et de moyens (COM) à passer entre le centre hospitalier et l'ARH de Picardie.

Si ce projet de contrat, établi après une assez longue période de concertation, prend bien en compte les priorités régionales définies par le SROS, il présente le caractère étrange et particulier d'être « un contrat d'objectifs stratégiques 2001-2005 et de moyens 2001 » dans lequel les grands axes stratégiques sont effectivement définis pour les cinq années à venir, mais qui ne garantit de financement que pour la première année, l'avenir devant se régler par voie d'avenant en fonction d'éventuelles modifications.

S'il est clair que le prévisible changement de la composition de l'équipe de direction et l'hypothèque d'un choix à faire quant aux modalités de restructuration de l'établissement (un ou deux sites ?) ont incité à une certaine prudence, il est tout aussi clair que le projet de contrat n'avait guère de chances d'être adopté en l'état. Il est, de fait, totalement remis à plat et ne sera véritablement renégocié que lorsque le choix stratégique du ou des sites de restructuration aura été définitivement arrêté.

3.2.1.4 Les données financières

➤ La structure budgétaire.

Le BP 2001 a été arrêté, pour le montant total des dépenses de la classe 6, à 1.848.090.685 francs ventilés comme suit entre les quatre grands groupes de dépenses :

- groupe 1 : dépenses de personnel	: 1.268.987.807 F. (68,7%)
- groupe 2 : dépenses médicales	: 313.209.351 F. (16,9%)
- groupe 3 : dépenses logistiques	: 134.827.819 F. (7,3%)
- groupe 4 : Amortissements et charges financières	: 131.065.708 F. (7,1%)

Par rapport au BP 2000 (1.756.472.234 francs) cette section d'exploitation est en augmentation de 5,2%. Cette augmentation porte avant tout sur les dépenses du groupe 2 (dépenses à caractère médical) qui connaissent une progression de 8,3% tandis que celles des groupes 1 (personnel) et 4 (investissements et frais financiers) progressent respectivement de 5,2% et de 4% et que les dépenses d'hôtellerie et de logistique (groupe 3) restent identiques d'une année sur l'autre.

La structure budgétaire varie selon le tableau ci après. On peut, en effet, observer, de 1999 à 2001, un accroissement non négligeable de la part des dépenses des groupes 1 et 2, au détriment de celles des deux autres groupes.

Tableau n° 5
Evolution de la part des groupes de dépenses
de la section d'exploitation

	BP 1999	BP 2000	BP 2001
Groupe 1	67.7%	68.7%	68.7%
Groupe 2	16.5%	16.9%	16.9%
Groupe 3	8.1%	7.6%	7.3%
Groupe 4	7.7%	7.2%	7.1%

- Du rapport d'orientation budgétaire (ROB) au BP arrêté.

Le projet de budget primitif 2001 présenté par l'établissement et intégrant les mesures nouvelles préconisées dans le rapport d'orientation budgétaire s'élève au total à 1.901.470.925 francs, en augmentation de 8,7% par rapport au budget primitif accordé pour l'année 2000.

En comparant ces éléments avec les chiffres arrêtés par l'ARH pour le budget 2001, on observe que c'est sur l'ensemble des quatre groupes de dépenses qu'ont été opérées les « coupes » permettant de limiter l'augmentation globale à 5,2%, même s'il apparaît que l'effort a été particulier sur le groupe 3 qui ne progresse pratiquement pas (+0,1%).

Tableau n° 6
Evolution des données budgétaires

	BP 2000	Demande 2001		BP 2001	
		Montant	Evol.	Montant	Evol.
Groupe 1	1.206.698.734	1.304.676.262	+8.1%	1.268.987.807	+5.2%
Groupe 2	289.090.822	322.405.258	+11.5%	313.209.351	+8.3%
Groupe 3	134.680.790	141.684.897	+5.2%	134.827.819	+0.1%
Groupe 4	126.001.888	132.704.508	+5.3%	131.065.708	+4%
Total	1.756.472.234	1.901.470.925	+8.7%	1.848.090.685	+5.2%

- L'évolution du point ISA

Comme le montre le tableau ci-après, entre 1997 et 1999, la valeur du point ISA du CHRU d'Amiens, toujours légèrement supérieure à celle du point moyen régional, a cependant cru moins vite que ce dernier (+6,5% en deux ans contre +8,5%), de sorte que l'écart entre les deux valeurs tend à diminuer, passant de 0,36 francs (soit 3,2%) en 1997, à 0,15 francs (soit 1,2%) en 1999.

Tableau n° 7
Evolution du point ISA

	Point ISA CHRU Amiens		Point ISA régional	
	Valeur	Evol/1997	Valeur	Evol/1997
1997	11.59		11.23	
1998	12.32	+6.2%	11.91	+6%
1999	12.34	+6.5%	12.19	+8.5%

3.2.2 *La dotation de péréquation.*

3.2.2.1 *Les crédits obtenus.*

Pour l'exercice budgétaire 2000, le centre hospitalier régional d'Amiens a bénéficié de 27.674.335 francs au titre de la péréquation. Cette somme représente 22,6% de la somme totale répartie au cours de l'année.

Près des trois quarts de cette somme (19.932.200 francs, soit 72%) avaient été attribués lors du BP, représentant 24,11% de la somme répartie à cette date, proportion sensiblement égale à celle traduisant la part du budget du CHRU d'Amiens dans le budget régional (25,04%). Le reste des crédits a été attribué lors de décisions modificatives, en particulier pour la consolidation du service des urgences et la cancérologie.

A l'occasion du BP 2001, la somme affectée au CHRU d'Amiens s'est élevée à 20.717.500 francs, dont 11.315.500 francs au titre du renforcement des moyens et 9.402.000 francs au titre des mesures nouvelles. Cette somme représente 19,4% du total réparti, proportion là encore tout à fait comparable à celle du budget du centre hospitalier régional par rapport au total picard (20,3%).

3.2.2.2 *L'affectation des crédits.*

➤ Elle correspond aux priorités régionales :

Comme le montre le tableau ci-après, les crédits attribués au titre de la péréquation hospitalière ont été affectés, tant en 2000 que lors du BP 2001, à des opérations correspondant aux priorités régionales définies dans le SROS.

On y retrouve ainsi, avec des crédits parfois fort importants, l'accueil des urgences et le SMUR, la cancérologie et la prise en charge de la naissance. On y retrouve également la cardiologie avec un volet important relatif à la chirurgie cardiaque, mais aussi les affections nosocomiales, la médecine préventive ou la gériatrie.

➤ Les crédits sont surtout destinés à des dépenses de personnel :

Ce même tableau permet de constater qu'une large majorité des crédits ainsi alloués est consacrée à des dépenses de personnel (groupe1). Celles-ci représentent en

effet plus de 74% du total alloué en 2000. Ce pourcentage atteint presque 79% pour les crédits alloués au BP 2001.

Tableau n° 8
Affectation des crédits de péréquation

Date	Opération	Montant Total	Répartition			
			Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3	Groupe 4
Année 2000						
BP	Prise en charge naissance	2 140 000	2 140 000			
	Pôle cancérologie	3 440 000	3 440 000			
	Chirurgie cardiaque	3 815 000	1 215 000	2 600 000		
	Urgences – SMUR	3 890 000	3 890 000			
	Postes médicaux partagés	840 000	840 000			
	Infections nosocomiales	900 000	280 000	620 000		
	Gastro-entéro. (hépatite C)	560 000	560 000			
	Couverture médic. (gardes)	1 350 000	1 350 000			
	Médecine préventive	560 000	560 000			
	Alcoologie	1 320 000	1 320 000			
	VIH	250 000	250 000			
	Télémedecine	867 200	330 000		537 200	
	Sous total BP	19 932 200	16 175 000	3 220 000	537 200	
DM	Urgences	4 155 000	4 155 000			
	Cancérologie	1 600 000	280 000	560 000		760 000
	Chirurgie cardiaque	545 000				545 000
	Cardiologie	915 000		500 000		415 000
	CDAG	24 800		24 800		
	Toxicomanie	502 335		502 335		
	Total	27 674 335	20 610 000	4 807 135	537 200	1 720 000
Année 2001						
BP	Décret périnatalité (1)					
		1	1			
		270 000	270 000			
	Projet femme-enfant (1)	1	1			152 000
		402 000	250 000			
	Environn ^t naissance (2)	1	1			
		380 000	380 000			
	Anesthésie (1)	30	300			
		0 000	000			
	Projet de gestion (1)	666.000			22 000	644 000
	Infections nosocomiales (1)	2 230 000		1	500 000	
				730 000		
	IRM (1)	300 000	300 000			
	Gériatrie (1)	1 500 000	1 500 000			
	Réadaptat. Respiratoire (1)	980 000	530 000	200 000	250 000	
	Cancérologie (1)	1 567 500	1 007 500	560 000		
	Nutrition entérale (1)	600 000	600 000			
	Informatique (1)	500 000			500 000	
	Accès aux soins (2)	22 000	22 000			
	Urgences (2)	1 200 000	1 200 000			
	Réseaux de soins (2)	3 800 000	3 800 000			
	Cardiologie (2)	3 000 000	3 000 000			
	Total BP 2001	20 717 500	16 159 500	2 490 000	1 272 000	796 000
(1) : renforcement de moyens (2) : mesures nouvelles						

3.2.2.3 Les résultats obtenus.

- Il s'agit surtout d'un renforcement des moyens en personnel.

Les moyens accordés au cours de l'année 2000, au titre de la péréquation devaient permettre le recrutement de 72 personnes représentant 68,5 ETP. Parmi ces postes certains sont des postes à activité partagée avec d'autres établissements, témoignant de la volonté de coopération interhospitalière. Ils ont également permis le renforcement de la sécurité par la mise en place de gardes médicales.

Au BP 2001, ce sont encore 40 postes, dont encore trois à activité partagée, qui ont été ainsi budgétés. Les moyens obtenus ont également permis la transformation d'une dizaine de postes de PAC en postes de PH, la région venant ici soutenir une action nationale.

Ils ont, dans l'ensemble, sauf pour un certain nombre de PH, été pourvus dans des délais satisfaisants après la notification des crédits, comme en témoigne le tableau ci après, qui regroupe, en fonction de l'affectation des agents, l'ensemble des postes créés en 2000 et 2001, la date de création et celle des recrutements

Tableau n° 9
Postes créés et personnels recrutés

Discipline	Nature des postes	Date création	Dates de recrutement
Année 2000			
Prise en charge de la naissance	2 IADE 4 sage femmes 1 PH	BP	Juin et octobre 2000 Mai (2), juillet et octobre 2000 Mai 2000
Cancérologie	4 PH 2,5 préparateurs 1 interne 1 courrier	BP	Tous vacants au 31/12 Tous vacants au 31/12 Mai 2000 Vacant au 31/12
Chirurgie cardiaque	2 IBODE 3 aides soignants 1 ASH	BP	Juillet 2000 (2) Juin 2000 (3) Juin 2000
Urgences SMUR	1 PH 3 PH temps partiel 5,5 IDE 1 IADE	BP	Mars 2000 Mars 2000 Avril (2) et septembre (3,5) Mars 2000
Postes partagés	3 PH	BP	07/2000 (1) + 2 vacants au 31/12
Infections nosocomiales	1 PH	BP	Vacant au 31/12
Gastro-entérologie	1 PH	BP	Mars 2000
Médecine préventive	1 PH	BP	Janvier 2000
Alcoologie (équipe mobile)	1 PH 1 psychologue 1 assistant social 1 IDE	BP	Février 2000 Juin 2000 Mars 2000 Mars 2000
VIH	1 technicien	BP	Janvier 2001
Télémedecine	1 technicien	BP	Octobre 2000

Cancérologie (1)	1 Psychologue	DM	Prévu en 2001
Urgences (protocole) (appel à projet)	2 PH 3 IDE 6 IADE 6 IDE 1 permanencier 1 psychologue 2 puéricultrices 1,5 secrétaire 2 PH	DM2	Septembre 2000 Septembre 2000 Oct (1)-Nov(1) 4 vacants Sept.(2), nov(1), dec(2) ? janvier 2001 postes vacants Aout 2000 Septembre 2000
Année 2001			
Périnatalité – décret	2 Sage femmes	BP	Juillet 2001 (deux)
Projet femme-enfant	3 puéricultrices		Juillet 2001 (trois)
	1 secrétaire		Mai 2001
Convention Corbie	1 IADE		Mai 2001
Convention Corbie	3 sage femmes		Juillet 2001 (trois)
	2 PH		Mars 2001 (deux)
	3 sage femmes		Janvier (1) – juillet (1)
Anesthésie	1 PH partagé	BP	Septembre 2001
IRM	1 PH partagé	BP	Mai 2001
Nutrition entérale	1 PH	BP	Juillet 2001
Gériatrie-long séjour	6 IDE	BP	Janvier (3) Septembre (deux)
Réadaptation respir.	1 Kiné	BP	Prévu octobre 2001
	1 PH partagé		Prévu janvier 2002
Cancérologie	2 ASH 1 brancardier 4 IDE 3 aides soignants	BP	Travaux en cours Et Recrutement différé
Urgences	2 PH	BP	Septembre 2001
Réseaux de soins	1 PH 1 secrétaire méd.	BP	Prévu novembre Avril 2001

Le décalage entre la date de notification des crédits et celle des recrutements effectifs laisse, inévitablement, une certaine somme inutilisée dont une part pourrait se retrouver dans les excédents du compte administratif.

L'examen du tableau ci-après, établi à partir des renseignements fournis par l'administration hospitalière dans les fiches d'évaluation des mesures nouvelles, montre ainsi que seulement 38% des crédits alloués au cours de l'année 2000 ont effectivement été engagés au cours de ce même exercice budgétaire mais une partie d'entre eux n'a été attribuée qu'au cours de décisions modificatives intervenant en cours ou en fin d'année.

Tableau n° 10
Etat de consommation des crédits du groupe 1
(Année 2000)

Opération concernée	Somme allouée	Somme dépensée
Prise en charge naissance	2 140 000	485 000
Cancérologie	3 720 000	0
Chirurgie cardiaque	1 215 000	859 000
Urgences SMUR	10 465 000	4 025 000
Postes médicaux partagés	840 000	213 000
Infections nosocomiales	280 000	0
Gastro entéro (hépatite C)	560 000	0
Gardes médicales	1 350 000	1 439 000
Médecine préventive	560 000	400 000
Alcoologie	1 320 000	1 214 000
Prise en charge VIH	250 000	0
Télémedecine	330 000	100 000
Total	23 030 000	8 735 000

➤ Le second poste concerne les dépenses médicales du groupe 2.

Les dépenses médicales du groupe 2 ont représenté 17,4% des crédits alloués en 2000 et 12,1% de ceux répartis au BP 2001. Elles ont concerné, pour l'essentiel, la chirurgie cardiaque (2.600.000 francs en 2000 et 2.000.000 en 2001 liés à l'augmentation des interventions sous circulation extra corporelle), les infections nosocomiales (en particulier par le développement de l'usage unique) et la rythmologie.

Conclusion

L'analyse des documents dont a pu disposer la mission montre que les crédits supplémentaires dont a bénéficié la Picardie dans le cadre de la politique de péréquation hospitalière, ont effectivement été attribués pour des objectifs correspondant aux priorités du SROS et dans une optique de réduction des inégalités entre établissements.

Indépendamment de la marge de manœuvre en trésorerie qu'ils peuvent constituer, ces crédits ont participé à l'effort de mise à niveau du CHR, tant par la création de nombreux postes médicaux ou paramédicaux que par le soutien apporté aux dépenses médicales en particulier dans le secteur de pointe que constitue la chirurgie cardiaque.

3.3 La péréquation hospitalière au centre hospitalier d'Abbeville

3.3.1 Le cadre général

3.3.1.1 Présentation de l'établissement.

Remontant à près de neuf siècles, si l'on en croit la liste des bienfaiteurs affichée dans le hall d'entrée du bâtiment administratif, le centre hospitalier d'Abbeville voit aujourd'hui ses services médicaux et chirurgicaux regroupés dans un même bâtiment construit en 1993, les autres pavillons abritant plutôt les services psychiatriques, techniques et administratifs. Le bâtiment mère-enfant remonte, quant à lui, à 1968.

Il est l'hôpital pivot du secteur sanitaire n° 1 de Picardie dont la population est estimée à environ 130.000 personnes, ce qui en fait le plus petit secteur sanitaire de Picardie. On notera par ailleurs la proportion importante de personnes âgées : 16,8% alors que la moyenne régionale est de 13%.

Une autre caractéristique de ce secteur est l'attrait touristique de la côte picarde qui apporte, tout au long de l'année, un surcroît d'activité aux services de l'établissement.

Enfin l'on observera que le CH d'Abbeville gère directement 3 secteurs de psychiatrie et dispose depuis 1997/98 de deux unités d'hospitalisation complète dans cette discipline (60 lits au total)

En 1999, l'établissement totalisait 825 lits d'hospitalisation complète et 34 places d'hospitalisation de jour ainsi répartis :

Tableau n° 1
Capacité des services du CH d'Abbeville

Discipline	Lits	Places
Médecine	174	3
Chirurgie	107	
Obstétrique	38	
Soins de courte durée	319	3
Psychiatrie	60	31
Soins de suite	90	
Soins de longue durée	50	
Hébergement	306	
TOTAL	825	34

Source SAE 1999

3.3.1.2 L'activité de l'établissement.

➤ Les indicateurs traditionnels.

- Pour l'année 1999, les principaux indicateurs d'activité, pour les disciplines MCO, sont repris dans le tableau ci-après :

Tableau n° 2
Les principaux indicateurs d'activité MCO en 1999*

Indicateur		Médecine	Chirurgie	Obstétrique	Total
Hospitalisation Complète	Lits	174	107	38	319
	Entrées	11 278	6 137	1 597	19 048
	Journées	59 895	29 115	7 146	96 146
	DMS	5.3	4.7	4.5	5
	C.O.	94.3%	74.5%	51.5%	82.6%
Hospitalisation Partielle	Places	3			3
	Venues	1 541			1 541
Consultations et soins externes		12 171	14 761	9 633	36 565

* Source SAE 1999

- Quelques indicateurs complémentaires permettent de mieux cerner l'activité de l'établissement :
 - le nombre d'accouchements a été de 925 dont 115 césariennes,
 - Au bloc opératoire, 5626 interventions ont été pratiquées sur des patients hospitalisés (il n'existe pas de places de chirurgie ambulatoire), générant 439 800 K
 - L'Accueil Urgences a comptabilisé 20132 passages conduisant à 9960 hospitalisations, soit environ la moitié.
 - Les services de psychiatrie ont totalisé 655 entrées en hospitalisation complète, avec une DMS de 26,7 jours et un coefficient d'occupation de 79,7% ainsi que 6754 venues dans les 31 lits d'hospitalisation de jour et 16204 séances de traitement ambulatoire.
- En comparant les indicateurs de plusieurs années, on constate une relative stabilité de l'activité en hospitalisation complète tandis que celle de l'hospitalisation de jour et des consultations croît régulièrement d'année en année : +6% en deux ans (1998/2000) pour l'accueil des urgences et + 5% en deux ans (1997/1999) pour les consultations externes.

Tableau n° 3
Comparaison pluriannuelle des indicateurs d'activité (MCO)

Indicateur	1997	1998	1999	2000
Entrées	19317	19468	19362	19460
Journées	96348	96649	96156	97004
DMS	4.99	4.96	4.97	4.99
C.O.	83.55%	82.56%	83.31%	83.02%
Hospit. Partielle	1287	1401	1541	
Urgences		19394	20132	20576
Consultations externes	35161	35292	36867	

Source : Contrat d'objectifs et de moyens

➤ Les moyens en personnels.

- L'effectif du personnel médical s'élevait, en 1999, à 92 praticiens, dont 19 attachés, représentant au total 74,30 ETP auxquels il convient d'ajouter un effectif de 15 internes. Cet effectif en augmentation par rapport à 1998 (81 praticiens représentant 66,82 ETP, mais 22 internes au lieu de 15) s'est stabilisé en 2000 avec toujours 92 praticiens représentant 72,10 ETP (Source : SAE 1998, 1999, 2000).
- Le personnel non médical comprenait, en 1999, 972 agents représentant 928,35 ETP dont :
 - personnel non soignant : 284, dont 49 à temps partiel, soit 274,30 ETP
 - personnel soignant : 688, dont 125 à temps partiel, soit 651,96 ETP
 ces derniers étant répartis comme suit :

Tableau n° 4
Répartition du personnel soignant

Catégorie	Effectif Total	Dont Temps Partiel	ETP
Sages femmes	8	1	7,86
Encadrement	40	2	39
Infirmiers spécialisés	23	7	21,30
IDE et secteur psychiatrie	245	55	227,60
Aides soignants	268	33	261,77
ASH	63	10	57,60
Psychologues	14	4	12,72
Autres	27	10	24,11
Total	688	125	651,96

L'effectif global, comme celui des soignants n'a pratiquement pas varié depuis l'année précédente (976 personnes dont 687 soignants) et le taux d'encadrement par lit (soit le total en ETP du personnel non médical / nombre de lits de court et moyen séjour) s'élève à 2,26, pratiquement identique à celui de 1998 (2,27)

➤ Les investissements.

Entre 1988 et 1998, le centre hospitalier d'Abbeville a conduit quatre opérations importantes inscrites dans un premier plan directeur, pour un montant total de dépenses de 340,6 MF. Il s'est agi de :

- la construction du centre de moyen et long séjour (avril 1988-juillet 1989) pour 40,6 MF,
- la rénovation et l'extension du centre hospitalier qui s'est déroulée sur plusieurs années (novembre 1988-Février 1993) pour un montant total de 151 MF,
- l'humanisation de la maison de retraite, autre opération longue et coûteuse puisqu'elle s'est déroulée d'août 1992 à février 1998 et a coûté environ 103 F,
- l'aménagement de deux unités d'hospitalisation complète en psychiatrie pour près de 46 MF, entre les mois de janvier 1996 et d'avril 1998.

Actuellement se prépare une opération de mise en conformité et de restructuration du bloc opératoire et de l'unité d'accueil des urgences. Cette opération, estimée à environ 22 millions de francs, a débuté en mai dernier.

Un nouveau plan directeur a été approuvé le 4 janvier 2001 et comprend deux volets principaux :

- l'externalisation de l'IFSI qui devrait se rapprocher du centre de moyen et long séjour (36 MF)
- une opération globalement baptisée « opération hôpital » consistant en la construction d'un bâtiment de 4 étages, relié au bâtiment actuel d'hébergement de médecine et chirurgie et qui abriterait le SAU, le SMUR, les laboratoires, les blocs opératoire et obstétrical, la gynécologie-obstétrique et la pédiatrie-néonatalogie. Son coût estimatif global est d'environ 300 MF.

On constate qu'après une courte période de répit, l'établissement se lance à nouveau dans des investissements importants, tout en poursuivant, évidemment, son traditionnel plan d'équipement pluriannuel et en réalisant un important schéma directeur informatique financé par crédit-bail.

3.3.1.3 *Les outils de planification.*

➤ Du projet d'établissement au Contrat d'objectifs et de moyens.

Le projet d'établissement arrêté le 27 juin 2000 par le conseil d'administration du centre hospitalier d'Abbeville a été rapidement approuvé par l'ARH et a débouché, logiquement, sur un contrat d'objectifs et de moyens (COM) signé en septembre 2000 après une période de préparation et de négociation que les représentants de l'établissement ont qualifié de longue et compliquée, la marge de manœuvre des pilotes délégués étant réduite.

Ce contrat d'objectifs et de moyens, l'un des tous premiers signés en Picardie, après avoir constaté l'état des lieux et rappelé les grandes orientations stratégiques de l'établissement, dresse le catalogue des priorités arrêtées pour les prochaines années ainsi que des moyens financiers qui seront mis en place pour les atteindre.

Sont ainsi présentés 13 projets à réaliser et à financer au cours des cinq prochaines années, hormis le projet n° 12 qui concerne les surcoûts d'exploitations liés à la réalisation du plan directeur d'investissement et qui s'étaleront sur dix ans. On y retrouve :

- la prise en charge de la naissance et la sécurité périnatale,
- les pathologies cardiovasculaires,
- les urgences, la réanimation, l'anesthésie et le bloc opératoire,
- la cancérologie,
- le développement de la chirurgie et anesthésie ambulatoires,
- la médecine physique et la réadaptation,
- l'accréditation, l'informatique médicale et le passage à l'usage unique,
- les soins palliatifs,
- la création d'un pôle médico-judiciaire de prévention,
- la lutte contre la douleur,
- le plan directeur d'investissement,
- L'IRM mobile.

autant de projets correspondant aux priorités régionales définies dans le SROS. Le montant total de ces projets a été chiffré à près de 69 millions de francs dont

55,4 MF en moyens nouveaux que l'ARH s'est, en signant le COM, engagée à affecter à l'établissement

➤ La coopération inter-établissements.

Le contrat d'objectifs et de moyens stipule dans son titre III l'engagement de l'établissement à développer la complémentarité avec les établissements publics et privés.

Même si tout n'est pas véritablement formalisé, une collaboration de fait, importante, existe déjà entre le CH d'Abbeville et le CHRU d'Amiens avec, par exemple, des consultations avancées dans plusieurs domaines et la création de postes à activité partagée en chirurgie, pour ne citer que deux exemples parmi d'autres.

Avec les hôpitaux locaux du secteur (Rue et Saint Valery sur Somme), dont l'activité est orientée essentiellement vers les personnes âgées, une charte de communauté d'établissements est signée et la complémentarité joue, tant en matière médicale qu'administrative. Une convention de consultation urologique est même signée avec un hôpital hors secteur, celui d'Eu, en Normandie.

Avec la Clinique Sainte Isabelle la collaboration est plus difficile. Des conventions existent, cependant, en particulier en matière de réanimation et d'hémodialyse. En revanche, la perspective de la réunion de la maternité de la clinique avec celle de l'hôpital, prévue par le COM, semble, pour l'instant, rencontrer une assez vive opposition de la part de la communauté médicale du centre hospitalier.

Signalons enfin, pour tenter d'être complet, le projet d'IRM mobile commun aux centres hospitaliers d'Abbeville et de Dieppe (Haute Normandie) et associant les radiologues libéraux des deux communes, à travers un GIE en cours de mise en place.

3.3.1.4 Les données financières

➤ La structure budgétaire.

Le BP 2001 a été arrêté, pour les dépenses de la classe 6, à 389.416.397 francs ventilés comme suit entre les quatre grands groupes de dépenses :

- groupe 1 : dépenses de personnel	:	291.294.908 francs (74,8%)
- groupe 2 : dépenses médicales	:	35.395.198 francs (9,1%)
- groupe 3 : dépenses logistiques	:	34.124.347 francs (8,8%)
- groupe 4 : Amortissements et charges financières	:	28.601.944 francs (7,3%)

Par rapport au BP 2000 (360.053.085 francs) cette section d'exploitation est en augmentation de 8,17%. Cette augmentation porte essentiellement sur les dépenses en personnel (+9,14%) et les dépenses médicales du groupe 2 (+13,2%), alors que celles du groupe 4 sont en régression de 1,7%..

La structure budgétaire varie de façon non négligeable d'une année sur l'autre, comme le montre le tableau ci après :

Tableau n° 5
Evolution de la part des groupes de dépenses
de la section d'exploitation

	BP 1999	BP 2000	BP 2001
Groupe 1	73.4%	74.1%	74.8%
Groupe 2	8.6%	8.7%	9.1%
Groupe 3	9.4%	9.1%	8.8%
Groupe 4	8.7%	8.1%	7.3%

Il apparaît que le poids des dépenses de personnel et des dépenses médicales dans le budget de fonctionnement de l'établissement s'accroît d'année en année au détriment des dépenses des groupes 3 (logistique) et surtout 4 (amortissements et charges financières).

➤ Du Rapport d'orientation budgétaire (ROB) au BP arrêté.

Le rapport d'orientation budgétaire (ROB) pour l'année 2001 établi par le centre hospitalier d'Abbeville, ne permet pas, à lui seul, de retrouver l'ensemble des éléments du budget prévisionnel souhaité par l'établissement, puisque son objectif essentiel est de détailler les mesures nouvelles proposées et le surcoût qu'elles entraîneront et qui étaient chiffrées globalement à 28.399.485 F dont plus de 25 MF pour le seul groupe 1.

Ce ROB accompagnait des documents plus strictement budgétaires qui ont été analysés par le rapporteur devant la commission exécutive de l'ARH lors de la séance d'audition de l'établissement. Ce rapport faisait état d'une demande en forte augmentation (+11,7%), en particulier dans les groupes 1 et 2

En comparant, comme le fait le tableau ci-après, reconstitué à partir du rapport précédent et des lettres de notification budgétaire, les éléments issus du BP 2000, la demande de l'établissement et le budget arrêté, on observe que c'est essentiellement au niveau des dépenses des groupes 1 et 2, pour lesquelles la demande d'augmentation était particulièrement élevée, que s'effectuent les réductions budgétaires. On observe aussi que, même si les représentants de l'hôpital ont regretté auprès de la mission de ne pas être assez soutenus, ils disposent pour 2001 d'un budget primitif en forte augmentation (+8.17%), comme c'était déjà le cas l'an dernier (+7.3%) :

Tableau n° 6
Evolution des données budgétaires

	BP 2000	Demande 2001		BP 2001	
	Montant	Montant	Evol.	Montant	Evol.
Groupe 1	266.916.751	307.548.600	+15 .22 %	291.294.908	+9.14%
Groupe 2	31270832	38.852.300	+22%	35.395.198	+13.2%
Groupe 3	32.742.223	33.490.515	+2.4%	34.124.347	+4.35%
Groupe 4	29.123.199	26.088.000	-10.4%	28.601.944	-1.7%
Total	360.053.085	405.979.415	+11.7%	389.416.397	+8.17%

➤ L'évolution du point ISA

Comme le montre le tableau ci-après, entre 1997 et 1999, la valeur du point ISA du CH d'Abbeville a progressé plus rapidement que le point moyen régional. Il reste néanmoins très inférieur à cette moyenne régionale et demeure, de très loin, le plus faible de Picardie.:

Tableau n° 7
Evolution du point ISA

	Point ISA Abbeville		Point ISA régional	
	Valeur	Evol/1997	Valeur	Evol/1997
1997	8.41		11.23	
1998	9.07	+7,8%	11.91	+6%
1999	9.49	+12.84%	12.19	+8.5%

Bien qu'il se soit légèrement resserré, passant de 2,82 (25%) à 2,70 (22,15%), l'écart entre la valeur locale du point ISA et la valeur régionale reste supérieur à la limite de 4% fixée par l'ARH pour le « rebasage PMSI ». A ce titre, la base budgétaire du centre hospitalier d'Abbeville a été abondée de 1.950.000 francs en 2000 et de 2.617.826 francs en 2001.

3.3.2 La dotation de péréquation.

3.3.2.1 Les crédits obtenus.

Pour l'exercice budgétaire 2000, le centre hospitalier d'Abbeville a bénéficié de 6.016.000 francs au titre de la péréquation. Cette somme représente 4,92% de la somme totale répartie au cours de l'année.

La quasi totalité de cette somme (5.891.000 francs) avait été attribuée lors du BP, représentant 7,13% de la somme répartie à cette date, proportion assez nettement supérieure à celle traduisant la part du budget d'Abbeville dans le budget régional (4,24%). Le reste des crédits a été attribué lors de décisions modificatives après réponse aux appels à projets lancés par l'ARH.

A l'occasion du BP 2001, la somme affectée au CH d'Abbeville s'est élevée à 6.586.855 francs, dont 5.277.615 francs au titre du renforcement des moyens et 1.309.240 francs au titre des mesures nouvelles. Cette somme représente 6,2% du total réparti, proportion toujours supérieure à celle du budget du centre hospitalier par rapport au total picard (4,36%).

3.3.2.2 L'affectation des crédits.

➤ Elle correspond aux priorités régionales :

Comme le montre le tableau ci-après, les crédits attribués au titre de la péréquation hospitalière ont été affectés, tant en 2000 que lors du BP 2001, à des opérations correspondant aux priorités régionales définies dans le SROS. On y retrouve

ainsi l'accueil des urgences et le SMUR, le bloc opératoire, la cancérologie, la cardiologie, l'environnement de la naissance avec d'importants moyens de renforcement en personnel, la sécurité anesthésique, la mise en place d'une équipe mobile de soins palliatifs ainsi que la mise en place d'un réseau régional de télémédecine pour ne citer que les opérations les plus importantes

Tableau n° 8
Affectation des crédits de péréquation

Date	Opération	Montant Total	Répartition			
			Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3	Groupe 4
Année 2000						
BP	Méd. Phys. et réadapt.	280 000	280 000			
	Imagerie médicale	83 000	83 000			
	Prise en charge naissance	1 820 000	1 820 000			
	Cardiologie	960 000	960 000			
	Urgences-SMUR	1 160 000	1 160 000			
	Eq. Mob. Soins palliatifs	1 420 000	1 420 000			
	Télémédecine	168 000			168 000	
Sous total BP		5 891 000	5 723 000			
DM2	Permanence accès soins	125 000				
TOTAL 2000		6 016 000	5 848 000 97.2%		168 000 2.8%	
Année 2001						
BP	Cancérologie (1)	300 000	300 000			
	Périnatalité (1)	775 000	775 000			
	Bloc opératoire (1)	1 040 000 354 000	1 040 000			354 000
	Crédit bail informatique (1)	308 615			308 615	
	Sécurité anesthésique (1)	2 500 000	2 500 000			
	Consult .gérontologie (2)	849 040	849 040			
	USIC (2)	460 200		460 200		
Total BP 2001		6 586 855 83%	5 464 040 7%	460 200 4.7%	308615 4.7%	354 000 5.3%

(1) : renforcement de moyens (2) : mesures nouvelles

- Les crédits sont surtout destinés à des dépenses de personnel :

Ce même tableau permet de constater qu'une large majorité des crédits ainsi alloués est consacrée à des dépenses de personnel (groupe1). Celles-ci représentent en effet 83% des crédits répartis au BP 2001 et 97,2% du total alloué en 2000.

3.3.2.3 *Les résultats obtenus.*

- Un renforcement des moyens en personnel.

Les moyens accordés au cours de l'année 2000, au titre de la péréquation devaient permettre le recrutement de 23 agents représentant 21 ETP. Au BP 2001, ce sont 19 postes, dont 5 à temps partiel, soit 14,5 ETP qui ont été ainsi budgétés.

Comme le montre le tableau ci-après, ils ont, dans l'ensemble, été pourvus dans des délais réduits après la notification des crédits, sauf pour l'équipe mobile de soins

palliatifs, financée lors du BP 2000 mais dont le recrutement n'est intervenu qu'en janvier 2001. D'autres postes n'ont pu être pourvus, pour l'instant, en raison de difficultés de recrutement.

Tableau n° 9
Postes créés et personnels recrutés

Discipline	Nature des postes	Date création	Dates de recrutement
Année 2000			
Médecine physique	1 PH partagé	BP	Non recruté
Imagerie médicale	1 PH radiologue	BP	Mars 2000 (transf. vacations)
Prise en charge de la naissance	4 sage femmes 2 puéricultrices 1 psychologue	BP	Juillet et août 2000 Mars 2000 En attente de concours
Cardiologie	4 IDE	BP	Mars 2000
Urgences SMUR	1 PH 2,5 IDE	BP	Mars 2000 Mars 2000
Equipe mobile de soins palliatifs	1 PH partagé 2 IDE 0,5 secrétaire med 1 psychologue	BP	Janvier 2001 Janvier 2001 Janvier 2001 Octobre 2000 (mutation)
Prévention Maltraitance	1 assistant social	DM 2 (07)	Avril 2001
Année 2001			
Cancérologie	0,5 PH	BP	Avril 2001 (transf. poste)
Périnatalité	1 sage femme 2 auxiliaires puer. 1 ASH	BP	Juillet 2001 0,5 en juillet 2001 (1) Janvier 2001
Bloc opératoire	4 IBODE	BP	Non recrutées (2)
Sécurité anesthésique	1 PH (réa) 4 IDE	BP	Recrutement fait mais le décès d'un autre PH l'annule Janvier 2001
Consultation Pluridisciplinaire de Prévention Gérontologique	1 PH (secteur) 0,5 psychologue 0,5 ergothérapeute 0,5 secrétaire med 0,5 ass. Sociale	BP	Mai 2001 en instance Janvier 2001 Mars 2001 Non recrutée

(1) L'établissement a fait le choix de recruter plutôt 2,5 puéricultrices et 0,5 auxiliaire

(2) Cette opération aurait été financée en 2000 et n'aurait pas lieu d'être renouvelée.

Le décalage entre la date de notification des crédits et celle des recrutements effectifs laisse, obligatoirement, une certaine somme inutilisée dont une fraction pourrait figurer dans les excédents du compte administratif. C'est en particulier le cas pour le poste accordé en cours d'année (en l'occurrence lors de la DM2 en juillet 2000) et pour les postes créés pour l'unité mobile de soins palliatifs qui ont été différés d'un an..

C'est ainsi que, pour l'année 2000, seulement 2.285.500 des 5.848.000 francs accordés (soit environ 40%) ont été effectivement dépensés, comme le montre le tableau ci-après

Tableau n° 10
Etat de consommation des crédits du groupe 1
(Année 2000)

Opération concernée	Date de notification	Somme Allouée	Somme Dépensée
Médecine physique	13-01-00	280.000	0
Imagerie médicale		83.000	64.500
Prise en charge naissance		1.820.000	620.000
Cardiologie		960.000	640.000
Urgences SMUR		1.160.000	830.000
U.M. soins palliatifs		1.420.000	0
Prévention maltraitance		125.000	125.000
TOTAL		5.848.000	2.285.500

Conclusion

L'analyse des documents dont a pu disposer la mission montre que les crédits supplémentaires dont a bénéficié la Picardie dans le cadre de la politique de péréquation hospitalière, ont effectivement été attribués pour des objectifs correspondant aux priorités du SROS et dans une optique de réduction des inégalités entre établissements : ainsi, l'écart très important entre le point ISA du CH d'Abbeville et le point moyen régional tend à diminuer. L'effort important réalisé en 2000 et poursuivi au BP 2001, devrait permettre de poursuivre la réduction de cet écart.

Cette analyse montre aussi que le centre hospitalier d'Abbeville n'est pas parvenu à utiliser dans les délais prévus la totalité des crédits qui lui avaient été alloués. Ce retard, dans le recrutement est lié, soit à des difficultés de recrutement dont le secteur souffre, soit au décalage de certaines opérations comme, par exemple, la mise en place de l'unité mobile de soins palliatifs.

La politique de péréquation a, ici, pleinement joué son rôle en permettant au CH d'Abbeville de combler une partie de son retard. Il n'en reste pas moins que la valeur du point ISA de l'établissement reste particulièrement faible, même si l'année 2000 devrait le voir dépasser les 10 francs.

3.4 La péréquation hospitalière au centre hospitalier Laennec de Creil

3.4.1 Le cadre général

3.4.1.1 Présentation de l'établissement.

Bâti sur le plateau dominant l'agglomération creilloise, le centre hospitalier Laennec constitue, avec le centre hospitalier de Senlis, l'un des deux hôpitaux pivots du secteur sanitaire n° 6 de Picardie qui, avec 331 363 habitants selon le dernier recensement, constitue le second secteur le plus peuplé, immédiatement après celui d'Amiens, siège du CHRU.

En 1999, l'établissement totalisait 410 lits d'hospitalisation complète, exclusivement de court séjour, et 26 places d'anesthésie et chirurgie ambulatoires ainsi répartis :

Tableau n° 1
Capacité des services du CH de Soissons

Discipline	Lits	Places
Médecine	210	13
Chirurgie	140	9
Obstétrique	60	4
Soins de courte durée	410	26
TOTAL	410	26

Source SAE 1999

3.4.1.2 L'activité de l'établissement.

➤ Les indicateurs traditionnels.

- Pour l'année 1999, les principaux indicateurs d'activité, pour les disciplines MCO, sont repris dans le tableau ci-après :

Tableau n° 2
Les principaux indicateurs d'activité MCO en 1999*

Indicateur	Médecine	Chirurgie	Obstétrique	Total
Hospitalisation Complète	Lits	210	140	60
	Entrées	9 661	7 714	2 782
	Journées	63 073	32 380	15 537
	DMS	6,5	4,2	5,6
	C.O.	84,2%	69,2%	70,9%
Hospitalisation Partielle	Places	13		4
	Venues	3 539		251
Anesth et chir ambulatoires	Places		9	9
	Venues		1 626	1 626
Consultations et soins externes	17 243	29 168	13 066	59 482

* Source SAE 1999

- Quelques indicateurs complémentaires, toujours pour l'année 1999, permettent de mieux cerner l'activité de l'établissement :
 - le nombre d'accouchements a été de 1681 dont 271 césariennes (16,8%),
 - Au bloc opératoire, 7231 interventions ont été pratiquées, générant 860.000 K, dont 150 au titre des interventions en ambulatoire,
 - L'Accueil Urgences a comptabilisé 43.151 passages ayant conduit à 11.253 hospitalisations, soit environ le quart (26%).
 - Le service d'hémodialyse a accueilli 149 patients pour un nombre total de 10.177 séances.
- En comparant les indicateurs des trois dernières années , on observe une relative stabilité de l'activité d'hospitalisation, la diminution du nombre des entrées en 2000 étant compensée par un allongement de la DMS. Les autres indicateurs de l'activité connaissent, entre 1998 et 1999, une augmentation variable : +5,2% pour l'accueil urgences, +6% pour l'hospitalisation de jour et +13% pour l'anesthésie et la chirurgie ambulatoires tandis que les consultations externes régressent de 5,5%

Tableau n° 3
Comparaison pluriannuelle des indicateurs d'activité (MCO)

Indicateur	1998	1999	2000
Entrées	20 078	20 157	18 213
Journées	110 344	110 990	111 813
DMS	5.5	5.5	6.1
C.O.	70.6%	77.3%	74.8%
Hospitalisation partielle	3 577	3 790	
Anesth. et chir. Ambul.	1 439	1 626	
Urgences	41 025	43 151	
Consultations externes	62 984	59 482	

Source : fiches SAE 1998 et 1999 + statistiques hôpital 2000

➤ Les moyens en personnels.

- L'effectif du personnel médical s'élevait, en 1999, à 148 praticiens, dont 65 attachés, représentant au total 95,85 ETP auxquels il convient d'ajouter un effectif de 36 résidents. Cet effectif est tout à fait comparable à celui de 1998 qui comptait 147 praticiens représentant 90,8 ETP, mais seulement 34 résidents au lieu de 36 (Source : SAE 1998 et 1999).
- Le personnel non médical comprenait, en 1999, 1006 agents représentant 956,03 ETP dont :
 - personnel non soignant : 295, dont 45 à temps partiel, soit 284,48 ETP
 - personnel soignant : 711, dont 123 à temps partiel, soit 671,55 ETP
 ces derniers étant répartis comme suit :

Tableau n° 4
Répartition du personnel soignant

Catégorie	Effectif Total	Dont Temps Partiel	ETP
Sages femmes	19	5	17,21
Encadrement	19	2	18,36
Infirmiers spécialisés	28	9	24,42
IDE et secteur psychiatrie	253	42	240,20
Aides soignants	290	41	279,44
ASH	83	9	81,5
Psychologues	5	4	2,70
Autres	14	11	8,64
Total	711	123	671,55

Cet effectif est en augmentation globale de 4% par rapport à celui de 1998 qui comptait 968 agents dont 167 à temps partiel, soit 921,75 ETP. Cette augmentation concerne presque exclusivement le personnel soignant qui passe de 674 à 711 agents (de 639,21 à 671,55 ETP). Le personnel non soignant reste stable à une unité près.

➤ Les investissements.

Depuis quatre ans le montant des investissements (hors remboursement de la dette) s'est accru régulièrement, passant de 6,5 MF en 1997 à 21,7 MF en 1998, 23,6 MF en 1999 et 26,8 MF en 2000. Ils se répartissent essentiellement entre trois grandes catégories : les travaux, le matériel médical et l'informatique comme le visualise le tableau ci après (source hôpital) :

Tableau n° 5
Répartition des dépenses d'investissement

Année	Travaux	Matériel médical	Informatique
1997	0	6 500 000	0
1998	4.020.000	8 750 000	9 000 000
1999	13.250 000	7 400 000	3 000 000
2000	13 839 000	7 850 000	5 150 000

Le plan directeur prévoit, pour les années 2001-2006 un montant total d'investissements de 529 millions de francs en travaux, se répartissant à parts sensiblement égales entre la construction neuve et la restructuration de l'existant. A ce montant, il convient d'ajouter environ 190 millions de francs en équipements. Ce projet, global, nécessitera un certain nombre d'opérations tiroir et concerne essentiellement un pôle mère-enfant, la restructuration complète des urgences, la cardiologie qui va désormais disposer d'une USIC et l'amélioration de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique

3.4.1.3 *Les outils de planification.*

➤ Un projet d'établissement approuvé par l'ARH.

Etabli pour la période 1999-2003 et approuvé par l'ARH, le projet d'établissement du centre hospitalier Laënnec de Creil définit, dans le cadre des priorités de santé publique et du SROS de Picardie, les objectifs transversaux majeurs et ceux de chaque filière ou pôle d'activités médicales ou médico-techniques que s'est fixé l'établissement.

Ce projet insiste également sur la volonté de développer une véritable politique de coopération, aussi bien avec les établissements de soins du secteur qu'avec ceux de Picardie et de la région parisienne ainsi qu'avec le secteur libéral.

Développant également un volet paramédical, un volet qualité, un volet social et un volet architectural, il constitue un document complet et ambitieux qui devrait déboucher sur la signature d'un contrat d'objectifs et de moyens, en cours de préparation mais qui a pris un certain retard en raison, entre autres, de la nomination récente du nouveau directeur de l'établissement.

➤ La coopération inter-établissements.

Clairement citée comme devant être développée, la coopération inter-établissements est une donnée déjà ancienne pour le centre hospitalier Laënnec qui a signé de nombreuses conventions de collaboration avec les centres hospitaliers du secteur 6 (Senlis et Clermont de l'Oise), conventions qui ont été intégrées dans les objectifs de la communauté d'établissements mise en place en 1999 mais qui ne fonctionne pas véritablement et doit être réactivée dans le cadre du COM en préparation.

Des conventions lient également le centre hospitalier Laënnec à d'autres établissements hors secteur, qu'il s'agisse de ceux de l'Oise, du CHRU d'Amiens, voire d'établissements de la région parisienne comme le Centre Cardiologique du Nord avec lequel les cardiologues du CH de Creil entretiennent des relations privilégiées que semble déplorer la direction du centre hospitalier de Senlis qui développe, en particulier, une politique active en matière de pose de stimulateurs cardiaques.

3.4.1.4 *Les données financières*

➤ La structure budgétaire.

Le BP 2001 a été arrêté, pour le montant total des dépenses de la classe 6, à 459.458.466 francs ventilés comme suit entre les quatre grands groupes de dépenses :

- groupe 1 : dépenses de personnel : 315.372.566 francs (68,6%)
- groupe 2 : dépenses médicales : 66.409.483 francs (14,4%)
- groupe 3 : dépenses logistiques : 42.800.000 francs (9,4%)
- groupe 4 : amortissements et charges financières : 34.876.417 francs (7,6%)

Par rapport au BP 2000 (432.165.436 francs) cette section d'exploitation est en augmentation de 6,3%. Cette augmentation porte essentiellement sur les dépenses en

personnel qui progressent de plus de 8%. Les dépenses médicales du groupe 2 progressent de 3,2%, les investissements de 3,8% alors que les crédits du groupe 3 (dépenses logistiques) restent pratiquement stables (+0,7%).

La structure budgétaire varie assez peu d'une année sur l'autre, comme le montre le tableau ci après :

Tableau n° 6
Evolution de la part des groupes de dépenses
de la section d'exploitation

	BP 1999	BP 2000	BP 2001
Groupe 1	67.7%	67.5%	68.6%
Groupe 2	15.1%	14.9%	14.4%
Groupe 3	10%	9.8%	9.4%
Groupe 4	7.2%	7.8%	7.6%

- Du rapport d'orientation budgétaire (ROB) au BP arrêté.

Une analyse rapide, portant sur l'exercice budgétaire 2000 permet d'apprécier l'écart entre les crédits dont souhaite disposer l'établissement pour conduire les actions définies dans son rapport d'orientation budgétaire et ceux que l'ARH a pu, finalement, lui attribuer après une période de concertation qui comporte une audition des responsables de l'établissement.

Le projet de budget primitif 2000 présenté par l'établissement et intégrant les mesures nouvelles préconisées dans le rapport d'orientation budgétaire s'élevait au total à 451.866.677 francs, en augmentation de 8,6% par rapport au budget primitif accordé pour l'année 1999.

En comparant ces éléments avec les chiffres arrêtés par l'ARH pour le budget 2000, on observe que c'est essentiellement sur les dépenses du groupe 1 (personnel) et, dans une moindre mesure, du groupe 3 (dépenses logistiques) qu'ont été opérées les réductions de crédits permettant de limiter à 3,8% l'augmentation globale des crédits entre les BP 1999 et 2000. Les crédits alloués au titre des dépenses des groupes 2 (dépenses médicales) et 4 (amortissements et frais financiers) sont, quant à eux, pratiquement conformes à la demande de l'établissement.

Tableau n° 7
Evolution des données budgétaires

	BP 1999	Demande 2000		BP 2000	
		Montant	Evol.	Montant	Evol.
Groupe 1	281.726.887	310.150.089	+10,1%	291.694.848	+3,5%
Groupe 2	62.800.000	64.610.378	+2,9%	64.310.379	+2,4%
Groupe 3	41.500.000	43.509.866	+4,8%	42.563.866	+2,6%
Groupe 4	30.079.571	33.596.343	+12%	33.596.343	+12%
Total	416.106.458	451.866.677	+8,6%	432.165.436	+3,8%

➤ L'évolution du point ISA

Comme le montre le tableau ci-après, entre 1997 et 1999, la valeur du point ISA du CH Laënnec de Creil, supérieur à l'indice régional en 1997, a progressé moins rapidement que ce dernier au cours des années 1998 et 1999 (+6,9% contre +8,5%).

Tableau n° 8
Evolution du point ISA

	Point ISA Creil		Point ISA régional	
	Valeur	Evol/1997	Valeur	Evol/1997
1997	11.50		11.23	
1998	11.92	+3,6%	11.91	+6%
1999	12.29	+6,9%	12.19	+8,5%

Bien qu'il se soit resserré, passant de +2,4% à +0,8%, l'écart entre le point ISA local et le point moyen régional demeure en faveur du premier mais reste largement inférieur aux 4% au delà desquels l'ARH pratique des opérations de rebasage au titre du PMSI. Aucune diminution de la dotation de base n'a donc été effectuée à ce titre lors des BP 2000 et 2001.

3.4.2 La dotation de péréquation.

3.4.2.1 Les crédits obtenus.

Pour l'exercice budgétaire 2000, le centre hospitalier Laënnec de Creil a bénéficié de 7.956.500 francs au titre de la péréquation. Cette somme représente 6,51% de la somme totale répartie au cours de l'année.

Près des deux tiers de cette somme (5.034.000 francs, soit 63%) avaient été attribués lors du BP, représentant 6,10% de la somme répartie à cette date, proportion légèrement supérieure à celle traduisant la part du budget du centre hospitalier de Creil dans le budget régional (5,28%). Le reste des crédits a été attribué lors d'une décision modificative pour la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique, la neurologie et la cancérologie.

A l'occasion du BP 2001, la somme affectée au CH de Creil s'est élevée à 10.042.640 francs, dont 3.423.000 francs au titre du renforcement des moyens et 6.619.640 francs au titre des mesures nouvelles. Cette somme représente 9,4% du total réparti, proportion nettement supérieure à celle du budget du centre hospitalier par rapport au total picard (5,3%) et due, en particulier, à la mise en place de l'USIC et aux crédits affectés au service des urgences et du SMUR.

3.4.2.2 L'affectation des crédits.

- Elle correspond aux priorités régionales :

Comme le montre le tableau ci-après, les crédits attribués au titre de la péréquation hospitalière ont été affectés, tant en 2000 que lors du BP 2001, à des opérations correspondant aux priorités régionales définies dans le SROS.

On y retrouve, avec des crédits parfois fort importants, l'accueil des urgences et le SMUR, la cancérologie, la cardiologie, avec en particulier la mise en place d'une USIC, la sécurité anesthésique, la prise en charge de la naissance et de l'insuffisance rénale chronique pour ne citer que les principales actions prises en compte.

Tableau n° 9
Affectation des crédits de péréquation

Date	Opération	Montant Total	Répartition			
			Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3	Groupe 4
Année 2000						
BP	Prise en charge naissance	720 000	720 000			
	Bloc opératoire	1 040 000	1 040 000			
	Urgences-SMUR	1 880 000	1 880 000			
	Pharmacie	250 000	250 000			
	Néphrologie – dialyse	250 000	250 000			
	Cancérologie	840 000	840 000			
	Télémedecine	54 000			54 000	
		Sous total BP	5 034 000	4 980 000		54 000
DM	Neurologie	1 195 000	1 195 000			
	Cancérologie	600 000	600 000			
	IRC	1 127 500	1 127 500			
		TOTAL 2000	7 956 500	7 902 500 (99,3%)		54 000 (0,7%)
Année 2001						
P	Infections nosocomiales (1)	738 000	738 000			
	Transfusion sanguine (1)	450 000		450 000		
	Sécurité anesthésique (1)	625 000	625 000			
	Cancérologie (1)	250 000	250 000			
	Urgences – SMUR (1)	1 360 000	660 000			
	(2)	2 770 600	2 770 600			700 000
	Pathol. Cardiovasculaires(2)	2 849 000	2 849 000			
		Prise en charge de la Naissance(2)	1 000 000	1 000 000		
		Total BP 2001	10 042 640	8 892 640 (88,5%)	450 000 (4,5%)	700 000 (7%)

(1) : renforcement de moyens (2) : mesures nouvelles

- Les crédits sont surtout destinés à des dépenses de personnel :

Ce même tableau permet de constater qu'une large majorité des crédits ainsi alloués est consacrée à des dépenses de personnel (groupe1). Celles-ci représentent en effet plus de 99% du total alloué en 2000. Ce pourcentage descend à 88,5% pour les

crédits alloués au BP 2001, le reste des crédits étant affecté soit aux dépenses médicales (4,5%), soit à l'investissement (7%).

3.4.2.3 Les résultats obtenus.

➤ Essentiellement un renforcement des moyens en personnel.

Les moyens accordés au cours de l'année 2000, au titre de la péréquation devaient permettre le recrutement de 38 agents représentant 32 ETP ainsi que la mise en place de gardes en néonatalogie, en anesthésie-réanimation dans le cadre de la prise en charge de la naissance et en cardiologie. Au BP 2001, ce sont encore 33 postes, soit 31,5 ETP, qui ont été ainsi budgétés.

Ils ont, dans l'ensemble été pourvus dans des délais satisfaisants après la notification des crédits, sauf en ce qui concerne les quatre postes de chauffeurs conducteurs ambulancier (CCA) prévus au BP 2001 et pour lesquels un litige subsiste quant au profil de poste, ainsi que pour une partie des personnels prévus pour l'USIC dans la mesure où cette dernière n'ouvrira qu'en décembre 2001. Les gardes prévues ont été mises en place respectivement en février (néonatalogie), septembre (cardiologie) et décembre (prise en charge de la naissance) 2000.

Le tableau ci après regroupe, en fonction de l'affectation des agents, l'ensemble des postes créés en 2000 et 2001, la date de création et celle des recrutements

Tableau n° 10
Postes créés et personnels recrutés

Année 2000			
Discipline	Nature des postes	Date création	Dates de recrutement
Prise en charge de la naissance	4 IDE* 1 IDE 1 puéricultrice	BP	Avril et septembre 2000 Juillet 2000 Non pourvu en 2000
Bloc opératoire	4 IBODE	BP	4 IDE en avril 2000
Urgences – SMUR	1 PH 5,5 IDE	BP	Septembre 2000 3,5 en juin et 2 en septembre
Pharmacie	1 préparateur	BP	Mai 2000
Néphrologie – dialyse	1 IDE	BP	Mars 2000
Cancérologie	1 PH 1 cadre infirmier	BP	Novembre 2000 Non recruté en 2000
Neurologie **	1,5 PH 0,5 kiné 1 Aide soignant	DM4	1 PH en septembre 2000 (régul) 3 AS en septembre, octobre et décembre 2000
Cancérologie	1 PH	DM4	Prévu en novembre 2001
I R C **	0,5 PH 2 IDE 0,5 ASH 1 technicien		3 IDE entre nov. 2000 et fev. 2001 1 secrétaire janvier 2001 0,5 technicien janvier 2001

Année 2001			
Discipline	Nature des postes	Date création	Date des recrutements
Infections nosocomiales (1)	1 PH 1 IDE 1 secrétaire med.	BP	Avril 2001 Prévu novembre 2001 (mutation) Janvier 2001 (mi-temps)
Sécurité anesthésique (1)	2,5 IDE	BP	Juillet et août 2001
Cancérologie (1)	1 préparateur	BP	Prévu octobre 2001 (mutation)
Urgences – SMUR (1)	4 brancardiers	BP	Prévu octobre 2001
Pathologies cardiovasculaires (2)	1 PH (transfo) 1 PH 6 IDE 2 aides soignants 0,6 IDE (secteur)	BP	Prévu octobre 2001 En cours Avril et juin 2001 En cours
Prise en charge de la naissance (2)	4 puéricultrices	BP	Janvier (1), mars (1) et Juin (1) 2001
Urgences (2)	1 PH 1 cadre infirmier 6 IDE	BP	Février 2001 En cours En cours

* Il s'agit de la transformation de 4 postes d'aides soignants.

** Après accord avec l'ARH les postes ont été modifiés comme en témoigne la colonne concernant les dates de recrutement.

(1) : réduction des inégalités (2) mesures nouvelles

Le décalage entre la date de notification des crédits et celle des recrutements effectifs, souvent lié à la difficulté de trouver des personnels dans la catégorie demandée laisse, inévitablement, une certaine somme inutilisée dont une part pourrait se retrouver en excédent sur le compte administratif. C'est en particulier le cas pour les postes créés en DM pour la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique, la cancérologie et la neurologie : ces postes, budgétés en année pleine, n'ont pu, évidemment, être pourvus qu'en fin d'année 2000, voire en 2001. Le tableau ci-après reprend les crédits affectés au groupe 1 lors du BP 2000 et les sommes réellement dépensées au cours de cette même année.

Tableau n° 11
Etat de consommation des crédits du groupe 1
(crédits affectés lors du BP 2000)

Opération concernée	Somme allouée	Somme dépensée
Prise en charge naissance	720 000	249 000
Bloc opératoire	1 040 000	690 000
Urgences - SMUR	1 880 000	818 000
Pharmacie	250 000	158 000
Néphrologie - dialyse	250 000	215 000
Cancérologie	840 000	150 000
Total BP 2000	4 980 000	2 280 000

On observe ainsi que plus de la moitié des crédits inscrits au BP 2000 pour des recrutements de personnels n'a pu être dépensée au cours de l'année et que ce reliquat constitue une relative marge de trésorerie pour l'établissement. Ce constat met en évidence, au delà du délai normal de recrutement, la difficulté rencontrée par l'établissement à trouver les personnels adéquats, qu'ils remplacent parfois par d'autres catégories. C'est ainsi, par exemple, que, faute de trouver des infirmiers de bloc opératoire (IBODE), l'établissement a recruté des IDE qu'il envoie en formation.

➤ Les autres crédits attribués en 2001 concernent deux opérations.

Les 450.000 francs attribués au titre du groupe 2 concernent des dépenses à caractère médical nécessaires à la mise en œuvre du schéma de transfusion sanguine.

Par ailleurs 700.000 francs sont attribués à l'établissement dans le cadre des dépenses du groupe 4 pour lui permettre la reprise de la gestion directe des transports dans le cadre de l'accueil et du traitement des urgences.

Conclusion

L'analyse des documents dont a pu disposer la mission montre que les crédits supplémentaires dont a bénéficié la Picardie dans le cadre de la politique de péréquation hospitalière, ont effectivement été attribués pour des objectifs correspondant aux priorités du SROS et dans une optique de réduction des inégalités entre établissements.

Les moyens accordés dans ce cadre, en 2000 comme en 2001 au centre hospitalier de Creil ont permis à l'établissement de compenser un certain nombre de manques et d'améliorer de façon sensible la qualité des services proposés aux patients. Il s'est agi essentiellement, selon la direction de l'établissement, de renforcer un effectif de personnels insuffisant, avant d'entreprendre les travaux de restructuration prévus au plan directeur.

Les crédits restant disponibles au niveau régional doivent être attribués dans le cadre des réponses apportées par l'établissement à l'appel à projets lancé par l'agence et parmi lesquelles il faut retenir essentiellement le renforcement des moyens de l'USIC et l'extension du centre lourd d'hémodialyse. C'est à l'ARH qu'il appartiendra, dans le cadre des moyens encore disponibles, d'opérer des choix entre les nombreux projets proposés par les différents établissements susceptibles de bénéficier de ces crédits de péréquation.

3.5 La péréquation hospitalière au centre hospitalier de Saint Quentin

3.5.1 Le cadre général

3.5.1.1 Présentation de l'établissement.

Héritier d'une tradition plus que millénaire – la création de l'Hôpital du Cloître par le chanoine Hildrade remonte à l'an 852 – l'actuel centre hospitalier de Saint Quentin a été construit entre 1967 et 1970, succédant à l'ancien hôpital, totalement détruit pendant la première guerre mondiale et reconstruit en 1919, en plein cœur de la ville.

Second établissement de Picardie, après le CHR d'Amiens, il est l'hôpital pivot du secteur sanitaire n° 3 qui compte 203 905 habitants. Il se caractérise par une forte activité (un tiers des patients hospitalisés ne sont pas originaires du secteur) liée, au moins pour partie, à l'existence de services de pointe comme, par exemple, « SOS main ».

En 1999, l'établissement totalisait 898 lits d'hospitalisation complète et 19 places d'anesthésie et chirurgie ambulatoires ainsi répartis :

Tableau n° 1
Capacité des services du CH de Saint Quentin

	Lits	Places
Médecine	255	12
Chirurgie	161	6
Obstétrique	55	1
Soins de courte durée	471	19
Psychiatrie	99	
Soins de suite	88	
Soins de longue durée	113	
Hébergement	129	
TOTAL	898	19

Source SAE 1999

La capacité en lits de médecine est passée à 262 (+7lits) en 2000, celle des autres services restant inchangée, ce qui porte la capacité totale de l'établissement à 905 lits d'hospitalisation complète.

3.5.1.2 L'activité de l'établissement.

➤ Les indicateurs traditionnels.

- Pour l'année 1999, les principaux indicateurs d'activité, pour les disciplines MCO, sont repris dans le tableau ci-après :

Tableau n° 2
Les principaux indicateurs d'activité MCO en 1999*

Indicateur		Médecine	Chirurgie	Obstétrique	Total
Hospitalisation Complète	Lits	255	161	55	471
	Entrées	13 605	10 817	2 640	27 062
	Journées	71 180	31 025	15 686	117 891
	DMS	5,2	2,9	5,9	4,4
	C.O.	78,3%	62,3%	79,5%	73,4%
Hospitalisation Partielle	Places	12		1	13
	Venues	3264		161	3425
Anesth et chir ambulatoires	Places		6		6
	Venues		2144		2144
Consultations et soins externes		29 915	22 465	16 633	69 013

* Source SAE 1999

- Quelques indicateurs complémentaires, toujours pour l'année 1999, permettent de mieux cerner l'activité de l'établissement :
 - Le nombre d'accouchements a été de 1350 dont 288 césariennes,
 - Au bloc opératoire, 10.470 interventions ont été pratiquées, dont 1940 en ambulatoire, générant 1.281.867 K, dont 151.171 au titre des interventions en ambulatoire,
 - L'Accueil Urgences a comptabilisé 30 020 passages ayant conduit à 12 764 hospitalisations, soit environ 40%.
 - Le service d'hémodialyse a accueilli 164 patients pour un nombre total de 9378 séances.
- En comparant les indicateurs des trois dernières années, on observe une relative stabilité de l'activité d'hospitalisation, la diminution du nombre des entrées en 2000 semblant compensée par une légère augmentation de la capacité (+7 lits en médecine) et par un allongement de la DMS. En revanche, l'augmentation est sensible dans le domaine de l'activité ambulatoire (+55% en hospitalisation de jour et + 41% en anesthésie et chirurgie ambulatoire, en deux ans) et de l'activité de consultations (+13,8% en deux ans).

Tableau n° 3
Comparaison pluriannuelle des indicateurs d'activité (MCO)

Indicateur	1998	1999	2000
Entrées	27 378	27 062	25 662
Journées	119 471	117 891	122 163
DMS	4.4	4.4	4.8
C.O.	75.6%	73.4%	74.8%
Hospitalisation partielle	2710	3425	4187
Anesth. et chir. Ambul.	2134	2144	2967
Urgences	29 724	30 020	
Consultations externes	67 734	69 013	77 034

Source : fiches SAE 1998 et 1999 + statistiques hôpital 2000

➤ Les moyens en personnels.

- L'effectif du personnel médical s'élevait, en 1999, à 139 praticiens, dont 40 attachés, représentant au total 111,6 ETP auxquels il convient d'ajouter un effectif de 29 résidents. Cet effectif, comparable à celui de 1998, reste stable pour l'année 2000 (139 praticiens représentant 112,75 ETP, mais seulement 24 résidents au lieu de 29) (Source : SAE 1998, 1999 et statistiques établissement pour 2000).
- Le personnel non médical comprenait, en 1999, 1798 agents représentant 1696,65 ETP dont :
 - personnel non soignant : 522, dont 73 à temps partiel, soit 495,20 ETP
 - personnel soignant : 1276, dont 207 à temps partiel, soit 1201,45 ETP
 ces derniers étant répartis comme suit :

Tableau n° 4
Répartition du personnel soignant

Catégorie	Effectif total	Dont temps Partiel	ETP
Sages femmes	13	5	11.25
Encadrement	64	4	63.15
Infirmiers spécialisés	49	10	46.55
IDE et secteur psychiatrie	461	80	437
Aides soignants	409	50	391.90
ASH	250	49	226
Psychologues	10	3	8.20
Autres	20	6	17.40
Total	1276	207	1201.45

L'effectif global, et surtout celui des soignants a sensiblement augmenté depuis l'année précédente (1647,25 ETP dont 1166,10 soignants) et cette augmentation s'est poursuivie sur l'année 2000, l'effectif en ETP atteignant globalement 1748,95 agents dont 1236,15 soignants, soit une augmentation d'environ 6% en deux ans

➤ Les investissements.

Depuis quatre ans le montant des immobilisations décroît régulièrement, passant de 73 MF en 1997 à 39,7 MF en 2000. La répartition de ces investissements entre les différentes catégories de dépenses varie peu, les dépenses pour travaux représentant toujours près de la moitié du total (45 à 47%) et celles consacrées au matériel médical, le tiers environ (33 à 34%), le reste étant consacré aux investissements informatiques (6 à 8%), logistiques (5 à 8%) ou de mobilier (5 à 10%).

Parmi les principaux investissements réalisés ces dernières années figurent :

- la réalisation de la résidence pour personnes âgées Saint Laurent en 1997,
- l'acquisition d'un accélérateur de particules et les travaux au bloc opératoire en 1998,
- l'acquisition d'un scanographe en 1999,
- la réalisation du bâtiment administratif, débutée en 2000,
- le bâtiment destiné à l'imagerie médicale, dont l'IRM, en 2001.

Le plan directeur prévoit, pour les années 2001-2006 un montant total d'investissements ambitieux dépassant 650 millions de francs dont la charge sera particulièrement lourde au cours des trois premières années. Ces dépenses correspondent pour l'essentiel à un projet d'extension et de restructuration des bâtiments existants qui nécessitera le déplacement de certaines façades et de nombreux mouvements.

3.5.1.3 Les outils de planification.

➤ Le projet d'établissement et le contrat d'objectifs et de moyens..

Elaboré en 1998 – il a été présenté au conseil d'administration du 12 novembre 1998 – pour couvrir la période 1999-2004, le projet d'établissement du centre hospitalier de Saint Quentin n'a, à ce jour, toujours pas été approuvé par l'ARH, ce qui ne semble pas empêcher ses responsables de le mettre en œuvre progressivement.

Prenant en compte les orientations de la conférence régionale de santé et du SROS, il s'articule autour de 5 axes majeurs et comporte 71 actions dont certaines sont d'ores et déjà réalisées ou en cours. Il repose sur un projet médical, élaboré par la communauté médicale de l'établissement, avec la volonté de lui donner une dimension de secteur.

Les principaux aspects de ce projet concernent la prise en charge des patients de cancérologie, la cardiologie avec la mise en place d'une unité de soins intensifs (USIC), la création d'une unité de réanimation et de soins intensifs en néonatalogie, l'organisation des urgences du secteur, le développement des alternatives à l'hospitalisation, notamment par la création d'une unité autonome de chirurgie ambulatoire, l'éducation pour la santé, la lutte contre la douleur et les soins palliatifs (création d'une équipe mobile) ou encore la mise en place d'un réseau de soins gérontologiques sur le secteur..

Ce projet d'établissement devait servir de base à un contrat d'objectifs et de moyens qui semble actuellement, d'après les informations recueillies auprès de la direction, dans une impasse totale.

➤ La coopération inter-établissements.

La coopération avec les autres établissements publics du secteur est un des axes de la politique de l'établissement. Elle s'est concrétisée par la signature, le 17 décembre 1999, de la charte régissant la communauté d'établissements instituée entre les centres hospitaliers de Saint Quentin, Péronne, Ham et Guise, ainsi que la maison de santé et de cure médicale de Bohain.

Cette charte intègre l'ensemble des très nombreuses conventions, signées antérieurement entre le CH de Saint Quentin et chacun des trois autres centres hospitaliers dans la plupart des secteurs de l'activité hospitalière.

3.5.1.4 Les données financières

➤ La structure budgétaire.

Le BP 2001 a été arrêté, pour le montant total des dépenses de la classe 6, à 664.415.681 francs ventilés comme suit entre les quatre grands groupes de dépenses :

- groupe 1 : dépenses de personnel	: 485.406.242 francs (73,1%)
- groupe 2 : dépenses médicales	: 78.313.653 francs (11,8%)
- groupe 3 : dépenses logistiques	: 48.031.424 francs (7,2%)
- groupe 4 : Amortissements et charges financières	: 52.415.681 francs (7,9%)

Par rapport au BP 2000 (630.277.509 francs) la section d'exploitation est en augmentation de 5,4%. Cette augmentation porte, à la fois, sur les dépenses en personnel (+6,%), les dépenses médicales du groupe 2 (+8,7%) et les investissements (+7,3%) alors que celles du groupe 3 (dépenses logistiques) sont en régression de 6,5%..

La structure budgétaire varie assez peu d'une année sur l'autre, comme le montre le tableau ci après :

Tableau n° 5
Evolution de la part des groupes de dépenses
de la section d'exploitation

	BP 1999	BP 2000	BP 2001
Groupe 1	72.4%	72.6%	73.1%
Groupe 2	11.6%	11.4%	11.8%
Groupe 3	7.7%	8.2%	7.2%
Groupe 4	8.3%	7.8%	7.9%

➤ Du rapport d'orientation budgétaire (ROB) au BP arrêté.

Le projet de budget primitif 2001 présenté par l'établissement et intégrant les mesures nouvelles préconisées dans le rapport d'orientation budgétaire s'élève au total à 762.075.402 francs, en augmentation de 20,9% par rapport au budget primitif accordé pour l'année 2000.

En comparant ces éléments avec les chiffres arrêtés par l'ARH pour le budget 2001, on observe que c'est sur les dépenses des groupes 1 (personnel), 2 (dépenses médicales), et 3 (dépenses logistiques) qu'ont été opérées les réductions de crédits permettant de limiter à 5,4% l'augmentation globale des crédits entre les BP 2000 et 2001. Les crédits alloués au titre des dépenses du groupe 4 (amortissements et frais financiers) sont, quant à eux, conformes à la demande de l'établissement.

Tableau n° 6
Evolution des données budgétaires

	BP 2000	Demande 2001		BP 2001	
	Montant	Montant	Evol.	Montant	Evol.
Groupe 1	457 799 184	550 501 282	+20.5%	485 406 242	+6%
Groupe 2	72 057 154	94 201 514	+30.7%	78 313 653	+8.7%
Groupe 3	51 375 209	64 764 929	+26%	48 031 424	-6.5%
Groupe 4	49 045 962	52 607 677	+7.3%	52 664 362	+7.3%
Total	630 277 509	762 075 402	+20.9%	664 415 681	+5.4%

➤ L'évolution du point ISA

Comme le montre le tableau ci-après, entre 1997 et 1999, la valeur du point ISA du CH de Saint Quentin, inférieure à celle de l'indice régional en 1997, a progressé plus rapidement que ce dernier au cours des années 1998 et 1999 (+15,24% contre +8,5%).

Tableau n° 7
Evolution du point ISA

	Point ISA Saint Quentin		Point ISA régional	
	Valeur	Evol/1997	Valeur	Evol/1997
1997	10.69		11.23	
1998	12.05	+12.7%	11.91	+6%
1999	12.32	+15.24%	12.19	+8.5%

Bien qu'il se soit inversé, passant de -4,8% à +1,06%, l'écart entre le point ISA local et le point moyen régional reste largement inférieur aux 4% au delà desquels l'ARH pratique des opérations de rebasage au titre du PMSI. Aucune diminution de la dotation de base n'a donc été effectuée à ce titre lors des BP 2000 et 2001.

3.5.2 *La dotation de péréquation.*

3.5.2.1 *Les crédits obtenus.*

Pour l'exercice budgétaire 2000, le centre hospitalier de Saint Quentin a bénéficié de 13.527.000.000 francs au titre de la péréquation. Cette somme représente 11,06% de la somme totale répartie au cours de l'année.

Les deux tiers de cette somme (8.872.000 francs) avaient été attribués lors du BP, représentant 10,73% de la somme répartie à cette date, proportion assez nettement supérieure à celle traduisant la part du budget de Saint Quentin dans le budget régional (7,5%). Le reste des crédits a été attribué lors de décisions modificatives, en particulier pour la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique.

A l'occasion du BP 2001, la somme affectée au CH de Saint Quentin s'est élevée à 13.826.271 francs, dont 5.300.000 francs au titre du renforcement des moyens et 8.526.271 francs au titre des mesures nouvelles. Cette somme représente 13% du total réparti, proportion nettement supérieure à celle du budget du centre hospitalier par

rapport au total picard (7,6%) et due, en particulier à la mise en place de l'USIC et au développement de l'unité SOS main.

3.5.2.2 L'affectation des crédits.

- Elle correspond aux priorités régionales :

Comme le montre le tableau ci-après, les crédits attribués au titre de la péréquation hospitalière ont été affectés, tant en 2000 que lors du BP 2001, à des opérations correspondant aux priorités régionales définies dans le SROS.

On y retrouve ainsi, avec des crédits parfois fort importants, l'accueil des urgences et le SMUR, la cancérologie, la cardiologie, avec en particulier la mise en place d'une USIC, la sécurité anesthésique, la prise en charge de la naissance ou celle de l'insuffisance rénale chronique pour ne citer que les principales actions prises en compte.

- Les crédits sont surtout destinés à des dépenses de personnel :

Ce même tableau permet de constater qu'une large majorité des crédits ainsi alloués est consacrée à des dépenses de personnel (groupe1). Celles-ci représentent en effet plus de 94% du total alloué en 2000. Ce pourcentage descend à 61% pour les crédits alloués au BP 2001, compte tenu d'un effort important de soutien aux investissements (21%) et aux dépenses médicales (15%) en particulier pour le développement de l'usage unique.

Tableau n° 8
Affectation des crédits de péréquation

Date	Opération	Montant Total	Répartition			
			Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3	Groupe 4
Année 2000						
BP	Sécurité anesthésique	1 300 000	1 300 000			
	Cancérologie	600 000	600 000			
	Urologie	280 000	280 000			
	Prise en charge naissance	2 080 000	2 080 000			
	Urgences – SMUR	1 280 000	1 280 000			
	Cardiologie	2 140 000	2 140 000			
	Infections nosocomiales	730 000	730 000			
	Gériatrie	280 000	280 000			
	Consult médico-juridiques	140 000	100 000		40 000	
	Télémedecine	42 000			42 000	
	Sous total BP	8 872 000	8 790 000		82 000	
DM	IRC (SROS 2)	3 655 000	2 955 000			700 000
	Education pour la santé	1 000 000	1 000 000			
	TOTAL 2000	13 527 000	12 745 000 (94.2%)		82 000 (0.6%)	700 000 (5.2%)
Année 2001						
BP	Cardiologie (1) : USIC (2)	600 000 4 606 271	600 000 2 730 000	600 000	357 871	918 400
	Périnatalité (1) (2)	180 000 700 000	180 000 700 000			
	SSR (1)	300 000	300 000			
	Soutien groupe 2 (1)	1 000 000		1 000 000		
	Soutien groupe 4 (1)	2 000 000				2 000 000
	Urgences (1) (2)	680 000 600 000	680 000 600 000			
	Sécurité anesthésique (2)	540 000	540 000			
	IRC (2)	500 000		500 000		
	SOS mains (2)	1 820 000	1 820 000			
	Complémentarité chirurgic.	300 000	300 000			
	Total BP 2001	13 826 271	8 450 000 (61.15%)	2 100 000 (15.2%)	357 871 (2.6%)	2 918 400 (21.1%)

(1) : renforcement de moyens (2) : mesures nouvelles

3.5.2.3 Les résultats obtenus.

Il s'agit essentiellement d'un renforcement des moyens en personnel.

Les moyens accordés au cours de l'année 2000, au titre de la péréquation devaient permettre le recrutement de 38 agents représentant 32 ETP ainsi que la mise en place de gardes en néonatalogie, en anesthésie-réanimation dans le cadre de la prise en charge de la naissance et en cardiologie. Au BP 2001, ce sont encore 33 postes, soit 31,5 ETP, qui ont été ainsi budgétés.

Ils ont, dans l'ensemble été pourvus dans des délais satisfaisants après la notification des crédits, sauf en ce qui concerne les quatre postes de chauffeurs conducteurs ambulanciers (CCA) prévus au BP 2001 et pour lesquels un litige subsiste quant au profil de poste, ainsi que pour une partie des personnels prévus pour l'USIC

dans la mesure où cette dernière n'ouvrira qu'en décembre 2001. Les gardes prévues ont été mises en place respectivement en février (néonatalogie), septembre (cardiologie) et décembre (prise en charge de la naissance) 2000.

Le tableau ci après regroupe, en fonction de l'affectation des agents, l'ensemble des postes créés en 2000 et 2001, la date de création et celle des recrutements

Tableau n° 9
Postes créés et personnels recrutés

Discipline	Nature des postes	Date de création	Dates de recrutement
Année 2000			
Sécurité anesthésique	1 PH 2 IADE 1 secrétaire med	BP	Pas de candidat Avril et mai 2000 Février 2000
Cancérologie	2 manipulateurs 0,5 secrétaire med	BP	Janvier et juin 2000 Juin 2000
Urologie	1 PH partagé	BP	Mai 2000 (démission en nov.)
Environnement de la naissance	1 PH 2 IDE	BP	Transformation de poste Septembre et décembre 2000
Gériatrie	1 PH	BP	Janvier 2000 (transformation de poste)
Urgences	1 PH 3 IDE	BP	Avril 2000 Mars (1) et avril (2) 2000
Consult. Médico-jurid.	0,5 secrétaire med	BP	Septembre 2000
Infections nosocomiales	1 technicien	BP	Septembre 2000
Cardiologie	1 PH 2 IDE 1 secrétaire med	BP	Septembre 2000 Février 2000 (les deux) Septembre 2000
IRC	1 PH 6 IDE 2 Aide soignants 1 ASH 1 secrétaire med 0,5 psychologue	DM	Avril 2001 Décembre 2000 (3) Janvier, mai, septembre 2001 Décembre 2000 Mai 2000 Décembre 2000 En cours
Education pour la santé	1,5 IDE 0,5 ASH 0,5 secrétaire med 0,5 diététicienne 0,5 PH Vacations médic.	DM	0,5 en juin 2000 Janvier 2001 Mars 2001 Avril 2001 En cours Avril 2001

(1) Faute de trouver les candidats correspondants aux postes créés, des postes de substitution ont été pourvus

Discipline	Nature des postes	Date de création	Dates de Recrutement
Année 2001			
Cardiologie (1)	1 PH	BP	Octobre 2000 (régularisation)
Périnatalité (1) (2)	1 Auxiliaire de puériculture 1 secrétaire med 2 puéricultrices	BP	Septembre 2001 (réintégration) Mars et mai (2 mi-temps) En cours
SSR (1)	1 PH	BP	Septembre 2001
Sécurité anesthés. (1)	2 IADE	BP	Pas de candidature
Urgences – SMUR (1) (2)	4 CCA 1 PH	BP	En cours Avril 2001
Complémentarité en chirurgie (2)	1 PH partagé avec Péronne	BP	Novembre 2000 (régularisation)
USIC (2)	1 PH 0,5 cadre infirmier 5,5 IDE 2 aides soignants 1 ASH 0,5 secrétaire med.	BP	Août 2001 Juillet 2001 3 en septembre 2001 En attente (décembre) En attente (décembre) En attente (décembre)
SOS main (2)	1 PH 2 IDE 4 Aides soignants	BP	En cours Avril 2001 Avril 2001

(1) : réduction des inégalités (2) mesures nouvelles

Le décalage entre la date de notification des crédits et celle des recrutements effectifs laisse, inévitablement, une certaine somme inutilisée susceptible d'apparaître en partie dans les excédents du compte administratif. C'est en particulier le cas pour les postes créés en DM pour la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique et l'éducation pour la santé et dont la plupart n'ont effectivement pourvus qu'en 2001.

Tableau n° 10
Etat de consommation des crédits du groupe 1
(Année 2000)

Opération concernée	Date de Notification	Somme Allouée	Somme Dépensée
Sécurité anesthésique	13-01-00	1 300 000	458 000
Cancérologie		600 000	350 672
Urologie		280 000	92 500
Environn ^t naissance		2 080 000	704 463
Affections nosocomiales		730 000	168 832
Cardiologie		2 140 000	921 394
Gériatrie		280 000	185 000
Urgences SMUR		1 280 000	742 146
IRC		2 955 000	367 546
Educ. Pour la santé		1 000 000	44 898
TOTAL 2000		8 690 000	4 035 451

On observe ainsi que si 76% des crédits inscrits au BP ont effectivement été engagés, la proportion tombe à peine à 10,5% pour ceux inscrits en DM de sorte que, pour l'année entière les crédits alloués n'ont été dépensés qu'à hauteur de 46%.

Conclusion

L'analyse des documents dont a pu disposer la mission montre que les crédits supplémentaires dont a bénéficié la Picardie dans le cadre de la politique de péréquation hospitalière, ont effectivement été attribués pour des objectifs correspondant aux priorités du SROS et dans une optique de réduction des inégalités entre établissements.

Les moyens accordés dans ce cadre, en 2000 comme en 2001 au centre hospitalier de Saint Quentin, sont plus que significatifs eu égard à l'enveloppe disponible. Ils ont permis à l'établissement de compenser un certain nombre de manques et d'améliorer de façon sensible la qualité des services proposés aux patients, notamment, pour ne citer que trois exemples, par la création de l'USIC le soutien au service SOS main ou encore, la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique

La mission note toutefois la progression sensible du point ISA devenu désormais supérieur à la moyenne régionale.

Il serait bon que le dynamisme de l'établissement et le soutien que peut lui apporter l'agence régionale de l'hospitalisation de Picardie se concrétisent dans l'approbation du projet d'établissement et la signature d'un contrat d'objectifs et de moyens.

3.6 La péréquation hospitalière au centre hospitalier de Senlis

3.6.1 Le cadre général

3.6.1.1 Présentation de l'établissement.

Situé sur les lieux mêmes où Robert le Pieux, fils d'Hugues Capet fonda, en 1205, la Maladrerie Saint Lazare, le Centre hospitalier de Senlis est aujourd'hui un établissement pavillonnaire dont la structure la plus récente, l'unité de soins normalisée a été construite il y a vingt ans.

Avec le Centre hospitalier de Creil, il constitue l'établissement pivot du secteur sanitaire n° 6 de Picardie, qui compte 331.363 habitants et se caractérise par sa proximité avec la région parisienne et la forte attraction que celle-ci exerce dans tous les domaines et en particulier celui de la santé, avec un taux de fuite important qui pénalise la Picardie.

En 1999, l'établissement totalisait 394 lits d'hospitalisation complète, 6 places d'hospitalisation de jour et 6 places d'anesthésie et chirurgie ambulatoires ainsi répartis :

Tableau n° 1
Capacité des services du CH de Senlis

Discipline	Lits	Places
Médecine	99	5
Chirurgie	66	6
Obstétrique	31	1
Soins de courte durée	196	12
Soins de suite	35	
Soins de longue durée	95	
Hébergement	68	
TOTAL	394	12

La capacité en lits de médecine est passée à 101 en 2000. En 2001 ont été mis en place 6 lits de néonatalogie et 7 places d'hospitalisation de jour en service de suite et de réadaptation (SSR) en remplacement de 7 lits dédiés à l'alcoologie.

3.6.1.2 L'activité de l'établissement.

➤ Les indicateurs traditionnels.

- Pour l'année 1999, les principaux indicateurs d'activité sont repris dans le tableau ci-après :

Tableau n° 2
Les principaux indicateurs d'activité en 1999*

Indicateur		Médecine	Chirurgie	Obstétrique	Total
Hospitalisation Complète	Lits	99	66	31	96
	Entrées	5296	2960	2021	10277
	Journées	30185	1670	9096	55982
	DMS	5.7	5.6	4.5	5.4
	C.O.	87.3%	69.3%	80.4%	80%
Hospitalisation Partielle	Places	5		1	6
	Venues	1757		408	2165
Anesth et Chir Ambulatoires	Places		6		
	Venues	90	1048	234	1372
Consultations et soins externes		10701	10639	9118	30458

* Source SAE 1999

- Quelques indicateurs complémentaires permettent de mieux cerner l'activité de l'établissement :
 - le nombre d'accouchements a été de 1306
 - Au bloc opératoire, 4143 interventions ont été pratiquées, dont 2866 (70%) sur des patients hospitalisés, générant 514000 K dont 418181 pour les patients hospitalisés (81,3%)
 - L'accueil Urgences a comptabilisé 29574 passages conduisant à 9468 hospitalisations, soit environ un tiers.
- En comparant les indicateurs de plusieurs années, on constate une relative stabilité de l'activité sauf en ce qui concerne l'hospitalisation de jour et les urgences dont l'activité connaît une croissance régulière.

Tableau n° 3
Comparaison pluriannuelle des indicateurs d'activité

Indicateur	1997	1998	1999	2000
Entrées	13653	10368	10277	10126
Journées	57998	56515	55982	59067
DMS	4.25	5.45	5.45	
C.O.	75.31%	79%	78.25	
Hospit. Partielle		1607	2165	2676
Anesth et Chir ambul.		1334	1372	1548
Urgences	24597	25724	29574	30850
Dont urgences gyn/obst.	NC	NC	3095	3415

Il convient de préciser que ces chiffres, extraits du rapport de présentation devant la commission exécutive de l'ARH, diffèrent en partie de ceux indiqués dans le rapport d'orientation budgétaire 2002 de l'établissement

- Les moyens en personnels.
- L'effectif du personnel médical s'élevait, en 1999, à 78 praticiens, dont 28 attachés, représentant au total 49,87 ETP auxquels il convient d'ajouter un effectif de 15

résidents. Cet effectif est relativement stable puisqu'il atteignait, sans les résidents, 47,90 ETP en 1997 et 51,15 ETP en 1998.

- Le personnel non médical comprenait, en 1999, 613 agents représentant 588,55 ETP dont :
 - personnel non soignant : 156, dont 17 à temps partiel, soit 153,10 ETP
 - personnel soignant : 457, dont 77 à temps partiel, soit 435,45 ETP
 ces derniers étant répartis comme suit :

Tableau n° 4
Répartition du personnel soignant

Catégorie	Effectif total	dont Temps partiel	ETP
Sages femmes	11	3	10.3
Encadrement	17		17
Infirmières spécialisées	21	2	20.35
IDE	123	33	111.70
Aides soignants	195	25	189.85
ASH	78	9	76.20
Psychologues	5	3	3.70
Autres	7	2	6.35
Total	457	77	435.45

Le taux d'encadrement par lit (soit le total en ETP du personnel non médical / nombre de lits de court et moyen séjour) s'élève à 2,55, en légère régression par rapport à 1998 (2,70).

➤ Les investissements.

En dehors des investissements de routine habituels tels que le renouvellement du matériel biomédical (2 à 2,5 MF par an), le gros entretien (environ 900.000 francs par an), le renouvellement du mobilier et l'informatique, un seul investissement important a été réalisé depuis la rénovation du service des urgences en 1995.

Il s'agit de la rénovation complète du service de gynécologie obstétrique réalisée en 1997/98 pour un montant d'environ 5 MF (3,2 MF en travaux et 1,8 MF en équipements).

La rénovation du bloc opératoire pour environ 9 MF (8 MF de travaux et 1 MF d'équipements) est lancée : 2 MF y ont été affectés en 2000 et l'appel d'offres est en cours.

La restructuration des services de médecine et de pédiatrie constitue la principale opération prévue dans le contrat d'objectifs et de moyens en cours de discussion. Actuellement situés dans des pavillons vétustes et peu fonctionnels, ils doivent être transférés dans un bâtiment neuf à construire dans le prolongement de l'USN. Couplée avec le reconditionnement de ce dernier, la réfection du bloc obstétrical et l'intégration du laboratoire, cet investissement est actuellement chiffré à 168 MF, hors mobilier (19 MF).

3.6.1.3 *Les outils de planification.*

➤ Le projet d'établissement.

Etabli en novembre 1999 et validé par l'ARH, le projet d'établissement 2000-2004 détermine les objectifs de l'établissement et les moyens qui lui apparaissent nécessaires pour les atteindre.

Après avoir analysé le contexte général, le fonctionnement des différents services et leurs ambitions, il détaille, dans son Titre 4, les projets spécifiques qu'il entend mettre en place en guise de « contribution au processus de planification sanitaire ». On y retrouve ainsi :

- le développement de la cancérologie,
- l'implication dans le fonctionnement de l'USIC de Creil,
- l'environnement de la naissance,
- la prévention dans différents domaines,
- les services de soins de suite et la prise en charge gérontologique,
- les soins palliatifs et le traitement de la douleur,

autant de thèmes développés dans le schéma régional d'organisation sanitaire auquel il correspond tout à fait.

➤ Le Contrat d'Objectifs et de Moyens.

C'est sur les bases ainsi définies dans le projet d'établissement que s'élabore actuellement un contrat d'objectifs et de moyens (COM) dont la signature devrait intervenir prochainement, une dernière réunion de mise au point étant prévue le 28 septembre.

➤ La coopération inter-établissements.

Longue à se mettre en place en raison de certains aspects litigieux, notamment en ce qui concerne les urgences, le centre hospitalier de Senlis mène aujourd'hui une politique active de coopération avec les établissements de Creil et Clermont de l'Oise, comme le préconise d'ailleurs le projet d'établissement

Plusieurs fédérations se mettent en place ou sont en cours d'élaboration comme la Fédération des urgences du sud de l'Oise ou celle de cardiologie. Des projets de coopération ou de participation à des réseaux communs sont à l'étude dans des domaines très divers comme la rythmologie (stimulateurs cardiaques), l'informatique ou l'hygiène hospitalière. Une communauté d'établissements a même vu le jour en 1999 mais ne fonctionne pas véritablement et doit être réactivée dans le cadre du COM.

Un projet de reconstruction, sur le site hospitalier, de la maternité Saint Joseph vise à permettre le maintien en activité de cette structure privée qui réalise environ 500 accouchements par an, que le centre hospitalier ne pense pas pouvoir absorber facilement. Entièrement financé par l'établissement privé, ce projet permettrait également de lutter contre la fuite importante des parturientes (28% d'entre elles sont suivies hors secteur), en particulier vers la région parisienne.

3.6.1.4 Les données financières

➤ La structure budgétaire.

Le BP 2001 a été arrêté, pour les dépenses de la classe 6, à 239.903.733 francs ventilés comme suit entre les quatre grands groupes de dépenses :

- groupe 1 : dépenses de personnel : 173.051.311 francs (72,2%)
- groupe 2 : dépenses médicales : 32.424.316 francs (13,5%)
- groupe 3 : dépenses logistiques : 23.620.810 francs (9,8%)
- groupe 4 : Amortissements et charges financières : 10.807.296 francs (4,5%)

Par rapport au BP 2000 (229.055.863 francs) cette section d'exploitation est en augmentation de 4,76%. Cette augmentation porte essentiellement sur les dépenses en personnel (+ 5,7%), les autres groupes de dépenses restant pratiquement stables.

La structure budgétaire varie peu d'une année sur l'autre, comme le montre le tableau ci après, tout en sachant qu'il faut relativiser la comparaison entre un compte administratif et des budgets prévisionnels :

Tableau n° 5
Evolution de la part des groupes de dépenses
de la section d'exploitation

	CA 1999	BP 2000	BP 2001
Groupe 1	69.2%	71.5%	72.2%
Groupe 2	15.3%	13.8%	13.5%
Groupe 3	11.2%	10.2%	9.8%
Groupe 4	4.3%	4.5%	4.5%

Il apparaît cependant que le poids des dépenses de personnel dans le budget de fonctionnement de l'établissement s'accroît d'année en année.

➤ Du Rapport d'orientation budgétaire (ROB) au BP arrêté.

Le budget primitif des établissements est arrêté par l'ARH après une phase de concertation qui comporte en particulier une audition des représentants de l'établissement. Pour le BP 2001, celle du centre hospitalier de Senlis s'est déroulée le 10 novembre 2000, sur la base d'un rapport établi à cette occasion et qui présentait à la fois les demandes formulées dans le ROB et les priorités que l'établissement avait, en quelque sorte, préselectionnées.

Les interlocuteurs de la mission considèrent que, depuis l'arrivée de madame Boyer-Schaeffer à la direction de l'ARH, cette procédure de négociation permet un dialogue ouvert, même s'ils regrettent, tout en le comprenant, de ne pas être suivis sur toutes leurs demandes.

En comparant, comme le fait le tableau ci-après, reconstitué à partir du rapport précité et des lettres de notification budgétaire, les éléments issus du BP 2000, du ROB, des priorités préselectionnées et du budget arrêté, on observe que c'est essentiellement au niveau des dépenses du groupe 1 que s'effectuent les réductions budgétaires :

Tableau n° 6
Evolution des données budgétaires

	BP 2000	ROB 2001		Présélection		BP 2001	
	Montant	Montant	Evol.	Montant	Evol.	Montant	Evol.
Groupe 1	163 599 397	184 696 859	+12,9%	181 046 859	+10,1%	173 051 311	+5,7%
Groupe 2	31 798 887	35 425 093	+1,13%	35 425 093	+1,13%	32 424 316	+2,0%
Groupe 3	23 482 747	23 272 704	-	23 992 704	+2,5%	23 620 810	+0,5%
Groupe 4	10 174 832	10 954 396	+7,6%	10 954 396	+7,6%	10 807 296	+6,2%
Total	229 055 863	254 349 052 (+11,06%)		251 419 053 (+9,8%)		239 903 733 (+ 4,76%)	

➤ L'évolution du point ISA

Comme le montre le tableau ci-après, entre 1997 et 1999, la valeur du point ISA du CH de Senlis a progressé plus rapidement que le point moyen régional :

Tableau n° 7
Evolution du point ISA

	Point ISA Senlis		Point ISA régional	
	Valeur	Evol/1997	Valeur	Evol/1997
1997	10.55		11.23	
1998	10.92	+3.5%	11.91	+6.0%
1999	11.56	+9.6%	12.19	+2.5%

Bien qu'il se soit légèrement resserré, passant de 0,68 (6,06%) à 0,63 (5,17%), l'écart entre la valeur locale du point ISA et la valeur régionale reste supérieur à la limite de 4% fixée par l'ARH pour le « rebasage PMSI ». A ce titre, la base budgétaire du centre hospitalier de Senlis a été abondée de 692 017 francs en 2000 et de 146 863 francs en 2001.

3.6.2 *La dotation de péréquation*

3.6.2.1 *Les crédits obtenus.*

Pour l'exercice budgétaire 2000, le centre hospitalier de Senlis a bénéficié de 5.794.435 francs au titre de la péréquation. Cette somme représente 4,74% de la somme totale répartie au cours de l'année.

Une partie de cette somme (1.650.000 francs) avait été attribuée lors du BP, représentant 2,4% de la somme répartie à cette date, proportion comparable à celle traduisant la part du budget de Senlis dans le budget régional (2,74%). Le reste des crédits a été attribué lors de décisions modificatives après réponse aux appels à projets lancés par l'ARH.

A l'occasion du BP 2001, la somme affectée au CH de Senlis s'est élevée à 2.525.000 francs, dont 565.000 francs au titre du renforcement des moyens et 1.960.000 francs au titre des mesures nouvelles. Comme lors du BP 2000, cette somme représente 2,4% du total réparti.

3.6.2.2 L'affectation des crédits.

- Elle correspond aux priorités régionales :

Comme le montre le tableau ci-après, les crédits attribués au titre de la péréquation hospitalière ont été affectés, tant en 2000 que lors du BP 2001, à des opérations correspondant aux priorités régionales définies dans le SROS.

On y retrouve ainsi l'accueil des urgences et le SMUR, le bloc opératoire, la cancérologie (prise en compte du surcoût lié aux médicaments cytostatiques) et la cardiologie (avec des crédits pour acquérir des stimulateurs cardiaques et la mise en route d'un pôle de prévention des maladies cardiovasculaires). On y retrouve également l'environnement de la naissance avec d'importants moyens de renforcement en personnel, ainsi que la mise en place d'un réseau régional de télémédecine

Tableau n° 8
Affectation des crédits de péréquation

Date	Opération	Montant Total	Répartition			
			Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3	Groupe 4
Année 2000						
BP	Urgences-SMUR	240 000	240 000			
	Bloc opératoire	260 000	260 000			
	Cancérologie	500 000		500 000		
	Cardiologie	470 000	120 000	350 000		
	Télémédecine	130 500			130 500	
		Sous total BP	1 600 500	620 000	850 000	130 500
DM 3	H de jour SSR	565 000	540 000			25 000
	Environn ^t Naissance	842 800	780 000			62 800
DM 5	Pôle prévention CV	613 000	560 000			53 000
	Cancérologie	173 135	173 135			
		Tavaux bloc	2 000 000			2 000 000
		TOTAL 2000	5 794 435	2 500 00 43.1%	1 023 135 17.7%	130 500 2.2%
Année 2001						
BP	Environn ^t naissance	922 800	860 000			62 800
	Couverture soignante	250 000	250 000			
	Urgences SMUR	252 000	180 000		38 200	34 000
		850 000	850 000			
	Alternatives hospit.	250 000	250 000			
		Total BP 2001	2 525 000	2 390 000 94.7%	38 200 1.5%	96 800 3.8%

- Les crédits sont surtout destinés à des dépenses de personnel :

Ce même tableau permet de constater qu'une large majorité des crédits ainsi alloués est consacrée à des dépenses de personnel (groupe1). Celles-ci représentent en effet 94,7% des crédits répartis au BP 2001 et 43,1% du total alloué en 2000, compte tenu de l'affectation d'une somme importante (2MF) au titre du groupe 4, intervenue le 20 décembre 2000, ce qui, soit dit en passant, excluait toute possibilité de consommation pendant l'exercice en cours.

3.6.2.3 *Les résultats obtenus.*

➤ Un renforcement des moyens en personnel.

Les moyens accordés au cours de l'année 2000, au titre de la péréquation devaient permettre le recrutement de 11 agents représentant 10 ETP et de financer un certain nombre de vacations médicales et de temps d'orthophoniste. Au BP 2001, ce sont 9 postes qui ont été ainsi budgétés.

Ces personnels ont été, pour la plupart, recrutés dans des délais assez courts après la date de notification des crédits, sauf lorsqu'il a fallu attendre la sortie d'une promotion dans telle ou telle catégorie de personnels.

Le tableau ci-après récapitule l'ensemble des postes créés, la date des recrutements et d'éventuelles observations concernant le délai ou le non recrutement de certains.

Tableau n° 9
Postes créés et personnels recrutés

Poste créé	Date de la décision	Date du Recrutement	Observations
1 IBODE	13-01-00	Janvier 2000	IDE recrutée faute d'IBODE
1 IDE		Février 2000	
0,5 IDE		Avril 2000	
1 IDE		Personnels non recrutés en 2000	Personnels destinés au centre de prévention des maladies cardio-vasculaires ouvert mi 2001
1 diététicienne	26-07-00	Septembre 2000	
1 secrétaire med.		Novembre 2000	
1 Kinésithérapeute		Novembre 2000	
0,5 Ergothérapeute		Novembre 2000	
1 Sage femme		Début 2001	
1 Sage femme	19-01-01	Juin 2001	
1 Sage femme		07 et 08-2001	Recrutement de 2 IDE mi temps
1 IDE		En cours	Lors du passage de la mission
1 Aide soignant		Juillet 2001	
1 Aide soignant		Septembre 2001	Prévision
1 Aide soignant		Régularisation	Poste AS-Chauffeur SMUR
1 puéricultrice		Juillet 2001	
1 puéricultrice		En cours	Lors du passage de la mission.

Le décalage entre la date de notification des crédits et celle des recrutements effectifs laisse, inévitablement, une certaine somme inutilisée susceptible de se retrouver, au moins partiellement dans les excédents du compte administratif. C'est en particulier le cas pour les postes accordés en cours d'année (en l'occurrence lors de la DM3 en juillet) et financés en année pleine.

C'est ainsi que, pour l'année 2000 seulement 880.000 des 2.500.000 francs accordés ont été effectivement dépensés, comme le montre le tableau ci-après

Tableau n° 10
Etat de consommation des crédits du groupe 1
(Année 2000)

Opération concernée	Date de la Décision	Somme Allouée	Somme Dépensée
Urgence – SMUR	13-01-00	240 000	240 000
Bloc opératoire		260 000	240 000
Cardiologie		120 000	90 000
H de Jour SSR	26-07-00	540 000	255 000
Environn ^t naissance		780 000	90 000
Pôle prévention CV		560 000	15 000
TOTAL		2 500 000	880 000

- Les crédits pour dépenses médicales ont porté sur deux postes

D'une part, dans le cadre du développement de cette activité, 350.000 francs ont été affectés à l'achat de stimulateurs cardiaques que l'établissement finançait, jusqu'alors sur son enveloppe globale. En effet, le centre hospitalier de Senlis pose, chaque année, environ 150 stimulateurs cardiaques alors que le besoin est, sur le secteur, nettement plus important ; Il conviendrait, à ce propos, que les cardiologues du centre hospitalier de Creil, avec lequel celui de Senlis souhaite coopérer dans le cadre de l'USIC, cesse d'adresser la totalité de ses patients concernés au Centre Cardiologique du Nord, à Saint Denis et se rapproche des cardiologues senlisiens.

D'autre part, 673.135 francs ont été consacré au soutien de l'activité de cancérologie pour tenir compte, non seulement du développement de celle-ci (le nombre de séances est passé de 1210 en 1997 à 1516 en 2000, soit une augmentation de 25% en trois ans) mais surtout pour tenir compte de l'envolée des prix des médicaments cytostatiques. La somme consacrée annuellement à l'achat de ces produits est, en effet, passée de 736.000 francs en 1997 à 1.832.000 francs, soit une multiplication des dépenses par 2,5 en trois ans (source ROB 2001).

Conclusion

L'analyse des documents dont a pu disposer la mission montre que les crédits supplémentaires dont a bénéficié la Picardie dans le cadre de la politique de péréquation hospitalière, ont effectivement été attribués pour des objectifs correspondant aux priorités du SROS et dans une optique de réduction des inégalités entre établissements : ainsi, l'écart entre le point ISA du CH de Senlis et le point moyen régional tend à diminuer. L'effort important réalisé en 2000 et poursuivi au BP 2001, devrait permettre de poursuivre la réduction de cet écart.

Cette analyse montre aussi que le centre hospitalier de Senlis a effectivement utilisé ces crédits dans des délais aussi courts que possible, compte tenu de la date parfois tardive de la notification des crédits et des difficultés de recrutement de certaines catégories de personnels, encore que, dans ce domaine, la situation géographique de Senlis et ses facilités de communication avec la région parisienne créent des conditions plus favorables au recrutement que dans les autres secteurs sanitaires de Picardie.

Le reliquat de crédits 2001 sera très prochainement distribué en fonction des réponses apportées aux appels à projets lancé par l'ARH. Dans ce cadre, le centre hospitalier de Senlis a présenté plusieurs projets en considérant comme prioritaires :

- le complément en année pleine du financement du pôle de prévention des maladies cardiovasculaires (927 000 francs)
- le développement de l'utilisation de matériels à usage unique pour 555 000 francs dont 200 000 « ultraprioritaires »
- la désinfection des dispositifs médicaux non stérilisables (1,2 MF dont la moitié semble urgente)...

Ces projets, comme tous ceux déposés par l'ensemble des établissements concernés, sont en cours d'instruction dans les services de l'ARH qui, compte tenu du volume des demandes et des crédits disponibles, devra, nécessairement faire des choix.

3.7 La péréquation hospitalière au centre hospitalier de Soissons

3.7.1 Le cadre général

3.7.1.1 Présentation de l'établissement.

Situé à proximité de la gare et du centre ville, le centre hospitalier de Soissons, dont le bâtiment principal, abritant l'ensemble des services de soins a été édifié en 1999, constitue l'hôpital pivot du secteur sanitaire n° 8 de Picardie qui compte environ 181 000 habitants, dont un quart pour la seule agglomération de Soissons.

Il se caractérise par un taux de fuite important, notamment en direction de l'agglomération rémoise vers laquelle s'orientent 23% des patients de médecine, 26% de ceux de chirurgie et 11% de celles de gynécologie et obstétrique.

En 1999, l'établissement totalisait 746 lits d'hospitalisation complète et 5 places d'anesthésie et chirurgie ambulatoires ainsi répartis :

Tableau n° 1
Capacité des services du CH de Soissons

Discipline	Lits	Places
Médecine	180	
Chirurgie	70	5
Obstétrique	55	
Soins de courte durée	305	5
Soins de suite	60	
Soins de longue durée	240	
Hébergement	141	
TOTAL	746	5

Source SAE 1999

3.7.1.2 L'activité de l'établissement.

➤ Les indicateurs traditionnels.

- Pour l'année 1999, les principaux indicateurs d'activité, pour les disciplines MCO, sont repris dans le tableau ci-après :

Tableau n° 2
Les principaux indicateurs d'activité MCO en 1999*

Indicateur	Médecine	Chirurgie	Obstétrique	Total
Hospitalisation Complète	Lits	180	70	55
	Entrées	10 240	3 595	2 599
	Journées	52 894	19 471	12 914
	DMS	5.2	5.4	5
	C.O.	80.5%	76.2%	64.3%
Anesth et chir ambulatoires	Places		5	5
	Venues		1124	1124
Consultations et soins externes	19 666	13 684	16 950	50 500

* Source SAE 1999

- Quelques indicateurs complémentaires, toujours pour l'année 1999, permettent de mieux cerner l'activité de l'établissement :
 - le nombre d'accouchements a été de 1342 dont 146 césariennes,
 - Au bloc opératoire, 5097 interventions ont été pratiquées, dont 951 en ambulatoire, générant 439615 K, dont 66339 au titre des interventions en ambulatoire,
 - L'Accueil Urgences a comptabilisé 30 917 passages ayant conduit à 10 410 hospitalisations, soit environ le tiers.
- En comparant les indicateurs des trois dernières années, on observe une relative stabilité de l'activité d'hospitalisation sauf en ce qui concerne l'activité ambulatoire (+23% en deux ans) et l'accueil des urgences (+9% en deux ans).

Tableau n° 3
Comparaison pluriannuelle des indicateurs d'activité (MCO)

Indicateur	1998	1999	2000
Entrées	15 555	16 434	15 925
Journées	83 807	85 279	87 402
DMS	5.4	5.2	4.7
C.O.	75.3%	76.6%	81.5%
Anesth. et chir. Ambul.	1050	1124	1289
Urgences	30 917	32 713	33 660
Dont hospitalisation	10 410	7 695	

Source : fiches SAE 1998 et 1999 + statistiques hôpital 2000

Le taux d'encadrement (effectif du personnel non médical en ETP/nombre de lits de court et moyen séjour) s'élève, pour 1999 à 2,74 (source : rapport de présentation à l'ARH)

- Les moyens en personnels.
- L'effectif du personnel médical s'élevait, en 1999, à 90 praticiens, dont 24 attachés, représentant au total 67,68 ETP auxquels il convient d'ajouter un effectif de 7 résidents. Cet effectif est tout à fait comparable à celui de 1998 qui comptait également 90 personnes, représentant 66,28 ETP et 13 résidents.
- Le personnel non médical comprenait, en 1999, 1088 agents représentant 1000,15 ETP dont :
 - personnel non soignant : 305, dont 54 à temps partiel, soit 295,08 ETP
 - personnel soignant : 783, dont 231 à temps partiel, soit 714,25 ETP
 ces derniers étant répartis comme suit :

Tableau n° 4
Répartition du personnel soignant

Catégorie	Effectif total	dont Temps partiel	ETP
Sages femmes	9	1	8.50
Encadrement	37	4	35.95
Infirmiers spécialisés	21	3	20.40
IDE et secteur psychiatrie	244	90	220
Aides soignants	296	74	276.50
ASH	155	44	140.30
Psychologues	10	9	4.30
Autres	11	6	8.30
Total	783	231	714.25

L'effectif global, comme celui des soignants a augmenté depuis l'année précédente (1064 agents dont 765 soignants).

➤ Les investissements.

Depuis la construction, en 1991, du bâtiment abritant l'ensemble des services médicaux, l'établissement n'a pas réalisé de gros investissements, en dehors de l'habituel renouvellement des matériels, en particulier médicaux. Le montant des amortissements reste stable, aux alentours de 23 MF (source : bilan d'activité 2000).

Selon les informations recueillies auprès de la direction de l'établissement, les projets d'investissements pour les années à venir concernent les urgences et l'aménagement du service de cardiologie au dernier étage du bâtiment, aux lieux et places du service de soins de suite qui devra, auparavant être déplacé dans des locaux à réaménager. Le montant de ces investissements est évalué (cf documents ARH et DDASS de l'Aisne) à 60 MF.

3.7.1.3 Les outils de planification.

➤ Le projet d'établissement et le contrat d'objectifs et de moyens..

En instance de validation, le projet d'établissement établi pour la période 1999-2004 intègre de façon très explicite les objectifs et les cinq thèmes prioritaires du SROS à la réalisation desquels le centre hospitalier de Soissons entend contribuer.

Visant à répondre aux besoins sanitaires de la population, à placer le malade au centre du système de soins, à valoriser les ressources humaines et à optimiser la gestion des moyens, ce projet d'établissement s'articule autour de deux grands axes :

- la structuration du plateau technique concernant le SAU, la cancérologie (projet d'un secteur de 8 places d'hospitalisation de jour et d'un équipement de radiothérapie), la cardiologie (création d'une USIC de 6 places), la neurologie, l'environnement de la naissance et l'insuffisance rénale chronique avec le développement de réseaux de soins, ainsi que les alternatives à l'hospitalisation ;
- le développement d'un partenariat intra et intersectoriel.

Ces différents axes seront, évidemment, repris dans le contrat d'objectifs et de moyens sur lequel l'établissement travaille actuellement à travers la rédaction de plusieurs fiches d'opérations.

➤ La coopération inter-établissements.

Largement évoquée dans le projet d'établissement, la coopération avec d'autres établissements, publics ou privés, du secteur et hors secteur constitue déjà un axe stratégique de la politique de l'établissement.

Une convention concernant les urgences a été mise en place avec l' hôpital de Château-Thierry ; il en est de même en ce qui concerne la périnatalité avec les CH de Château-Thierry et de Laon, avec lequel existe une fédération interservices. Une négociation est en cours avec le centre hospitalier spécialisé de Prémontré pour la décentralisation d'une de ses unités sur le site de Soissons.

Enfin, depuis 1994, le centre hospitalier de Soissons a initié plusieurs réseaux Ville-Hôpital dans les domaines de la prise en charge de la pneumologie, de la maladie alcoolique, de la toxicomanie etc...

3.7.1.4 *Les données financières*

➤ La structure budgétaire.

Le BP 2001 a été arrêté, pour le montant total des dépenses de la classe 6, à 391.470.365 francs ventilés comme suit entre les quatre grands groupes de dépenses :

- groupe 1 : dépenses de personnel	: 272.555.855 francs (69,6%)
- groupe 2 : dépenses médicales	: 48.448.940 francs (12,4%)
- groupe 3 : dépenses logistiques	: 41.046.480 francs (10,5%)
- groupe 4 : Amortissements et charges financières	: 29.419.090 francs (7,5%)

Par rapport au BP 2000 (365.630.427 francs) la section d'exploitation est en augmentation de 7,07%. Cette augmentation porte essentiellement sur les dépenses en personnel (+9,%) et les dépenses médicales du groupe 2 (+7,3%), alors que celles du groupe 4 sont en régression de 3,5%..

La structure budgétaire varie assez peu d'une année sur l'autre, comme le montre le tableau ci après :

Tableau n° 5
Evolution de la part des groupes de dépenses
de la section d'exploitation

	CA 1999	BP 2000	BP 2001
Groupe 1	66.6%	68.4%	69.6%
Groupe 2	12.9%	12.4%	12.4%
Groupe 3	12.2%	10.9%	10.5%
Groupe 4	8.3%	8.3%	7.5%

Tout en sachant qu'il faut relativiser des comparaisons entre un compte administratif et des budgets primitifs prévisionnels, il apparaît cependant que le poids des dépenses de personnel dans le budget de fonctionnement de l'établissement s'accroît d'année en année au détriment des dépenses des groupes 3 (logistique) et surtout 4 (amortissements et charges financières).

➤ Du Rapport d'orientation budgétaire (ROB) au BP arrêté.

Le dossier d'analyse présenté par le rapporteur lors de l'audition des responsables du CH de Soissons par la Commission exécutive de l'ARH rappelle les principaux éléments de la proposition de budget primitif 2000 présentée par l'établissement sur la base de son rapport d'orientation budgétaire. Celle-ci s'élève à un total de 410 909.744 francs (dont 20.984.214 francs de mesures nouvelles), supérieure de 12,4% au montant accordé en 2000.

En comparant ces éléments avec les chiffres arrêtés par l'ARH pour le budget 2001, on observe que c'est essentiellement sur les dépenses de personnel (groupe 1) et médicales (groupe 2) qu'ont été opérées les réductions de crédits permettant de limiter à 7,1% l'augmentation globale des crédits entre les BP 2000 et 2001.

Tableau n° 6
Evolution des données budgétaires

	BP 2000	Demande 2001		BP 2001	
	Montant	Montant	Evol.	Montant	Evol.
Groupe 1	249 401 402	286 744 864	+14.7%	272 555 855	+9%
Groupe 2	45 163 910	53 203 120	+17.8%	48 448 940	+7.3%
Groupe 3	40 056 306	41 403 140	+2.1%	41 046 480	+1.2%
Groupe 4	30 508 809	29 558 620	-3.1%	29 419 090	-3.5%
Total	365 630 427	410 909 744	+12.4%	391 470 365	+7.1%

➤ L'évolution du point ISA

Comme le montre le tableau ci-après, entre 1997 et 1999, la valeur du point ISA du CH de Soissons, supérieur à l'indice régional en 1997, a progressé moins rapidement que ce dernier au cours des années 1998 et 1999 (+5,6% contre +8,5%).

Tableau n° 7
Evolution du point ISA

	Point ISA Soissons		Point ISA régional	
	Valeur	Evol/1997	Valeur	Evol/1997
1997	11.45		11.23	
1998	11.89	+3.8%	11.91	+6%
1999	12.09	+5.6%	12.19	+8.5%

Bien qu'il se soit inversé, passant de +1,9% à -0,8%, l'écart entre le point ISA local et le point moyen régional reste largement inférieur aux 4% au delà desquels l'ARH pratique des opérations de rebasage au titre du PMSI. Aucun crédit ne sera donc retiré ni ajouté à ce titre lors des BP 2000 et 2001.

3.7.2 *La dotation de péréquation.*

- Les crédits obtenus.

Pour l'exercice budgétaire 2000, le centre hospitalier de Soissons a bénéficié de 14.983.000 francs au titre de la péréquation. Cette somme représente 12,25% de la somme totale répartie au cours de l'année.

Une partie de cette somme (5.304.000 francs, soit un peu plus du tiers) avait été attribuée lors du BP, représentant 6,42% de la somme répartie à cette date, proportion assez nettement supérieure à celle traduisant la part du budget de Soissons dans le budget régional (4,18%).

Le reste des crédits a été attribué lors de décisions modificatives, en particulier pour la mise en place d'une unité de soins intensifs en cardiologie (USIC) à hauteur de plus de 7 millions de francs

A l'occasion du BP 2001, la somme affectée au CH de Soissons s'est élevée à 2.810.400 francs, dont 760.400 francs au titre du renforcement des moyens et 2.050.000 francs au titre des mesures nouvelles.

Cette somme ne représente que 2,6% du total réparti, proportion nettement inférieure à celle du budget du centre hospitalier par rapport au total picard (4,28%).

3.7.2.1 *L'affectation des crédits.*

- Elle correspond aux priorités régionales :

Comme le montre le tableau ci-après, les crédits attribués au titre de la péréquation hospitalière ont été affectés, tant en 2000 que lors du BP 2001, à des opérations correspondant aux priorités régionales définies dans le SROS.

On y retrouve ainsi l'accueil des urgences et le SMUR, la cancérologie, la cardiologie, avec en particulier la mise en place d'une USIC, la neurologie, les soins de suite et les soins palliatifs ainsi que la mise en place d'un réseau régional de télémédecine pour ne citer que les opérations les plus importantes.

- Les crédits sont surtout destinés à des dépenses de personnel :

Ce même tableau permet de constater qu'une large majorité des crédits ainsi alloués est consacrée à des dépenses de personnel (groupe 1). Celles-ci représentent en effet 82% des crédits répartis au BP 2001 et 78% du total alloué en 2000, compte tenu d'une somme importante destinée, dans le cadre des dépenses du groupe 4, à la mise en place de l'USIC.

Tableau n° 8
Affectation des crédits de péréquation

Date	Opération	Montant Total	Répartition			
			Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3	Groupe 4
Année 2000						
BP	Neurologie	1 310 000	1 310 000			
	Cancérologie	1 520 000	1 520 000			
	Soins palliatifs	480 000	480 000			
	Lutte contre le SIDA	420 000	420 000			
	Urgences – SMUR	1 520 000	1 520 000			
	Télémedecine	54 000			54 000	
		Sous total BP	5 304 000	5 250 000		
DM	Cancérologie	600 000		600 000		
	Urgences	1 600 000	1 600 000			
	USIC	7 479 000	4 832 000	300 000		2 047 000
		TOTAL 2000	14 983 000	11 682 000	900 000	54 000
				(78%)	(6%)	(0,4%)
Année 2001						
BP	Cancérologie (1)	500 000		500 000		
	Soins de suite (1)	260 400	260 400			
	SROS Cardiovasculaire (2)	230 000	230 000			
	SROS Urgences (2)	1 820 000	1 820 000			
		Total BP 2001	2 810 400	2 310 400	500 000	(82,5%)
				(17,5%)		

(1) : renforcement de moyens (2) : mesures nouvelles

3.7.2.2 *Les résultats obtenus.*

➤ Un renforcement des moyens en personnel.

Les moyens accordés au cours de l'année 2000 au titre de la péréquation devaient permettre le recrutement conséquent de 44 agents représentant 42,5 ETP. Au BP 2001, ce sont simplement 5 postes, dont 1 à temps partiel (transformation d'un poste de PH temps partiel en temps plein), soit 4,5 ETP qui ont été ainsi budgétés.

Ils ont, dans l'ensemble été pourvus dans des délais variables après la notification des crédits, en raison de la difficulté de recrutement de certaines catégories de personnel dans ce secteur. En ce qui concerne l'USIC, la majorité des postes ne sera pourvue que lors de l'ouverture effective de l'unité (décembre 2001 ou janvier 2002) ce qui permettra d'attendre la prochaine sortie des formations IFSI.

Le tableau ci après regroupe, en fonction de l'affectation des agents, l'ensemble des postes créés en 2000 et 2001, la date de création et celle des recrutements

Tableau n° 9
Postes créés et personnels recrutés

Discipline	Nature des postes	Date de création	Dates de recrutement
Année 2000			
Neurologie	1 PH 0,5 psychologue 1 technicien EEG 2 aides soignants	BP	Juin 2001 0,2 orthophoniste en fev 01 (1) 1 IDE le 25-09-2000 (1) Février et novembre 2000
Cancérologie	1 PH 4 IDE	BP	Novembre 2000 Les 4 en février 2000
Soins palliatifs	2 IDE	BP	Les 2 en janvier 2000
Lutte anti SIDA	1 PH 0,5 secrétaire med.	BP	Mai 2000 (transformation de poste)
Urgences SMUR	1 PH 1 PH 4 IDE 4 IDE	BP DM BP DM	Septembre 2000 ? Janvier, mai, juin, juillet 00 3 en octobre et 1 en novembre
USIC	2 PH 1 surveillant 7 IDE 4 aides soignants 3 ASH 0,5 kiné 1 secrétaire med	DM	Juillet 2001 et en cours Septembre (2) et décembre (2) 0,25 en octobre 2000
Année 2001			
Soins de suite	1 PH	BP	Juin 2000 transformation d'un mi temps
SROS Cardiovasculaire	1 Kiné	BP	Janvier 2001
SROS Urgences	1 PH 2 IDE	BP	? Janvier et septembre 2001

(1) Faute de trouver les candidats correspondants aux postes créés, des postes de substitution ont été pourvus

Le décalage entre la date de notification des crédits et celle des recrutements effectifs laisse, inévitablement, une certaine somme inutilisée dont une part pourrait figurer dans les excédents du compte administratif. C'est en particulier le cas pour les nombreux postes créés en DM pour la mise en place de l'USIC et dont la plupart ne seront effectivement pourvus qu'en 2001, voire 2002.

C'est ainsi que, pour les créations de postes intervenues lors du BP 2000, seulement 4.112 871 des 5.150.000 francs accordés, soit environ 80%, ont été effectivement dépensés, comme le montre le tableau ci-après :

Tableau n° 10
Etat de consommation des crédits du groupe 1 attribués au BP
(Année 2000)

Opération concernée	Date de notification	Somme allouée	Somme dépensée
Neurologie	13-01-00	1 310 000	781 434
Cancérologie		1 520 000	1 314 990
Soins palliatifs		480 000	587 811
Lutte anti SIDA		320 000	119 422
Urgences SMUR		1 520 000	1 039 514
TOTAL		5 151 000	4 112 871

➤ Les crédits pour dépenses médicales concernent la cancérologie.

Lors d'une décision modificative en 2000 et lors du BP 2001, des sommes importantes (600.000 et 500.000 francs) ont été consacrées aux dépenses médicales du groupe 2. Il s'est agi, dans les deux cas, de permettre à l'établissement de faire face aux surcoût occasionné par les thérapeutiques anticancéreuses.

Ce surcoût important est lié, d'une part, à l'augmentation de l'activité (1154 séances en 2000 pour 771 en 1998, soit + 50% environ) et, d'autre part et surtout, à l'augmentation considérable du coût des médicaments.

En effet, selon les chiffres communiqués par la pharmacie du centre hospitalier de Soissons, les dépenses pour médicaments anticancéreux sont passées de 1 283 000 francs en 1998, à 3 400 000 Francs pour 2000, soit une dépense multipliée par 2,7 en l'espace de deux ans.

Cette situation, qui ne semble pas propre au CH de Soissons, pose un réel problème dont l'importance justifie sa prise en compte lors de la répartition de l'enveloppe régionale de péréquation.

Conclusion

L'analyse des documents dont a pu disposer la mission montre que les crédits supplémentaires dont a bénéficié la Picardie dans le cadre de la politique de péréquation hospitalière, ont effectivement été attribués pour des objectifs correspondant aux priorités du SROS et dans une optique de réduction des inégalités entre établissements.

On observera ainsi que les crédits alloués au BP 2001, sont nettement moins importants que ceux accordés au BP 2000. Cette diminution relative des crédits correspond à une amélioration de la valeur du point ISA de l'établissement qui, de supérieure en 1998, est devenue inférieure à la moyenne régionale en 1999.

Quatrième partie – La région Poitou-Charentes

Introduction

1. La région Poitou-Charentes, premier bénéficiaire de l'effort de péréquation

Depuis 1999, l'effort de correction des inégalités est principalement concentré sur les trois régions prioritaires : Poitou-Charentes, Picardie et Nord-Pas-de-Calais avec, en perspective, le rattrapage en cinq ans, c'est-à-dire jusqu'en 2004, de la région qui leur est immédiatement supérieure.

Poitou-Charentes, sur la base de la méthode de péréquation étudiée par la mission dans son premier rapport, bénéficie constamment depuis 1997 du taux de péréquation le plus élevé de France métropolitaine.

L'écart de croissance entre l'Ile de France et Poitou-Charentes, depuis 1997, est voisin de 13 points en tenant compte de la répartition initiale de 2001.

Le gain de la région, par rapport à la moyenne nationale, est voisin de 410 millions F de 1997 à 2001, dont 250 millions F sur les deux dernières années, en raison de l'accélération du processus.

La mission s'est exprimée sur le mécanisme mis en place en 1999 qui, inévitablement, freine l'apport de péréquation aux autres régions bénéficiaires, ce qui pourrait s'admettre s'il y avait solution de continuité entre les trois régions bénéficiaires et les autres. Mais tel n'est pas le cas.

Les effets de seuil sont, dès lors, évidents : l'écart entre les taux de péréquation de la 3^{ème} région [Nord-Pas-de-Calais] et de la région immédiatement inférieure [Bourgogne], qui était en 1998 de 0.08 % [respectivement 0.66 % et 0.58 %], passe, dès 1999, à 0.50 % [Picardie et Bourgogne] puis à 0.83 % en 2000 [Nord-Pas-de-Calais et Bourgogne].

On mesure ainsi le poids de la péréquation accélérée à laquelle la mission recommande qu'il soit mis fin à compter de 2004.

2. Parce qu'elle est première région de France métropolitaine selon les indicateurs de la formule de péréquation

Dans l'équation de péréquation, l'indicateur relatif à la dépense par personne hospitalisable dans le secteur public place Poitou-Charentes au premier rang, avec un écart de 33 % à la moyenne et de 74 % avec la région Ile de France (21^{ème} rang).

On sait que cet indicateur est actuellement le plus lourd dans la pondération de la formule.

L'indicateur de la valeur du point ISA place Poitou-Charentes au 5^{ème} rang.

La conjugaison de ces deux critères place la région au premier rang, malgré un mauvais classement sur les deux indicateurs de correction : 18^{ème} rang sur les flux inter-régionaux et 19^{ème} rang sur l'indice comparatif de mortalité.

Le premier de ces deux indicateurs reflète un taux de transferts important vers les régions limitrophes pour des raisons de proximité géographique, mais aussi d'attractivité des autres CHU.

Le second tend à confirmer l'analyse du haut comité de santé publique, lorsqu'il se montre prudent sur la possibilité de réduire les écarts de santé entre régions par une progression de l'offre hospitalière de soins, la mortalité étant due à des facteurs complexes liés aux conditions de vie et de travail et aux comportements individuels, notamment face aux fléaux sociaux.

4.1 L'Agence régionale de l'hospitalisation de Poitou-Charentes

Les développements qui précèdent sur la place de la région éclairent les remarques de la mission sur la dotation-cible, base du système de péréquation, qui est conçu pour converger dans un délai donné vers la moyenne nationale, ce qui presuppose que celle-ci représente la bonne valeur finale.

C'est dans ce contexte que s'inscrit l'action de l'ARH, dont l'objectif devrait être de rejoindre, en 2003, la 4^{ème} région et, comme toutes les autres régions, la moyenne nationale en 2028.

L'enjeu paraît simple dans sa définition, mais la réalité ne l'est pas.

On va voir, en effet, que l'ARH, dans le droit fil des instructions ministérielles, consacre l'apport de péréquation à équilibrer et à améliorer l'offre de soins hospitaliers dans la région, ce qui ne doit pas nécessairement se traduire par une augmentation de la valeur du point ISA, qui démontrerait une moindre efficience des établissements.

La dépense par personne hospitalisable dans le secteur public va sans doute évoluer, soit par une progression du secteur public au détriment du secteur privé à but lucratif, ce qui n'est en aucun cas une exigence de santé publique ni un objectif de l'ARH, soit par l'augmentation des dépenses du secteur public. Mais celle-ci sera limitée à la fois par le niveau des apports de péréquation et, surtout, par une carte sanitaire aux indices MCO parmi les moins élevés de France, dont la révision ne prévoit pas la progression mais une adaptation des capacités.

Sur les deux indices majeurs, il est donc probable que la région conservera un classement élevé, à échéance de plusieurs années.

En revanche, l'indice de correction relatif aux flux de population pourrait s'améliorer, la politique de l'ARH étant de renforcer la position et donc l'attractivité du CHU de Poitiers.

Le rang de la région devrait, à terme, s'en trouver amélioré, tandis que l'indice comparatif de mortalité, beaucoup plus faible que la moyenne nationale, ce qui signifie une espérance de vie supérieure, ne devrait guère évoluer, la région étant déjà excellemment placée sur ce critère.

Au total, il est permis de penser qu'à moyen terme, c'est-à-dire en 2004 et sans doute au-delà, malgré et à cause des apports de péréquation dont elle bénéficie, la région s'insérera toujours dans les premiers rangs.

Ceci pose la question de la pertinence de la dotation-cible, qui est en fait une moyenne pondérée nationale, et devoir s'exprimer seulement en tendance.

Ce constat ne doit pas faire oublier que le système actuel a le grand mérite de rechercher l'équité et d'inciter aux restructurations nécessaires.

On peut donc avancer que même si la convergence repose sur un postulat. Il n'y a pas, à ce jour, d'autre système de redistribution, faute de pouvoir élaborer une cible idéale qui nécessairement dépasserait le seul cadre hospitalier public pour envisager tous les termes de l'offre de soins.

4.1.1 *Le cadre général*

4.1.1.1 *Présentation de L'ARH*

Installé sur le site du Futuroscope, à 12 kms de Poitiers, l'ARH est dirigée depuis sa création en 1996 par M. Jacques METAIS, précédemment directeur d'hôpital. Originaire de la région, ayant servi en qualité de directeur de l'hôpital de Loudun (Vienne).

M. METAIS est, à l'évidence, un homme de dialogue et de pédagogie qui se déplace beaucoup pour exposer les enjeux, écouter les points de vue et présenter son analyse des situations.

Entouré d'une petite équipe composée de quatre cadres A, en particulier un contrôleur de gestion, qui est une particularité de l'ARH Poitou-Charentes, M. METAIS a le souci de la transparence et de la communication directe avec ses interlocuteurs (organigramme de l'agence : PJ.1).

Le directeur complète son action d'information par la diffusion semestrielle de la lettre de l'ARH.

La qualité de ses relations avec ses partenaires au sein de la région est une préoccupation essentielle du directeur pour obtenir le maximum d'adhésion, ou au moins de compréhension, vis-à-vis d'une politique hospitalière en mouvement.

A cet égard, les relations sont de bonne qualité avec la DRASS et le MIRS. Il en va de même avec la CRAM, qui s'investit dans les travaux de l'ARH, et avec les échelons départementaux et régional du contrôle médical de sécurité sociale, qui participent à des enquêtes conjointes avec leurs collègues médecins inspecteurs de santé publique.

Le directeur de l'ARH n'éprouve pas de difficultés notables avec les élus qu'il informe et consulte régulièrement.

En revanche, les DDASS, au départ réticents sur le principe même de l'ARH, qui aurait réduit leurs compétences, sont à l'origine de quelques tensions.

Bien qu'ils prennent réellement part aux décisions de la commission exécutive et que leurs avis puissent prévaloir, plusieurs DDASS ne collaborent pas encore pleinement.

Le directeur de l'ARH leur a pourtant donné pleine délégation pour instruire et négocier les projets d'établissements et les conventions d'objectifs et de moyens [COM].

Ceci se traduit, dans la Vienne, par le silence de la tutelle qui n'a pas amorcé la négociation avec le CHU sur le projet d'établissement, pourtant élaboré depuis un an.

De la même façon, le CH de Niort déplore que la DDASS des Deux-Sèvres, déjà très peu présente aux séances du conseil d'administration, ne se soit pas non plus manifestée sur le projet d'établissement élaboré en 1999, ni sur le COM, vivement sollicité par l'hôpital. Les remarques sont de même nature au CHS d'Angoulême et, de façon plus nuancée, au CH de Confolens.

Le directeur de l'ARH rencontre aussi parfois quelques difficultés avec les préfets des départements, lorsqu'il s'agit de prendre des décisions susceptibles de soulever l'émotion de la population et des élus. L'exemple le plus récent est la situation de l'hospitalisation à Cognac (Charente), où il apparaît nécessaire de rapprocher l'hôpital et une clinique de la ville.

4.1.1.2 Présentation de la région

➤ Caractéristiques démographiques et économiques

Avec 1,595 million d'habitants au dernier recensement, la région Poitou-Charentes représente 2,8 % de la population française. Elle regroupe 4 départements : Charente, Charente-Maritime, Deux-Sèvres et Vienne. Les deux premiers manifestent un plus grand dynamisme et voient leur population progresser légèrement, contrairement à la Charente et aux Deux-Sèvres. Hormis la Charente-Maritime, qui dépasse 500.000 habitants, les trois autres sont en-deçà de 400.000 H, voire 350.000.

Quatre agglomérations se situent autour de 100.000 H : La Rochelle, Poitiers, Angoulême, et, un peu en retrait, Niort.

Il n'y a donc pas de métropole régionale, ce qui handicape le CHU qui a du mal à affirmer sa vocation de référent régional.

La proportion de personnes âgées de plus de 65 ans est nettement plus élevée que la moyenne nationale, tandis qu'on observe une baisse significative des naissances, le taux de natalité étant inférieur de 20 % au taux national.

Mis à part le Limousin, la région est celle qui compte le plus fort pourcentage de population active dans l'agriculture : 11,9 % pour une moyenne nationale de 5,6 %.

A l'inverse, les cadres et professions libérales y sont peu nombreux, dans un rapport inférieur de 30 % au chiffre national, de même que les actifs de l'industrie.

En résumé, une région peu riche, à la démographie stagnante et vieillissante avec un tissu industriel faible. Seul le tourisme est en expansion.

➤ La capacité hospitalière

Elle fait apparaître une structure resserrée, l'équipement en lits MCO étant sans doute le moins élevé de France avec 3,9 lits pour 1000 habitants contre 4,6 lits en moyenne nationale soit un différentiel proche de 20 % (données 1998).

Au total, une capacité de 6.338 lits et places installés au 31 juillet 1998, répartie sur 26 établissements publics et 25 établissements privés, marquant un fléchissement de plus de 200 lits depuis 1994, principalement en chirurgie (-113 lits) et en gynécologie-obstétrique (-88 lits), en raison de la suppression de trois cliniques et de la fermeture des petites maternités.

La réduction des durées de séjour, malgré une nette progression du nombre des entrées, se traduit par des taux d'occupation moyenne (OM) sans doute élevés, mais supportables, hormis en médecine dans quelques établissements où le taux peut dépasser 90 % .

Les perspectives de l'ARH, qui élabore simultanément le SROS et la carte sanitaire, sont d'adapter le nombre de lits à l'activité, celle-ci pouvant révéler un besoin de soins. Mais le nombre global de lits de court séjour est suffisant et devrait encore diminuer.

Il existe en effet des marges d'adaptation permettant de répondre aux besoins insuffisamment couverts en médecine par la réduction des capacités de chirurgie et d'obstétrique. Il est prévu, pendant la durée de validité du SROS (1999-2004), d'augmenter de 111 les lits et places de médecine mais de réduire de 175 la capacité en chirurgie et de 56 en obstétrique.

A l'expiration du SROS, la capacité totale de la région devrait se réduire à 5846 lits et places avec une sensible progression des places, surtout en chirurgie ambulatoire.

➤ le SROS et la carte sanitaire

Ils ont été établis en juillet 1999. La carte sanitaire se décompose en cinq secteurs, un par département, sauf deux en Charente-Maritime (La Rochelle et Saintes). Ce maillage est relativement équilibré autour des principaux pôles urbains, ce qui facilite l'organisation de soins gradués dans chacun des secteurs.

On a vu que les indices de la carte sont parmi les plus faibles de France et ne laissent aucune place pour des lits disponibles, hors les évolutions rappelées supra.

Le SROS de 2^{ème} génération fixe des priorités, au premier rang desquelles l'accueil et le traitement des urgences.

La répartition, l'équipement et l'accessibilité des services d'accueil des urgences (SAU) et des unités de proximité d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences (UPATOU) sont une préoccupation de santé publique, en veillant au respect des normes de fonctionnement.

Le SROS se préoccupe aussi de l'organisation des soins en cancérologie, la région ne disposant pas d'un centre anti-cancéreux, ni d'une organisation rassemblant l'ensemble des praticiens ayant en charge les malades atteints de cancer.

La cardiologie aiguë appelle, pour sa part, un renforcement des moyens et des compétences au CHU de Poitiers.

La périnatalité est encore une priorité, faute d'une organisation réellement coordonnée entre les maternités de dimension moyenne et celles pourvues de service de néonatalogie. Il s'agit aussi d'envisager la fermeture, pour d'évidentes raisons de sécurité, de trois maternités à l'activité insuffisante : Loudun, Barbezieux et Jonzac.

Le SROS consacre également des développements à deux autres priorités : la prise en charge des pathologies de la personne âgée et la lutte contre la douleur.

Sur la base de ces priorités, le document propose ses orientations stratégiques en matière d'accès et d'organisation des soins, puis en présente le contenu par secteur sanitaire et par site.

En même temps que le SROS MCO, l'ARH a arrêté le SROS de psychiatrie, puis divers volets thématiques sont venus complétés le SROS initial : l'insuffisance rénale chronique et le diabète non insulino dépendant en décembre 2000. Devraient être publiés rapidement les volets relatifs à l'angiographie interventionnelle, aux soins de suite et de réadaptation (SSR) et aux soins palliatifs.

➤ Situation de l'offre de soins hospitaliers

A) L'activité des hôpitaux

La politique de l'ARH est de renforcer la technicité, la spécialisation et le rôle du CHU de Poitiers. Celui-ci est concurrencé au sein de la région, pour les disciplines de pointe, par les CHU voisins, surtout Bordeaux, Nantes et Limoges.

Au sein de leurs secteurs, les hôpitaux des cinq pôles urbains développent une réelle attraction sur la population et les hôpitaux de proximité.

A l'échelon intermédiaire, les villes moyennes (Châtellerault, Cognac, Rochefort, Royan), disposant d'un bassin d'environ 80.000 H, doivent multiplier les communautés et les accords inter-établissements pour disposer d'une activité et d'équipements de bon niveau.

Enfin, les hôpitaux de proximité (Loudun, Ruffec, Barbezieux, Confolens, Montmorillon, Jonzac) conservent une bonne activité en médecine mais ont des difficultés à maintenir des équipes de chirurgiens qui, pour des raisons de qualité de vie et de travail, préfèrent l'exercice dans les centres plus importants. Il faut alors envisager

des accords de coopération, à l'exemple de Confolens ou, plus fréquemment, reconvertis les capacités de chirurgie.

Dans ces mêmes hôpitaux, la baisse constante de l'activité obstétricale conduit à la fermeture des petites maternités qui ne peuvent plus répondre aux normes de sécurité et d'activité.

Le problème de la chirurgie, qui n'est pas propre à la région, est central dans les villes moyennes et petites et sera l'axe du SROS de 3^{ème} génération.

La nécessaire spécialisation chirurgicale et la diminution du recours à la chirurgie interventionnelle, font qu'il ne sera bientôt plus envisageable de maintenir une activité de chirurgie dans les agglomérations moyennes.

B) Les outils de planification

La plupart des établissements disposent ou renouvellent leur projet médical et leur projet d'établissement, dans un esprit de large participation et dans un relatif consensus avec leurs partenaires médicaux et sociaux.

Mais on peut s'interroger sur la faisabilité de la généralisation des COM, aujourd'hui limités à huit, à l'ensemble des hôpitaux (25 MCO et 3 CHS) pour la fin 2002, comme l'envisage l'ARH. La difficulté réside dans l'instruction des projets par les DDASS.

Il y faudrait une détermination et, sans doute, des moyens humains qui peuvent se révéler insuffisants.

La mission souhaite que les faits, dans le proche avenir, viennent démentir son relatif pessimisme.

C) La situation des hôpitaux

Trois hôpitaux bénéficient d'investissements importants. D'une part, le CHU qui voit ses capacités progresser, des équipements nouveaux mis en place pour améliorer les performances du plateau technique et une progression sensible de ses effectifs non médicaux surtout médicaux.

Deux hôpitaux sont entièrement reconstruits ou en passe de l'être : Châtellerault et Saintes.

Ailleurs, de très nombreux projets d'adaptation et de modernisation mobilisent une large part des crédits de péréquation.

Peu d'hôpitaux connaissent de réelles difficultés financières, hormis les CH de Rochefort, Cognac et Confolens qui ont accusé des reports de charges élevés.

Dans cette région, comme fréquemment, les bilans ne sont pas suffisamment examinés et exploités. Il font apparaître des dégradations ou des anomalies, en matière de fonds de roulement, d'autofinancement, d'endettement ou de vétusté. L'ARH, qui

dispose d'un contrôleur de gestion, très utile dans l'évaluation de l'emploi des crédits et de l'alerte sur les situations financières difficiles, doit systématiser la demande auprès des hôpitaux des ratios de bilan.

Dans le domaine des effectifs de personnel, la péréquation a permis des avancées notables, de même que la politique ministérielle [protocole AUBRY], qui a aussi renforcé les effectifs universitaires du CHU de Poitiers.

Les problèmes de recrutement des médecins, hormis dans certaines disciplines déficitaires [anesthésie-réanimation, psychiatrie], existent ponctuellement surtout dans les hôpitaux moyens, mais la région demeure assez attractive. En 2001, sur 1300 postes médicaux ETP, 25 seulement sont vacants.

La pénurie d'IDE, observée ailleurs, ne pose guère de problèmes au sein des hôpitaux publics, à l'inverse des cliniques privées.

Le climat social, qui paraît s'être nettement tendu dans tout le secteur hospitalier français donne lieu à cette même observation en Poitou-Charentes.

Les négociations sont à la fois plus fréquentes et plus difficiles. Les mouvements spontanés sont toujours à redouter, mais on ne note pas dans la région de dérapages sérieux et durables.

4.1.1.3 La procédure budgétaire

A) La situation des hôpitaux

Il ne s'agit pas ici de décrire par le menu les nombreuses et complexes étapes de la procédure budgétaire, mais de souligner qu'en fait elle se poursuit sur l'année entière.

Le rapport d'orientation budgétaire de l'hôpital, qui doit désormais être valorisé et indiquer les priorités retenues, s'élabore dès le mois de mars de l'exercice N-1 pour être transmis à l'ARH avant le 15 juin. Le vote du budget par le conseil d'administration avant le 15 octobre n'est, le plus souvent, qu'une remise en ordre actualisée du rapport d'orientation.

De son côté, l'ARH envoie ou non une lettre de cadrage aux hôpitaux, élabore ses priorités, organise des rencontres avec les responsables des établissements, soumet son projet financier au CROSS et en débat à plusieurs reprises avec la commission exécutive.

La circulaire ministérielle de campagne budgétaire, document abondant avec annexes, souvent très tardive (le 13 décembre 2000 pour le budget 2001) précède de peu la loi de financement de la sécurité sociale votée par le parlement qui arrête l'ONDAM. Les budgets de l'exercice N peuvent être notifiés aux hôpitaux en début d'année.

Ils seront suivis dans le courant de l'exercice, deux fois en 2000 [mai et octobre] de répartition de crédits, soit réservés, soit accordés au niveau national pendant l'année, soit encore de crédits non reconductibles constitués à partir de ressources non consommées.

Ces dotations échelonnées donnent lieu à de multiples questionnaires, enquêtes, négociations, alors que l'établissement prépare déjà son rapport d'orientation N+1 et élabore le compte administratif de l'exercice N-1.

La méthode suivie en Poitou-Charentes se signale à un double titre :

- ✓ **Un dialogue approfondi** : ce dialogue, voulu par la DHOS, est particulièrement nourri entre l'ARH et ses partenaires. L'ARH a instauré des comités techniques départementaux composés notamment du DDASS et de représentants de la CPAM, qui travaillent sur les rapports d'orientation en liaison avec les établissements.

Ces comités font un rapport sur chaque hôpital, qui servira de base à la conférence budgétaire organisée fin octobre dans chaque DDASS, présidée par le directeur de l'ARH. Cette conférence permet un vrai dialogue avec chaque hôpital. Il s'agit d'un moment privilégié où le directeur de l'hôpital, accompagné souvent du président de la CME, a tout loisir d'exposer la politique et les besoins de l'établissement.

Les directeurs, rencontrés par la mission, apprécient tous ce type de rencontre, même s'ils le jugent parfois trop bref, et font la différence avec l'ancienne commission de l'article 35.

- ✓ **Une transparence appréciée** dont chacun convient, même si les décisions de l'ARH ne sont pas toujours admises. D'une part, lors de la notification budgétaire, vers le 15 janvier, l'ARH envoie à chaque établissement un dossier où sont portés les crédits répartis entre tous les hôpitaux de la région et les commentaires correspondants.

Comme les autres ARH, un bilan de campagne provisoire, puis un bilan définitif sont établis dont l'essentiel figure dans la lettre de l'ARH (3 par an) diffusée très largement.

Les contacts de la mission avec les hôpitaux ont démontré, s'il en était besoin, l'importance de cette transparence qui a aussi le mérite d'asseoir la légitimité de l'ARH, chacun s'accordant à reconnaître l'impartialité et la compétence du directeur et de son équipe.

B) Les financements spécifiques ou actions ciblées se sont beaucoup développés en nombre et en montant au fil des campagnes budgétaires, ce qui provoque de nombreuses critiques.

Ces financements sont intégrés dans les dotations régionalisées et ne font guère problème, lorsqu'il s'agit de mesures salariales ou indemnитaires, souvent multiples et coûteuses, catégorielles ou générales, intervenues ou non à la suite d'un protocole d'accord. Ces crédits sont fréquemment assez bien évalués et répercutés, même tardivement, aux établissements chargés d'appliquer ces mesures.

La situation est plus difficile lorsque le gouvernement fixe des priorités issues de sa politique d'organisation des soins hospitaliers ou des objectifs nationaux de santé publique. D'une part, ces priorités obéissent inévitablement à un processus cumulatif, les actions émergentes venant se surajouter aux priorités des années antérieures, dont l'efficacité exige un effort pluriannuel.

On parvient ainsi à une multiplication continue, qui brouille l'unité budgétaire, complique la gestion et atteint un poids financier qui limite les arbitrages relevant de l'ARH.

Par exemple, au budget 2001, l'augmentation annuelle des dépenses hospitalières est de 8,85 milliards F. Le financement relevant des protocoles est, provisoirement, de 1,55 milliard.

Les priorités émergentes de santé publique, d'organisation des soins et d'aide à l'investissement de sécurité sanitaire sont au nombre de 6, tandis que la poursuite des actions déjà engagées les années antérieures en touche 10 autres...

Ces priorités, dès la dotation initiale 2001, atteignent plus de deux milliards F. de crédits.

La marge de manœuvre des ARH est d'autant plus réduite que la progression annuelle de l'enveloppe nationale (8,85 milliards F.) inclut aussi, pour plus d'un tiers environ, les effets GVT et des mesures salariales générales.

Les ARH ont cependant la responsabilité, en liaison avec la conférence régionale de santé, de procéder à l'examen de la situation sanitaire de leur région et de définir des priorités qui, elles aussi, s'inscrivent dans la durée.

Les programmes régionaux de santé, repris dans les SROS, ont pour vecteur opérationnel les COM passés avec les établissements.

Il appartient aux ARH, quelle que soit l'évolution de la dotation régionale, de dégager des ressources financières pour respecter leurs engagements contractuels et mettre en œuvre les orientations régionales de santé publique.

L'exercice n'est pas simple, car ces orientations recouvrent souvent ou complètent des priorités nationales qui, elles, font l'objet, pour la plupart, d'une évaluation par région annexée aux circulaires ministérielles. Les ARH doivent aussi gérer cette contrainte face à des interlocuteurs locaux qui entendent que les crédits soient exactement répartis.

Les directeurs d'ARH ont protesté, à plusieurs reprises, contre cette situation qui ne tient pas assez compte des capacités et des besoins régionaux.

La circulaire du 13 décembre 2000 marque un progrès lorsqu'elle indique que les priorités nationales font l'objet de crédits globalisés au sein d'une enveloppe incompressible. Ceci signifie que les crédits sont désormais fongibles dans la mise en œuvre des priorités du gouvernement « *en fonction des priorités régionales ainsi que de la qualité et de la maturité des projets qui vous sont présentés* ».

La région Poitou-Charentes s'applique à respecter l'enveloppe incompressible, mais doit puiser dans l'apport de péréquation pour compléter les financements spécifiques, ce qui rend difficilement lisible l'identification de cet apport, comme l'a constaté la mission.

En conclusion, il apparaît que, si le gouvernement est au cœur de ses prérogatives lorsqu'il définit les priorités de santé publique, encore faut-il ne pas les multiplier au delà des exigences de la déconcentration qui a présidé à la création des ARH, de peur que « *trop de fléchage ne tue le fléchage* ».

4.1.2 *La péréquation intra-régionale*

La région Poitou-Charentes, classée première selon les indicateurs nationaux de péréquation, dispose en 2001 (dotation initiale) d'une enveloppe hospitalière de 6,897 millions F. En cinq ans, la dotation régionale, qui atteignait en 1997 5,884 millions F, a donc progressé de 17,22 %.

Le différentiel avec le taux national, qui était de 0,51 % en 1997, passe à 1,10 % en 1998, 1,08% en 1999, 1,94 % en 2000 et à 1,99 % en 2001.

Au total, l'effet péréquation dépasse 410 millions F sur la période quinquennale, soit 40 % de la progression totale de l'enveloppe régionale.

A noter enfin que c'est sur les deux derniers exercices [2000 et 2001] que le bénéfice de la péréquation est le plus élevé : environ 250 millions F.

Quel usage la région a-t-elle fait de cet apport exceptionnel ?

La question est de savoir si cet usage est conforme à la volonté de réduire les inégalités inter-régionales en termes d'offre hospitalière et à la lettre des instructions selon lesquelles « *les crédits accordés au titre de la réduction des inégalités doivent être impérativement employés à l'amélioration du dispositif régional de soins et contribuer à la réduction des inégalités dans l'accès au soins* » (circulaire du 13 déc. 2000). La circulaire du 16 décembre 1997 précise, sur ce point, que « *ces crédits ne sauraient en aucun cas faire l'objet d'un saupoudrage destiné à accorder une reconduction plus généreuse des budgets actuels ...* ».

4.1.2.1 *Les critères de répartition de l'enveloppe*

➤ Les résultats du PMSI

La DHOS recommande que le critère PMSI soit utilisé dans la réduction des inégalités entre établissements, dans un souci d'équité et de solidarité et pour favoriser les restructurations hospitalières. Aussi les résultats du PMSI sont-ils pris en compte à travers la valeur du point ISA de chaque hôpital rapprochée du point ISA régional.

Le critère est appliqué uniformément à tous les établissements MCO. Seul, le CHU de Poitiers donne lieu à un abattement de 13 % au titre des activités d'enseignement et de recherche.

Les modalités d'utilisation de la valeur du point ISA n'ont pas évolué depuis 1998, à l'intérieur du logiciel MAHOS.

D'une part, dans une première application, un seuil de + ou - 5 % de la valeur régionale du point ISA fixe la zone d'incertitude à l'intérieur de laquelle ne s'effectue aucun correctif.

Les effets, à somme nulle, atteignent en 2001 5,66 millions F pour sept établissements contributeurs au profit de trois hôpitaux bénéficiaires. La redistribution peut représenter plus de 2 % du budget MCO au titre des prélèvements [CH de Confolens] et 3,65 % pour un des attributaires [CH de Châtellerault].

L'augmentation et la diminution maximale sont fixées à 5 %.

Malgré quatre années d'application de la péréquation, on n'observe pas de réduction des écarts entre établissements sur et sous-dotés. En effet, le montant des crédits redistribués, qui était de 3,41 millions en 1999, atteint 4,50 millions en 2000 et 5,66 millions en 2001.

Dans une deuxième application, le PMSI est utilisé pour fixer l'enveloppe allouée à chaque hôpital au titre du GVT.

On notera que la base moyenne régionale est de 0,8 % des dépenses du groupe I, alors que la DHOS retient 0,73 % et recommande de vérifier si ce pourcentage n'est pas trop élevé, en raison de la baisse importante du GVT au cours des dernières années.

Il y a là, en région Poitou-Charentes, une facilité offerte depuis 1997 qui ne s'inscrit pas forcément dans l'esprit de la péréquation inter-régionale. L'ARH entend privilégier des personnels « *en moyenne plus productifs* ». En clair, ceci autorise un système d'avancements d'échelon et de grade, plus généreux qu'ailleurs, ce qui ne se justifie pas et constitue un frein à la mobilité de ces personnels.

Les sept établissements sur-dotés en 2001 sont pénalisés une nouvelle fois.

En effet, le GVT est recalculé sur la base de la valeur moyenne du point ISA appliquée aux dépenses du groupe I.

Cette application, aux effets plus limités que la première, atteint 483.000 F en 2001. Il est plus contestable que la somme ne soit pas redistribuée, mais mise en réserve au titre de l'ARTT.

➤ Le cas de la psychiatrie

Le premier rapport de la mission (juillet 2001) a rappelé la multiplicité des formes de prise en charge de la maladie mentale. A côté de l'hospitalisation à temps plein, de nombreuses modalités coexistent dans le cadre de la sectorisation, permettant d'adapter lieux et formes de soins à l'état du patient.

La région Poitou-Charentes s'inscrit évidemment dans ce paysage.

L'hospitalisation complète s'effectue dans deux CHS, à Angoulême et Poitiers et dans divers services spécialisés à la Rochelle, Saintes, Jonzac, Niort et Thouars.

L'unité de base de l'offre de soins en psychiatrie est le secteur. Le découpage est de 20 secteurs de psychiatrie adultes et de 9 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile.

Le PMSI n'étant pas en place en psychiatrie, il n'y a pas de point ISA, comme en MCO.

L'ARH a décidé de retenir comme critère pertinent le coût de la psychiatrie par habitant, apprécié par département ou par groupe de secteurs psychiatriques.

D'autres indicateurs, proposés par la DREES, étaient envisageables [ex. : personnels médicaux et non médicaux affectés à la psychiatrie / 10.000 H.).

L'indicateur, soutenu par la DHOS et utilisé par plusieurs ARH (confer premier rapport de la mission), a l'avantage d'offrir une mesure de l'efficience, mais n'est pas réellement fiable.

Le critère retenu par l'ARH Poitou-Charentes a le mérite de la simplicité et, même s'il est volontairement fruste, ne semble pas contesté par les partenaires de l'ARH. Par ailleurs, la part de l'hospitalisation privée est très faible dans la région, ce qui renforce la portée de l'indicateur.

Sur le principe, on peut néanmoins s'interroger sur la légitimité de faire bénéficier la psychiatrie des résultats favorables de la péréquation inter-régionale, imputables au seul MCO.

La question se pose d'autant plus que le département de la Charente, avec le CHS d'Angoulême, bien qu'ayant le coût de psychiatrie, le plus faible de la région, dispose de moyens en personnel médical et non médical par habitant supérieurs à la moyenne nationale.

Un CHS disposant de moins de moyens humains et financiers, situé dans une autre région, n'obtiendra pas les moyens répartis par l'ARH en Poitou-Charentes.

Faut-il envisager une répartition différenciée de l'enveloppe de psychiatrie ?

Cette mesure d'équité, réalisable après l'instauration du point ISA-psychiatrie, n'est pas préconisée, dans un premier temps, par la mission qui recommande au moins la préservation des moyens de la psychiatrie tout en privilégiant la réalisation des priorités de santé publique.

L'ARH a distribué, de 1997 à 2001, 31 millions F dont 13 millions F en 2001 au titre de la psychiatrie.

Il s'agit d'abord de l'application de l'indicateur retenu, en faveur des secteurs défavorisés [Charente, Charente-Maritime, Nord Deux-Sèvres] mais aussi de l'exécution du COM [CHS d'Angoulême], de la mise en œuvre du SROS de psychiatrie et, conformément aux priorités nationales, de favoriser le redécoupage des secteurs de psychiatrie adultes et le renforcement du dispositif en psychiatrie infanto-juvénile [Charente-Maritime].

➤ Financer le maintien global de l'emploi

Depuis 1997, l'ARH s'efforce de financer le maintien de l'emploi existant. On l'a vu avec le GVT. Cette priorité vise à financer toutes les augmentations de la masse salariale, à effectifs constants.

Son coût est élevé en raison des multiples mesures salariales, statutaires et catégorielles prises en 2000 (effet année pleine) et en 2001 : 163,5 millions F en 2001, soit presque 50 % de la progression totale de la dotation régionale.

Cette contrainte s'est maintenue à un niveau élevé depuis 1997, tant ont été coûteux et nombreux les dispositifs de revalorisation des traitements, sous protocole ou non, les mesures plus récentes relatives au corps médical, l'évolution des charges [CGS, caisse de retraite, fonds pour l'emploi hospitalier, ...].

L'essentiel doit donc être financé sur la dotation initiale, y compris l'apport de péréquation.

Cet effort financier, que peu de régions sont en mesure de réaliser, part du constat que, si le point ISA et la consommation de soins hospitaliers par habitant sont faibles en Poitou-Charentes, ceci tient d'abord à des personnels particulièrement efficaces, moins nombreux qu'en moyenne nationale. L'objectif étant de développer l'offre de soins, il serait paradoxal que les mesures statutaires et catégorielles soient imputées sur les ressources des hôpitaux, aboutissant à une inévitable érosion de l'emploi hospitalier.

On pourrait être tenté de voir, dans cette priorité relative à l'emploi, une décision conjoncturelle coûteuse destinée à conforter les budgets hospitaliers sans profit direct de santé publique. Mais l'analyse des indicateurs de péréquation inter-régionale donne toute sa logique à la mesure prise.

Face aux autres régions, l'emploi hospitalier en Poitou-Charentes doit être sauvegardé et, dans certaines situations, révisé à la hausse pour améliorer la qualité du service public.

4.1.2.2 *Les autres priorités régionales*

A) Le respect des engagements

A savoir, les tranches annuelles des contrats d'objectifs. En 2001, il s'agit de sept COM, celui avec le CHU de Poitiers étant arrivé à échéance.

Deux sont relatifs à la reconstruction complète de l'hôpital (Châtellerault et Saintes), après prise en charge des surcoûts d'investissement.

Les crédits consacrés aux COM sont de 24,8 millions F en 2001.

B) La mise en œuvre des SROS

Le SROS II a fixé un objectif de développement de la **chirurgie ambulatoire** qui représente en 2001 moins de 4 % des lits de chirurgie. Il s'agit d'atteindre 10 % en

2004. A cette fin, une revalorisation de la cotation PMSI des séjours de chirurgie ambulatoire est effectuée, débouchant sur une dotation spécifique de 3 millions F répartie entre dix établissements.

Amorcée en 2000, la constitution du réseau de **périnatalité** est liée à la mise aux normes des maternités, qui emporte fermeture de plusieurs d'entr'elles, des services de néonatalogie et de réanimation néo-natale.

Un crédit de 17 millions F est consacré en 2001 à cette priorité qui est également de niveau national, à la suite des décrets de mai 1998.

Le renforcement des **urgences**, entrepris dès 1999, a fait l'objet de crédits importants (21 millions F) en 2000, dont la moitié sur l'enveloppe nationale, notamment pour la création de postes médicaux.

En 2001, il est prévu 10 millions F sur la dotation régionale, pour financer un hélicoptère sanitaire régional, renforcer les services existants, y compris les SMUR et créer une UPATOU à Loudun.

D'autres priorités du SROS, telles la lutte contre la douleur, le schéma de l'insuffisance rénale chronique, le développement de l'hospitalisation à domicile, auxquelles sont consacrés 3,6 millions F en 2001, sont encore des déclinaisons régionales d'objectifs nationaux.

➤ Accompagner les priorités nationales

En matière de prévention, la dotation régionale consacre en 2001 plus de 2,3 millions F à la lutte contre le tabagisme, l'alcoolisme, la toxicomanie, l'hépatite C et le dépistage du SIDA.

La mise en œuvre du plan Cancer comporte deux axes prioritaires :

- ✓ **Les soins palliatifs** dont l'organisation du dispositif remonte à 1998. L'objectif est de disposer d'une équipe mobile par secteur sanitaire et, à compter de 2000, de renforcer les équipes existantes ;
- ✓ L'amélioration de la prise en charge des **malades cancéreux** figure depuis plusieurs années dans les priorités régionales. En 2001, près de 14 millions F y seront affectés, principalement en renfort des dépenses médicales des hôpitaux, en raison du coût des nouvelles molécules anti-cancéreuses.

Dans le domaine de la **sécurité sanitaire**, priorité permanente soutenue sur la dotation régionale depuis 1997, plus de 10,5 millions F seront consacrés en 2001 à :

- ✓ La prévention de la transmission des maladies infectieuses et à prions ;
- ✓ La mise en œuvre du dépistage génomique viral ;
- ✓ L'aide aux investissements de sécurité sanitaire.

➤ Répondre aux priorités des établissements

C'est certainement la part la plus originale de l'emploi de la dotation régionale, qui吸orbe environ 60 % des appports de péréquation.

Elle consiste à répondre aux besoins particuliers exprimés par les établissements, au titre d'activités existantes ou de création d'activités nouvelles.

Ceci aboutit souvent à des créations d'emplois correspondant à des progressions d'activité ou à une augmentation du nombre des lits. La demande peut aussi porter sur un rebasement de la dotation, particulièrement sur les dépenses médicales ou sur la prise en charge de surcoûts d'investissements.

Ce parti pris par l'ARH de répondre aux demandes des hôpitaux est en même temps susceptible de critiques, si les moyens dispensés répondent à des erreurs de gestion ou à des facilités contestables. En effet, ce type d'interventions discrimine Poitou-Charentes des autres régions et doit donc être particulièrement bien ciblé, pour éviter le reproche de saupoudrage et correspondre à une amélioration de l'offre de soins.

L'ARH, si elle accepte que les établissements déterminent leurs priorités, leur demande de les justifier et vérifie que le projet présenté est, au moins, compatible avec le SROS et n'est pas contradictoire avec la productivité de l'établissement.

La réponse de l'ARH sera également favorable s'il y a positionnement stratégique dans l'offre de soins.

Le document joint en annexe 2 démontre, pour 2001, la très grande variété des «priorités des établissements» :

- ✓ Soutien aux établissements dans leurs dépenses médicales,
- ✓ Installation de lits supplémentaires en court séjour (12), en soins de suite et réadaptation (55), en soins de longue durée (20),
- ✓ Renforcement des hôpitaux psychiatriques les moins bien dotés ,
- ✓ Modernisation de plusieurs hôpitaux et reconstruction de l'hôpital de Saintes.

Au total, ce sont près de 74 millions F qui sont répartis à ce titre entre les établissements, dont une part notable en créations de postes médicaux (27) et non médicaux (217).

4.1.2.3 *Les effets de la péréquation*

➤ L'évolution de l'offre de soins en Poitou-Charentes

Tous les développements qui précèdent tendent à démontrer que, depuis 1997 et surtout depuis 1999, l'offre de soins en Poitou-Charentes s'est améliorée et équilibrée.

Amélioration en termes de qualité et d'accessibilité, conformément à la volonté ministérielle de rééquilibrage des moyens entre les régions : Poitou-Charentes répond bien aux attentes de la politique nationale de réduction des inégalités.

Cette amélioration s'exprime d'abord à travers la forte progression du nombre des entrées qui manifeste que les établissements publics de soins sont massivement utilisés.

Le CHU de Poitiers largement modernisé et conforté dans sa vocation régionale, deux hôpitaux reconstruits, des équipements lourds mis en place, de nombreuses opérations de restructuration et de renforcement des moyens humains.

Mais sans doute faut-il aussi souligner l'amélioration de l'accès aux soins grâce à un meilleur dispositif de réponse à l'urgence, notamment une mise aux normes et une médicalisation renforcée des SAU, UPATOU, SAMU et SMUR.

Progrès également dans l'organisation des soins, par le renforcement des réseaux dans les domaines de la cancérologie, de la cardiologie aiguë, de la périnatalité, des soins palliatifs, etc... dans le droit fil des priorités nationales.

L'offre de soins s'est aussi rééquilibrée par une meilleure adaptation des capacités au bénéfice de la médecine, des soins de suite et de réadaptation et des soins de longue durée. Les services ou établissements ne présentant pas les conditions de sécurité requises, les maternités à trop faible activité ont été ou vont être fermées, malgré les résistances.

Les visites de la mission sur le terrain dans cinq hôpitaux [CHU de Poitiers, CH de Niort, Châtellerault, Confolens, CHS d'Angoulême] vont illustrer cette dynamique générale des hôpitaux de la région.

➤ Le rôle de l'ARH

Au terme de son analyse, la mission tient à souligner la place déterminante de l'ARH Poitou-Charentes dans l'évolution de l'appareil de soins.

Celui-ci a d'abord appris à mieux se connaître et à percevoir les solidarités internes qui lient les différentes structures.

Le rôle fédérateur de l'ARH, exclusivement orientée vers l'organisation sanitaire et sociale, voulu par les ordonnances de 1996, marque un progrès incontestable au regard de la période antérieure. L'ARH Poitou-Charentes en constitue une bonne illustration.

Le fonctionnement de l'ARH, marqué par la qualité et la motivation de son directeur et de ses collaborateurs immédiats, se fonde de façon déclarée sur plusieurs principes :

- 1- La confiance qu'il entend partager avec les responsables hospitaliers, administratifs et médicaux dans l'analyse et la conduite du système de soins. Cette confiance, fondée sur le dialogue et la transparence dans l'action, est globalement reconnue par les hospitaliers visités par la mission. La qualité du dialogue et des documents diffusés par l'ARH, la volonté didactique évidente qui en ressort, l'espoir de convaincre avant d'imposer, sont salués par les partenaires de l'ARH.

Parmi ses partenaires, il serait utile que l'ARH développe les liens avec le corps médical et les personnels soignants, qui ne sont pas assez entendus et qui semblent peu informés.

- 2- La délégation de responsabilités est largement pratiquée par l'ARH, au delà des instructions, par nécessité en raison de ses propres effectifs, mais surtout par volonté d'associer les échelons régional et départemental à l'instruction et à la prise des décisions.

L'échelon départemental est présent, on l'a vu, à toutes les phases de la campagne budgétaire, y compris lors de l'évaluation des résultats, qui fait l'objet d'un rapport départemental de synthèse après consultation du comité technique départemental. Il est également en charge de l'instruction et de la mise en œuvre de la politique contractuelle.

Les responsables hospitaliers rencontrés par la mission, sont presque unanimes à souligner l'insuffisante implication de l'échelon départemental.

Il n'est pas sûr que l'ARH en ait mesuré toutes les conséquences, non seulement sur le climat qu'elle entend instaurer, mais aussi sur la remontée et la qualité des informations, pourtant indispensables au bon fonctionnement du système.

Il y va également de sa crédibilité en matière d'élaboration et de suivi des COM, qui constituent un des piliers de sa politique.

Aussi la mission insiste-t-elle pour que l'ARH évalue la qualité de sa représentation dans chaque département et affermisse la définition et le contenu de ses délégations.

Peut-on porter une appréciation globale sur la politique de l'ARH à l'égard des apports de péréquation, sachant qu'il est relativement malaisé d'en suivre exactement l'emploi ?

On a vu, cependant, que la majorité des crédits est affectée aux priorités propres aux établissements, caractérisées par leur grande diversité.

Nul ne pourrait assurer que l'emploi des crédits correspond toujours à l'amélioration de l'organisation sanitaire et de l'offre de soins. Mais, les critères posés par l'ARH pour leur attribution, sa connaissance approfondie des établissements, le suivi de l'emploi des crédits par le contrôle de gestion, assorti d'une évaluation des résultats, limitent certainement les erreurs de fléchage.

Globalement, sauf nuances, les choix paraissent bien orientés.

Sans doute, y a-t-il des progrès à réaliser. Par exemple, dans la recherche d'une meilleure clé de répartition en psychiatrie, qui attend ses indicateurs au niveau national ; dans un contrôle plus exhaustif de l'emploi des allocations budgétaires, par des visites médico-administratives sur sites ; dans le développement de l'analyse financière au sein des hôpitaux et par la tutelle ; dans une présentation claire et motivante, associant l'ARH et ses partenaires, des progrès accomplis sur un période au moins triennale (1998-2000).

Mais l'essentiel réside dans l'évolution très positive de l'offre publique de soins en Poitou-Charentes depuis 1997. Le maintien de la valeur régionale du point ISA depuis plusieurs années, démontre que cette évolution a pu s'opérer, sans gaspillage de l'apport de péréquation.

ORGANIGRAMME DE L'AGENCE

Directeur : Jacques METAIS

Françoise LINSOLAS Directeur-Adjoint	Eric-Pascal SATRE Directeur-Adjoint	Thérèse COUSSEAU- BOURDONCLE Contrôleur de gestion	Guillemette PICARD Chargée de mission	Magali GUILLOTEAU Assistante de direction	Sandrine HUGUET Secrétaire	Marylène BARILLOT Secrétaire
• Relations avec les services déconcentrés de l'Etat.	• Politique médicale des établissements. • Systèmes d'information et nouvelles technologies. • PMSI et informations médicales. • Politique des réseaux. • Autorisations. • Planification.	• Contrôle de gestion. • Indicateurs de suivi budgétaire. • Contrôle budgétaire. • Evaluation et diagnostic dans le cadre des contrats d'objectifs et de moyens. • Planification.	• Relations avec les Caisses d'Assurance Maladie. • Allocation de ressources aux établissements privés sous OQN. • Contrats d'objectifs et de moyens des établissements privés.	• Gestion du budget de l'Agence. • Comptabilité. • Secrétariat du Directeur.	• Communication. • Secrétariat du Dr SATRE.	• Secrétariat de François LINSOLAS, Guillemette PICARD, Thérèse COUSSEAU- BOURDONCLE.

4.2 Centre hospitalier universitaire de Poitiers

4.2.1 *Le cadre général*

Installé au sud de la ville de Poitiers, agglomération de 110.000 H et chef-lieu de la région Poitou-Charentes, le CHU de Poitiers regroupe l'ensemble de ses lits de court séjour (1.012) sur le site de la Milétrie. L'établissement compte au total, au 1^{er} janvier 2001, 1.676 lits dont 186 de SSR, 303 de soins de longue durée et 152 de maison de retraite.

La place du CHU est reconnue prépondérante par le SROS, en tant que pôle régional. Il est aussi l'hôpital référent du secteur sanitaire n° 1 (Vienne). Le directeur de l'ARH est convaincu qu'une des priorités sanitaires est de conforter la place du CHU qui constitue le pivot de tout le système hospitalier des quatre départements de la région.

Cette conviction est d'autant plus nécessaire que l'attractivité de l'établissement demeure insuffisante, en particulier en Charente-Maritime et, dans une moindre mesure, en Charente, départements tournés vers le CHU de Bordeaux et à l'est, le CHU de Limoges.

Les Deux-Sèvres et surtout la Vienne représentent l'essentiel de sa clientèle, hormis les franges de ces départements ou pour certaines spécialités, orientées vers les CHU de Tours ou de Nantes.

L'objectif du CHU est que son attractivité hors département-siège, aujourd'hui à 27 %, dépasse 30 % (Bordeaux : 41 % ; Limoges : 33 %).

Si la place du CHU, dans son secteur, est prépondérante en médecine, il doit partager l'activité chirurgicale avec deux importantes cliniques privées de Poitiers, dont l'attractivité, en nombre de patients, est très supérieure à la sienne.

4.2.1.1 *L'activité*

Contrairement à la tendance à la stabilité observée dans la majorité des CHU, l'activité du court séjour augmente fortement, passant de 56.700 entrées en 1996 à 64.700 en 2000, soit une progression annuelle de 3,5 %. La chirurgie marque un léger recul depuis 1997, à l'inverse de la médecine et de la gynécologie-obstétrique.

La durée de séjour reste stable, autour de 4,5 jours.

Le point important est le très fort taux d'occupation qui progresse, pour atteindre 92 % en 2000. Particulièrement élevée en médecine (94 %) et en gynécologie-obstétrique (97 %), l'OM corrigée du jour de sortie, révèle une charge des services médicaux presque continuellement supérieure à 100 %.

Cette situation de sur-occupation des lits a conduit, depuis plusieurs années, à revoir à la hausse la capacité d'accueil. De 1997 à 2001, le nombre de lits MCO a

progressé de 87 en services médicaux et gynécologie-obstétrique, tandis que 28 lits étaient fermés, presque tous chirurgicaux.

Ce mouvement d'extension de la capacité devrait se poursuivre.

Les passages aux urgences progressent également, de 37.000 en 1996 à 45.700 en 2000, de même que l'activité de consultations externes, respectivement 147.000 et 172.000 sur les deux années.

Le nombre de points ISA, qui positionne de façon synthétique l'activité générale de l'établissement, passe de 85 millions en 1998 à 89 millions en 2000, soit une évolution annuelle de 2,35 %.

Dans le cadre de ses missions d'enseignement et de recherche de l'établissement, le CHU forme chaque année 758 élèves dans neuf écoles paramédicales et de sages-femmes.

En association avec l'UFR de médecine et de pharmacie qui a bénéficié d'une très forte augmentation du numerus clausus (91 en 2001), le CHU participe à la formation de 250 étudiants en DCEM, et de 50 en cinquième année de pharmacie.

Dans le domaine de la recherche clinique, trois projets du CHU ont été retenus en 1998 par le ministère, mais un seul en 2000. L'établissement participe à de très nombreux essais thérapeutiques en qualité d'investigateur mais, en 1998, il n'a été promoteur que deux fois.

Enfin, on doit noter l'absence d'unité INSERM au sein de l'établissement, contrairement à la très grande majorité des CHU.

Un effort est donc attendu en matière de recherche, en termes d'organisation et de moyens. Le directeur général regrette que l'ARH n'y affecte pas suffisamment de ressources.

4.2.1.2 *Le fonctionnement*

➤ Les ressources humaines

Les effectifs des personnels non médicaux ont progressé de un point par an, passant de 3.453 agents ETP en 1997 à 3599 en 2000.

L'effectif des soignants a évolué plus vite que les autres catégories, au rythme annuel de 1,7 %. Cette évolution est une des conséquences du COM 1998-2000 et de l'extension de la capacité.

L'ARH insiste sur la nécessité d'améliorer la gestion des ressources humaines et notamment le développement du management de proximité, par la déconcentration et la gestion prévisionnelle des effectifs (GPEC).

Les effectifs du personnel médical (hors attachés) ont progressé, de 278 ETP en 1998 à 290 en 2000, soit une progression annuelle de 2,15 %.

Les personnels à double valence (hospitalière et universitaire), au nombre de 134 en 2000, représentent 46 % de l'effectif médical, moins que les PH qui dépassent 48 %, avec un effectif de 139.

La direction observe que le CHU de Poitiers avec 59 PUPH n'est pas au niveau des CHU dont l'activité est comparable : 69 PUPH à Angers, 68 à Limoges, 67 à Amiens.

Si Poitiers estime souffrir d'un déficit de personnel médical, également en PH, il ne connaît pas, non plus que la grande majorité des CHU, de difficultés de recrutement, en raison de son attractivité et des conditions de travail du personnel médical, plus favorables en CHU qu'en centre hospitalier.

Seuls deux postes sont actuellement vacants en radiologie.

➤ Les finances

Depuis 1995, les dépenses d'exploitation ont progressé, en moyenne annuelle, de 4 %, tandis que sur la même période, la dotation globale a évolué en moyenne de 3,28 %, la différence provenant de la très forte augmentation des recettes subsidiaires.

Le compte administratif 2000 présente un total de dépenses d'exploitation de 1,537 milliard F contre 1,469 en 1999, soit une progression de 4,64 % ou 68,166 millions F.

Le résultat net de l'exercice 2000 est de +26,886 millions F (y compris les budgets annexes), très supérieur à l'excédent 1999 (3,515 millions F). A noter que depuis 1995, le CHU enregistre des résultats nets d'exploitation constamment positifs dont la moyenne, sur six ans, est supérieure à 12 millions F.

Le délai moyen de règlement des fournisseurs s'est dégradé depuis 1995, en raison de la politique de trésorerie zéro pratiquée par le CHU et surtout du système des paiements « juste à temps » qui intègre les escomptes consentis.

Dès lors, les ratios de trésorerie ne sont pas bons, l'établissement utilisant en permanence des tirages de trésorerie pour couvrir ses besoins plutôt que de recourir à l'emprunt.

Les ratios de bilan ne sont pas inquiétants. D'une part, l'autonomie financière, à 78 % en 2000, est proche des moyennes régionale et nationale, tandis que la vétusté des immobilisations, qui se dégrade lentement (61 % en 2000), devrait se redresser avec les investissements à venir.

Le taux d'endettement est satisfaisant à 16,5 %, deux fois moins élevé que la moyenne régionale, ainsi que le poids des charges financières sur l'exploitation, à 1,07 % en 2000, en hausse sensible depuis 1998, pour une moyenne régionale à 1,42 %.

Mais le signe le plus patent de la bonne gestion du CHU est la valeur du point ISA qui, en tenant compte de l'abattement de 13 % appliqué aux CHU en raison de

leurs missions spécifiques, est, depuis 1996, continuellement en dessous de la valeur régionale.

En 1998 et 1999, l'écart est très proche de 5 %, mais cependant légèrement inférieur, donc à l'intérieur de la zone de neutralisation régionale.

Le CHU de Poitiers souligne qu'avec une valeur du point à 11,26 F en 1999, il se situe, avec Limoges et Nantes, parmi les CHU les mieux placés, la moyenne nationale de ces établissements étant à 13,46 F.

4.2.1.3 *La planification*

Les priorités du projet d'établissement 1997-2000, voté en 1996, ont servi de base aux objectifs du COM 1998-2000 signé en janvier 1999. Il s'agit notamment de développer la cancérologie, l'hématologie et la neuro-chirurgie, d'améliorer l'attractivité des services à vocation régionale, d'ouvrir le pôle cœur-poumon et le satellite technique Jean Bernard.

Parmi les autres objectifs du COM, l'établissement s'engage à mieux répondre aux besoins de la population [développement de la chirurgie ambulatoire, amélioration de l'accueil des patients, notamment des plus démunis], ainsi qu'à développer le management interne et la démarche qualité.

Outre les importants moyens redéployés par le CHU pour atteindre ces objectifs, l'ARH a consenti, au titre du COM, des ressources d'un niveau très élevé concernant, pour le seul groupe I, la création de six postes médicaux et de 85 personnels non médicaux, sachant qu'il s'agit surtout d'extension de la capacité des services ou de modification des profils d'activité.

En juillet 1999, le SROS II (1999-2004) prévoit à son tour la création de lits supplémentaires et le développement de la chirurgie ambulatoire. Il assigne au CHU l'obligation d'améliorer l'accès aux services d'urgence [SAU, SAMU-Centre 15, SMUR] et de réaliser l'extension du PASS à l'intention des personnes en situation de précarité et d'exclusion.

En matière d'organisation des soins, le SROS préconise une unité de concertation pluridisciplinaire en oncologie et la création d'une USIC (unité de soins intensifs en cardiologie), outre ses missions d'hôpital de proximité (pathologies du vieillissement et lutte contre la douleur).

En exergue du chapitre consacré à l'organisation régionale, le SROS affirme que « *le rayonnement du pôle régional de Poitiers doit s'affirmer... comme recours lorsqu'une nécessité régionale l'exige. Dans l'ensemble des domaines- cancérologie, cardiologie, urgences, périnatalité, lutte contre la douleur..., le rôle du pôle régional est d'apporter un soutien médical et logistique.* »

Le COM arrivant à échéance en fin 2000 et le projet d'établissement un an plus tard, il convenait d'éviter la rupture des engagements mutuels et de faciliter la poursuite de la dynamique d'établissement et des réalisations.

Aussi, le CHU a-t-il présenté en juin 2000, après un an de travail collectif, un nouveau projet d'établissement 2001-2005 qui, au départ, dresse un état des lieux des données de l'activité, des moyens et de l'état de la coopération.

La deuxième partie porte sur les perspectives 2001-2005, dont les axes s'inspirent des priorités du SROS et des préoccupations des conférences régionale et nationale de santé en ce qu'elles préconisent le renforcement des actions de prévention et de santé et le développement des réseaux de soins.

Le dossier serait, depuis un an, entre les mains de la DDASS, mais sans réponse à ce jour. Cependant, des opérations urgentes sont programmées au projet d'établissement, aux conséquences lourdes en termes de moyens et attendent l'instruction de la tutelle et l'élaboration d'un nouveau COM.

Par exemple, la construction d'un plateau des urgences est une priorité, en raison de la progression de la fréquentation.

Ce plateau servirait, dans un souci de fonctionnalité, au regroupement des urgences, du SAMU, des laboratoires actuellement éclatés et des écoles installées à l'étroit, en raison de la progression du nombre des élèves. D'autres projets, concernant la gériatrie et la cancérologie, attendent également d'être lancés.

Il y a, dans ce grand ensemble, aux priorités multiples, une nécessité d'enchaînement des opérations de programme, inscrites au plan-directeur, que la tutelle ne saurait interrompre sans entamer la confiance des hospitaliers dans l'avenir qu'ils ont collectivement tracé.

Il est urgent que l'ARH et la tutelle départementale examinent les documents du projet d'établissement et entreprennent l'élaboration d'un nouveau COM.

4.2.2 *Les effets de la péréquation*

4.2.2.1 *Année 2000*

C'est la dernière année du COM 1998-2000. La dotation globale affectée au CHU est passée en une année de 1,302 milliard F à 1,376 milliard F, soit une progression de 5,62 % ou 73,15 millions F.

L'apport de péréquation inter-régionale dont bénéficie le CHU se calcule ainsi : 5,62 - [taux d'évolution de la dotation globale nationale (2,5 %) + crédits non reconductibles : 6,73 millions F ou 0,51 %] = 2,61 % ou 33,98 millions F.

On note que le pourcentage est nettement supérieur au résultat régional (1,94 %), ce qui démontre la place privilégiée accordée au CHU de Poitiers.

C'est la répartition des 73,15 millions F qu'il convient d'examiner.

A/ Mesures relatives au maintien de l'emploi :

GVT ; effets report des mesures salariales en 1999 ; diverses dispositions statutaires ou relatives aux bas salaires (cat. C) ; hausses des taux de cotisation au FEH

et à la CNRACL. Il faut y ajouter les conséquences financières des protocoles d'accord relatifs aux médecins, internes, MCU et étudiants de 4^{ème} année.

Total : 29,28 millions F
ou 40 % de la progression totale.

B/ Renforcement des moyens en vue d'améliorer l'offre de soins :

- ✓ Extension en année pleine de diverses mesures intervenues en 1999 relatives :
 - Aux urgentistes
 - A la sécurité anesthésique (8 postes non-médicaux)
 - Création de 6 lits porte aux urgences (11 emplois non-médicaux)
 - Divers praticiens (1 PU-PH, 3 PAC, 2 assistants)
 - 8 lits en médecine générale
- 4,9 million
- ✓ Au titre des priorités de l'établissement
 - Rebasement en personnel non médical
 - Création de 16 postes pour l'hémodialyse et la cancérologie
 - Dépenses médicales relatives à l'usage unique
 - Création de 3 PH à Temps Plein en neurologie, radiologie, traumatologie + 1 mi-temps en médecine interne
- 18 million
- ✓ Au titre des engagements du COM 1998-2000 et des priorités régionales
 - Création de 7 postes non-médicaux en néphrologie (+ 14 lits) et de 7 autres postes pour la neuro-chirurgie (4 lits)
 - Lutte contre la douleur : ½ IDE
 - Dépenses médicales pour l'extension de la neurochirurgie
 - Urgences : 2 PH à temps plein + 1 permanencier SAMU + ½ garde pour les urgences de nuit + 2 IDE SAU + 2,5 auxiliaires de puériculture
- 6,4 millions F
- ✓ Soins palliatifs – création d'une équipe mobile (sur 3 mois) : 1 PH à temps plein + 0,5 psychologue + 0,5 IDE + 1 secrétaire médicale + surcouits matériels et installations
- 0,39 million F
- ✓ Pédiatrie (6 mois) : mise en place d'une garde + 1 PH à temps plein
- 0,54 million F
- ✓ Autres crédits non-reconductibles : dépenses médicales
- 5,6 millions F

Total : 35,83 millions F.
ou 49 % de la progression annuelle de la dotation

On mesure ici l'effort important accompli en faveur du CHU, essentiellement en postes médicaux et non médicaux.

C/ Actions de prévention, de santé publique et de développement des réseaux :

- ✓ Au titre des priorités de l'ARH
 - Création d'un PH à T. plein pour l'animation et la coordination de la cellule inter-réseaux
 - Moyens logistiques et de secrétariat pour l'unité de concertation pluridisciplinaire en oncologie
 - Développement du pôle régional de coordination des réseaux
- 1,6 million F
- ✓ Programme hospitalier de recherche clinique
 - Crédits pour deux postes médicaux accordés sur les priorités ARH
 - Crédits non reconductibles alloué par le ministère
- 1,8 million F
- ✓ Prévention
 - Mise en place d'une consultation de tabacologie (priorité nationale) : 5 vacations médicales + 2 vacations de psychologue + 0,25 diététicienne + 0,25 secrétaire
 - Prévention des maladies cardio-vasculaires (priorité régionale) : 0,5 PH à temps plein + 0,5 secrétaire + 0,5 diététicienne + surcouts d'investissement
 - Prévention SIDA et toxicomanie (priorité nationale) : 1 technicien de laboratoire + réactifs de tests génotypiques
 - Lutte contre l'hépatite C (réactifs, détection anticorps)
 - Maîtrise des prescriptions hospitalières exécutées en ville : ½ préparateur + 1 logiciel
 - Réseau gérontologique ville-hôpital
- 2,25 millions F
- ✓ Restructuration de la transfusion sanguine : 1 chef de clinique assistant
- 0,20 million F
- ✓ Extension de l'IFSI : 2 cadres enseignants ; aménagement et location de locaux et de matériels (non reconductibles)
- 1,26 million F

Total : 7,11 millions F ou 9,7 %

4.2.2.2 Année 2001

Le COM s'achève avec l'exercice 2000. Le CHU de Poitiers va néanmoins, avec l'aide de l'ARH, poursuivre la politique d'extension de sa capacité [6 lits en obstétrique et 6 lits en médecine] et de progression de ses emplois médicaux et non-médicaux.

La dotation de l'établissement passe à 1,417 milliard (dotation initiale), soit une progression de 3,73 % ou 51 millions.

La part imputable à la péréquation inter-régionale est de :
 $3,73 - [taux d'évolution de la dotation nationale (3 %) + crédits non reconductibles 0,386 million F ou 0,02 \%] = 0,71 \%$, soit 9,70 millions F, tandis que la région bénéficie d'un apport à ce titre de 1,99 %.

On observe que le CHU de Poitiers ne bénéficie toujours pas de la péréquation PMSI.

Examinons la décomposition de 51 millions F. :

A/ Mesures relatives au maintien de l'emploi :

GVT, mesures salariales générales 2001 ; effets en année pleine des protocoles négociés en 2000 ; augmentation de 0,50 % de la cotisation CNRACL

Coût : : 25,40 millions F.
 Soit 49,8 % de la progression annuelle

B/ Renforcement des moyens en vue d'améliorer l'offre de soins :

- ✓ Effets en année pleine des mesures prises en 2000 relatives à la pédiatrie, les urgences, les soins palliatifs, le SMUR et la transfusion sanguine 3,99 millions F
 - ✓ Au titre des priorités nationales et régionales
 - Plan en faveur des greffes et des dialyses : 4 postes de dialyse, 3 IDE, 1 aide-soignant, 1 médecin coordinateur de greffes
 - Augmentation des dépenses médicales et pharmaceutiques et innovation thérapeutique 8,07 millions F
 - ✓ Au titre des priorités de l'établissement
 - Ouverture de 6 lits en spécialités médicales : 9 agents non-médicaux
 - Ouverture de 6 lits d'obstétrique : 4 sages-femmes
 - Consolidation de l'emploi en cancérologie, gastrologie, cardiologie et ophtalmologie : 11 agents non-médicaux
 - Consolidation du groupe I
 - Hématologie clinique et biologique ; cardiologie-réanimation médicale,
 - Traitement des hémophiles : 5 vacations médicales 11 millions F
- Total : 23 millions F.
ou 45,21 % de la progression annuelle

C/ Actions de prévention de santé publique et de développement des réseaux :

- ✓ Financement des unités de secteur sanitaire de gestion des réseaux (priorité régionale) 200.000 F
 - ✓ Prévention de la transmission des maladies infectieuses et à prions et regroupement sur site unique : 1 pharmacien à temps partiel + 3 agents non médicaux + mise aux normes des locaux, renforcement du matériel à usage unique 2,3 millions F
- Total : 2,5 millions F.
ou 4,9 % de la progression totale

On observe que, comme en 2000, la part réservée à ce type d'actions, demeure modeste.

Conclusion

D'autres notifications vont intervenir dans le courant de l'année 2001 et abonder la dotation du CHU qui, cependant, ne dispose plus, comme en 2000, d'un COM dont les engagements contractuels sont toujours respectés, au lieu de défendre des priorités d'établissement dont le seuil financier d'arbitrage relève de la seule ARH.

Un COM est donc, pour ce grand hôpital, nécessaire.

Il n'empêche que l'ARH a visiblement choisi, comme un des points forts de sa politique, le renforcement d'un CHU encerclé par cinq autres établissements de même nature, à 150 Kms à la ronde, pour la plupart de desserte rapide.

A-t-elle raison de faire ce choix et d'y consacrer des moyens importants ?

Les directeurs d'hôpital rencontrés par la mission, pour la plupart, ne le pensent pas, mais leur jugement est évidemment partial, en particulier lorsqu'ils sont situés hors de la zone d'attraction du CHU.

La mission, à l'inverse, appuie cette politique, convaincue comme l'ARH qu'une région dynamique au plan sanitaire doit s'appuyer sur un CHU fort et complet en termes de services spécialisés.

Le positionnement du CHU renforce encore cette conviction par une activité importante, en progression continue et par une efficience exemplaire.

4.3 Le centre hospitalier spécialisé d'Angoulême

4.3.1 *Le cadre général*

Le C.H.S. Camille Claudel, installé à La Couronne dans l'agglomération d'Angoulême, est un des deux CHS de la région. Etablissement public de santé mentale de la Charente, il dispose de 347 lits et 189 places en psychiatrie adultes et infanto-juvénile.

Le département est partagé en quatre secteurs de psychiatrie adultes d'environ 85.000 H chacun et en deux secteurs de psychiatrie infanto-juvénile pour une population de 170.000 H chacun.

Chaque secteur dispose de structures propres, soit au sein du CHS, en matière d'admission et de séjour, soit extra-hospitalières, réparties sur le territoire : CMP (centre médico-psychologique) CATTP (centre d'accueil thérapeutique à temps partiel) et hôpital de jour.

Le CHS dispose de 3 hôpitaux de jour, de 25 CMP et de 14 CATTP.

Il existe, d'autre part, des structures inter-sectorielles, en matière d'accueil, d'hôpital de jour, de soins aux toxicomanes, aux détenus, aux alcooliques, etc.

La prise en charge peut également s'opérer (par convention avec les établissements sanitaires ou sociaux, le conseil général et les communes) en centre de post-cure, appartement thérapeutique et accueil familial thérapeutique.

La mission a déjà souligné dans son premier rapport la très grande diversité des activités sectorielles et inter-sectorielles, souvent hors les murs de l'hôpital, pour adapter lieux et formes de soins à l'état des patients.

4.3.1.1 *L'activité*

Le caractère très polymorphe de l'activité en rend la mesure à la fois plus complexe et moins précise qu'en MCO.

Le premier instrument de mesure est la **file active**, à savoir le nombre de patients différents vus en hospitalisation et en extra-hospitalier.

En psychiatrie générale, la file active évolue, entre 1998 et 2000 de 7.000 à 7.540 malades, soit une progression de 7,7 % en deux ans.

En pédo-psychiatrie, sur la même période, la file active passe de 2.300 à 2.490, soit + 8,3 % .

Mais le DIM du CHS remarque des différences dans les modalités de décompte à partir de 1999, ce qui pourrait fausser les résultats de quelques points. On doit tenir aussi compte des taux de non-réponses, surtout pour les mono-consultants. Leur

identification est faite mais certaines variables (âge, sexe, SDF, etc) manquent, ce qui entrave l'analyse des caractéristiques médico-sociales des patients.

En activité extra-hospitalière (adultes), l'évolution sur cinq ans (1995-2000) est forte en nombre de patients traités en CMP (33 %) et en soins et interventions à domicile (12 %), stable en accueil et soins complets, en interventions dans les institutions substitutives au domicile et en forte baisse, pour les patients traités en CATTP (- 34 %).

En services enfants, progression très importante sur le même délai de cinq ans, en nombre de malades suivis en CMP (+71 %), en CATTP (doublement) et surtout en milieu scolaire (+550 %).

Enfin, en activité hospitalière, on observe une stabilisation, voire une reprise des journées (complètes, nuit, jour) réalisées en secteur adultes depuis 1995 : 87.400 journées en 2000 et 79.321 en 1995. Le constat est le même chez les enfants : 14.905 journées en 2000 et 12.890 en 1995. En 2000, le nombre d'entrées atteint 2.631 chez les adultes et 176 chez les enfants (1.836 et 153 en 1995).

Faute de pouvoir globaliser, de façon forcément arbitraire, les résultats de l'activité, on doit cependant constater une fréquentation plus forte des structures hospitalières et surtout extra-hospitalières.

On le mesure, par exemple, aux admissions où le nombre de malades a progressé de 41 % depuis 1997. Ceci est sans doute du à l'évolution sociale, avec ses contraintes, mais davantage encore à une meilleure tolérance de la population à l'égard de la psychiatrie, surtout les sites extérieurs, moins traumatisants que le CHS.

4.3.1.2 *Le fonctionnement*

➤ Les ressources humaines

L'effectif du personnel non médical est de 604 agents ETP en 2000. Il a progressé de 30 agents depuis 1998. Le personnel soignant est formé pour l'essentiel d'infirmiers (388), selon l'ancien principe du cadre unique. Les aides-soignants sont seulement une quarantaine. Cette répartition renchérit les coûts du personnel soignant dont le taux d'encadrement, supérieur à la moyenne nationale, demeure cependant le plus faible de la région, en psychiatrie.

Le bilan social, gros document malheureusement non commenté, ne permet pas d'appréhender la politique de gestion du personnel.

L'effectif du personnel médical a progressé de deux unités en deux ans pour atteindre 30. 28 praticiens sont en activité, ce qui reflète le peu de difficultés de recrutement de l'établissement qui fait assez largement appel aux praticiens étrangers (4 en 2000).

L'encadrement médical demeure cependant insuffisant au regard de la moyenne régionale mais surtout en raison de l'augmentation et de la diversification de l'activité ainsi que des demandes croissantes de partenariat de la part des autres acteurs de santé.

Aussi, le COM 2000-2004 prévoit-il de renforcer le temps médical pour assurer une plus grande disponibilité, à hauteur de cinq postes à temps plein sur la durée du contrat.

➤ Les finances

La situation de l'hôpital est saine. Le budget général de fonctionnement atteint pour l'exercice 2000, 218,2 millions F, en progression de 4 % sur l'exercice précédent.

Les charges du groupe I restent identiques en pourcentage, autour de 84 % des charges par nature. Le résultat net d'exploitation, déjà positif en 1999, 347.000 F, atteint en 2000, 2,12 millions F, soit près de 1 % du budget.

La mission observe que la trésorerie excède habituellement 15 millions F et qu'il serait utile d'évoluer vers le système de trésorerie zéro, avec négociation d'une ligne de crédit de trésorerie, pour limiter les charges d'emprunt, en phase d'investissements.

Ceux-ci sont, en effet, importants et inévitables dans un établissement qui gère un aussi grand nombre de structures, à Angoulême et dans le département.

Opérations de mises aux normes (incendie, sécurité), modernisation des services logistiques, agrandissement et aménagement de nombreux bâtiments destinés à recevoir les malades, etc.

Le programme, réparti sur une vingtaine d'opérations ponctuelles, auxquelles s'ajoutent les matériels et équipements, approche 100 millions F sur la période 2001-2009.

Les ratios de bilan appuient cette politique d'investissement.

D'une part, le ratio de vétusté du patrimoine se dégrade, à près de 63 % en 2000 (moyennes régionale et nationale : 50) et le taux d'endettement, inférieur à 13 %, laisse une marge suffisante de même que le poids des charges financières (intérêts des emprunts) sur l'exploitation qui, avec un taux de 0,56 % en 2000, est largement en dessous de la moyenne régionale (1,42).

4.3.1.3 *La planification*

Le CHS ne dispose pas de projet d'établissement, mais le projet médical serait déjà élaboré et voté par la CME pour la période 2001-2005 ; il serait suivi dans les prochains mois du projet d'établissement. Telles sont les déclarations de la direction à la mission.

Mais le COM 2000-2004 n'en note ni l'absence dans son analyse des points faibles de l'établissement, ni la nécessité dans les obligations contractuelles.

Curieusement, l'examen des ordres du jour 2000 des trois instances de l'hôpital (CA, CME, CTE) démontre qu'il n'a jamais été question des projets médical et d'établissement, sauf une fois en CME, à la dernière séance de l'année.

Le rapport de gestion 2000 ne l'évoque pas davantage, non plus que le rapport d'orientation 2002.

Quels peuvent être les conditions de préparation, normalement collectives et élargies, de ces outils de planification et, dès lors, leur contenu ?

Le SROS et surtout le COM n'ont-ils pas réglé par avance les orientations futures du CHS ?

Le SROS de psychiatrie, arrêté en juillet 1999 en même temps que le SROS MCO, couvre aussi la période 1999-2004.

Le SROS insiste sur la nécessité de renforcer, en Charente, le dispositif de prise en charge des adolescents et pré-adolescents et d'améliorer le partenariat avec les instituts médico-éducatifs (IME). Il préconise aussi une réponse mieux adaptée aux besoins des plus démunis et une prise en charge extra-hospitalière de proximité plus efficace, de même qu'une amélioration de l'accueil.

Le COM, document très élaboré, a été signé en janvier 2001 pour la période 2000-2004. Il part du diagnostic de l'organisation et du fonctionnement du CHS qui, dans son environnement démographique et social, est de plus en plus sollicité, comme le démontre la progression de la file active.

Des évolutions importantes en termes de structures et de moyens sont intervenues depuis 1994 pour répondre à des besoins nouveaux (unité d'alcoologie, centre de soins pour toxicomanes, mise en place de la psychiatrie de liaison avec le CH d'Angoulême, création de l'unité Mikado pour adolescents, etc) mais les lacunes soulignées par le SROS sont reprises.

Le COM établit aussi que le CHS est insuffisamment doté en personnel médical (5,73 ETP pour 10.000 H en Charente, pour une moyenne régionale de 7,2) et, dans une moindre mesure, en personnel non médical.

Sur la base du diagnostic, le COM fixe dix objectifs dont les principaux reprennent les préconisations du SROS : amélioration de la réponse à l'urgence, notamment par l'instauration de gardes sur place ; adaptation du dispositif d'accueil et de soins de proximité ; renforcement des moyens ciblés sur les adolescents et pré-adolescents ; adhésion à la communauté départementale d'établissements ; recherche d'économies de gestion.

Le financement du COM, annexé au contrat, atteint sur les cinq ans, 15,689 millions F, dont un peu plus de 3 millions F par an pour 2000 et 2001.

La qualité du document élaboré conjointement par le CHS, la DDASS et l'ARH fait que la mission s'étonne des griefs adressés par l'hôpital à la DDASS, ainsi qu'au MIDS. Le président de la CME et la direction estiment que, seule, la participation de l'ARH a permis d'élaborer un COM non contesté en interne.

Plus généralement, il est reproché à la DDASS de ne pas se donner les moyens de connaître le fonctionnement de l'établissement ; elle ne se déplace pas dans les services et ne cherche pas à pénétrer les problèmes spécifiques de la psychiatrie.

En bref, il lui est reproché de conserver une attitude de contrôle alors qu'on attend d'elle une vision politique.

4.3.2 *La répartition de la dotation régionale*

On ne peut traiter ici de la péréquation inter-régionale et de ses effets qui ne s'appliquent qu'au seul MCO, même si les indicateurs utilisés englobent indûment la psychiatrie (cf supra le premier rapport de la mission).

La péréquation intra-régionale ne s'applique pas davantage. Sans doute, l'ARH évoque-t-elle, en psychiatrie, la dépense hospitalière par habitant qui classe, au sein de la région, le département de la Charente parmi les départements bénéficiaires. Mais ce classement ne donne pas lieu à péréquation. Il ne se traduit pas, en effet, par une redistribution individualisée, calculable, à coût nul. Il se borne à privilégier, dans la répartition financière, le ou les établissements situés sous la moyenne régionale.

L'autre question, déjà posée, est relative au caractère inéquitable du traitement favorable réservé aux secteurs psychiatriques bénéficiant de dotations budgétaires privilégiées, par exemple en matière de maintien de l'emploi, parce qu'ils sont situés dans une région bénéficiaire en péréquation.

Est-il légitime que les secteurs psychiatriques de Poitou-Charentes bénéficient, peu ou prou, d'un tel traitement alors que le ratio en personnel non médical / 10.000 H est, supérieur de 14 % à la moyenne nationale en psychiatrie adultes et de 6 % en pédo-psychiatrie ?

La réponse, même si elle n'est pas satisfaisante, est qu'il faut attendre encore trois ou quatre ans, le point ISA-psychiatrie qui permettra une répartition spécifique, nationale et régionale, des crédits de psychiatrie. L'inquiétude nouvelle éprouvée par la mission est que, si au CHS d'Angoulême, le calendrier national de mise en place du PMSI est connu, avec recueil exhaustif du 1^{er} janvier au 1^{er} juillet 2002, il apparaît qu'une part notable des psychiatres s'y refusera, réfutant les objectifs et le contenu du PMSI et suivant en cela la position d'un syndicat national.

Qu'en sera-t-il du système de répartition budgétaire si le point ISA-psychiatrie n'est pas utilisable en 2005 ?

La mission s'est rangée sur la position de la DHOS, parce que le terme était proche. S'il devait être différé, la mission estime qu'il faudrait, sans tarder, dissocier l'enveloppe de psychiatrie et rechercher un critère de répartition plus fruste que le point ISA mais plus équitable que le système actuel.

4.3.2.1 Année 2000

La dotation 2000 du CHS d'Angoulême est passée de 203,47 millions F à 211,64 millions F, soit une progression de 4,01 % ou 8,16 millions F. Cette progression se décompose ainsi :

A/ Mesures relatives au maintien de l'emploi :

GVT, effets-report des mesures salariales prises en 1999, diverses dispositions statutaires ou relatives aux bas salaires, hausses des cotisations au FEH et à la CNRACL

Il faut y ajouter les conséquences financières des protocoles de mars 2000 relatifs aux médecins et internes.

4,263 million F.
soit 52,2 % du total de la progression

B/ Les priorités de l'établissement :

Elles sont retenues en raison de sa position privilégiée sur l'indicateur dépenses par habitant. Ce poste est repris dans le COM un an plus tard et peut donc être considéré, par anticipation, comme le respect des engagements contractuels de l'ARH.

✓ gardes médicales	814.000 F
✓ 2 postes de PH [1 PH Temps plein et 2 X 0,5 pédo-psychiatres]	1,14 million F.
✓ remplacements du personnel non-médical	1,2 million F.
✓ augmentation des dépenses du groupe II, en raison de la progression de l'activité	400.000 F
	Total : 3,55 millions F.
	Soit 43,6 % de la progression totale

C/ Les autres mesures :

Concernant :

✓ l'effet en année pleine d'un poste d'assistant créé par la DHOS en 1999	298.000 F
✓ le suivi des prescriptions hospitalières exécutées en ville	25.000 F
✓ des crédits non reconductibles pour la mise en place de l'ARTT [hôpital référent]	20.000 F
	Total : 343.000 F.
	Soit 4,20 % de la progression annuelle

4.3.2.2 Année 2001

La part de la dotation régionale affectée au CHS en 2001 passe à 218,46 millions F [dotation initiale] soit une progression de 3,23 % ou 6,84 millions F. Cette majoration se décompose ainsi :

A/ Mesures relatives au maintien de l'emploi :

On y trouve le GVT, les mesures salariales générales, l'augmentation de la cotisation CNRACL et l'extension en année pleine des protocoles de mars 2000.

Coût : 3,82 millions F.
Soit 56 % de la progression initiale 2001

B/ Respect des engagements :

Ils sont pris dans le cadre du COM :

Coût : 3,017 millions F.
Soit 44 % de la progression

Ces crédits se répartissent ainsi :

✓ objectif 2 du COM : garantir une permanence médicale en renforçant la médicalisation : création d'un poste de PH à temps plein	630.00
✓ objectif 3 : rendre la psychiatrie plus accessible : renforcer les effectifs infirmiers de l'unité d'accueil intersectorielle [3 ETP] et du CATTIP de Cognac [3 ETP]	1,5 million
✓ objectif 4 : mieux organiser la prise en charge en pédo-psychiatrie : transformation d'un poste d'assistant en PH à temps plein	300.00
✓ objectif 7 : participer à la politique de prévention et de prise en charge des conduites addictives : ⇒ transformation d'un PH temps partiel en PH à temps plein pour la méthadone ⇒ frais d'analyse pour 15 patients sous méthadone	375.00
✓ Quart de la participation de l'ARH aux surcoûts liés aux investissements réalisés par le CHS	212.50

Conclusion

Le CHS a bénéficié des effets de la péréquation inter-régionale. Sa dotation est, en 2000 et 2001, sensiblement plus élevée que l'évolution de la dotation nationale.

La répartition régionale des crédits entre les secteurs psychiatriques, qui tient compte de la dépense par habitant, aurait du le favoriser davantage en 2001. En effet, d'autres secteurs moins bien placés sur le critère, ont obtenu cependant davantage de moyens, ce qui illustre le fait que l'indicateur de l'ARH n'est pas un mode de péréquation interne.

Le CHS, jusqu'en 2004, va bénéficier de renforts importants en personnel médical et non médical ainsi que d'une prise en charge partielle de ses surcoûts liés aux investissements qu'il entreprend. Il faut s'en féliciter. Mais d'autres établissements spécialisés, situés dans d'autres régions, n'ont pas cette opportunité, malgré leurs besoins incontestables.

La mission considère qu'un traitement plus équitable dans la répartition des crédits affectés aux secteurs psychiatriques doit intervenir, fut-ce à titre provisoire, dès la prochaine campagne budgétaire.

4.4 Le centre hospitalier de Châtellerault

4.4.1 Le cadre général

Le centre hospitalier de Châtellerault, avec 530 lits, dont 153 en MCO, est le deuxième établissement MCO du département de la Vienne, derrière le CHU de Poitiers.

Son bassin de population est d'environ 80.000 habitants, en légère progression, dont la ville de Châtellerault (35.000 H.).

La principale caractéristique de l'établissement est d'être installé dans une construction neuve de belle allure (architecte : M. VALENTIN). Le nouvel hôpital est ouvert depuis le printemps 2001.

4.4.1.1 L'activité

L'activité MCO se traduit depuis huit ans par une progression régulière du nombre des entrées, aujourd'hui supérieures à 10.000 par an, ce qui situe bien l'établissement au niveau d'un hôpital de proximité, le voisinage du CHU, à 35 kms, ne lui laissant pas d'autre alternative.

Grâce à la réduction des durées de séjour, l'OM se maintient, mais à un niveau élevé, plus de 80 %, dont près de 100 % en médecine.

En maternité et en chirurgie, l'hôpital est concurrencé par deux cliniques privées, de telle sorte que l'activité chirurgicale reste limitée, notamment en spécialités et que le nombre de naissances ne dépasse guère 550 par an, soit à peine la moitié des accouchements réalisés en ville de Châtellerault.

Comme partout, l'UPATOU enregistre une nette progression des passages aux urgences qui atteignent 17.500 en 2000.

L'évolution générale de l'activité tient donc essentiellement aux disciplines médicales.

L'ouverture du nouvel hôpital, qui correspond à une notable amélioration des moyens et du confort, pourrait modifier cette situation dont l'évolution dépend aussi des accords que le centre hospitalier se déclare prêt à envisager avec les cliniques privées.

4.4.1.2 Le fonctionnement

➤ Les ressources humaines

Les effectifs de personnel non médical ont progressé de près de 100 postes en 3 ans, dont la moitié à l'occasion de la mise en service du nouvel hôpital.

L'évolution annuelle depuis 1998 atteint 8,3 %.

Il fallait non seulement réussir l'ouverture de la nouvelle implantation mais répondre à une productivité exceptionnelle, l'établissement ayant la valeur du point ISA la plus faible de la région, d'où l'engagement financier important de l'ARH.

L'hôpital ne semble pas connaître de difficultés de recrutement en IDE, ce qui explique le fait que la direction n'envisage pas l'ouverture d'un institut de formation en soins infirmiers (IFSI).

L'absence d'IFSI est surprenante, lorsqu'on sait les difficultés nationales et même régionales de recrutement et les efforts accomplis par un très grand nombre d'hôpitaux, à la demande du gouvernement pour réduire la pénurie d'infirmières.

Le profil de l'hôpital permettrait d'offrir aisément les terrains de stage nécessaires. L'établissement reçoit d'ailleurs des élèves de l'IFSI du Blanc qui relève d'un hôpital de plus petite dimension.

Dans le cadre d'une régulation qui pourrait être régionale, il serait nécessaire de s'interroger sur l'opportunité d'avoir une IFSI à Châtellerault, en liaison avec les cliniques, éventuellement avec l'aide des apports de péréquation.

Les emplois médicaux progressent aussi fortement

En 2000, deux emplois de PH à temps plein ont été financés par l'ARH et, sur l'enveloppe nationale, deux postes d'assistant (1,7 million F).

Le COM 2001-2005, signé et honoré par l'ARH, prévoit sur 2001 et 2002, la création de cinq nouveaux emplois de PH à temps plein ou à temps partiel (1,35 million F).

Six autres postes de PH ne figurant pas au COM, mais inscrits au projet d'établissement 1999-2004, sont sollicités par l'établissement dans le rapport d'orientation budgétaire 2002 (1,9 million F).

Si cette dernière demande était satisfaite, l'hôpital obtiendrait en trois ans (2000-2002) la création de 15 postes, pour la plupart PH à temps plein, ce qui pose question à la mission, en raison du coût (environ 4 millions F) et s'agissant d'un secteur MCO limité à 153 lits dont l'activité évolue faiblement, en raison de l'environnement du centre hospitalier.

L'établissement n'éprouve pas de réelles difficultés de recrutement de médecins, à l'exception notable des anesthésistes qui sont majoritairement PAC ou PH contractuels.

La situation est également assez tendue en chirurgie et gynécologie -obstétrique.

➤ Les finances

La consommation des crédits au budget principal de fonctionnement a progressé de 16 % en deux ans, de 1998 à 2000, où elle atteint 188 millions F pour un compte administratif, tous budgets annexes inclus, de 243 millions F.

L'excédent consolidé 2000 est très élevé, 23,4 millions F, surtout en raison de la prise en charge anticipée des coûts induits par l'ouverture du nouvel hôpital.

Dès lors, tous les ratios de fonctionnement sont bons, sinon excellents, de même que les ratios de bilan qui traduisent aussi les efforts de bonne gestion de l'établissement, par exemple en matière de recouvrement des titres de recettes, de règlement des fournisseurs et de gestion des stocks.

On remarquera cependant le montant très élevé de la trésorerie au 31 décembre 2000, à 63 millions F, qui aurait du permettre la limitation des recours à la dette financière surtout liée à la construction de l'hôpital, qui est passée de 86 millions F en 1999 à 187 millions F en 2000.

Le système de trésorerie zéro (qui implique un tableau de trésorerie) avec ouverture simultanée d'une ligne de crédit de trésorerie, ne semble pas connu ou, du moins, pas utilisé par les responsables de l'établissement, malgré ses avantages en période d'endettement.

La mission observe que, si le COM comporte deux fiches-objectifs relatives à la gestion des moyens humains, rien n'est prévu en matière de finances, alors que des efforts sont nécessaires dans les domaines de la comptabilité analytique, actuellement inexisteante, même en coûts directs, et de la tenue des dépenses engagées, encore très rudimentaire et sans référence aux flux des années antérieures.

L'établissement ne dispose pas de tableau de bord ni d'un outil d'analyse de l'évolution des charges sur plusieurs années, ce qui ne doit pas faciliter le pilotage interne ni le travail de la tutelle.

Il est temps qu'un hôpital de la taille de Châtellerault dispose de ces instruments financiers, d'ailleurs obligatoires, et sache exploiter les ratios, ce qu'il ne fait pas.

L'esprit d'économie qui a caractérisé la gestion et l'abondance des moyens dont il a bénéficié de la part de l'ARH, ne suffisent pas à le dispenser des outils élémentaires de maîtrise de la gestion

4.4.1.3 La planification

Les recommandations du SROS II (juillet 1999) relatives au site de Châtellerault, traitent du développement de la chirurgie ambulatoire, d'un meilleur accès aux services des urgences (UPATOU et SMUR) et d'une organisation des soins coordonnée avec le CHU en matière de cancérologie, de cardiologie aiguë et de périnatalité.

Le projet d'établissement 1999-2004, voté en octobre 1999, entend d'abord réussir l'implantation du nouvel hôpital et rejoint la plupart des priorités du SROS II. S'y ajoutent les préoccupations de l'établissement d'améliorer la réponse chirurgicale et médicale spécialisée.

Le COM 2001-2005, signé le 21 février 2001, reprend, en MCO, les éléments du SROS, déclinés en dix objectifs.

L'essentiel est représenté par les surcoûts financiers et de fonctionnement [groupes I, II et III] liés au nouvel hôpital, dont le coût de la construction et des équipements atteint, avec les opérations annexes, 248 millions F.

L'engagement de l'ARH est donc de 19,2 millions F, dont près de 17 sur les deux premières années.

La mission a la conviction que la participation de l'établissement aurait dû être plus importante, compte tenu de ses ressources. Le prochain COM doit être l'occasion de remettre à plat le bilan des opérations.

4.4.2 *Les effets de la péréquation*

4.4.2.1 *Année 2000*

La part de la dotation régionale, affectée à l'hôpital de Châtellerault, est passée en un an de 154,7 millions F à 170,7 millions F, soit une progression de 10,3 %. Ces 16 millions F ne sont pas tous imputables à l'apport de péréquation, qui n'apparaît jamais dans les affectations de crédits.

Cet apport peut cependant être évalué, en retirant du taux de 10,3 %, l'évolution de la dotation globale nationale (2,5 %). Il faut aussi isoler l'apport de la région sur le critère PMSI, à savoir pour 2000, 3,37 millions F ou 2,18 %, ainsi que les crédits non reconductibles, 2 millions F ou 1,3 %

Le bénéfice de la péréquation inter-régionale pour l'hôpital de Châtellerault peut donc être évalué à 4,32 % ou 6,7 millions F confondus dans les 16 millions F d'évolution annuelle 2000.

C'est donc la répartition des 16 millions F qu'il convient d'examiner. Elle démontre la variété des secteurs de progression de l'établissement.

A/ Une première part correspond au GVT, aux effets report des mesures salariales prises en 1999 et à diverses dispositions statutaires.

Cette première série de crédits affectés au *financement global de l'emploi* dès la première notification sanitaire du 25 janvier 2000 représentent 2,831 millions F.

Il faut y ajouter les crédits notifiés le 22 juin 2000 correspondant à la hausse des taux de cotisation au fonds pour l'emploi hospitalier (FEH) et à la caisse de retraite (CNRACL), soit 287.000 F

Le troisième notification du 14 novembre 2000 répercute les dispositions des protocoles d'accord de mars 2000 relatifs aux médecins hospitaliers et aux internes, soit 783.000 F.

L'ensemble des mesures relatives au maintien de l'emploi médical et non médical atteint donc 3,9 millions F, à savoir le quart de la progression de la dotation de l'hôpital.

B/ La deuxième partie, la plus importante, est consacrée à la prise en charge des surcoûts liés à la construction du nouvel hôpital.

Les engagements pris par l'ARH, avant le COM de 2001, sont de 4 millions F. S'y ajoutent, au titre des priorités de l'hôpital financées sur la péréquation PMSI, 830.000 F de surcoûts sur le groupe III. Enfin, 2 millions F non reconductibles ont été affectés le 14 novembre, destinés à la constitution d'une provision pour étaler dans le temps les surcoûts de fonctionnement. L'hôpital bénéficie là d'une opportunité en raison des crédits non utilisés ou non alloués par l'ARH en fin d'année 2000.

Le total de cette rubrique est de 6,83 millions F, c'est-à-dire 43 % de la progression annuelle.

C/ La troisième rubrique qui représente le reliquat des 16 millions F, à savoir 5,27 millions F, c'est-à-dire le tiers de la progression de la dotation, est la plus intéressante par sa diversité. Elle peut être classée en trois parts :

1. La première, la plus faible en montant financier, concerne diverses **actions de prévention et de santé publique**.

Il s'agit des crédits de prévention et de traitement de la toxicomanie [39.000 F] du SIDA [11.210 F] et de la création d'une consultation de tabacologie [66.000 F]. La priorité, à la fois régionale et nationale, affectée aux soins palliatifs, trouve, ici, sa place avec la création de 0,5 poste d'IDE et de 0,5 poste de psychologue [67.500 F]. Il en va de même de la mise en place d'une permanence d'accès aux soins de santé [PASS], destinée aux plus démunis, avec la création d'un poste d'IDE [300.000 F].

Total des actions de prévention et de santé publique : 483.000 F.

2. La deuxième part correspond aux autres **priorités régionales et/ou nationales**, les premières venant souvent conforter financièrement les secondes.

L'action la plus lourde intéresse les urgences. On trouve d'abord l'extension en année pleine de mesures prises en 1999 en faveur des urgentistes et la création de trois IDE et d'un assistant [472.000 F].

Dans le cadre du SROS II, il a été décidé d'ajuster les effectifs des UPATOU au regard d'une référence régionale. L'hôpital de Châtellerault a besoin d'un renfort de quatre IDE pour atteindre la cible de 22,6 IDE.

Coût : 1,1 million F

A la notification du 14 novembre, l'hôpital a bénéficié d'un nouveau renfort pour les urgences : une aide-soignante et 1,5 IDE

Coût 2000: 157.500 F

Au titre des priorités nationales, la DHOS a financé en 1999 la création de deux postes d'assistant, en anesthésie et gynécologie-obstétrique :

Coût 2000 : 596.000 F

3. Enfin, 3,37 millions F sont affectés aux **priorités de l'établissement**, financés intégralement sur l'apport de la région au titre du PMSI.

Ces crédits permettent le recrutement de deux PH, en pharmacie et en gastro-entérologie, ainsi que le rebasement des dépenses du groupe II en raison du coût des médicaments et de la progression de l'activité médicale [800.000 F]. Le groupe III bénéficie d'un apport de même nature, à hauteur de 600.000 F, au titre du développement de l'usage unique et de la lutte contre les infections nosocomiales.

4.4.2.2 Année 2001

Le nouvel hôpital ouvre au printemps 2001. La quasi-totalité de l'effort financier consenti par l'ARH va être utilisée à cette fin. Ce soutien constitue l'opération régionale la plus importante de l'exercice.

La dotation de l'établissement pour 2001 [affectation initiale] progresse de 23,2 millions F, soit + 13,75 %, dont 18,66 millions F pour la seule opération d'implantation du nouvel hôpital .

Dans la recherche de l'identification de l'apport issu de la péréquation inter-régionale, il convient de soustraire de l'évolution de 13,75 %, d'une part la progression de la dotation globale nationale, soit 3 % et d'autre part l'apport régional basé sur le PMSI, à savoir 4,775 millions F ou 2,83 %.

La péréquation inter-régionale a donc bénéficié à l'hôpital de Châtellerault à hauteur de 7,92 % de la base 2001, c'est à dire 13,36 millions F.

La décomposition des 23,2 millions F, propres à l'exercice 2001, s'opère ainsi :

A/ Maintien de l'emploi : les crédits relatifs au maintien de l'emploi médical et non médical sont plus lourds qu'en 2000, car ils atteignent 4,53 millions F, qui se répartissent entre le GVT, les mesures salariales générales propres à l'exercice et l'augmentation de la cotisation à la CNRACL [2,55 millions F].

Le reliquat, non encore affecté, soit 1,98 million F, correspond à l'extension en année pleine des mesures mises en œuvre dans le courant de l'année 2000 [cf. supra], ayant un impact sur les dépenses du groupe I.

B/ L'ouverture du nouvel hôpital : contrairement à la situation constatée en 2000, il n'y a pas, en effet, d'autres priorités que l'ouverture de l'hôpital neuf, qui absorbe 18,66 millions F de la dotation régionale :

- ⇒ 4,32 millions F compensent les surcoûts financiers [groupe IV], conformément au COM
- ⇒ l'apport de péréquation régionale PMSI, 4,775 millions F, est entièrement affecté à l'opération [cf. COM]
- ⇒ enfin, la dotation complémentaire de l'ARH est de 9,565 millions F. Cet apport n'est pas conforme au COM, car il apparaît que l'opération s'avère plus coûteuse en janvier 2001, lors de l'affectation de la dotation à l'établissement que dans l'annexe [décembre 2000] du COM.

Cette annexe prévoyait, en effet, une dépense totale 2001 de 15,839 millions F. Deux mois plus tard, le nouveau coût ressort à 19,339 millions F dont 3,498

millions F sont reportés à 2002 « pour tenir compte de la réalité des embauches ».

Sur le groupe I, la dépense prévisionnelle progresse de 11,529 millions F à 13,508 millions F, correspondant à la création de 49,5 emplois non-médicaux et à diverses créations et transformations d'emplois médicaux. Les groupes II et III marquent aussi une progression des surcoûts.

Le bilan 2001 de l'opération tient compte des crédits reportés en 2002, de la reprise sur excédent disponible à hauteur de 1,5 million F et de la dotation PMSI, pour aboutir à l'affectation par l'ARH de 9,565 millions F [cf. PJ 2].

Conclusion

Le Centre hospitalier de Châtellerault est, avant le CHU de Poitiers, le premier bénéficiaire des apports de péréquation.

L'ouverture de l'hôpital neuf et ses conséquences en termes de dynamique d'établissement et d'amélioration de la prise en charge des malades ne sont certainement pas contestables.

L'interrogation porte sur l'évaluation des surcoûts, très élevés, liés à cette opération à laquelle l'ARH a consacré une part notable de ses ressources.

Le suivi insuffisant des dépenses engagées et surtout l'absence de comptabilité analytique sèment le doute sur la qualité des justifications fournies à la tutelle.

Les différences notables d'évaluation entre l'annexe du COM et la dotation initiale 2001 nourrissent ce doute.

La forte progression des effectifs médicaux est-elle correctement analysée au regard du fonctionnement de l'établissement, de son rôle d'hôpital de proximité et de ses effets sur l'offre de soins ?

En d'autres termes, les ressources importantes injectées par l'ARH dans l'opération étaient-elles toutes nécessaires ? seule, une enquête approfondie l'établirait.

Sous cette réserve, on doit se féliciter des moyens nouveaux de l'hôpital de Châtellerault, dont on peut penser qu'il continuera d'afficher un point ISA très compétitif, sans doute encore le moins élevé de la région. Mais la tendance, observée depuis 1999, vers le rapprochement avec la moyenne régionale devrait s'accélérer à partir de 2001. Tel est bien, d'ailleurs, l'objectif de la péréquation.

4.5 Le centre hospitalier de Confolens

4.5.1 *Le cadre général*

Le centre hospitalier de Confolens, avec 202 lits dont 52 en MCO est le plus petit établissement visité par la mission. Il illustre bien le rôle et les difficultés des petits hôpitaux de proximité.

Sous-préfecture de la Charente, de moins de 3000 habitants, située au nord-est du département, proche du Limousin, auquel le confolentais appartient historiquement, la ville de Confolens et son pays sont géographiquement enclavés et mal reliés, aussi bien à Angoulême à 63 kms qu'à Poitiers à 71 kms. La seule ville moyenne relativement proche est Saint-Junien (10.000 habitants) en Haute-Vienne, située à 28 kms.

L'hôpital, dont le bassin de population ne doit pas dépasser 40.000 habitants, trouve sa justification et son activité dans cet isolement, qui explique le fort sentiment identitaire qui anime le confolentais

4.5.1.1 *L'activité*

En médecine (25 lits), le taux d'occupation est stabilisé autour de 80 %, avec un nombre d'entrées en nette progression de 1998 à 2000 (+ 12 %) et une DM inférieur à 7 jours.

En chirurgie (27 lits), à l'inverse, l'occupation et les entrées ont fléchi de plus de 20 % sur la période, pour atteindre un taux inférieur à 50 %.

L'ensemble du court séjour est en recul de 11 % en OM (61 %) et de 9 % en entrées (2186 en 2000).

Dans le même temps, on observe une progression des passages aux urgences et une stabilisation des consultations externes.

La maison de retraite (80 lits), pour des raisons d'insuffisance de confort, voit sa clientèle s'effriter (OM : 63 % en 2000). Seuls les 70 lits de long séjour sont occupés à plein.

Si la situation est satisfaisante en médecine et susceptible de le devenir en maison de retraite, installée depuis mars 2001 dans une construction neuve, l'évolution de la chirurgie est plus inquiétante, même si elle était prévisible depuis la fermeture du bloc la nuit et le week-end.

4.5.1.2 *Le fonctionnement*

➤ *Les ressources humaines*

L'effectif du personnel non-médical est de 165 ETP. L'absence de bilan social interdit d'apprécier la gestion du personnel dont les effectifs ont légèrement progressé au cours des dernières années.

Le corps médical comporte 20 praticiens dont seulement 5 PH, les autres postes étant tenus par des PAC et des attachés.

Comme beaucoup d'établissements de cette dimension, l'hôpital a beaucoup de mal à trouver des anesthésistes. Un seul est actuellement en service, atteint par la limite d'âge. La situation n'est guère meilleure en chirurgie, où l'hôpital emploie 1,7 praticien, dont aucun ne pratique l'orthopédie.

Le nombre annuel de K, 48.000, illustre la faiblesse de l'activité.

A en croire le président de la CME, le corps médical n'a pas compris ni admis le nouveau dispositif s'appliquant à la chirurgie depuis juin 2000, consistant à n'assurer à Confolens que la chirurgie programmée, la permanence chirurgicale étant assurée par l'hôpital de Saint-Junien, les deux établissements organisant leurs équipes chirurgicales et anesthésistes en pool commun.

Outre, le recul de l'activité et le scepticisme de la population, qui verrait dans ses dispositions les prémisses d'une fermeture de la chirurgie, après celle de la maternité, le président de la CME observe que le pool ne fonctionne pas puisque les chirurgiens de Saint-Junien ne se déplacent pas à Confolens.

➤ *Les finances*

Le corps médical et les personnels n'avaient pas compris, jusqu'à une époque récente, les grandes difficultés financières de l'hôpital dont la valeur du point ISA, faute d'activité suffisante, est la plus élevée de la région.

De plus, les personnels médicaux et non-médicaux exigeaient le matériel le plus perfectionné, les praticiens étaient indûment indemnisés au plafond des gardes et astreintes ; on envisageait encore, en 1996, l'implantation d'une unité de cardiologie aiguë...

L'hôpital vivait au-dessus de ses moyens et cette situation a été favorisée par l'absence de directeur pendant près de 20 ans. L'intérim n'a pris fin qu'en 1999, par la nomination de l'actuel directeur. Ceci explique aussi l'absence, non seulement de projet d'établissement et bien sûr de COM, mais encore de rapport de gestion et de bilan social. L'hôpital ne disposait pas non plus d'inventaire, ni de fiches d'amortissements, jusqu'en 2000. Les éléments d'analyse du bilan sont dès lors quasiment inexistant.

Depuis plusieurs années, la situation financière apparaissant au compte administratif était catastrophique.

En 1997, les charges reportées de 1996 atteignaient 2,95 millions F. sur un budget général de 46,5 millions F., soit plus de 6% des charges d'exploitation.

En 1998, le même phénomène de report, qui révèle l'insuffisance des moyens financiers et, le plus souvent une trésorerie négative, se reproduisait pour atteindre 432.000 F, soit 1 % du budget. Puis la situation se dégradait à nouveau en 1999 et en 2000. Ce dernier budget supportait les dépenses ordinaires de l'exercice 1999 pour un montant de 2,31 millions F. (4,5 % du budget). Ces reports concernaient à peu près tous les groupes de dépenses, y compris les dépenses hôtelières, habituellement plus faciles à contenir et même celles du groupe IV (charges financières).

Un plan d'économies s'imposait, d'autant plus qu'au titre de la péréquation PMSI l'hôpital de Confolens est chaque année sanctionné, en raison de sa faible efficience : 584.000 F en 1999, 883.500 F en 2000 (2% du budget) et encore 743.000 F en 2001.

Ce plan, établi par le directeur en 1999, malgré la vive opposition des hospitaliers, prévoit, sur l'année 2000, 4,864 millions F. d'économies grâce à diverses suppressions d'emplois, dont 2 postes médicaux, au contrôle des gardes et astreintes médicales et à la limitation des effectifs du personnel en chirurgie.

A la fin 2000, le plan était réalisé à 85 % (4,14 millions F.) ce qui démontre la clairvoyance et le courage du directeur.

Dès lors, le report de charges de 2000 sur 2001 est inférieur à 370.000 F. On note aussi que, du CA 1999 au CA 2000, les dépenses de fonctionnement (reports inclus) fléchissent de 1,26 %, passant de 50,31 millions F. à 49,7 millions F., malgré diverses mesures d'augmentation des charges prises en 2000 (cf. infra).

4.5.1.3 *Les perspectives d'avenir*

On ne peut, en effet, traiter de la planification, puisqu'il n'y a encore, même s'ils sont en préparation, ni projet médical, ni projet d'établissement.

Les grandes perspectives sont cependant tracées.

D'abord à travers le SROS II. Celui-ci préconise la coopération chirurgicale, établie un an plus tard avec l'hôpital de Saint-Junien, et la réduction de la capacité de chirurgie pour mieux correspondre à l'activité.

Le SROS recommande la mise en place, sur le site de Confolens, d'une UPATOU et d'un SMUR primaire. Enfin, l'hôpital est encouragé à développer le conventionnement avec les hôpitaux plus importants, notamment Angoulême, pour conserver un rôle de proximité et d'orientation dans les domaines de la cancérologie, de la cardiologie aiguë et de la périnatalité.

De fait, l'UPATOU et le SMUR primaire sont autorisés en juin 2000, sous réserve de contrats-relais avec les CH et CHU les plus proches.

Un document de la DRASS fait apparaître l'évolution de la capacité. Si la médecine est maintenue à 25 lits, la chirurgie sera réduite de 27 à 15 lits et 4 places de chirurgie ambulatoire. La création de 15 lits de SSR est autorisée par décision de l'ARH du 23 octobre 2000.

Dès le dépôt du projet d'établissement, dont les grandes lignes sont aujourd'hui connues, sauf dans le secteur hébergement où des évolutions sont envisagées, l'hôpital doit aussitôt engager la négociation d'un COM avec la DDASS.

A cet égard, le directeur et le président de la CME redoutent que, contrairement à l'ARH, la DDASS ne soit réticente à un développement, même raisonnable, de l'établissement. Cette divergence de logiques entre l'ARH et la DDASS, qui serait perceptible, est un facteur réel d'inquiétude que la mission recommande d'éclaircir sans tarder.

4.5.2 *Les effets de la péréquation*

4.5.2.1 *Année 2000*

La dotation 2000 de l'hôpital de Confolens est passée de 37,22 millions F. à 40,18 millions F, soit une progression annuelle de 7,96 %.

Pour isoler la part revenant à la péréquation inter-régionale, le calcul est le suivant :

7,96 - [évolution de la dotation globale nationale ou 2,5 % + les effets de la péréquation régionale PMSI : - 883.500 F ou - 2,37 % + crédits non reconductibles : 1 million F. ou 2,69 %] = 5,14 %, soit 1,91 million F.

Le progression totale de la dotation de l'établissement est de 2,96 millions F. Elle se décompose ainsi :

A/ Mesures relatives au maintien de l'emploi :

GVT, effets report des mesures salariales prises en 1999, diverses dispositions statutaires ou relatives aux bas salaires, hausses des cotisations au FEH et à la CNARACL.

Il faut y ajouter les conséquences financières des protocoles de mars 2000 relatifs aux médecins et internes.

1,074 million F.

B/ Le renforcement des moyens en vue d'améliorer l'offre de soins

Les apports concernent presque exclusivement les urgences et le SMUR :

- ✓ D'abord, l'incidence en année pleine de mesures prises en 1999 relatives aux urgentistes et au recrutement de 3 PAC (urgences-SMUR) COUT : 338.800 F
- ✓ 3 IDE pour l'UPATOU (norme régionale) 825.000 F
- ✓ Réorganisation du SMUR : dépenses médicales ; transports primaires et secondaires ; dépenses des groupes III et V (matériel, radio, VL, etc.) 565.000 F
- ✓ Deux emplois-jeunes 47.000 F

Total : 1,77 million F.

C/ Autres :

- ✓ A titre non reconductible, un crédit de 1 million F, destiné à atténuer le report de l'exercice 2000 sur l'exercice 2001, ce qui devrait faciliter la mise en œuvre du plan de redressement. +1.000.000 F
- ✓ L'application de la péréquation PMSI -883.000 F

4.5.2.2 Année 2001

La valeur du point ISA de l'hôpital (14,63 F) continuant d'être supérieure de plus de 23 % à la valeur moyenne régionale (11,85 F), la ponction opérée demeure très lourde : 743.000 F, c'est à dire 2 % du budget.

La dotation annuelle s'en trouve pénalisée d'autant et, malgré diverses mesures, fléchit en 2001 (dotation initiale) de 39,18 millions F. à 36,44 millions F., soit un recul annuel de 2,74 millions F.

Ce recul trouve sa source, non seulement dans la péréquation régionale, mais surtout dans le transfert juridique et budgétaire des emplois de chirurgien et d'anesthésiste au CH de Saint-Junien, à hauteur de 2,8 millions F..

Cette modification de la base n'a de justification que si le transfert est réalisé au 1^{er} janvier 2001. Tel n'est pas le cas et le directeur de Confolens, devant continuer à rémunérer ces praticiens, a obtenu, en mai 2001, de l'ARH, sous peine de graves difficultés de trésorerie, la réintégration intégrale des 2,8 millions F. jusqu'à la nomination effective des praticiens à Saint-Junien.

La dotation est donc provisoirement réévaluée à 39,24 millions F., c'est à dire au même niveau que la base reconductible 2001.

En effet, la péréquation PMSI [-743.000 F] est à peine compensée par les crédits relatifs au maintien de l'emploi [614.000 F] et l'effet en année pleine des mesures prises en 2000 [protocoles et urgences], à savoir 182.500 F.

L'hôpital ne bénéficie d'aucun crédit supplémentaire, même au titre de ses propres priorités et va devoir poursuivre son redressement financier, s'il entend produire une valeur du point ISA moins élevée et moins pénalisante.

Dans la présentation du budget 2001, le directeur développe un nouveau plan d'économies, dont il attend plus de 3 millions F, en particulier sur le personnel [déplafonnement des gardes et astreintes, suppression de lignes de gardes, d'un poste et demi d'AS en chirurgie, etc.].

Conclusion

L'hôpital de Confolens se bat pour la survie de sa qualité de centre hospitalier. L'accord passé avec l'hôpital de Saint-Junien constitue, malgré ses inconvénients, une bonne solution, mais il appartient aux deux hôpitaux de faire vivre loyalement ce contrat, en créant les conditions d'un travail collectif, sans arrière-pensée qui ruinerait la crédibilité du projet auprès de la population.

Financièrement, la situation est difficile et le directeur mérite d'être encouragé et soutenu dans ses efforts. Un COM s'avère rapidement indispensable pour que des projets motivants, validés par le projet d'établissement, voient le jour et rendent à cet hôpital le dynamisme qu'il a failli perdre.

Les 12000 en 1998 pourraient se voir faire une partie de remboursement supplémentaire, mais ce n'est pas nécessaire de débordé sur 2000 en 2002 et 2003

Les 12000 pourraient être validés par le directeur et l'établissement, mais il faut faire attention au débordement sur 2000 et 2003 et au remboursement supplémentaire sur 2002 et 2003. Il faut faire attention au débordement sur 2000 et 2003 et au remboursement supplémentaire sur 2002 et 2003.

Ensuite en 2003 il sera plus difficile de corriger mais il faut faire attention au débordement sur 2000 et 2003 et au remboursement supplémentaire sur 2002 et 2003.

Les 12000 pourraient être validés par le directeur et l'établissement, mais il faut faire attention au débordement sur 2000 et 2003 et au remboursement supplémentaire sur 2002 et 2003.

Ensuite en 2003 il sera plus difficile de corriger mais il faut faire attention au débordement sur 2000 et 2003 et au remboursement supplémentaire sur 2002 et 2003.

Ensuite en 2003 il sera plus difficile de corriger mais il faut faire attention au débordement sur 2000 et 2003 et au remboursement supplémentaire sur 2002 et 2003.

Ensuite en 2003 il sera plus difficile de corriger mais il faut faire attention au débordement sur 2000 et 2003 et au remboursement supplémentaire sur 2002 et 2003.

4.6 Le centre hospitalier de Niort

4.6.1 *Le cadre général*

Le centre hospitalier de Niort, avec 1168 lits et places dont 489 en MCO, est, avec les C.H. de La Rochelle et d'Angoulême, l'un des principaux établissements hospitaliers de la région Poitou-Charentes [hors CHU].

Installé au chef-lieu des Deux-Sèvres, dont la population approche, pour l'agglomération, 100.000 habitants, l'hôpital dispose d'un bassin de population qui s'étend sur le Sud-Vendée (Fontenay-le-Comte) et le Nord de la Charente-Maritime (Saint-Jean-d'Angély). En revanche, le Nord des Deux-Sèvres, où est installé un centre hospitalier fusionnant trois hôpitaux (Parthenay, Thouars et Bressuire), lui échappe assez largement, en raison aussi de la proximité des Pays de la Loire.

La frange Est des Deux-Sèvres est orientée, elle, vers le CHU de Poitiers.

Le département des Deux-Sèvres, dont la démographie est en léger déclin et marquée par le vieillissement de la population, compte environ 350.000 habitants.

4.6.1.1 *L'activité*

Bien que les conditions générales d'installation des services soient peu fonctionnelles, comme le démontre le plan-masse de l'établissement (P.J. : 3), en raison d'opérations immobilières successives, l'activité MCO enregistre, au moins depuis 1995, une progression régulière du nombre des entrées, environ 1000 de plus chaque année, pour atteindre 24.200 en 2000.

Malgré une réduction simultanée de la DMS, aujourd'hui à 5,44 jours, l'OM demeure très élevée, à 86 %, particulièrement en médecine où l'occupation dépasse parfois 100. La chirurgie et surtout l'obstétrique souffrent de la concurrence d'une clinique privée importante et dynamique. Ainsi, la part des naissances déclarées en ville, intervenues à l'hôpital a fléchi de 3 points entre 1998 et 2000.

Les passages aux urgences évoluent peu, de 30 à 33.000 en cinq ans.

Enfin, le résultat PMSI de l'établissement a progressé de 8 % en deux ans, pour atteindre en 2000 43,5 millions de points ISA.

4.6.1.2 *Le fonctionnement*

➤ Les ressources humaines

Les effectifs de personnel non-médical ont légèrement progressé de 1996 à 1999, passant de 2030 à 2055, pour flétrir à 2023 en 2000, ce qu'explique la réduction des lits de pédiatrie [-11] et de long séjour [-60].

Les crédits consommés au groupe I toutes disciplines confondues, entre 1998 et 2000, traduisent une relative modération, la progression étant de 2,8 % en moyenne

annuelle, dont plus du tiers provient des effets du protocole « Aubry » de mars 2000, sur les mensualités de remplacement.

Nous verrons que l'ARH a alloué des crédits en 2000 et 2001 permettant des renforts ponctuels des effectifs non médicaux, dont l'absentéisme a progressé de façon inquiétante, principalement sur la maladie, pour atteindre le taux de 8,23 % en 2000 (6,81 % en 1999).

Les effectifs médicaux, après une baisse en 1999, qui s'expliquait par un nombre important de postes vacants, ont augmenté de 11 % sur une année pour atteindre le chiffre de 149 praticiens hors attachés, dont 129 à temps plein.

Cette progression procède à la fois des postes vacants pourvus, 14 praticiens ont été recrutés en 2 ans, et des créations intervenues dans le cadre de la dotation 2000.

La politique de l'hôpital a été, en effet, de développer et d'améliorer l'activité, grâce à un encadrement médical renforcé.

➤ Les finances

Les deux derniers exercices ont donné lieu à excédent : 4,8 millions F en 1999 puis 8,8 millions F en 2000, soit 1 % du budget principal, qui atteint 867 millions F et 897 millions F, en incluant les cinq budgets annexes.

On a déjà noté la stabilité des dépenses du groupe I. Les dépenses hôtelières (groupe III) sont également bien tenues, au point qu'elles sont, en 2000, au même seuil qu'en 1992. En revanche, forte progression des dépenses médicales (groupe II) sur un rythme annuel de 8 % depuis 1992. Les dépenses financières (groupe IV) ont connu un accélération plus rapide encore, 10 % en rythme annuel, principalement due à la progression des amortissements depuis 3 ans.

A noter, que le délai de paiement des fournisseurs [50 jours en 2000] résulte du développement d'une politique de paiement rapide des fournisseurs consentant un escompte financier. En l'absence d'escompte, les règlements ont lieu, en moyenne, à 60 jours.

Autre signe de bonne gestion financière, l'hôpital s'est doté, en novembre 1999, d'une ligne de crédits de trésorerie; de telle sorte que la trésorerie zéro permet d'optimiser les ressources internes en minimisant le recours à l'emprunt pour le financement de ses investissements, afin de réduire les frais financiers.

Les ratios de bilan révèlent une vétusté du patrimoine vers 50 %, c'est-à-dire dans les moyennes nationale et régionale, et une situation de l'endettement un peu plus lourde, bien qu'en voie d'amélioration, notamment en poids des charges financières dans l'exploitation, situé autour de 2 % pour une moyenne nationale de 1,25 %.

Contrairement aux autres Centres hospitaliers départementaux de la région [hors CHU], l'hôpital de Niort est le seul à présenter une valeur du point ISA inférieure à la moyenne régionale. Cet indice de qualité de la gestion est constant depuis 1995, avec une nette amélioration sur les deux derniers exercices, ce qui a permis à l'établissement,

situé sous le seuil de neutralisation de -5 %, de percevoir en 2001 le bénéfice de la péréquation PMSI.

4.6.1.3 *La planification*

Les préoccupations de planification sont essentielles à l'hôpital de Niort, qui doit répondre à des missions qui ont beaucoup évolué depuis 4 ans et qui doit faire coexister sur un même site [y compris le site mitoyen de Goise], tous les lits de MCO, mais aussi près de 300 lits et places de psychiatrie, 100 lits de SSR, 100 lits de soins de longue durée et 78 lits de maison de retraite.

Dans le cadre du projet d'établissement 1997-2001, adopté et approuvé en 1996, de nombreuses opérations ont été réalisées, à commencer par la principale, qui a consisté à installer les services de médecine dans un bâtiment unique avec les unités de chirurgie implantées en 1983, ainsi que la galette technique, qui forment le point de départ du nouvel hôpital.

Il a fallu, lors de l'installation en 1998 et dans les années suivantes, organiser les liaisons et coopérations entre les services, créer des fédérations, planter la chirurgie ambulatoire, moderniser le plateau technique, restructurer les locaux de consultations, etc...

Simultanément, d'autres opérations, certaines d'envergure, ont été réalisées : ouverture du centre médico-administratif et du bâtiment social, création d'une nouvelle blanchisserie, réhabilitation du V 120 pour le long séjour, travaux en psychiatrie, rééducation fonctionnelle et radiologie.

Est alors intervenu, en juillet 1999, le SROS II, ciblant les missions auxquelles doit répondre le site de Niort : réduction des capacités en chirurgie et obstétrique, nécessité de conforter le SAU, le SAMU/Centre 15 et le SMUR, organisation de soins coordonnés et renforcés en cancérologie et cardiologie aiguë, confirmation du site de Niort comme devant assurer une prise en charge de niveau I en périnatalité, création d'une unité pluri-disciplinaire de lutte contre la douleur.

Pour répondre à ces priorités qui exigent, pour la plupart, la constitution et le développement de réseaux de soins, le centre hospitalier de Niort a effectué en décembre 1999 une actualisation 2000-2001 de son projet d'établissement, avec également des volets en psychiatrie et en gériatrie.

En MCO, ce document tire les conséquences des orientations définies par le SROS. Par exemple, en cancérologie : renforcement des coopérations avec les établissements de soins du département et avec les médecins libéraux, remplacement de l'appareil à cobalt par un accélérateur linéaire, regroupement des chimiothérapies sur un seul site.

Mais, le point essentiel est sans doute l'aménagement et l'extension de la capacité et des moyens des urgences avec intégration de l'unité d'urgence pédiatrique dans le secteur d'accueil général.

Ce document, qui a seulement fait l'objet d'un accusé de réception de la part de la DDASS, donne lieu, en octobre 2000, à un programme spécifique aux urgences,

intéressant non seulement l'extension des lits-porte, la reprise des urgences pédiatriques, le secteur SAMU-SMUR, mais aussi l'imagerie, le PASS et l'accueil administratif. Ce programme de 50 millions F, qui sera seulement approuvé en mai 2001, devrait se réaliser pour une ouverture prévue en fin 2003.

L'hôpital travaille actuellement sur le projet d'établissement 2002-2006, qui mobilise non seulement un grand nombre de groupes de travail mais aussi, à travers le comité de pilotage, toutes les instances institutionnelles de l'établissement. Sur le MCO, le propos est de réaliser le secteur des urgences, d'adapter les unités médicales à l'accroissement des demandes, de mettre en place des pôles d'activités médico-chirurgicales, cardio-vasculaires et mère-enfant et d'adapter l'organisation des fonctions médico-techniques.

La direction déplore que la DDASS, encore une fois, ne se soit pas impliquée dans ce travail collectif et redoute que le COM, qu'elle réclame en vain depuis 1997, ne s'élabore tardivement. Elle observe que l'inertie de la tutelle, y compris l'ARH, décrédibilise ses propres projets, le corps médical constatant l'absence de COM qui est, à ses yeux, la porte d'entrée des moyens attendus.

La mission a déjà évoqué supra la nécessité pour l'ARH de répondre à ce mécontentement démobilisateur et de dynamiser la politique contractuelle avec les hôpitaux.

4.6.2 Les effets de la péréquation

4.6.2.1 Année 2000

La part de la dotation régionale affectée à l'hôpital de Niort est passée, en un an, de 771,9 millions F à 800,8 millions F, soit une progression de 3,75 % ou 28,9 millions F.

Pour calculer l'apport de la péréquation inter-régionale à l'hôpital, il faut retirer des 3,75 % le taux d'évaluation de la dotation globale nationale [2,75 %] et les crédits non reconductibles, 495.000 F [0,06 %]. Cet apport est donc de 1,19 % ou 9,18 millions F en 2000, pourcentage inférieur au résultat régional [1,94 %].

C'est la répartition des 28,9 millions F qu'il convient d'examiner :

A/ Une première part correspond aux mesures relatives au maintien de l'emploi :

GVT, effets report des mesures salariales prises en 1999, diverses dispositions statutaires ou relatives aux bas salaires, hausses des cotisations au FEH et à la CNRACL.

Il faut y ajouter les conséquences financières des protocoles d'accord de mars 2000, relatifs aux médecins et internes, notifiées le 8 novembre 2000.

Total : 16,8 millions F, soit près de 60 % de la progression de la dotation hospitalière.

B/ Le renforcement des moyens en vue d'améliorer l'offre de soins

- ✓ Le poste le plus important est celui des urgences : d'une part, les effets en année pleine des mesures prises en 1999 concernant les urgentistes et la création de deux postes médicaux à temps plein [1 PH et 1 assistant] ainsi qu'un agent non-médical.

Puis, au titre de l'exercice 2000, 2 postes médicaux à temps plein [1 PH et 1 assistant] 3 postes d'IDE, 1 poste d'assistante sociale, 2 personnels administratifs pour le PASS et 1,5 aide soignante

Total : 2,94 millions F

- ✓ Sur les priorités de l'établissement, le renforcement des effectifs pour améliorer l'accueil, notamment en période de suractivité hivernale : un PH à temps plein, 10 vacations d'attaché, une IDE, 0,5 assistante sociale

coût : 1,22 million F

- ✓ Développer les soins palliatifs et la lutte contre la douleur : renforcement des secrétariats et création d'un poste PH à temps partiel, de vacations d'attaché et de 0,5 poste de psychologue

coût : 0,56 million F

- ✓ Dans le cadre des priorités de l'établissement, renforcement des crédits du groupe II à hauteur de 2,45 millions F pour couvrir les traitements coûteux du cancer et de l'hépatite C.

Création de 2 postes d'IDE, au titre de la sécurité anesthésique pour l'unité de soins continus chirurgicaux et transformation, en cardiologie d'un poste d'assistant en poste de PH à temps plein.

Total : 3,19 millions F

C/ Actions de prévention, de santé et de développement des réseaux:

Elles sont nombreuses, coïncident fréquemment avec les priorités nationales et régionales et ouvrent des perspectives prometteuses pour que l'hôpital sorte de ses murs et se préoccupe, dans le cadre de réseaux, de communautés ou d'associations, de prévention, d'éducation sanitaire et, plus généralement, de santé publique.

- ✓ L'hôpital de Niort a joué un rôle précurseur dans le domaine de la prévention et du dépistage du cancer. Il est donc partie prenante dans la mise en place de l'unité de concertation pluridisciplinaire en oncologie et le renforcement de l'oncologie médicale

[création d'1/2 PAC et d'1/2 poste de radiophysicien]	660.000 F
Au titre du réseau de périnatalité, création d'un poste de PH	285.000 F
Au titre du réseau de cardiologie, création de 0,2 secrétaire, 0,2 PH à temps plein, 0,2 IDE, 0,2 diététicienne, 0,2 psychologue	400.000 F
Renforcement de l'équipe mobile de gériatrie pour la communauté des établissements du Sud Deux-Sèvres : 0,5 psychologue	162.000 F
Subvention à l'association AUDIP pour l'utilisation des pompes à insuline à domicile	150.000 F
- ✓ Pour la communauté du Sud Deux-Sèvres, soutien à la mise en place du PMSI-SSR : 0,5 secrétaire

Transformation d'un PH à temps partiel en PH à temps plein pour le département d'information médicale [DIM]	115.000 F
	284.000 F

✓ Prévention du tabagisme : 0,2 PH à temps plein, 1 PAC, 0,25 psychologue	391.000 F
Prévention et traitement du SIDA et de la toxicomanie	336.000 F
Maîtrise des prescriptions hospitalières exécutées en ville : 0,5 préparateur	237.000 F
✓ IFSI: extension du nombre des élèves IDE : 1,5 moniteur ; travaux et acquisitions de matériel et d'équipements	643.000 F
	Total : 3,66 millions F.

4.6.2.2 Année 2001

La dotation allouée à l'hôpital passe, en 2001 [dotation initiale] à 822,77 millions F, soit une progression de 2,80 % [+22,42 millions F].

Pour la première année, l'établissement bénéficie d'un apport de péréquation régional fondé sur le PMSI : 724.000 F [0,09 % de la base reconductible].

L'hôpital n'a pas bénéficié, sauf les notifications à intervenir en cours d'exercice, de l'apport de la péréquation inter-régionale qui se calcule ainsi :

2,80 % - [taux d'évolution de la dotation nationale (3 %) + crédits non reconductibles (445.000 F ou 0,06 %) + effets péréquation régionale PMSI (0,09 %)] = - 0,35 %, tandis que la région bénéficie d'un apport de péréquation inter-régionale de 1,99 %.

Examinons la décomposition des 22,42 millions F.

A/ Les mesures relatives au maintien de l'emploi sont toujours les plus lourdes :

GVT, mesures salariales générales, augmentation de 0,50 % du taux de cotisation CNRACL, effets en année pleine des protocoles négociés en 2000, un médecin du travail pour la communauté d'établissements du Sud des Deux-Sèvres

Total : 13,86 millions F, soit 62 % de la progression annuelle

B/ Le renforcement des moyens en vue d'améliorer l'offre de soins :

✓ Effets en année pleine des mesures prises en 2000, en faveur des urgences et sur les postes médicaux	385.000 F
✓ Mise en œuvre de la démarche qualité	200.000 F
✓ Dans le cadre de l'exécution du SROS, crédits en faveur de la chirurgie ambulatoire (sur la base du CM 24)	333.700 F
✓ Au titre des priorités de l'établissement :	
▪ Développer la chirurgie thoracique et vasculaire :	
1 PH à temps plein, 1 poste d'assistant transformé en PH à temps plein	946.000 F
▪ Renforcer la prise en charge des patients, notamment pendant la suractivité hivernale, surtout en médecine : 1 PH à temps plein – astreintes de sécurité	973.410 F
▪ 1 poste d'assistant transformé en PH à temps plein en ophtalmologie	318.900 F
▪ 1 poste d'assistant transformé en PH à temps plein en néphrologie	318.900 F
▪ Renforcer les moyens de l'hospitalisation de jour en oncologie : 2 IDE	541.200 F
▪ Renforcer le temps médical en pneumologie : 1 assistant	308.800 F
▪ Renforcer la prise en charge de la pathologie veille-sommeil : 3 vacations médicales	55.300 F
▪ Requalifier le personnel du bloc opératoire	180.400 F
▪ Renforcer le temps médical en réanimation : 1 praticien contractuel	390.300 F
✓ Création d'un poste de PAC	150.000 F

Total : 5,10 millions F.

C/ Actions de prévention, de santé publique et de développement de réseaux

Elles se bornent, pour la plupart, à prolonger les actions amorcées les années antérieures.

▪ Extension en année pleine des mesures prises en 2000, relatives au réseau de périnatalité	285.000 F
▪ Extension du financement des unités de secteur sanitaire de gestion des réseaux (USSGR)	200.000 F
▪ Prévention de la transmission des maladies infectieuses à prions : 1 PH à temps partiel ; 3 aides-soignants ; 1 cadre-soignant	1.258.000 F
✓ Au titre des priorités de l'établissement :	
▪ Renforcement de l'équipe d'orthogénie 0,1 médecin ; 0,1, psychologue ; 0,5 secrétaire	190.000 F
▪ Renforcement de l'équipe médicale de l'UCSA ; développer la prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles ; renforcer les moyens de prévention de la dépression et du suicide chez les adolescents	555.000 F

Total : 2,49 millions F.

D/ réduction des inégalités PMSI

0,724 million F.

Conclusion

L'hôpital de Niort est un établissement important, actif et bien géré qui, en 2000 et surtout en 2001, a peu bénéficié de la position privilégiée et des ressources de la région. On doit se souvenir que l'aide régionale, DRASS puis ARH, a été plus importante les années précédentes, lorsque l'établissement entreprenait des investissements lourds.

La mission a quelques interrogations à propos de cet hôpital qui a eu raison de renforcer nettement ses effectifs médicaux pour améliorer l'encadrement de ses services.

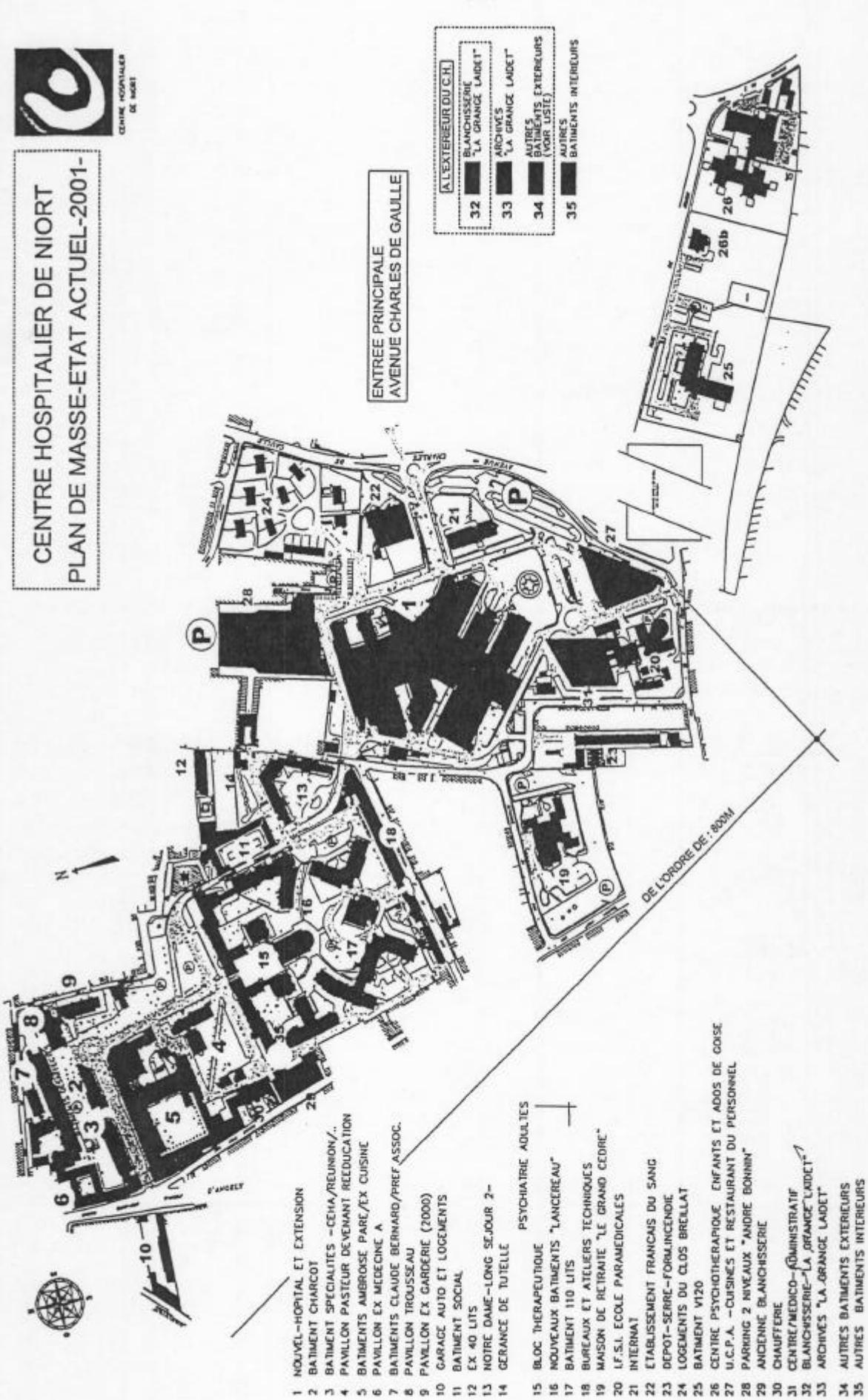
D'une part, ne serait-il pas nécessaire de réexaminer la carte sanitaire du secteur, pour envisager la création des lits médicaux ? Ceux-ci, au rythme actuel d'évolution de l'activité, risquent de s'avérer rapidement insuffisants. Une OM supérieure à 90 % révèle, le jour de sortie n'étant pas décompté, des rigidités et des surcharges mal tolérées, malgré la réduction de la DMS.

Mais l'essentiel réside dans la réponse et le concours que l'hôpital attend, en matière de planification et de contractualisation. Le corps médical hospitalier a-t-il tort de considérer qu'un COM, sollicité depuis 4 ans, constituerait un engagement riche de moyens ? C'est surtout l'expertise attentive de l'ARH qu'espère le chef lieu d'un département « fabriqué », dont le taux de fuite, en termes sanitaires, est le plus important de la région.



CENTRE HOSPITALIER
DE NIORT

CENTRE HOSPITALIER DE NIORT
PLAN DE MASSE-ETAT ACTUEL-2001-



CONCLUSION

Le présent rapport constitue la deuxième partie de l'étude consacrée à la péréquation hospitalière.

Le rapport de juillet 2001 avait procédé à une analyse de la formule appliquée au plan national et proposé des pistes d'améliorations de certains de ses critères ou de leur pondération. Il avait conclu à leur pertinence globale et jugé favorablement tant les objectifs fixés que les modalités retenues au fil des campagnes, depuis 1997.

L'analyse conduite ici est le produit d'observations de terrain. Elle s'attache à mesurer les conséquences concrètes, au plan local, du mécanisme mis en place.

A l'issue de ses visites, et conformément à cette approche, la mission est en mesure de faire les constats et recommandations suivants :

En premier lieu, les rapporteurs considèrent que les recommandations de première phase sont doublement validées par les observations qu'ils ont pu faire au cours de leurs déplacements :

D'une part la péréquation est, aujourd'hui pleinement intégrée par les acteurs hospitaliers locaux et ce même quand ils la contestent ou ne l'appliquent que marginalement. A ce titre, elle joue déjà- parfois contre la volonté de certains d'entre eux- un rôle essentiel dans l'évolution et le rééquilibrage de l'offre hospitalière.

D'autre part, les retards ou tentations d'évitement constatés dans l'adaptation de cette offre ne remettent pas en cause le dispositif lui-même, mais son articulation avec d'autres politiques : financements spécifiques de priorités nationales ou, si l'on n'y prend garde pour le proche avenir, crédits correspondant à la mise en place de la réduction du temps de travail.

En second lieu, les visites en région ont fait apparaître, comme le présageait la première partie du rapport, des situations significativement contrastées.

En ce qui concerne les **deux régions bénéficiaires**, (et même sur-bénéficiaires puisqu'elles relèvent de la péréquation dite accélérée jusqu'en 2003), dans lesquelles la mission s'est rendue- Picardie et Poitou-Charentes- la mission considère que, tant au niveau des ARH que des centres hospitaliers visités, il a été fait généralement bon usage des flux financiers supplémentaires apportés par la péréquation.

Toutefois la mission fait plusieurs constats qui modèrent cette appréciation globale et appellent l'attention particulière de la tutelle ministérielle.

Tout d'abord, dans ces deux régions, on observe une relative difficulté à engager une démarche contractuelle généralisée avec les établissements, pourtant

indispensable à une action pérenne de reconfiguration, dans la perspective de la fin de la péréquation accélérée.

Ainsi, en Picardie, seulement cinq Contrats d'Objectifs et de Moyens (COM) ont-ils été signés et huit en Poitou-Charentes. Ceci traduit une difficulté, pouvant devenir préoccupante, à concevoir globalement une véritable réflexion stratégique au moment où ces régions bénéficient d'abondements exceptionnels pour recomposer leur offre.

La mission a également relevé (et cet aspect doit être considéré comme éclairant directement le premier) des insuffisances en matière de gestion des ressources humaines.

En Picardie, les crédits sont ainsi très majoritairement utilisés pour renforcer les moyens en personnels. Elle s'appuie sur les écarts constatés avec les indicateurs de moyens humains nationaux, mais elle apparaît essentiellement liée à des financements de projets, sans véritable réflexion globale sur l'affectation des moyens supplémentaires, notamment entre les différents groupes de dépenses. Cette politique devra, dans l'avenir, faire la preuve de sa pertinence.

La mission relève parallèlement, en Poitou-Charentes, une politique de l'ARH qui entend favoriser budgétairement les établissements où les personnels sont « en moyenne plus productifs » et qui se traduit par des avancements d'échelons et de grades plus généreux qu'ailleurs pour ces derniers. La mission estime que cette approche ne se justifie pas et est un frein à la mobilité du personnel.

Ainsi, la mission a le sentiment que ces régions auraient pu connaître une évolution plus sélective des moyens composant leur offre hospitalière, avec, en conséquence, des apports du mécanisme de péréquation qui auraient, sans doute, pu être moins importants

En termes de recommandations, la mission souligne que, conformément, aux conclusions de la première partie de son rapport, la fin de la péréquation accélérée va inévitablement provoquer une rupture dans les montants financiers obtenus. Il est donc nécessaire que ces régions bénéficiaires se préparent activement à la campagne budgétaire 2004. Celle-ci se traduira par de moindres facilités par rapport aux campagnes précédentes et révélera les ajustements qui auront été retardés ou négligés.

Dans cette perspective, la mission réaffirme que, tout en laissant le processus aller à son terme, il serait à la fois inapproprié et dommageable, d'introduire d'autres périodes de péréquation accélérée. A l'examen des situations observées localement, rien ne le justifie ni ne l'impose.

En troisième lieu et pour ce qui concerne les **deux régions, parties versantes** à la péréquation qui ont été étudiées par la mission - Ile de France et Midi-Pyrénées- celle-ci conclue à des situations qui ne peuvent être appréhendées de la même manière.

Tout d'abord, en termes d'impact réel du dispositif, elle souligne que si trois régions sont parties versantes, deux le sont de façon quasi marginale. Par contre, l'Ile de

France, pèse pour l'essentiel dans son abondement. A elle seule, cette dernière verse 86,6% des transferts de péréquation.

Dans ce contexte, la mission confirme que l'ordre dans lequel les 21 régions se trouvent classées par la péréquation, n'a qu'une importance très relative. D'abord parce que mécaniquement, en fonction de l'évolution annuelle des paramètres, ce classement évolue. Ensuite, lieu parce que le véritable enjeu se situe au niveau de la valeur des taux de péréquation et des masses financières correspondantes. Les régions versantes classées 19^{ème} et 20^{ème} ne présentent, à cet égard, que très peu de différences par rapport à la région classée 18^{ème} et qui pour sa part figure dans la liste des régions bénéficiaires.

Dès lors, la mission estime excessives et purement d'opportunité les critiques méthodologiques de l'ARH de Midi-Pyrénées. Cette région est soumise à une contrainte -c'est l'objectif même de la péréquation- mais conforme à la nature même du dispositif, qu'il soit accéléré ou non.

La mission considère ainsi que ces critiques, qu'ils ont examinées avec attention, ne sauraient justifier la politique actuellement suivie en matière d'allocations budgétaires dans la région. Il lui apparaît qu'elle se fonde sur une critique intellectuelle en partie contestable pour mener un politique opérationnelle critiquable au regard des objectifs de la péréquation. Prolonger cette attitude lors de la prochaine campagne budgétaire équivaudrait à nier la validité de la politique du ministère et à remettre en cause l'exercice au plan national ; d'autres régions pouvant être tentées de s'accorder les mêmes facilités.

La région Ile de France offre une seconde singularité : celle de devoir être appréhendée en fonction de ses deux composantes, elle-même hors AP-HP d'une part; l'AP-HP d'autre part.

Dans ce cadre, la mission relève que l'ensemble des établissements de la région fait l'objet d'une péréquation intra régionale calculée globalement et que l'on applique au taux obtenu un abattement forfaitaire de 0,3 point entre l'Ile de France hors AP et l'AP-HP. Par ailleurs la direction de l'AP-HP ne pratique que très marginalement la péréquation entre établissements. Cette situation, source de distorsions et d'opacités, ne paraît pas durable à la mission et n'a pas, de surcroît, conduit les établissements des deux ensembles considérés à se restructurer à proportion des déséquilibres constatés: surdensité de l'offre de court séjour dans les secteurs sanitaires centraux et, inversement, insuffisance de l'offre de moyen et long séjour, insuffisance globale de l'offre psychiatrique notamment.

Toutefois, la mission considère comme positif que l'ARH d'Ile de France ait véritablement joué le jeu de la péréquation en mettant en place un système intra-régional. Ce mécanisme a le mérite d'avoir été élaboré de façon transparente pour les établissements de la région et d'avoir eu un réel effet de mise sous tension, même si beaucoup ont préféré retarder leurs nécessaires évolutions. Face à leurs contraintes budgétaires souvent fortes, les centres hospitaliers ont en effet, dans leur majorité, cherché à contourner le problème, plutôt qu'à le résoudre. Ils ont ainsi joué sur les marges de manœuvre dont ils disposaient et utilisé des artifices comptables (report de charges, trésorerie, déficit, retards de paiement, ralentissements des recrutements,...)

Elément tout aussi préoccupant, la mission a pu constater, sur le terrain, que les mesures ciblées ou les actions générales (tel le protocole Aubry de mars 2000) par leur répartition proportionnelle, ont en partie gommé les effets de la péréquation et incité les centres hospitaliers à différer la nécessaire prise de conscience du fondement et des conséquences de la péréquation.

La mission se doit, en conséquence, d'attirer l'attention sur la nécessité d'une approche différente, cette fois liée à un mécanisme péréqué (que qu'en soit la nature) pour la ventilation des abondements d'effectifs et de crédits qui seront consécutifs à l'ARTT dans la fonction publique hospitalière.

La mission, dans la perspective d'une allocation des moyens budgétaires plus proches des besoins réels des établissements, confirme sa conclusion de la première partie du rapport, en considérant que, si la péréquation ne saurait être fondée sur le seul point ISA, celui-ci doit cependant voir son rôle renforcé dans la formule. Il lui paraît au demeurant que le relèvement du coefficient de pondération (0,50) de ce paramètre, devrait jouer en faveur de l'Ile de France.

La mission souligne que la situation atypique de l'AP-HP au regard de la péréquation est peu satisfaisante. Elle considère qu'elle doit être clarifiée, soit en l'intégrant complètement dans la péréquation régionale globale, soit en lui calculant des crédits péréqués nettement distincts.

Elle insiste, parallèlement, sur le fait que le rythme des restructurations demeure pour cette dernière très insuffisant et qu'il ne peut évoluer qu'avec un soutien politique fort des autorités de tutelle.

Enfin, concernant le point particulier la psychiatrie, la mission a pu constater, sur le terrain, ce qu'elle avait pressenti dans son étude générale du premier rapport. Faute de disposer d'un indicateur « Point ISA » adapté, dont le besoin apparaît de plus en plus urgent, les régions traitent ce sujet selon le critère simplifié du ratio de dépenses de psychiatrie par habitant. Une telle modalité n'est ni satisfaisante ni équitable.

Il apparaît donc indispensable à la mission de dissocier nettement dans l'actuelle formule de péréquation la masse psychiatrie et de lui donner une règle propre d'évolution. Celle-ci devrait être déclinée ensuite et séparément selon les régions. Une reconduction uniforme des moyens aurait non seulement peu de sens, mais obérerait pour plusieurs années l'indispensable réorganisation de ce secteur dont le poids financier est important (39 MMF sur 266 MMF de dotation globale, soit 14,7%).

En dehors de cette dernière mesure dont la mission considère qu'elle devrait être mise en œuvre dès la campagne 2002, les autres préconisations, qui se trouvent confirmées sur le terrain, devraient intervenir pour la campagne budgétaire 2004.

La préparation de cette dernière débutera au printemps 2003, c'est à dire à un horizon très proche. Il importe que les travaux soient dès maintenant engagés, et qu'ils le soient dans la plus grande clarté. Les ARH et les hôpitaux ont besoin de cette lisibilité et de cette visibilité..

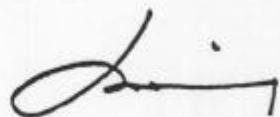
La péréquation demeure l'aiguillon indispensable à l'évolution du paysage hospitalier français. Aucune recomposition ni aucune restructuration ne sera possible sans une action forte et pérenne en la matière, bénéficiant d'un ferme soutien politique.

L'outil que constitue la péréquation est sans nul doute un des vecteurs les plus efficaces pour atteindre cet objectif.

Henri BONAN



Jean-Paul DARNIS



Jean-François CHADELAT



François SCHECHTER

