Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Inspection générale
des finances

n° 2006-M-081-02

Inspection générale
des affaires sociales

n° RM2007-018P

Mission d'audit de modernisation

Rapport

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

Etabli par

Patrick BLANC
Inspecteur des finances

Amélie VERDIER
Inspectrice des finances

Agathe DENECHERE
Inspectrice des affaires sociales

Gilles DUHAMEL
Inspecteur général
des affaires sociales

- AVRIL 2007-

Audits de modernisation

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

Constats

1. Cadre de l'audit

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

2. Difficultés constatées

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

MINEFI - DGME - 2007

Audits de modernisation

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

Propositions

Ministère de la santé et des solidarités

3. Recommandations

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

4. Impacts attendus et échéances

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

MINEFI - DGME - 2007

Rapport

INTRODUCTION (1/3)

Contexte de la mission

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

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

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

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

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

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

- la définition de la **politique régionale d'offre de soins hospitaliers**
- la **tutelle** des établissements de santé (article L. 6115-1 du code de la santé publique) – la tutelle peut se définir comme l'encadrement général et le contrôle de établissements
- elles participent à la fonction de **pilotage** des établissements, exercée par la DHOS, que l'on peut définir comme la détermination (DHOS) et le suivi (ARH pour une large part) des objectifs et des politiques publiques mises en œuvre par les établissements de santé.

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

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

INTRODUCTION (2/3)

Cadre d'intervention et objectifs de la mission

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

Définitions : performance et efficience hospitalières

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

INTRODUCTION (3/3)

Méthode adoptée

- Rencontre des acteurs centraux :
  - DHOS et ses « satellites » agences et missions (mission d'expertise et d'audit hospitaliers – MEAH, agence technique de l'information sur l'hospitalisation – ATIH, mission T2A – MT2A, etc.)
  - Haute autorité de santé (HAS)
  - direction de la sécurité sociale (DSS)
  - CNAM-TS
  - MINEFI (DB, DGCP)

- Déplacement dans 5 régions (Rhône-Alpes, Bourgogne, Bretagne, Haute-Normandie, Poitou-Charentes) aux profils diversifiés pendant 3 jours chacune ; rencontre de 13 établissements hospitaliers dont 3 CHU et une clinique, contacts avec l'AP-HP.

- Analyse des travaux DHOS et des données disponibles :
  - recensement des outils existants (bases de données, SI)
  - étude des outils de pilotage DHOS-ARH et ARH-établissements
  - étude des travaux de la MEAH sur la performance de l'organisation hospitalière
  - étude des grandes caractéristiques de l'échelle nationale de coûts (ENC – établie à partir d'une enquête annuelle dans une cinquantaine d'établissements qui communiquent leurs coûts au niveau du GHS; cette enquête sert de base à la fixation des tarifs de la T2A).

- Présentation intermédiaire des travaux le 19/12/2006 et choix d'axer le rapport sur les propositions (validation par le secrétariat général des ministères sociaux et la DHOS), développant l'idée que **l'amélioration de la performance et de l'efficience hospitalières doivent être au cœur de la mission des ARH, qui évolue de la tutelle vers le pilotage.**
- Test des propositions auprès de certains acteurs : notamment un directeur d'ARH, la MEAH.

2 idées forces pour faire de l'amélioration de la performance et de l'efficience hospitalières une politique plus affirmée du ministère de la santé :

- **donner les moyens aux ARH de piloter la performance hospitalière**
- **améliorer le fonctionnement d'ensemble des ARH d'une part, du réseau de chaque ARH d'autre part.**

9 annexes détaillées - elles sont articulées en constats et propositions et contiennent des exemples de bonnes pratiques généralisables (tableaux descriptifs joints aux annexes) :

- 4 annexes portent sur les modalités de pilotage de la performance et de l'efficience (annexes I à IV : outils existants et utilisés par les ARH, prise en compte de la qualité dans la mesure de la performance, propositions de tableaux de bord pour les ARH et analyse des données de l'échelle nationale de coût)
- 2 annexes portent sur des vecteurs essentiels de l'action des ARH vis-à-vis des établissements, les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) et les contrats de retour à l'équilibre (CRE) (annexes V et VI)
- 3 annexes portent sur les outils de pilotage dont dispose le ministère et en particulier la DHOS vis-à-vis des ARH : les contrats d'objectifs conclu avec les ARH, les lettres de mission données aux directeurs d'ARH et le fonctionnement du réseau des ARH (annexes VII à IX).

PLAN DU RAPPORT

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

I. Donner les moyens aux ARH de piloter la performance et l'efficience
A. Généraliser et affiner la connaissance de la performance hospitalière

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

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

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

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

A. Généraliser et affiner la connaissance de la performance hospitalière

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

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

1. Imposer la généralisation de la mesure de la qualité et de l'efficience

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

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

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

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

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

- des données indispensables (sécurité) et/ou permettant de s'assurer du respect de dispositions réglementaires

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

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

Une telle généralisation suppose cependant :

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

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

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

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

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

- En matière de **qualité** (cf. annexe II), la mission propose que la DHOS privilégie la généralisation des indicateurs du projet « *Coordination pour la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité hospitalière* » (COMPAQH) au fur et à mesure de leur validation, selon un calendrier largement diffusé. A minima, il apparaît indispensable de généraliser dès maintenant :
  - la démarche de gestion du risque
  - la mesure des événements indésirables
  - le suivi de la certification des établissements par la haute autorité de santé (HAS)
  - la gestion informatisée des plaintes dans les établissements.

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

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

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

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

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

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

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

I. Donner les moyens aux ARH de piloter la performance et l'efficience
A. Généraliser et affiner la connaissance de la performance hospitalière

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

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

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

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

2.1. Des bases de données nationales à constituer

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.1. Développer les analyses médico-économiques et financières

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

La mission propose les études suivantes au niveau national :

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

Au niveau régional :

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

I. Donner les moyens aux ARH de piloter la performance et l'efficience : B. Renforcer le contenu de l'outil contractuel pour donner plus de poids aux ARH

3. 2. Développer les analyses de la qualité

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

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

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

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

La mission propose :

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

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

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

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

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

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

I. Donner les moyens aux ARH de piloter la performance et l'efficience : B. Renforcer le contenu de l'outil contractuel pour donner plus de poids aux ARH

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

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

- **Une clarification réglementaire pourrait par ailleurs subordonner le projet d'établissement au CPOM.** Les deux textes sont aujourd'hui juridiquement sur le même plan : lorsque le projet d'établissement a été élaboré en 2006, il est très difficile pour les ARH d'imposer dans le CPOM de nouveaux objectifs de performance.
- La mission souligne que certaines de ses recommandations (mise en œuvre de la comptabilité analytique, diagnostic sur la base des méthodes définies par la MEAH, suivi des indicateurs de qualité) peuvent être mises en œuvre indépendamment des CPOM. La passation d'avenants doit également être l'occasion d'un renforcement du contenu des contrats.

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

- La mission préconise qu'une action systématique de l'ARH soit entreprise dès lors qu'un EPRD est exécuté en déséquilibre.
- Si le contrat de retour à l'équilibre n'a pas d'existence juridique propre, il serait souhaitable que les ARH **formalisent en région les conditions de recours à ce type de contrat**, en incluant par exemple des délais de signature à respecter pour bénéficier d'une aide de l'ARH (afin d'éviter les situations de signature trop tardives pour être contraignantes).
- **Le niveau d'exigence** en matière d'indicateurs de performance doit être plus élevé que dans le CPOM et inclure notamment :
  - La mise en place rapide d'outils fins de connaissance des coûts et l'identification des facteurs de déficit,
  - Le lancement de chantiers d'organisation sur les thèmes identifiés comme prioritaires à partir des travaux MEAH et la fixation d'objectifs cibles à partir des valeurs de référence,
  - Une évaluation précise des coûts des investissements envisagés et de leur impact sur l'organisation, incluant un réexamen de la pertinence du calendrier, le cas échéant,
  - Un examen des réorganisations/coopérations envisageables au sein du territoire de santé (en application de l'article L. 6143-15 du code de la santé publique).
- Toute aide financière doit être strictement subordonnée à la réalisation d'un diagnostic précis et contradictoire sur les facteurs de déficit et à la mise en œuvre des mesures correctrices.
- Pour améliorer l'implication des acteurs, la mission suggère qu'un lien systématique soit fait entre l'avancement du CRE et l'évaluation du directeur de l'établissement réalisée par le DARH et intégrée à la grille nationale dont l'élaboration est attendue. Dans certains cas, l'adoption du contrat de retour à l'équilibre par le conseil d'administration de l'établissement devrait être recherchée.

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

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

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

- **Le suivi de la consommation des molécules onéreuses** (molécules pour lesquelles l'établissement est financé en sus de la T2A, aujourd'hui à hauteur de 100% du prix de référence – la dépense de molécules onéreuses augmente en moyenne de 20% par an) devrait être intégré à cette évaluation.
- Pour que l'évaluation soit crédible, le ministère (DHOS et DSS) doit, conjointement avec la CNAM-TS, **décider la mise en œuvre de la modulation** prévue par le décret n°2005-1023 du 24 août 2005 relatif au CBUM (non appliquée en 2006 malgré les initiatives de certaines ARH).

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

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

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

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

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

- La mission recommande que soient dégagées des marges de manœuvre régionales en début de période, annoncées à l'avance et permettant la mise en œuvre d'une véritable politique régionale d'attribution des crédits, en fonction de critères d'efficience ou d'efforts d 'organisation.
- **Elle propose également la fongibilité de ces crédits avec les enveloppes allouées au titre des plans de santé publique**, qui sont de facto déjà utilisés comme marge de manœuvre régionale en fonction des besoins locaux.
- **Une part de ces crédits devrait servir à financer l'intervention dans les établissements de consultants externes** chargés de mener des audits organisationnels sur la base des méthodes élaborées par la MEAH, pour des établissements en difficultés.

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

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

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

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

• Donner les moyens aux ARH de piloter la performance et l'efficience : C. Améliorer l'utilisation des leviers des ARH en matière budgétaire et financière

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2ème partie : Améliorer le fonctionnement collectif des ARH et de leur réseau

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

La mission a constaté que :

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

Elle relève par ailleurs :

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

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

A. Recentrer la mission des ARH sur la performance hospitalière

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

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

D. Améliorer le fonctionnement du réseau par des mises à disposition d'agents des DDASS et en renforçant la collaboration avec le Trésor public

A. Recentrer la mission des ARH sur la performance hospitalière

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

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

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

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

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

Cependant :

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

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

✓ **des objectifs relatifs à la performance et à l'efficience des établissements de santé soient définis** dans les PQE

✓ les objectifs fixés aux ARH en matière de pilotage de la performance puissent avoir une traduction concrète.

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

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

- **Dans les contrats d'objectifs** :

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

II. Améliorer le fonctionnement d'ensemble des ARH et de leur réseau
A. Recentrer la mission des ARH sur la performance

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

- **s'articulent avec les objectifs définis par le PQE de la branche maladie**
- **renforcent l'objectif d'amélioration de l'efficience hospitalière**, en mettant notamment l 'accent
  - sur un examen rigoureux de la soutenabilité des projets d'investissement,
  - sur la mise en place de contrats de retour à l'équilibre dans les conditions développées supra (§ I.B.2)
  - sur l'évaluation de la performance organisationnelle des établissements (en s'appuyant sur les travaux de la MEAH).

■ **Dans les lettres de mission**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Celle-ci devra comprendre a minima :

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

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

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

- Au vu des moyens limités existants, il apparaît nécessaire de permettre aux ARH d'écarter les « bons élèves » qui conduisent successivement plusieurs chantiers ou qui, s'appuyant sur une équipe de direction dynamique, engageront de toutes façons des travaux d'amélioration de l'organisation.
- A contrario, les ARH pourraient **identifier des candidats qu'elles jugent prioritaires** (par exemple, dont la démarche de réorganisation a besoin d'un soutien externe, etc.).

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

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

La mission propose ainsi que :

- les ARH soient mieux associées au choix des thèmes de travail de la MEAH, par exemple en définissant au moins l'un des chantiers pilote chaque année
- la MEAH assure une meilleure diffusion aux ARH des résultats de ses travaux, en s'appuyant sur les nouveaux chargés de mission efficience.

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

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

- **La mission recommande le développement des opérations d'audit**, dont les modalités doivent être clairement définies, en ayant recours à des moyens proportionnés au besoin :
  - en les menant en interne à l'ARH (à partir de l'outil diagnostic flash complété le cas échéant d'un audit conduit par des équipes mixtes ARH – Trésor public, cf. *infra* § II.B.D)
  - en recourant à des auditeurs externes s'appuyant sur les méthodologies de la MEAH
  - en recourant aux conseillers généraux des établissements de santé, de façon sélective et en fonction du diagnostic réalisé en région.

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

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

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

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

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

- La mission recommande en ce cas le développement de **collaborations interrégionales** : appui réciproque (en fonction des compétences particulières des chargés de mission de la région), mise en place de groupes de travail interrégionaux, mutualisation de moyens (par exemple pour la mise en place d'équipes d'audit).
- Cette collaboration doit être particulièrement développée pour la mise en place d'outils et la définition de méthodes au niveau des chargés de mission finances (cf. annexe IX).

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

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

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

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

- La mission recommande la mise en place de **groupes de travail référents** pour l'élaboration des outils diffusés aux ARH, ce qui permettrait de tirer les enseignements de ces expériences et de les mutualiser.
  - Un premier groupe de travail pourrait être mis en place pour l'élaboration du modèle type de CPOM (ou des avenants à mettre en place après le 31 mars 2007)
  - Un groupe pourrait travailler sur les systèmes d'information (définition des besoins en termes de bases de données, suivi de la mise en œuvre et test de l'outil Parhtage décision)
  - Un groupe pourrait élaborer la grille nationale d'évaluation des directeurs d'hôpitaux.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

II. Améliorer le fonctionnement d'ensemble des ARH et de leur réseau
D. Améliorer le fonctionnement du réseau des ARH et développer les collaborations avec le Trésor Public

3. La collaboration avec le Trésor public doit être renforcée

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

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

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

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

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

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

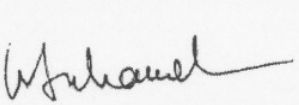
- D'une part, le recours au Trésor public pour la réalisation d'analyses financières doit être développé. La mission économique et financière est également susceptible d'offrir un appui pour l'examen des projets d 'investissement.
- D'autre part, dans l'optique d'un renforcement de la compétence d'audit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

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

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

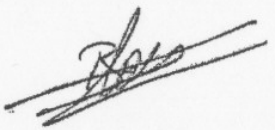
- Il serait souhaitable, dans ces conditions, que les deux directions se coordonnent afin que les données issues des deux outils puissent être rapprochées et utilisées conjointement par les ARH, afin de permettre un examen effectif des remontées quadrimestrielles.

Fait à Paris, le 2 février 2007



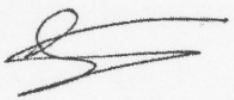
Gilles DUHAMEL

Inspecteur général des affaires sociales



Patrick BLANC

Inspecteur des finances



Agathe DENECHERE

Inspectrice des affaires sociales

Amélie VERDIER

Inspectrice des finances

OBSERVATIONS DES SERVICES AUDITÉS

ET RÉPONSES DE LA MISSION

RÉPONSE DE LA DIRECTION DE LA SÉCURITE SOCIALE

Ministère de la santé et des solidarités

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille

N° 1828/07

Paris, le 15 MAR 2007

Le Directeur de la Sécurité sociale

à

Monsieur le chef de l'Inspection générale des affaires sociales

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

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

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

La DSS est donc favorable aux préconisations du rapport relatives :

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

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

../..

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

Copie à l'Inspection générale des finances

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

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

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

Le directeur de la sécurité sociale
Dominique LIBAULT

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

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES

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

La directrice,

Paris, le 13 MAR. 2007

00271

COURRIER ARRIVÉ
LE 16 MARS 2007
157

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

à

M le Chef de l'Inspection générale des affaires sociales

M le Chef de l'Inspection générale des finances

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

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

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

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

Mes réserves essentielles portent sur les points suivants.

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

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

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

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

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

A note au dossier

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

Annie PODEUR

RÉPONSE DE LA MISSION

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

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

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

- « *de proposer les mécanismes et outils permettant aux ARH de mieux conseiller ;*

- « *d'analyser l'organisation et le fonctionnement des ARH, de hiérarchiser les voies d'amélioration, de formaliser des plans de transformation de leurs modalités de fonctionnement interne (équipes rapprochées, DRASS-DDASS, CRAM, URCAM) et avec les établissements ;*

- « *d'analyser l'articulation des ARH avec les structures de pilotage nationales et de proposer le cas échéant les évolutions souhaitables ;*

- « *d'évaluer les conséquences sur les modalités de pilotage des ARH sur ce thème* « efficience » *par l'échelon central* ».

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

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

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

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

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

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

- en-dehors de la sous-direction E, les sous-directions de la DHOS n'ont pas montré un intérêt marqué pour les travaux relatifs à la performance et à l'efficience ; la mission a plutôt mesuré l'écart existant entre les orientations de la sous-direction E et celle des autres sous-directions (O et F notamment) ;

- la mission a dû multiplier les requêtes pour obtenir les informations nécessaires tout au long de ses travaux ;

- à aucun moment la DHOS n'est entrée dans un dialogue constructif avec la mission ni ne l'a tenue informée des derniers développements intervenus, découverts parfois sur le terrain.

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

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

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

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

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

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

- l'établissement de tableaux de bord détaillés pour les ARH ;

- l'identification des travaux prioritaires à conduire pour améliorer la connaissance de l'efficience organisationnelle et financière (notamment à partir des données de l'ATIH et de la MEAH) ainsi que celle de la performance en matière de qualité, portant à la fois sur les données manquantes et sur les analyses de fond permettant de comprendre les processus à l'œuvre ;

- le recensement détaillé des outils et systèmes d'information utilisés par chaque ARH étudiée et l'identification de ceux pouvant utilement être mutualisés ;

- la proposition d'établir un contrat-type entre ARH et établissement, élaboré par la DHOS, proposition précisée par les éléments que pourrait comprendre un tel contrat, par des exemples et contre-exemples de clauses à retenir, etc.

- la proposition de formaliser les contrats de retour à l'équilibre et la description d'une méthode pour y parvenir ;

- etc.

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

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

Gilles DUHAMEL
Inspecteur général des affaires sociales

Patrick BLANC
Inspecteur des finances

Agathe DENECHERE
Inspectrice des affaires sociales

Amélie VERDIER
Inspectrice des finances

TABLEAU DETAILLÉ DES OBSERVATIONS DE LA DHOS

ET

RÉPONSES DE LA MISSION

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

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

	Remarques des missions d'inspections	Observations DHOS	Réponse de la mission
	Introduction –		
P2	La mise en place de la T2A	En 2007, l'ODMCO représente environ 41 milliards d'euros, la part tarifs à 100 % T2A (somme de la DAC et de la part tarifs actuelles) serait de 37 milliards d'euros sur un ONDAM hospitalier (dépenses régulées) de presque 65 milliards. La répartition entre les mesures en dotation (MIGAC et DAF) et financement par les tarifs, ou financement par l'activité plus généralement, est difficile à projeter à l'horizon 2012. Toutes choses égales par ailleurs, si nous étions déjà à 100% elle serait de 57% pour le financement par les tarifs et de 64% si on prend l'ensemble des financements à l'activité. La phrase « le financement par les tarifs portera à terme sur environ la moitié de la dépense hospitalière totale (qui s'élève à 67 Md€ en 2005) » devrait donc semble t il, être revue en fonction de ces données chiffrées.	Vu. La mission souhaitait donner un ordre de grandeur : il s'agit donc de l'ordre de 60% (57% au vu des prévisions 2007) plutôt que de la moitié des dépenses qui est financée par les tarifs.
P3/4	Définition et la place de l'efficience hospitalière dans les missions des ARH	La définition de l'efficience retenue par la mission d'audit n'appelle pas d'observation particulière dès lors que cette notion n'est pas réduite à sa dimension financière mais comprise comme celle d'une performance globale « passant par l'optimisation de la qualité, des coûts et de l'organisation ». L'idée que l'amélioration de l'efficience doit être au cœur de la mission des ARH est partagée. Toutefois, cette considération est un objectif de moyen terme, impliquant le changement des priorités et des modes de régulation antérieurs, et la mise en place de mesures d'accompagnement spécifiques des « équipes rapprochées » des ARH et du réseau des services déconcentrés ; ces derniers sont moins imprégnés d'une culture de la performance globale que d'une culture de planification, de tutelle financière et de contrôle. En pratique la Dhos ne souscrit qu'imparfaitement à l'affirmation de la mission selon laquelle le pilotage de l'efficience des organisations hospitalières ne constituerait pas une mission supplémentaire demandée aux ARH mais une simple évolution de leur rôle traditionnel de tutelle.	Vu. La mission a effectivement constaté que les ARH avaient besoin d'être accompagnées et soutenues dans l'évolution de leurs missions, ce qui suppose une meilleure hiérarchisation des tâches qui leur sont demandées. Elle ne peut en revanche souscrire à l'idée que l'amélioration de l'efficience hospitalière ne soit qu'un « *objectif de moyen terme* » des ARH, dès lors qu'il s'agit au contraire d'un élément central de leur action et une condition de succès des réformes hospitalières.

	Remarques des missions d'inspections	Observations DHOS	Réponse de la mission
P4	Axes de travail retenus et méthode adoptée	S'insérant dans un cadre plus global de promotion de la performance des organisations hospitalières, l'audit avait pour la Dhos vocation à : • identifier les facteurs clés d'enclenchement d'une dynamique vertueuse ; • proposer des mécanismes opérationnels permettant aux ARH d'aiguillonner les établissements de santé ; • hiérarchiser les voies d'amélioration des modalités actuelles de pilotage pour aboutir en 18 mois, • formaliser des scenarii de transformation après identification des compétences métiers et mesures d'accompagnement nécessaires aux ARH sur ce même horizon temporel. La Dhos se félicite du souci des inspections générales de concentrer leur réflexion sur l'identification des outils et leviers à la disposition des ARH confirmant pour l'essentiel le diagnostic initial et la pertinence des axes de travail engagés par la Dhos depuis plusieurs mois. Néanmoins, si bon nombre de recommandations du rapport apparaissent pertinentes, elles semblent difficiles à mettre en œuvre ou soulever des difficultés techniques, ou bien ont déjà été rendues effectives par les différents services concernés de la Dhos pendant la période de réalisation de l'audit. Une voie plus efficiente aurait pu être de donner une visibilité à l'administration chef de file sur les recommandations probables, et de tester auprès des services concernés de la Dhos les propositions concrètes (notamment celles incluses dans les 9 annexes détaillées) pour garantir leur articulation avec l'état d'avancement effectif des travaux de l'administration centrale. Par ailleurs, la suppression de la composition tripartite de l'équipe d'audit a pesé sur la prise en compte de la dimension de transformation des organisations et le caractère opérationnel des recommandations du rapport d'audit, limitant de ce fait la portée et l'effectivité du plan d'action à venir du ministère.	Voir lettre en réponse générale.

	Remarques des missions d'inspections	Observations DHOS	Réponse de la mission
	Partie I – Donner les moyens aux ARH de piloter la performance et l'efficience		
P6 §3	Diagnostic	L'affaiblissement de la position des ARH vis-à-vis des établissements n'est pas réellement démontrée : – Une comparaison entre deux périodes de l'histoire des ARH aurait été utile. – Nombre des faiblesses mentionnées existent depuis leur création. – L'impact négatif de la T2A sur la marge de manœuvre des ARH n'est évoqué que sur le mode de la « théorie », sans véritable développement. Sous le régime de la dotation globale, la marge de manœuvre théorique des ARH était certes supérieure mais en pratique la majeure partie de la dotation régionale à leur main était affectée à la reconduction de moyens et au financement de mesures nouvelles fléchées au niveau national.	Comme précisé dans la lettre de cadrage du 14 novembre 2006 et discuté lors de la réunion de dialogue et d'orientation du 19 décembre 2006, l'audit n'avait pas pour objet de faire un bilan de l'action des ARH. En accord avec la DHOS, le rapport a été centré sur les propositions, dès lors que les éléments principaux du constat étaient apparus partagés. Il est précisé dans le texte du rapport que certaines limites à l'action des ARH existent depuis l'origine et que d'autres sont plus récentes. Des éléments de ce constat figurent aux annexes V et VI en particulier (contenu des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens et des contrats de retour à l'équilibre). Au-delà, toutes les ARH rencontrées (six) ont évoqué le fait que, même si leur marge de manœuvre n'était pas en pratique plus importante sous le régime de la dotation globale, dans la mesure où cette marge était effectivement peu utilisée, le passage à la T2A et la recentralisation d'une partie du pouvoir financier a envoyé un signal d'affaiblissement de la tutelle régionale vis-à-vis des établissements. Ce « signal » a pu être contrecarré dans certaines ARH par une action plus affirmée lors de l'approbation des budgets, mais ce n'est pas le cas général. Par ailleurs, la promotion par la DHOS de l'outil contractuel comme vecteur de l'application de mesures réglementaires tend à accréditer l'idée d'un « partenariat » entre la tutelle et les établissements.
		Il est normal que l'ARH ne soit qu'invitée au CA des EPS, car elle ne peut à la fois être membre du CA et être tutelle de l'établissement.	La mission ne partage pas cette appréciation. Dans de très nombreux établissements publics, la tutelle de l'État s'exerce au contraire à travers le conseil d'administration (exemple : établissements publics culturels).
		Les inspections générales notent les limites structurelles à l'action des ARH en matière de performance et d'efficience et concluent à la nécessité de donner aux ARH les moyens d'action effectifs pour permettre un pilotage efficace. La Dhos partage ce diagnostic qui fondait d'ailleurs sa demande d'audit, ; son appréciation est plus nuancée s'agissant des recommandations formulées par la mission.	

	Remarques des missions d'inspections	Observations DHOS	Réponse de la mission
	A. Généraliser et affiner la connaissance de la performance hospitalière		
	A. 1. Imposer la généralisation de la mesure de la qualité et de l'efficience.		
P 7	Recommandation n°1 : Généraliser la comptabilité analytique, au moins au niveau des sections d'analyse/ unités fonctionnelles	S'agissant de la comptabilité analytique : - La réforme de la T2A constitue en soi une forte incitation au développement de la comptabilité analytique ; - Le développement d'une comptabilité analytique est inscrit dans la contractualisation depuis un an. L'indicateur de performance retenu (« le développement dans les établissements de santé de l'utilisation des outils de gestion ») est le nombre d'établissements dotés d'une comptabilité analytique médicalisée opérationnelle utilisée par le conseil exécutif et les responsables de pôles, avec un taux cible à 100% à l'issue du contrat. L'annexe « efficience et pilotage des CPOM » promeut un objectif de mise en œuvre des règles du Tome 1 à 3 du guide de comptabilité analytique et les ARH sont fortement incitées à contractualiser sur cet item avec les établissements. - La Meah doit intensifier le chantier de déploiement sur la comptabilité analytique (150 établissements sur 3 ans) et envisage de doter chaque ARH d'un poste de contrôleur de gestion. En dépit de ces actions ou incitations, les rapporteurs constatent et regrettent l'absence de comptabilité analytique généralisée dans les établissements ; au-delà de ce constat partagé, la Dhos attendait que la mission lui apporte un éclairage sur la manière de conduire un chantier de généralisation. Il est rappelé que l'obligation d'une comptabilité analytique existe déjà au titre de l'article R6145-7 du code de la Santé publique. En tout état de cause, si cette mesure devait être imposée, cela serait nécessairement par voie réglementaire, cette obligation ne pouvant être mise dans les CPOM qu'à titre de rappel.	En matière de comptabilité analytique, la lecture que fait la DHOS des recommandations de la mission mérite d'être précisée ; les recommandations exactes de la mission sont les suivantes : - la recommandation n°1 de la mission (cf. liste des recommandations en pièce-jointe au rapport) est de « *faire de la généralisation de la comptabilité analytique une priorité* », ce qui implique une action plus affirmée de la DHOS) ; - la recommandation n°10 est de « *mettre en place une mesure des coûts dans les établissements et généraliser l'usage des TCCM* », le rapport précisant que la mesure des coûts doit se faire au GHM pour les établissements en mesure de le faire et par grands types de structure pour tous et les annexes. La mission relève que l'affirmation selon laquelle « *le développement d'une comptabilité analytique est inscrit dans la contractualisation depuis un an* » renvoie à la contractualisation DHOS-ARH. Sur les cinq régions étudiées en détail, une seule avait prévu, dans le support régional des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) liant les ARH aux établissements, des engagements sur la mise en place et l'utilisation effective de la comptabilité analytique, trois régions prévoyant de demander le développement d'outils de gestion interne, dont la comptabilité analytique. L'annexe « efficience et pilotage » des CPOM, élaborée par la sous-direction E, n'est pas utilisée par les ARH rencontrées par la mission. La mission formule trois types de recommandations à ce sujet : - sur le contenu des CPOM : la mission propose notamment de conditionner le soutien financier à la mise en œuvre et surtout à l'utilisation opérationnelle de la comptabilité analytique (cf. pratique en Rhône-Alpes). En effet, l'absence de mise en œuvre d'une prescription réglementaire s'explique en partie par l'absence de sanction de ce non-respect ;

	Remarques des missions d'inspections	Observations DHOS	Réponse de la mission
		S'agissant de la généralisation de la comptabilité au GHM, cette recommandation bute sur un certain de nombre de réalités (état des systèmes d'information par exemple). La Dhos ne la reprendra pas dans son plan d'actions.	- sur l'action de la MEAH (pour une meilleure diffusion de ses travaux notamment sur le TCCM et pour une intervention plus directe des ARH dans le choix des établissements participant à ses chantiers) - sur l'action de la DHOS elle-même : il lui appartient de valoriser l'utilisation de la comptabilité analytique et d'améliorer la connaissance des coûts, en exploitant les données issues de l'ENC pour expliquer les causes des écarts constatés.
P8	Recommandation n°2 : Définir une chaîne de collecte et de diffusion pour tous les indicateurs suivis au niveau national.	La Dhos partage l'analyse de la mission : il est possible d'apporter des précisions aux ARH sur la chaîne de collecte et de diffusion des résultats pour chaque indicateur de performance pour faciliter leur travail d'analyse et de « benchmark ». On peut néanmoins se demander si le rôle de pilotage d'une administration centrale doit s'accompagner d'une normalisation des pratiques internes de pilotage des ARH et d'une centralisation nationale de tous les outils de pilotage régionaux. Les ARH ne sont pas des services déconcentrés et la Dhos souhaite inscrire son rôle de pilotage sur le champ de l'efficience dans une logique de responsabilisation et d'accompagnement des ARH. Sur le champ de l'efficience des organisations internes, où la responsabilité première est celle d'établissements juridiquement autonomes, il apparaît peu pédagogique, éventuellement contre-productif, d'imposer une procédure unifiée à toutes les régions.	La mission relève que l'action des ARH est très hétérogène (cf. notamment les annexes V et VI), en particulier en matière d'efficience. Elle ne préconise certes pas une centralisation par la DHOS du pilotage des établissements, ni la définition nationale de l'ensemble des indicateurs à suivre. Il est cependant nécessaire de définir quels indicateurs sont suivis au plan national et, pour ces derniers, de définir précisément la chaîne de collecte. Cela semble préférable, autant que faire ce peut, aux requêtes nombreuses et échelonnées tout au long de l'année qui sont effectuées par l'administration centrale auprès des établissements et/ ou des ARH. Un recensement de ces demandes a d'ailleurs été demandé par l'administration centrale.
	Recommandation n°3 : Mettre en place dans les meilleurs délais la généralisation de la mesure des indicateurs COMPAQH au fur et à mesure de leur validation	Cette préconisation de généraliser les indicateurs issus de Compaqh (ainsi que ceux issus d'autres projets comme PATH) est en cours - un comité stratégique pluri-institutionnel (Dhos-Drees-HAS-Assurance maladie - conférence des DARH - personnalités qualifiées) et un comité de pilotage plus opérationnel élargi à d'autres parties prenantes (conférences et fédérations hospitalières, représentants d'usagers, experts) permettent de s'accorder sur les décisions (choix des priorités, des indicateurs à généraliser etc) et de coordonner les actions. D'ores et déjà, en plus du tableau de bord des infections nosocomiales (IN), des indicateurs issus des dossiers patients, de recommandations de bonnes pratiques et sur la satisfaction des patients sont généralisables. La proposition de généraliser certains indicateurs et en particulier celle de la mesure des événements indésirables doit être examinée au regard de l'expérimentation de la déclaration des événements indésirables	Vu. La recommandation de la mission vise la réalisation de cette généralisation dans des délais brefs (voir rapport COMPAQH d'octobre 2006).

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

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

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

	Remarques des missions d'inspections	Observations DHOS	Réponse de la mission
		consolidation régionale et de croiser des démarches aujourd'hui différentes et sans doute trop cloisonnées. C'est l'ambition de Parhtage décision, en cours de développement. En revanche, sur le tableau de bord proposé, plusieurs observations sont formulées : - Les contrats Etat/ARH invitent les ARH à se doter d'un tel tableau au niveau des établissements ; pour le niveau régional, l'outil Prodige est en cours de refonte. - Certains indicateurs proposés ne présentent pas les caractéristiques requises pour une analyse opérationnelle : problèmes de clarté de définition (ex. indicateurs 6 ou 9) et de champ (ex. indicateurs 2, 10, 17, 18) . - Certaines thématiques ne semblent pas couvertes par les indicateurs proposés. Ainsi, le thème régulation régionale de l'offre de soins ne propose pas de suivi des OQOS. De même, en matière financière, le suivi des capacités de financement et de l'évolution des fonds de roulement. - Le tableau de suivi des établissements proposé ne comporte pas d'indicateurs relatifs au suivi des établissements en situation spécifique : par exemple suivi de la mise en œuvre des recommandations suite à des missions d'appui, des saisines CRC, études MEEF… La Dhos retiendra dans son plan d'action l'idée d'un « radar », outil partagé avec les établissements permettant la focalisation du dialogue local sur l'interprétation des données et non plus sur la contestation du diagnostic posé. Cela impliquera d'expertiser de manière approfondie les liens entre les différents champs de la performance globale. Il est regretté que les rapporteurs n'aient pas fait de proposition plus opérationnelle sur cette voie prioritaire.	appui de l'administration centrale. Commentaire sur les tableaux de bord : - indicateur 6 « taux de regroupement effectif d'équipes médicales par rapport à l'objectif régional du SROS 3 » : il rapporte le nombre de regroupements opérationnels d'équipes médicales relevant d'implantations distinctes effectivement réalisés (i.e. ne se limitant pas une répartition des patients ou à une organisation en rotation) au nombre prévu par le SROS ; - indicateur 9 « marge brute d'exploitation régionale consolidée » = somme des marges brutes des établissements de la région ; - indicateur 2 : taux d'établissement ayant fait l'objet dans l'année d'un contrôle sur site relatif aux prestations facturées dans le cadre de la T2A – champ = établissements MCO ; - indicateur 10 : nombre / taux d'établissement avec Diagnostic flash prévu ou en cours. Le taux viserait le rapport entre les diagnostics réalisés et les diagnostics prévus (à définir par les ARH) ; - indicateur 17 : durée moyenne de séjour régionale : élaborée à partir de la base PMSI régionale (pour un GHM donné, moyenne sur la totalité des établissements, pondérée par le nombre de séjours de chaque établissement) ; - indicateur 18 : DMS pour les personnes de plus de 75 ans : l'âge fait partie des données accessibles *via* le PMSI. Il s'agit de faire une moyenne régionale. Un tableau de bord a vocation à être standardisé ; il apparaît effectivement souhaitable de compléter les indicateurs par la mention du traitement spécifique apporté à tel ou tel établissement. Vu. Le radar est un bon outil, qui pourra mobiliser les indicateurs proposés par la mission.

	Remarques des missions d'inspections	Observations DHOS	Réponse de la mission
	A.2. Mettre à la disposition des ARH des outils de pilotage utiles		
P9 annexe I	Diagnostic sur les outils de pilotage existants	La mission relève le développement inégal des bases d'information et des systèmes d'information de pilotage au niveau des ARH. Ce diagnostic conforte celui de la sous-direction E à l'automne 2005 et transmis aux rapporteurs lors du cadrage de l'audit..	
		La Dhos souhaite néanmoins remettre en perspective certains éléments et rectifier quelques erreurs rencontrées dans les annexes détaillées : - Il n'est pas exact que les ARH n'ont pas accès aux données de comptabilité analytique existant dans l'établissement. Elles ont normalement accès à toutes les informations qu'elles souhaitent obtenir pour l'exercice de leurs missions et les premiers dialogues de gestion suggèrent que les ARH qui demandent aux établissements certains indicateurs internes issus des TCCM ou des CREA les obtiennent sans difficulté.	Le diagnostic de la DHOS doit être nuancé sur ce point. Les ARH visitées par la mission n'ont pas systématiquement accès à ces données aujourd'hui.
		- Cabestan a été développé par l' ATIH et non par l' ARH Rhône-Alpes.	Cabestan a été développé par l'ATIH sur le modèle d'un premier outil mis en place par l'ARH Rhône-Alpes.
		- Les indicateurs financiers mentionnés dans l'annexe I, qui n'appartiennent pas tous à la catégorie des soldes intermédiaires de gestion, figurent dans le tableau de bord financier édité par la DGCP et sont exploitables par toutes les ARH qui souhaitent les utiliser.	Vu. Ces éléments confortent ceux relevés par la mission, qui précise en outre que le tableau de bord financier édité par la DGCP est peu utilisé par les ARH.
		- La base SNATIH est opérationnelle et permet notamment d'alimenter le « diagnostic flash » dont la diffusion est imminente dans les ARH ; la volonté de la Dhos est bien d'en généraliser l'usage. L'accès des données aux établissements est en cours. L'ATIH développe des modules complémentaires de façon à généraliser les comparaisons régionales et inter-régionales, et à améliorer l'ergonomie.	SNATIH n'était pas utilisé par les ARH (équipe rapprochée et réseau DRASS/DDASS) lors des travaux de la mission en région (novembre 2006).
		- La mention faite de la BdhF procède sans d'un doute d'une erreur d'analyse. La FHF a développé cet outil à la demande de l'Etat, le projet Parhtage décision n'étant pas envisagé à l'époque. Compte tenu des reports calendaires de Parhtage, le ministère a envisagé de faciliter l'accès des ARH à cet outil dans la période intermédiaire, mais a dû y renoncer fin 2006 (eu égard au coût demandé par la FHF pour l'accès à la BdhF et aux contraintes du droit de la commande publique). L'ATIH a donc développé en un temps très	L'annexe I souligne simplement le paradoxe de la situation actuelle : les établissements disposent des données de la BdhF, en pratique utilisée par certains des établissements rencontrés par la mission, alors que les ARH n'y ont pas accès ; la logique est qu'elles utilisent désormais SIHNAT, ce qui n'était pas le cas lors des investigations conduites par la mission fin 2006. Il ne doit plus être fait mention de la BdhF dans les documents à destination des ARH, mais de SIHNAT.

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

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

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

	Remarques des missions d'inspections	Observations DHOS	Réponse de la mission
	B. renforcer le contenu de l'outil contractuel pour donner plus de poids aux ARH		
	B.1. Généraliser un modèle de contrat exigeant		
P11	Recommandation n° 31 : Mettre en place un contrat type de CPOM aux niveaux national et régional	La mission propose la généralisation d'un modèle national bâti sur les exemples des ARH qu'elle a jugé dynamiques (Bretagne et Rhône-Alpes), et élaboré par un groupe de travail réuni au niveau national. Les rubriques obligatoires de ce modèle national structureraient le contrat-type élaboré par chaque ARH pour ses CPOM. La Dhos est réservée sur cette proposition : - pour être utile un modèle de contrat doit avoir été discuté entre tous les partenaires et en fonction des particularités de la région. - cela impose l'ouverture d'une négociation avec les représentants de l'hospitalisation qui sont hostiles à cette approche ; - cette recommandation est contraire au choix de la Dhos arrêté lors des travaux préparatoires au décret CPOM à la demande de l'ensemble des acteurs (ARH, établissements et fédérations) de ne pas imposer de modèle de contrat et de privilégier la démarche régionalisée et l'esprit de la négociation contractuelle.	La mission relève un désaccord sur le contenu que devrait avoir un contrat ARH-établissement. Pour la mission, il s'agit d'un texte qui détermine les objectifs pluriannuels de l'établissement sur l'ensemble de la prestation de soins rendue à la collectivité, à partir de la détermination des orientations stratégiques et des objectifs quantifiés d'offre de soins issus du SROS (cf. article L. 6114-2 du code de la santé publique et décret n°2006-1332 du 2 novembre 2006 relatif aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens) et qui précise comment l'atteinte de ces objectifs doit être évaluée. Il lie une ARH et un établissement (ou un détenteur d'autorisation). La dimension contractuelle est liée d'une part à l'accord de l'établissement sur les objectifs (exemple : fixation de la liste des missions d'intérêt général de l'établissement), son engagement sur la mise en œuvre de chacun d'entre eux (on n'attend pas la même performance de chaque établissement de santé) et à l'apport éventuel de moyens de la part de l'ARH (aide à la contractualisation, par exemple, pour la mise en place de systèmes d'information nécessaires à la bonne mise en œuvre de la réglementation). Dès lors, le modèle de contrat n'a pas à être « *négocié* » avec les représentants de l'hospitalisation : ce modèle aurait vocation à porter les orientations de la DHOS. Il préciserait le contenu des « chapitres » du contrat proposés par la DHOS (qui ne sont que très partiellement suivis par les ARH). Ceci permettrait : - un traitement plus homogène des établissements sur le territoire (la comparaison du niveau d'exigence des projets de CPOM des 5 ARH rencontrées montre que des différences très importantes existent, cf. annexe V) ; - d'illustrer concrètement pour la DHOS l'évolution du rôle des ARH qu'elle appelle de ses vœux, en mettant l'accent sur la dimension « performance et efficience » de ces contrats.

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

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

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

	Remarques des missions d'inspections	Observations DHOS	Réponse de la mission
P12	Recommandation n°44 : Etablir un suivi de la consommation des molécules onéreuses par établissement	En cours de réalisation - Dans le cadre de la mise en œuvre du contrat de bon usage des médicaments, il est créé en région des observatoires des médicaments, des dispositifs médicaux et des innovations thérapeutiques (OMEDIT), chargés de ce suivi ; ces observatoires qui ont été installés courant 2006 - leur système d'information avec échanges extranet sécurisés et site accessible aux professionnels et décideurs régionaux et nationaux concernés est en cours de finalisation .	La mission a pu observer que l'action des OMEDIT était très variable d'une région à l'autre. Le suivi régional de la consommation des molécules onéreuses remboursées en sus des tarifs n'est pas partout à l'ordre du jour.
	C. Améliorer l'utilisation des ARH en matière budgétaire et financière		
	C.1. Définir de manière stable les marges de manœuvre contractuelles allouées aux ARH		
P13	Recommandations n°46 à 48	La DHOS a la volonté de déléguer le plus tôt possible dans l'année et la plus grande part des ressources allouées sous forme de dotation ; c'est d'ailleurs ce qui a été fait en 2007. Il n'en demeure pas moins que d'une part tous les crédits ne sont pas délégables en début d'année, et d'autre part il peut être utile de garder en réserve une partie de ces moyens afin de prévenir tous risques de dépassement de l' ONDAM en cours d'exercice.	Les recommandations 46, 47 et 48 visent à - « *Rationaliser au sein de l'enveloppe hors T2A les marges de manœuvre financières dont disposent les ARH* - *« Permettre aux ARH de financer l'intervention dans les établissements de consultants externes chargés de mener des audits organisationnels* - *« Définir une grille des critères d'utilisation des crédits au titre de l'aide à la contractualisation* et non les délais de délégation des ressources. D'une manière générale, la mission considère possible et souhaitable de donner plus de marges de manœuvre financières aux ARH à enveloppe constante en fléchant moins les crédits et en leur donnant la possibilité de financer des interventions dans les établissements.
	C.2. Engager une démarche d'évaluation des MIG		
P13	Recommandation n°49	Le guide sur les MIGAC récemment diffusé aux ARH répond à la préoccupation de la mission d'engager une démarche d'évaluation	Ce guide était encore en cours d'élaboration au moment des travaux de la mission et n'a pu ainsi être examiné. Il apparaît essentiel d'en faire une priorité des ARH, compte tenu de la faiblesse actuelle des connaissances en la matière (tant sur les objectifs fixés aux établissements que sur la mesure des moyens effectivement engagés).

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

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

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

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

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

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

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

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

RÉPONSE DE LA DIRECTION DU BUDGET

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

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

PARIS, LE 29 MAR. 2007

TÉLÉDOC 275
BUREAU 6BCS

N° 6BCS-07-992

NOTE

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

Télédoc 335

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le rapport préconise par ailleurs clairement :

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

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

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

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

LE DIRECTEUR DU BUDGET

Philippe JOSSE

P I E C E S J O I N T E S

LISTE DES PIECES JOINTES

PIECE JOINTE N°1 : TABLEAUX DES RECOMMANDATIONS

PIECE JOINTE N°2 : FICHE DE LANCEMENT DE MISSION

PIECE JOINTE N°3 : NOTE DE CADRAGE

PIECE JOINTE N°4 : LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES

PIECE JOINTE N°1

TABLEAUX DES RECOMMANDATIONS

LISTE DES RECOMMANDATIONS

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

Liste des recommandations, page 2

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

Liste des recommandations, page 3

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

Liste des recommandations, page 4

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

Liste des recommandations, page 5

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

Liste des recommandations, page 6

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

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

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

PIECE JOINTE N°2

FICHE DE LANCEMENT DE MISSION

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

Ministère concerné	Santé et solidarités
Programme concerné	Offre de soins et qualité du système de soins
Contexte de l'audit	Le système hospitalier a connu depuis 2004 de profonds bouleversements qui ont eu un impact sur son cadre de financement, d'organisation et de fonctionnement. Malgré l'intérêt qu'ils ont à agir, les établissements de santé rencontrent encore des difficultés à s'engager activement dans une démarche d'amélioration de la performance de leurs processus à un rythme compatible avec les exigences de la gestion publique (gains de productivité, convergence entre établissements). Les ARH ont parfois du mal à jouer le rôle d'aiguillon et de catalyseur attendu d'elles dans la conduite d'un chantier dont les établissements, autonomes, portent au premier chef la responsabilité.
Objectifs de l'audit	Les enjeux de l'audit sont importants, compte tenu du niveau de dépenses hospitalières (63,7 milliards d'euros prévus en 2007). L'audit vise à préciser sous quelle forme et de quelle manière les ARH doivent s'emparer de leur nouvelle mission d'amélioration de l'efficience des établissements de santé, pour que les établissements dégagent des gains d'efficience. Il conviendra pour cela notamment : - d'identifier les facteurs clés influençant l'implication des établissements dans la démarche d'amélioration de la performance et de proposer les mécanismes et outils permettant aux ARH de mieux conseiller ; - d'analyser l'organisation et le fonctionnement des ARH, de hiérarchiser les voies d'amélioration, de formaliser des plans de transformation de leurs modalités de fonctionnement internes (équipes rapprochées DDASS, DRASS, CRAM, URCAM) et avec les établissements ; - d'analyser l'articulation des ARH avec les structures de pilotage nationales et de proposer le cas échéant les évolutions souhaitables ; - d'évaluer les conséquences sur les modalités de pilotage des ARH sur ce thème « efficience » par l'échelon central. La démarche devrait permettre aux établissements qui s'engagent dans la recherche de gains de productivité internes de concerter avec une tutelle mieux structurée des objectifs ou plans d'actions opérationnels, et de réorienter la dépense publique vers des modes d'organisation plus performants. Un autre bénéfice attendu est l'amélioration de la performance des agents impliqués dans ce dispositif et la transformation des relations entre les échelons central et déconcentrés.
Composition de l'équipe d'audit	➢ Inspection générale des affaires sociales ➢ Inspection générale des finances ➢ Consultants

PIECE JOINTE N°3

NOTE DE CADRAGE

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

INSPECTION GÉNÉRALE DES FINANCES **INSPECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES SOCIALES**

2006-M-081-01

Paris, le 14 novembre 2006

NOTE

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

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

I. ELEMENTS DE CONTEXTE

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

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

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

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

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

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

B. L'évaluation et le pilotage de la performance hospitalière ne sont pas aujourd'hui satisfaisants[4]

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

[3] Article L 6115-1 du code de la santé publique.

[4] Ce paragraphe I. B a été modifié afin de prendre en compte les remarques de la DHOS.

II. DEUX AXES DE TRAVAIL POUR LA MISSION

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

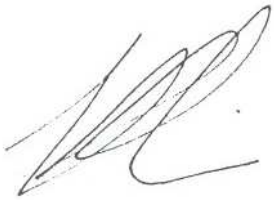
C. Calendrier et méthode

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

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

Les inspecteurs des finances,

Patrick BLANC



Amélie VERDIER

L'inspecteur général des affaires sociales,

Gilles DUHAMEL

L'inspectrice des affaires sociales,

Agathe DENECHERE

Sous la supervision de

L'inspecteur général des finances,

Bruno DURIEUX

PIECE JOINTE N°4

LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES

LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES

I. MINISTÈRE DE LA SANTÉ

Secrétariat général :

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

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

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

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

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

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

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

Mission T2A :

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

Agence technique de l'information sur l'hospitalisation :

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

Haute autorité de santé (HAS) :

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

Direction de la sécurité sociale (DSS) :

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

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

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

- M. François Carayon, sous-directeur, sous-direction de la politique de l'emploi, de la politique de la formation et de la retraite ;

- Mme Marie-Astrid Ravon, chef du bureau comptes sociaux et santé ;

- M. Igor Busschaert, rédacteur, bureau comptes sociaux et santé.

Direction générale de la comptabilité publique :

- M. Bruno Soulié, sous-directeur, sous-direction secteur public local ;

- M. Renaud Rousselle, chef de secteur du bureau 5A, pilotage et maîtrise d'ouvrage du système d'information.

Contrôle général économique et financier :

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

III. INTERLOCUTEURS RÉGIONAUX

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

A. Île-de-France

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

- M. François Pinardon, directeur de l'ARH ;

- M. Christophe Lapierre, chargé de mission contrôle de gestion et systèmes d'information.

Assistance publique – Hôpitaux de Paris :

- M. Gilles Clavreul, adjoint au directeur économique et financier ;

- M. Philippe Sudreau, adjoint au directeur de la politique médicale ;

- Mme Emmanuelle Wargon, directrice de cabinet.

B. Rhône-Alpes

Agence régionale de l'hospitalisation Rhône-Alpes :

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

CH de Valence :

- M. André Razafindranaly, directeur ;

CH de Roanne :

- M. Gwenaël Pors, directeur

C. Bourgogne

Agence régionale de l'hospitalisation Bourgogne :

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

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

CH de Tonnerre :

- Mme Brigitte Lorriaux, directrice déléguée.

CH Chalon sur Saône :

- M. Michel Bravais, directeur.

CH d'Auxerre :

- M. Michel Perrot, directeur.

CHU de Dijon :

- M. Pierre-Charles Pons, directeur.

D. Haute-Normandie

Agence régionale de l'hospitalisation Haute-Normandie :

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

Clinique de l'Europe à Rouen :

- Dr. Dominique Pouls, président de la clinique.

CHU de Rouen :

- M. Christian Paire, directeur général.

CH de Dieppe :

- M. Yves Bloch, directeur.

E. Bretagne

Agence régionale de l'hospitalisation Bretagne :

- M. Philippe Chervet, préfet, directeur de l'ARH ;

- M. Yvon Guillerm, directeur adjoint ;

- Dr Yves Alliou, chargé de mission médecine ;

- M. Christian Bianchi, chargé de mission « qualité, gestion des risques, médicament » ;

- Mme Anne Leroux, chargée de mission « organisation des soins – SROS » ;

- Mme Jacqueline Legrain, assistante de coordination sur l'organisation des soins et les CPOM ;

- M. Bernard Bonnafont, DRASS, responsable du suivi des autorisations et de l'allocation des ressources ;

- Dr F. Durandière, médecin conseil (direction du service médical) ;

- M. Jean-Pierre Lesage, responsable de l'action sanitaire et sociale à la CRAM.

- Docteur Birgit LEROUX, direction régionale du service médicale, équipe Finistère,

- Mme Laurence ROUX, CRAM

- M. Christian MEURIN, directeur de la DDASS du Finistère,

- Mme Marie-Annick COLLIN, inspectrice principale responsable du département des établissements de santé et son équipe, DDASS du Finistère

CHU de Rennes :

- M. Le Goff, directeur général.

CH intercommunal de Cornouailles (Quimper) :

- M. Jacques Le Doaré, directeur-adjoint.

F. Poitou-Charentes

Agence régionale de l'hospitalisation Poitou-Charentes :

- M. Christian Cahut, directeur de l'ARH ;

- Mme Joëlle Perrin, directrice-adjointe, chargée de la planification ;

- M. Alain Brousseau, secrétaire général ;

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

CH de Niort:

- M. Alain Michel, directeur

CH de Royan :

- M. Gérard Jouy, directeur

IV. AUTRES

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

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

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

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

École des mines de Paris

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

Fédération hospitalière de France :

- M. Gérard Vincent, délégué général, président de la fédération internationale des hôpitaux ;

- M. Yves Gaubert, adjoint au délégué général pôle finances et BDHF.

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Inspection générale
des finances

n° 2006-M-081-02

Inspection générale
des affaires sociales

n° RM2007-018P

Mission d'audit de modernisation

Rapport

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

Etabli par

Patrick BLANC
Inspecteur des finances

Amélie VERDIER
Inspectrice des finances

Agathe DENECHERE
Inspectrice des affaires sociales

Gilles DUHAMEL
Inspecteur général
des affaires sociales

- AVRIL 2007-

A N N E X E S

LISTE DES ANNEXES

Les modalités de pilotage par les ARH :

Annexe I : Les outils des ARH

Annexe II : La prise en compte de la qualité

Annexe III : Propositions de tableaux de bord pour les ARH

Annexe IV : Analyse des données de l'échelle nationale de coûts

Les leviers des ARH :

Annexe V : Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des établissements de santé

Annexe VI : Les contrats de retour à l'équilibre

Le pilotage des ARH par la DHOS:

Annexe VII : Les contrats d'objectifs des ARH

Annexe VIII : Les lettres de mission aux directeurs d'ARH

Le fonctionnement des ARH

Annexe IX : Le fonctionnement des ARH et de leur réseau.

ANNEXE I

LES OUTILS DE PILOTAGE DES ARH

SOMMAIRE

I. LES BASES DE DONNEES DISPONIBLES SONT INEGALEMENT DEVELOPPÉES SELON LES DOMAINES 1

A. UNE INFORMATION ÉLABORÉE EST DISPONIBLE SUR L'ACTIVITÉ DES ÉTABLISSEMENTS 1
B. LES BASES DE DONNÉES RELATIVES À LA CONNAISSANCE DES COÛTS SONT MOINS DÉVELOPPÉES ET SURTOUT NON EXHAUSTIVES 2
C. DE NOUVELLES SOURCES D'INFORMATION SONT EN COURS DE DÉVELOPPEMENT EN MATIÈRE DE QUALITÉ MAIS RESTENT LIMITÉES 4

II. LES SYSTÈMES D'INFORMATION EXPLOITANT LES DONNÉES RELATIVES À L'ACTIVITÉ HOSPITALIÈRE NE PERMETTENT PAS ENCORE AUX ARH DE DISPOSER D'UN OUTIL D'AIDE À LA DÉCISION 5

A. LES SYSTÈMES D'INFORMATION DISPONIBLES SONT ENCORE INSUFFISAMMENT TOURNÉS VERS L'ANALYSE DES DONNÉES 5
1. *Certains systèmes d'information sont plus axés sur la remontée d'information que l'analyse de données 5*
2. *Certaines régions ont développé leurs propres systèmes d'analyse des données 5*

B. DES TRAVAUX RELATIFS À L'ÉLABORATION D'INDICATEURS HOMOGÈNES DE COMPARAISON DE LA PERFORMANCE SONT ENCORE EN COURS 6

C. LES AGENCES NE DISPOSENT PAS ENCORE D'UN OUTIL DE PILOTAGE LEUR PERMETTANT DE CROISER CES SOURCES D'INFORMATION 7
1. *Les ARH ne disposent pas d'un tableau de bord régional de la performance ou d'indicateurs de comparaison homogènes 7*
2. *Un outil a été développé par la fédération hospitalière de France à destination des établissements 8*
3. *Les outils ministériels sont en cours de développement 9*

D. LA DHOS DOIT ACCÉLÉRER LE DÉPLOIEMENT DES OUTILS DE *BENCHMARKING* DES ÉTABLISSEMENTS 10

Pièces jointes 12

LES OUTILS DE PILOTAGE DES ARH

Les agences régionales d'hospitalisation (ARH) assurent la tutelle des établissements de santé. La direction de l'hospitalisation et des soins (DHOS) a comme objectif qu'elles s'impliquent plus fortement dans l'amélioration de la performance des établissements[1]. Elles doivent pouvoir s'appuyer, pour ce faire, sur des bases d'information et des outils d'analyse. C'est pourquoi la mission a recensé les outils de pilotage de la performance des établissements dont disposent les ARH (finances, productivité des organisations, contrôle de gestion, etc.), et les a interrogées sur l'utilisation qui en était faite. Les résultats des travaux conduits dans cinq régions sont présentés dans des tableaux synthétiques joints à la présente annexe.

I. LES BASES DE DONNEES DISPONIBLES SONT INEGALEMENT DEVELOPPÉES SELON LES DOMAINES

A. Une information élaborée est disponible sur l'activité des établissements

Deux bases de données permettent d'analyser l'activité des établissements. La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) comprend des informations relatives à l'offre des établissements de santé et au moyens mis en œuvre. Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) constitue un recueil de l'activité de soin.

a) La SAE fournit une information relative à l'offre de soins

La SAE est une enquête administrative exhaustive et obligatoire auprès des établissements de santé installés en France (métropole et DOM). Les données sont collectées par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère de la santé. La SAE permet de disposer d'une fiche de synthèse par établissement selon 6 axes (activité hospitalière, activité médico-technique, activité autorisée, autres activités, personnels médical et non médical).

Des recherches multicritères sont possibles (statut, mode de financement). La SAE est la seule enquête exhaustive sur les données de personnel des établissements de santé. Ses résultats sont cependant disponibles avec un décalage temporel non négligeable (fin 2006, accès aux données 2004 seulement[2]).

[1] Cf. documents transmis à la mission : plan d'action stratégique de la DHOS pour les établissements de santé (V12 du 23 novembre 2005) ; note de décembre 2005 de la sous-direction de la qualité et du fonctionnement des établissements de santé sur l'état du *benchmarking* et du développement du contrôle de gestion, qui formule des préconisations en matière de développement d'indicateurs et de systèmes d'information. Voir aussi la présentation faite lors du séminaire des 28 et 29 septembre 2006 réunissant les nouveaux chargés de mission « *efficience des organisations hospitalières* ».

[2] Le site Internet de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) indique que les données 2005 de la SAE seront disponibles le 22 janvier 2007.

b) Le PMSI permet de disposer d'un outil perfectionné de suivi et d'analyse de l'activité

Encart : Le PMSI

Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), inspiré du dispositif de recueil de données par pathologies mis en place aux Etats-Unis et expérimenté depuis 1985, a été déployé dans les établissements de santé au début des années 1990 (loi du 31 juillet 1991). Sa généralisation a été rendue obligatoire en 1995 et stimulée par l'ordonnance du 26 avril 1996 instaurant une modulation partielle des allocations budgétaires servies aux établissements de santé sous dotation globale, en fonction de l'activité en médecine chirurgie et obstétrique (MCO). L'objectif était d'assurer une convergence progressive des ressources des établissements, par le biais de la valeur d'un indice synthétique d'activité (point ISA).

Le PMSI est basé sur un recueil d'information sous forme de résumés de séjour standardisés anonymes (RSA) et une classification en « groupes homogènes de malades » (GHM). La collecte est effectuée par les établissements de santé par le biais d'un portail extranet, e-pmsi. Ce mode de collecte a permis de considérablement réduire le délai de disponibilité des données. Un recueil PMSI a été mis en place pour les soins de suite et de réadaptation fonctionnelle (SSR) et des travaux sont en cours pour la psychiatrie.

Le PMSI permet aujourd'hui d'allouer aux établissements de santé la part de leurs recettes basées sur leur activité (pour la MCO), sur la base de tarifs attribués à chaque GHM notamment calculés à partir de l'étude nationale de coût (ENC).

La maîtrise d'œuvre est assurée par l'agence technique d'information hospitalière (ATIH), créée en 2001.

Le PMSI permet de disposer, pour chaque établissement ou par zone géographique, d'informations détaillées sur l'activité : profil de l'activité (*case mix*), évolution quantitative et par type de pathologie de l'activité, lieu de résidence des patients (permettant d'évaluer son attractivité), durée moyenne de séjour, etc.

B. Les bases de données relatives à la connaissance des coûts sont moins développées et surtout non exhaustives

a) Seules des bases de données partielles sont disponibles sur le coût analytique des activités hospitalières

Deux bases de données issues de la comptabilité analytique permettent de disposer d'éléments de comparaison sur les coûts.

Les travaux du groupe pour l'amélioration de la comptabilité analytique hospitalière (GACAH) installé au CHU d'Angers (« base d'Angers »), qui comprend 120 établissements volontaires offre un outil de comparaison des coûts moyens unitaires des activités de production administratives et logistiques ; les activités cliniques ne sont pas concernées.

L'étude nationale de coûts (ENC), engagée depuis 1993, permet de disposer des coûts complets par GHM de la cinquantaine d'établissements publics volontaires qui y participent et sert de base au financement à l'activité (T2A – cf. annexe IV). Cet outil permet donc de disposer, sur la base d'une méthodologie homogène, de coûts à la pathologie sur les 772 GHM (voir annexe IV sur l'analyse des données de l'échelle nationale de coût). La collecte est assurée par l'ATIH. L'ENC constitue la base de l'élaboration des tarifs utilisés pour la rémunération des établissements publics de santé à l'activité. Elle ne peut être utilisée comme outil de benchmark que pour un établissement disposant d'une comptabilité analytique au séjour, ce qui ne concerne pratiquement que les établissements participant à l'ENC.

Cependant, l'ENC est plus vue par les interlocuteurs de la mission comme un outil de remontée d'information pour la tarification que comme un outil de comparaison pour les établissements.

Les établissements rencontrés ont indiqué, lorsqu'ils participent à l'ENC, ne pas utiliser ces données pour se comparer :

- en raison du nombre important de GHS, qui implique un traitement spécifique afin d'extraite les données significatives (regroupement des GHM / facteurs de coût expliquant les différences de coûts complets) ;

- en raison de la disponibilité immédiate, par le PMSI, de la durée moyenne de séjour par GHM, qui constitue un facteur explicatif important des différences de coût ;

- dans la mesure où elle demande un travail d'interprétation (origine des différences de coût) afin de pouvoir être utilisée en gestion ;

- le seul établissement rencontré qui avait mené ce travail de comparaison a indiqué que, dans la mesure où il se situait en deçà du coût moyen pour la quasi-totalité des GHS, il n'avait pas d'incitation à poursuivre ses travaux.

Les autres établissements ont déclaré ne pas avoir l'intention de développer une comptabilité analytique aussi poussée pour les raisons suivantes :

- l'imputation des coûts au séjour suppose un système d'information très poussé, permettant de « suivre » le parcours du patient et les coûts directs générés dans les différents services d'hospitalisation ; or, l'offre industrielle n'est pas très développée dans ce domaine ;

- un tel système a des coûts de mise en œuvre importants, à mettre en regard du bénéfice attendu par rapport à une comptabilité par structure ;

- les écarts par rapport au tarif découlent pour une large part de facteurs organisationnels transversaux dont ne rend pas compte une analyse au séjour.

Les établissements rencontrés disposent, pour la plupart, d'une comptabilité analytique de structure, qui ne permet cependant pas d'effectuer de comparaisons, le découpage par pôle, service ou unité fonctionnelle ne répondant pas à une activité uniforme. Les ARH n'ont pas accès aux données de comptabilité analytique existant dans l'établissement.

b) Le TCCM, outil synthétique permet cependant d'évaluer la répartition des coûts de chaque établissement, voire de ses services / pôles

Pour pallier cette lacune, la mission d'expertise et d'audit hospitalier (MEAH) a développé un outil synthétique, à partir des données issues du PMSI, permettant d'utiliser les données comptables et de l'ENC : le tableau coûts case mix (TCCM) permet de mettre en regard, par grande catégorie de dépenses (personnel, médicaments, etc.), la réalité des coûts de l'établissement et une simulation de ses dépenses à case mix identique pour les établissements de l'ENC[3].

La même démarche peut être appliquée aux services ou aux pôles en voie de constitution, pour peu que l'établissement ait mis en place une comptabilité structure à ce niveau. Cet outil permet donc de dire si l'établissement (le service ou le pôle) est plus ou moins efficient que la moyenne des établissements (des services ou pôles comparables) de l'ENC.

C. De nouvelles sources d'information sont en cours de développement en matière de qualité mais restent limitées

De nouvelles sources d'information sont en cours d'élaboration en matière de qualité, avec le projet « COMPAQH » (voir annexe II). Un premier indicateur relatif à la lutte contre les maladies nosocomiales est disponible pour la deuxième année consécutive. D'autres indicateurs sont en cours d'élaboration[4] :

- élaboration d'un tableau de bord sur les infections nosocomiales qui, outre ICALIN, comprendra l'indicateur de consommation des produits hydro-alcooliques, l'indicateur SARM (*staphylococcus aureus* résistant à la méticilline), l'indicateur SURVISO (indicateur de réalisation d'une surveillance des infections du site opératoire) et, fin 2007, l'indicateur « antibiotiques » en cours d'élaboration[5] ;

- mise en place d'un indicateur du dossier patient d'ici 2008 (pilotage par la haute autorité de santé – HAS) avec des éléments relatifs à la tenue du dossier patient, aux conditions de prise en compte de la douleur ou encore de la surveillance des troubles nutritionnels ;

- une mesure de la satisfaction du patient pourrait y être adjointe, en fonction des résultats de l'expérimentation conduite par la DHOS auprès d'établissements.

Ces données seront mises à la disposition du grand public par l'intermédiaire du site PLATINES mis en place début 2007 par le ministère de la santé.

---

[3] Cf. guide de la nouvelle gouvernance et comptabilité analytique par pôle édité par la MEAH en octobre 2006.
[4] Cf. note de la DHOS (sous-direction E) en date de janvier 2007 en réponse aux questions de la mission.
[5] Il devrait intégrer deux paramètres : la consommation des antibiotiques et, comme pour l'ICALIN, un volet « composite » mesurant la politique de bon usage des antibiotiques dans l'établissement de santé. Ce sera le dernier indicateur du tableau de bord des infections nosocomiales. Ses premiers résultats seront publiés fin 2007. Source : http://www.platines.sante.gouv.fr

II. LES SYSTÈMES D'INFORMATION EXPLOITANT LES DONNÉES RELATIVES À L'ACTIVITÉ HOSPITALIÈRE NE PERMETTENT PAS ENCORE AUX ARH DE DISPOSER D'UN OUTIL D'AIDE À LA DÉCISION

A. Les systèmes d'information disponibles sont encore insuffisamment tournés vers l'analyse des données

1. Certains systèmes d'information sont plus axés sur la remontée d'information que l'analyse de données

En matière budgétaire et comptable, les ARH utilisent au moins deux systèmes d'information mis en place par la DHOS :

- la plate-forme CABESTAN, élaborée sur la base de l'expérience de l'ARH Rhône-Alpes, permet d'assurer la remontée des EPRD : les ARH disposent de manière quadrimestrielle des données validées par les établissements ;

- l'outil ICARE (sous la forme d'un lourd classeur Excel) est utilisé pour valider et remonter à la DHOS les retraitements comptables.

Cependant, ces outils ont pour but essentiel de valider les informations fournies par les établissements et d'assurer la remontée au niveau national. Ils n'offrent pas d'outils automatisés et faciles d'usage permettant d'analyser la situation des établissements.

On relèvera, en matière financière, l'existence d'un autre outil développé par le Trésor public (OREGHON) à partir du suivi de la dépense des établissements de santé permettant un reporting infra-annuel des données comptables. Seule les ARH Bourgogne et Rhône-Alpes a indiqué à la mission utiliser cet outil, certains interlocuteurs soulignant que l'information du seul comptable, qui recense les dépenses mandatées et les titres de recettes encaissés, mais non les dépenses engagées, est insuffisante pour analyser la trésorerie de l'établissement à l'instant t). Par ailleurs, le tableau de bord financier des établissements publics de santé est peu utilisé ; il suppose une meilleure coordination entre les services. Il peut cependant servir à alerter ou conforter l'ARH sur la situation d'un établissement en difficulté.

2. Certaines régions ont développé leurs propres systèmes d'analyse des données

Les ARH disposent donc de bases de données importantes bien qu'inégales selon les sujets traités, qu'elles doivent exploiter et analyser pour en extraire des données à visée décisionnelle.

Il convient de relever que la procédure budgétaire accroît le besoin d'un système d'information performant. Les ARH doivent approuver les états prévisionnels de recettes et de dépenses (EPRD), et suivre leur évolution sur un rythme quadrimestriel. Le besoin d'analyse financière est ainsi croissant (analyse patrimoniale et analyse de la trésorerie).

a) En matière financière

Dans la mesure où elles ne disposaient pas d'outils d'analyse suffisants mis à disposition par le niveau national, nombre d'ARH ont développé leurs propres outils d'analyse à partir de ces bases de données. Le nombre et le degré de perfectionnement de ces outils varient donc largement selon les moyens et la politique des ARH. Parmi les cinq ARH visitées, la mission a pu constater que Rhône-Alpes état particulièrement en pointe en la matière.

La mission a relevé quelques exemples au cours de ces investigations :

- L'ARH Rhône-Alpes, qui avait initialement développé la plate-forme Cabestan, a enrichi l'outil de façon à pouvoir automatiser certaines étapes de l'allocation de ressources ou certains calculs nécessaires à la production d'une analyse de l'EPRD ; l'ARH Bretagne a également élaboré de tels compléments ;

- L'ARH Rhône-Alpes et, dans une moindre mesure, l'ARH Haute-Normandie, utilisent ICARE au-delà de la validation des retraitements comptables, pour le suivi des missions d'intérêt général (MIG). Rhône-Alpes extrait également ces données pour effectuer une comparaison des prix de journée de soin par catégorie homogène d'établissement.

b) Pour l'analyse de l'activité

Certaines ARH croisent le PMSI avec d'autres bases de données (exemple : base de données démographiques de l'INSEE) pour analyser l'activité et mesurer la performance des établissements et de leur région (notamment dans le cadre de l'élaboration du SROS et de la fixation d'objectifs quantifiés d'offres de soins cohérents avec les besoins du territoire), mais rarement avec des données financières et / ou d'efficience. Des outils particuliers d'analyse sont parfois utilisés, en appliquant dans certains cas (Haute-Normandie) la grille OAP:

- logiciel FLUX pour l'ARH Rhône-Alpes ;

- logiciel SCORE pour l'ARH Haute-Normandie.

c) Sur des sujets plus ponctuels ou récents

Enfin, certaines ARH ont développé des outils d'analyse particuliers sur certains sujets, pour lesquels elles assurent elles-mêmes la définition d'indicateurs, la collecte de données et l'analyse. C'est par exemple le cas des outils de scoring développés en Ile-de-France et en Rhône-Alpes dans le cadre de la mise en œuvre des contrats de bon usage du médicament[6].

B. Des travaux relatifs à l'élaboration d'indicateurs homogènes de comparaison de la performance sont encore en cours

Bien que certains indicateurs (taux de fuite ou DMS par exemple, à partir du PMSI) ou ratios financiers fassent l'objet d'un consensus dans leur définition, il n'existe pas de « pools d'indicateurs de performance » communément utilisés entre les établissements, les ARH et le niveau national. Une démarche de suivi à l'égard des ARH a certes été lancée par la DHOS, conduisant à l'élaboration d'un tableau de bord (PRODIGE, cf. annexe VII sur les contrats d'objectifs entre le ministère et les ARH) permettant de suivre l'activité des ARH. Cependant, tous les indicateurs de ce tableau n'ont pas été définis ; ils ne constituent pas systématiquement la base du suivi effectué en routine par les ARH. De leur côté, les CHU travaillent sur une grille d'indicateurs de performance spécifique, qui mettrait en évidence leurs « spécificités » (prise en charge de cas plus lourds, etc.).

[6] Le CBUM, instauré par le décret n°2005-1023 du 24 août 2005, permet à l'établissement signataire de bénéficier du remboursement intégral, en sus du tarif appliqué aux soins, des dépenses relatives à certains médicaments et dispositifs médicaux onéreux. Il introduit en contrepartie des obligations permettant notamment d'augmenter la en contrepartie d'objectifs quantitatifs et qualitatifs évalués périodiquement.

D'autres indicateurs, qui permettent d'évaluer précisément certains segments de l'activité des établissements, sont précisément définis mais ne peuvent systématiquement être collectés en routine. Ainsi, la MEAH a élaboré, sur la base de ses travaux, des répertoires d'indicateurs centrés sur la performance de l'organisation, notamment en matière d'imagerie médicale, de passage aux urgences, de restauration ou d'occupation des blocs opératoires[7].

C. Les agences ne disposent pas encore d'un outil de pilotage leur permettant de croiser ces sources d'information

1. Les ARH ne disposent pas d'un tableau de bord régional de la performance ou d'indicateurs de comparaison homogènes

a) L'absence d'un tel tableau de bord est largement due à un manque de système d'information adapté

Les trois tableaux en pièce jointe présentent les éléments recueillis par la mission au sein des cinq ARH rencontrées (Bourgogne, Bretagne, Haute-Normandie, Poitou-Charentes et Rhône-Alpes) sur les outils utilisés, par thème.

Il ressort de ce recensement que les ARH ne disposent pas du même niveau et de la même qualité d'information, faute notamment de système d'information suffisamment développé pour produire en routine des indicateurs synthétiques.

Aucune ARH ne dispose d'un tableau de bord **régional** croisant des indicateurs pertinents dans les grands domaines d'activité (finances, activité, qualité, productivité de l'organisation), faute notamment de système d'information intégrant et croisant les bases de données pertinentes.

Les ARH rencontrées par la mission suivent, plus ou moins, une série d'indicateurs sur l'activité, la situation financière et la qualité des établissements.

b) Certains indicateurs sont suivis en routine

En matière financière, le suivi est inégal mais effectué par toutes les ARH. La mission a relevé en particulier :

- l'utilisation régulière des soldes intermédiaires de gestion (capacité d'autofinancement, besoin en fonds de roulement – BFR –, fonds de roulement net global – FRNG –, etc.) dans trois des cinq ARH pour analyser la situation financière des établissements. L'ARH Bretagne réalise ainsi un score de l'établissement en fonction des moyennes régionales afin d'évaluer la capacité de l'établissement à affronter des difficultés d'exploitation ou de trésorerie ;

- l'impact de la T2A sur chacun des établissements de la région est suivi dans quatre des cinq ARH, à des degrés divers ;

- seule l'ARH Rhône-Alpes a développé une analyse spécifique (et le logiciel *ad hoc*) pour analyser la robustesse des prévisions de l'EPRD. L'ARH Rhône-Alpes peut ainsi évaluer de manière infra-annuelle, à partir des données de l'EPRD, le caractère réaliste des prévisions de recettes de l'établissement à partir de ses projections de recettes selon le taux de T2A ;

[7] Indicateurs de productivité extrait du rapport de fin de mission ou du répertoire d'indicateurs de la MEAH. Cf. présentation détaillée dans l'annexe V sur les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

En matière d'analyse de l'activité, les indicateurs suivis par les ARH sont similaires :

- évolution de la part de marché et du *case mix* ;

- niveau de la DMS, comparée à la DMS standardisée nationale (les ARH Rhône-Alpes et Haute-Normandie procèdent également à une analyse de la DMS selon la classification OAP[8]) ;

- taux d'attractivité (ou taux de fuite).

c) Certains sujets sont peu ou pas suivis en routine

Plusieurs thèmes paraissent en revanche délaissés :

- les indicateurs relatifs à l'organisation de l'offre de soins, portant par exemple sur le taux d'occupation des lits ou des plateaux techniques ou sur la gestion des ressources humaines (poids des dépenses de personnel, taux d'absentéisme, etc.) ;

- **Les ARH n'effectuent pas de suivi de la productivité des organisations** (les indicateurs MEAH ne sont pas utilisés) **ou de comptabilité analytique.**

En ce qui concerne la qualité des soins, pour laquelle les ARH effectuent peu de suivi de routine sur la base d'une cotation, compte tenu notamment du faible nombre d'indicateurs disponibles, la mission relève cependant que :

- trois ARH sur cinq (Bourgogne, Rhône-Alpes, Haute-Normandie) assurent un suivi régional des plaintes, avec dans certains cas une organisation régionale spécifique (observatoire des plaintes) ;

- les ARH assurent dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) le suivi des recommandations ou réserves de la HAS ;

- trois ARH sur cinq assurent le *scoring* des établissements et ont procédé à l'évaluation de l'application du CBUM en 2006.

2. Un outil a été développé par la fédération hospitalière de France à destination des établissements

La fédération hospitalière de France a développé une importante base de données (la base de données hospitalières de France – BDHF) provenant notamment du PMSI et de la SAE, mettant à disposition des établissements de nombreux ratios et des données accessibles sous forme d'informations géographiques facilement exploitables. Cet outil a été développé à destination des établissements publics de santé.

Développé non par la puissance publique mais par une fédération et d'ailleurs payant, cet outil n'est pas utilisé par les ARH. Le ministère de la santé a en effet souhaité développer son propre système d'information exploitant les mêmes bases de données.

---

[8] Outil d'analyse du PMSI. Cette classification, développée à l'AP-HP de Paris, classe les GHM en 23 pôles d'activité (cardiologie, pneumologie, ORL-stomatologie, etc.) qui regroupent 188 « lignes de produits » (exemple pour la cardiologie : pontage coronaire, coronaropathie), chaque ligne de produits regroupant en moyenne 4 GHM (données chiffrées correspondant à la classification de la V9 du PMSI, soit l'avant-dernière version).

3. Les outils ministériels sont en cours de développement

a) L'outil d'aide à la décision Parhtage est encore en cours de développement

Le projet PARHTAGE[9] doit répondre au souci des ARH de disposer d'un outil leur permettant la mise en commun et le traitement des informations disponibles dans les différentes bases. Il doit aussi répondre à leur besoin de disposer d'outils d'aide à la décision leur permettant de disposer d'éléments de comparaison (régionale et infra régionale).

Il consiste en la création d'un système d'information sur l'hospitalisation commun aux ARH, aux services de l'Etat et de l'assurance maladie et aux établissements de santé, permettant aux ARH et à leurs partenaires de disposer d'un info centre. Le projet, cofinancé par l'Etat et les trois principaux régimes d'assurance maladie et piloté par la DHOS, a été lancé en 1997. La maîtrise d'œuvre est assurée par l'ATIH (maintenance de l'environnement web, traitement de l'information et hébergement du serveur).

Encart : le projet Parhtage

Il comprend deux volets.

- Parhtage information (disponible depuis 2004) se compose d'un portail national et de 26 sites régionaux. Il s'agit d'un outil de communication permettant des échanges de données documentaires et l'accès à un forum. Il s'agit aussi d'un outil de traitement de l'information (comprenant un module d'enquêtes en ligne – net survey- et une cartographie élaborée à partir du PMSI).

- Parhtage décision mettra à disposition de ses utilisateurs une extraction des bases de données, sous forme d'indicateurs : rapports périodiques, **tableaux de bord de pilotage**, requêtes et analyses multidimensionnelles.

Après plusieurs retards et des difficultés qui ont conduit à découper le projet en deux volets, le premier module de Parhtage décision est annoncé pour la fin du premier semestre 2007.

b) Un portail de bases de données a été développé à titre provisoire

Dans l'attente de la livraison de Parhtage décision, un portail de bases de données, dénommé SIHNAT[10], a été élaboré dans l'intervalle. Il s'agit d'un extranet géré par l'ATIH donnant accès aux données des sources nationales (PMSI, SAE, ICARE, IPME, TBFEPS, etc.) par établissement (n° FINESS) et permettant une extraction et un retraitement sous Excel sous forme d'indicateurs (attractivité des établissements (en MCO).

Cependant ce portail n'est pas très ergonomique et offre des fonctionnalités limitées en termes de requêtes automatisées. Il ne permet pas non plus de disposer, pour toutes les bases de données, d'outils de comparaison régionale et infra régionale. Il ne permet pas de surmonter les obstacles liés à la juxtaposition de bases de données conçues séparément et pour lesquelles le tri par établissement n'est pas toujours fondé sur les mêmes critères (lits – budget etc.).

---

[9] Cf. la note intitulée « *Le projet PARHTAGE* » transmise à la mission par la sous-direction G de la DHOS en novembre 2006.

[10] SIHNAT est un extranet géré par l'ATIH donnant accès aux données des sources nationales (PMSI, SAE, ICARE, IPME, TBFEPS, etc.) par établissement (n° FINESS) et permettant une extraction et un retraitement sous Excel sous forme d'indicateurs.

Les ARH rencontrées utilisent peu SIHNAT, soit qu'elles l'estiment peu ergonomique, soit qu'elles estiment disposer d'outils suffisants développés sur place (Rhône-Alpes), soit qu'elles en ignorent l'existence (Poitou-Charentes). Les codes d'accès n'ont pas systématiquement été diffusés aux membres du réseau. Il semble que la communication sur ce nouvel outil n'ait pas été parfaitement adaptée, au vu de l'utilité potentielle du portail pour les agents des DDASS, par exemple.

La DHOS promeut par ailleurs dans certains contrats d'objectifs avec les ARH (cf. annexe VII sur les contrats d'objectifs) l'utilisation par les établissements de la banque de données de la FHF, et non de l'outil SIHNAT.

c) Un outil de « diagnostic flash » est en cours de mise à disposition des ARH

Un outil de diagnostic sur la situation des établissements de santé a par ailleurs été élaboré par la mission d'appui aux réformes interne à la DHOS en liaison avec un groupe de travail associant des chargés de mission d'ARH. Il permet de fournir une batterie d'indicateurs standardisée destinée aux ARH pour faciliter la détection des établissements en situation préoccupante[11] et la réalisation du diagnostic. Cet outil comprend des indicateurs financiers (relatifs par exemple à la situation patrimoniale, ou aux conditions d'exploitation), d'activité (relatifs par exemple au taux d'occupation ou à la part de marché sur les différents segments d'activité). Il comprend également des indicateurs de performance (tels que le taux d'occupation des blocs opératoires), extraits des travaux de la MEAH.

Cet outil doit servir de base à une action de détection précoce des difficultés par les ARH. Il doit les aider à accompagner les établissements sur la base du diagnostic posé et pourrait permettre un recours plus ciblé à l'expertise du niveau national (avec la mise en place des conseillers généraux des établissements de santé).

D. La DHOS doit accélérer le déploiement des outils de *benchmarking* des établissements

Les recommandations suivantes plaident pour confier à l'ATIH la centralisation des outils et le déploiement des systèmes d'information.

L'info centre PARHTAGE - décision permettra de croiser, *via* des requêtes, les bases de données d'activité, de ressources humaines, de finances pour obtenir des données sous forme de tableaux de bord à vocation décisionnelle.

La mission estime que son déploiement est une priorité, au vu de la diversité dans l'accès et l'utilisation de l'information constatée *supra*, sous deux conditions toutefois :

- définir les conditions d'un accès partagé à l'information avec les établissements, pour ne pas reproduire la situation actuelle (les établissements utilisent la BDFHF, les ARH utilisent, dans le meilleur des cas, SIHNAT) qui ne permet pas un dialogue fondé sur des données partagées ;

- inclure dans PARHTAGE des données et indicateurs relatifs à la qualité des soins, notamment le tableau de bord des infections nosocomiales disponibles, à terme, sur le site PLATINES, ou l'indicateur du dossier patient.

[11] Cf. document de travail du 23 octobre 2006 « *outil et méthodologie de diagnostic flash* » réalisé par la société Cap Gemini consulting pour le compte de la DHOS et de la MEAH ainsi que les tableaux d'indicateurs communiqués à la mission fin décembre 2006. Voir enfin l'annexe VI sur les contrats de retour à l'équilibre.

L'outil « diagnostic flash » pourrait également s'accompagner de la mise en place d'une base de données nationale recensant les résultats obtenus par les établissements soumis à ce diagnostic, afin de permettre aux ARH de disposer de données de comparaison (cf. annexe VI sur les contrats de retour à l'équilibre). Même si certains indicateurs étaient également disponibles sur PARHTAGE, cette base de données présenterait l'avantage pour les ARH :

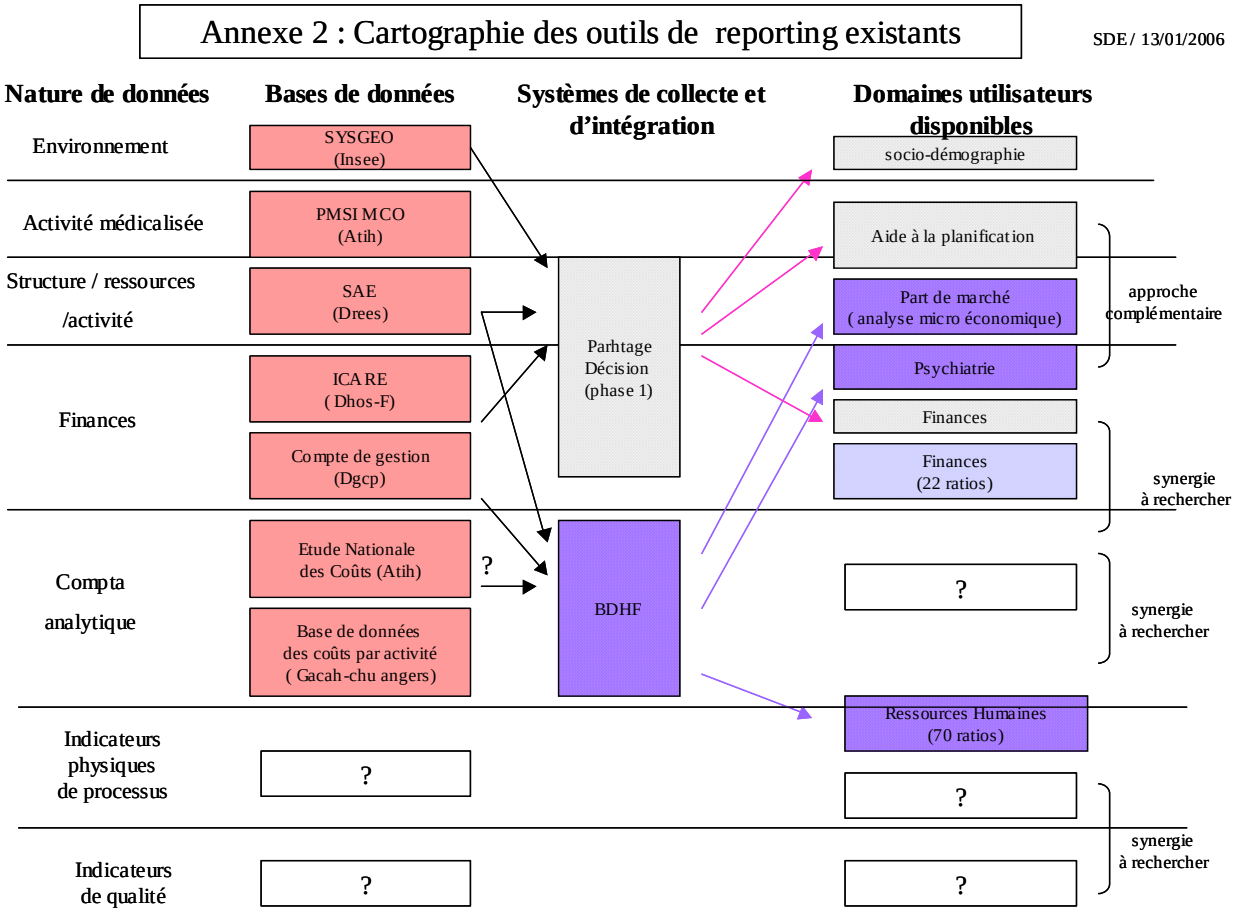
- de permettre de comparer les résultats obtenus par des établissements ayant pour caractéristique d'avoir été soumis à cet examen et donc d'être en difficultés financières, soit un ciblage plus simple qu'à travers les bases de données existantes ;

- de disposer de valeurs de comparaison pour des indicateurs dont le recueil n'est aujourd'hui pas automatique et systématisé, notamment pour les indicateurs issus des travaux de la MEAH.

Pièces jointes

PIÈCE JOINTE N°1

Tableau 1 : Document de présentation du projet PARHTAGE – Décision (janvier 2006)



Source : DHOS (sous-direction E).

PIÈCE JOINTE N°2 - RECENSEMENT DES OUTILS DE PILOTAGE DES ARH

Les tableaux 2, 3 et 4 *infra* présentent les différents outils de pilotage utilisés par les ARH rencontrées par la mission : Bourgogne, Rhône-Alpes, Haute-Normandie, Poitou-Charentes et Bretagne (plus succinctement pour ces deux dernières), sur trois thèmes :

- préparation du budget, suivi de l'exécution, analyse financière ;
- pilotage de l'activité et suivi de la performance médico-économique ;
- politique contractuelle des ARH avec les établissements de santé (sur les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens et sur les contrats de retour à l'équilibre).

Les tableaux ont été renseignés à partir des réponses apportées par les ARH au questionnaire de la mission et complétés par les entretiens conduits avec les chargés de mission et avec les agents du réseau (en DDASS, pour l'essentiel).

Tableau 2 : Préparation du budget et suivi de l'exécution, analyse financière des établissements de santé

ARH Bourgogne	ARH Rhône-Alpes	ARH Haute Normandie	ARH Poitou-Charentes	ARH Bretagne
Objet : élaboration des prévisions budgétaires et préparation du budget.				
Outils : ARBUST-MIG, CABESTAN (remontée des EPRD).	Outils utilisés : - CASOAR : application de gestion de la dotation régionalisée ; - PEGASE : application de gestion des attributions budgétaires ; - ARBUST et ARBUST MIG ; - CABESTAN EPRD : application régionale ; - FINESS ; - application de suivi des OQOS en cours de construction.	Outils utilisés : ARBUST-MIG, ICARE (pour le suivi des missions d'intérêt général et aides à la contractualisation), CABESTAN.	Outils : ARBUST, CABESTAN.	Outil : CABESTAN (modifié avec ajouts d'onglets pour des calculs automatisés).
L'ARH « siège » centralise la préparation de la campagne budgétaire (pôle « budgétaire ») et a établi une fiche type de présentation de l'EPRD en vue de la validation par la COMEX, même si l'analyse des EPRD est du ressort de la DDASS. Elle dispose d'une série de tableaux récapitulatifs : - tableau relatif aux « campagnes budgétaires » 2006 distinguant les établissements en et hors T2A et pour chaque établissement : * les mesures reconductibles et non reconductibles nationales et régionales : budget prévisionnel, décisions modificatives ; * la base budgétaire ; * les moyens nouveaux ; * les crédits alloués au titre des plans de santé publique ; - le suivi des crédits affectés en DAC et en MIGAC au titre des différents plans de santé publique nationaux, par établissement ; - l'évolution de la situation financière des établissements au titre de la T2A	Les DDASS instruisent les EPRD mais animation régionale de la DRASS (notamment appui pour l'examen des PGFP) qui élabore un tableau de suivi régional. 1. La circulaire du 23 mars 2006 de l'ARH présente les résultats 2005 et l'impact de la T2A sur la situation financière des établissements, chaque établissement ayant connaissance du gain ou de la perte des autres établissements. L'ARH met à disposition des établissements une application informatique pour élaborer et transmettre l'EPRD. Chaque établissement reçoit un fichier Excel, qu'il transmet sous forme informatique *via* la plate-forme CABESTAN (hébergée et maintenue par l'ATIH) à l'ARH pour approbation de l'EPRD. En outre, l'ARH rencontre en conférence budgétaire les 30 plus « gros » établissements pour expliciter la notification budgétaire. 2. La DRASS réalise pour le compte de l'ARH d'abord un support technique pour la COMEX sur la campagne budgétaire 2006 (présentation des principales modifications), puis la synthèse (datée du 29 mars 2006) de la notification des budgets par établissement (avec la prise en compte de la T2A de 25% à 35%) et avec une synthèse régionale distinguant public – privé qui mentionne pour la	Pas de suivi budgétaire transversal à ce jour des établissements. La rencontre annuelle des 15 plus gros établissements de la région pour préparer l'exercice budgétaire à venir donne cependant lieu à un dialogue de gestion sur la base d'une grille d'entretien type mais sans fiche ou indicateurs formalisés. Les thèmes abordés sont : * bilan de la situation budgétaire N-1 : résultat, report de charges ; * bilan de la situation financière : FR, trésorerie * élaboration de l'EPRD : état d'avancement et problèmes particuliers (exemple : élaboration du PGFP) ; * mesures nouvelles : priorités de l'année N ; * point sur les coopérations, réseaux ; * point sur le CBUM.	**Contrôle des EPRD limité aux dispositions du décret relatives aux motifs de refus explicite de l'EPRD. Attention particulière aux établissements présentant des déficits structurels.** L'ARH ne valide pas les remontées ARBUST ou les traitements ICARE. La DRASS : - en liaison avec l'équipe rapprochée ARH, met en forme les tableaux de suivi des dotations ; - est responsable du suivi de l'enveloppe (budget général et unité de soins longue durée USLD) ; - assure les remontées ARBUST. Les DASS : - sont consultées pour les allocations budgétaires dans le cadre des groupes d'allocataires de ressources (GRALL) ;	Une cellule technique allocation ressources et analyse budgétaire et financière (CTAR) est pilotée **par l'ARH** (équipe siège). Une fiche par établissement est établie et l'outil CABESTAN, complété par l'ARH, **permet de valider et de contrôler la qualité des données des établissements,** notamment sur : - équilibre budgétaire des budgets annexes au budget principal ; - cohérence des montants de rémunération entre compte de résultat prévisionnel et tableau des effectifs rémunérés (calcul de coûts moyens des ETP) ; - synthèse et comparaison des comptes de résultat prévisionnel et calcul CAF ;

ARH Bourgogne	ARH Rhône-Alpes	ARH Haute Normandie	ARH Poitou-Charentes	ARH Bretagne
selon l'évolution du taux de T2A (exercice de comparaison sur 2005 et 2006 pour 25 établissements pour le 1er trimestre 2006 extrapolée).	région : - la base de référence ; - la politique sociale d'évolution : exemple : mesures salariales, revalorisation des astreintes, effort de productivité imputé sur la DAC ; - priorités de santé publiques imputées sur les MIGAC (plan « urgences ») ou DAF (plan de « santé mentale ») ; - crédits non reconductibles : crédits régionaux (exemple : tensions budgétaires imputées en DAC, culture à l'hôpital imputée en DAF PSY), crédits nationaux (exemple : innovations thérapeutiques) ; - le budget total régional alloué en phase 1. 3. Les contrôles au niveau de l'ARH sont de trois ordres : - assurer la cohérence de l'EPRD au regard des orientations stratégiques du projet d'établissement ou du CPOM ; - vérifier la fiabilité des prévisions de dépenses et surtout de recettes ; - en cas de déficit prévisionnel, évaluer la nature conjoncturelle ou structurelle du déficit et s'assurer que les mesures conservatoires sont prises pour limiter et corriger l'impact du déficit. 4. Un tableau de financement prévisionnel (TFP) est également élaboré par l'ARH et annexé à l'EPRD. Le TFP comprend deux parties. - La 1ère partie concerne l'évolution du fonds de roulement et retrace les évolutions imputables : * aux résultats prévisionnels d'exploitation ; * aux opérations financières et aux dépenses d'investissement. - Le besoin en fonds de roulement en 2ème partie, car il s'agit d'une information importante pour la gestion financière prévisionnelle de l'établissement.		- participent aux conférences budgétaires annuelles avec les établissements (une par an) ; - analysent les EPRD en **liaison avec le Trésor public** ; - assurent la remontée des données sur CABESTAN.	- calcul des éléments suivants : l'évolution des dépenses par chapitre d'une année sur l'autre, reports de charges, créances irrécouvrables, etc. L'examen de l'EPRD est complété d'une grille d'analyse sous trois aspects : - respects des engagements contractuels (CRE, dotations aux amortissements et provisions pour les investissements, etc.) ; - analyse patrimoniale des grandes valeurs bilantielles : FRI, FRNG, ratios (capacité de remboursement de la dette). **Un score est réalisé en fonction des moyennes régionales des ratios pour déterminer la capacité de l'établissement à faire face aux difficultés d'exploitation, de trésorerie,** etc. ; - analyse « dynamique » : à partir des données de l'EPRD analyse de l'enrichissement ou de l'appauvrissement de l'établissement (résultat, CAF, variation du FR). **Les établissements sont comparés entre eux par un document de synthèse reprenant les ratios et grandeurs bilantielles**

ARH Bourgogne	ARH Rhône-Alpes	ARH Haute Normandie	ARH Poitou-Charentes	ARH Bretagne
				(résultat, CAF, etc.).
Objet : suivi de l'exécution budgétaire quadrimestrielle.				
Outils : CABESTAN, OREGHON, e-PMSI, ARBUST-MIG.	Outils : CABESTAN, OREGHON, OURAL (application de suivi de la fermeture des lits en période estivale).	Outils : OREGHON, CABESTAN, ARBUST-MIG.	**Pas d'outils et pas de suivi ou de comparaison des établissements au vu du questionnaire retourné.**	Outil : CABESTAN (amélioré de fonctions de calcul).
Réunions mensuelles à l'ARH « siège ». Le suivi est assuré par la DRASS qui dispose d'une compétence spécifique sur le suivi des crédits « santé mentale ». L'ARH (équipe siège) dispose au niveau **des établissements** : - de l'évolution comparée 2005/2006 des recettes T2A, ajustée du taux de T2A (exercice 25 établissements pour le 1er trimestre 2006 extrapolée) ; - d'un tableau de suivi des établissements daté de 2005 ayant signé un CRE et bénéficié de crédits de « tension budgétaire », ainsi que les difficultés rencontrées pour le retour à l'équilibre des CH. Le tableau mentionne en outre si les établissements sont ou non « gagnants » à la T2A ; - des données OREGHON du Trésor public au 31 août 2006 avec : * le résultat infra-annuel ; * le FR et le prélèvement sur le FR avec le FRNG ; * l'évolution N/N-1 des recettes et des charges ; * l'évolution N/N-1 des charges de personnel ; * la taxe sur les salaires à payer. - des données CABESTAN **à disposition et connues des DDASS (exemple : Yonne)** au 31 août 2006 avec : * le rappel de la situation 2005 ;	1. La DRASS élabore et suit pour le compte de l'ARH différents tableaux de bord : - suivi des MIGAC ; - suivi des investissements ; - score T2A trimestriel des établissements (cf. *infra*) ; - suivi des MO et DMI dans le cadre de la valorisation des données d'activité ; 2. **Le Trésor public fournit, sur demande de l'ARH, des synthèses régionales issues d'OREGHON** : - synthèse datée de novembre 2006 de l'exécution régionale au 31 août 2006 des EPRD (OREGHON) : les établissements sont classés par catégorie (CHU, CH, HL, établissements spécialisés en psychiatrie, établissements « *importants* » définis par l'ARH. Pour chaque établissement, est précisé le montant de la CAF (ou BAF) et sa comparaison au total des produits ; 3. La MRIICE réalise des enquêtes relatives à l'utilisation des crédits ciblés (et formule des recommandations) : exemple : synthèse de février 2006 sur l'utilisation conforme par rapport aux objectifs régionaux (réduction des disparités entre départements et réalisation des objectifs du SROS) des crédits de psychiatrie 2002-2005, afin de préparer la programmation 2005-2008 du plan santé mentale.	1. Suivi quadrimestriel réalisé *via* la DRASS qui a permis de détecter le dérapage de l'établissement du GH Havre (*via* CABESTAN). 2. Suivi partiel des crédits des plans de santé publique. Le suivi est assuré pour répondre aux demandes d'enquête de la DHOS sur un mode déclaratif. Un suivi plus précis *via* un chargé de mission à la DRASS des crédits du plan de santé mentale (DDASS76) est assuré, politique toutefois non généralisée (avis du directeur DDASS27). 3. OREGHON : outil connu des équipes DRASS/DDASS mais peu utilisé en pratique (décalage entre dépenses engagées / mandatées, OREGHON ne reprenant que ces dernières) entraîne un manque de « fraîcheur » de l'information dans OREGHON.	**Travail en cours en liaison avec le Trésor public pour obtenir des données et indicateurs *via* OREGHON.** Un groupe de travail doit être mis en place début 2007 pour bâtir un outil simple de suivi des états quadrimestriels, afin de réaliser les notes de conjonctures demandées par la DHOS (contrat d'objectifs de l'ARH).	Cf. *supra* sur la grille d'analyse financière et de suivi.

ARH Bourgogne	ARH Rhône-Alpes	ARH Haute Normandie	ARH Poitou-Charentes	ARH Bretagne
* l'EPRD initial exécutoire ; * le taux d'exécution fin août 2006 ; * **les projections fin d'année 2006** (résultat, CAF, impact sur le FR) avec l'indication de modification de l'économie générale de l'EPRD.				
L'ARH suit également des tableaux **régionaux :** - un tableau en application de la circulaire DHOS/F4/2005/535 sur les EPRD résumant : * le nombre d'EPRD approuvé par l'ARH ; * le nombre d'EPRD rejetés par l'ARH et les motifs (mesures de redressement insuffisantes et autres. Un autre tableau précise le nombre d'EPRD rejetés en 1er passage COMEX (13 sur 62 établissements), le nombre d'EPRD fixés d'office (3), le nombre d'EPRD approuvés avec lettre d'observation (6) ; * le nombre d'EPRD présentant un déficit prévisionnel (27 sur 62) et un prélèvement sur le FR (34 sur 62) ; * le montant des déficits prévisionnels et le montant des prélèvements sur le FR (74,75 M€ en 2006).	Outil : application régionale sur l'EPRD qui sert également aux notifications budgétaires. Remontées au niveau de l'ARH sur la « plate-forme » régionale 1 fichier par établissement avec détail des notifications budgétaires (dont MIG et AC). Cela permet de disposer d'un tableau de financement pour appréhender l'impact financier des investissements, le bilan N-2 (stock). Sur les 180 établissements publics et PSPH, 128 EPRD parvenus. 10% des EPRD ont été rejetés (dont Chambéry pour surdimensionnement d'un investissement) et 10% ont fait l'objet d'observations majeures. Dans certains dossiers, EPRD accepté dès lors que le déséquilibre structurel n'est pas aggravé sinon c'est la procédure de plan de redressement qui est engagée.	-	-	-
Objet : calcul de l'enveloppe MCO et des MIG.				
Outils : MAT2A	Outils : ICARE, ARBUST et ARBUST-MIG.	Outils : ICARE.	**Pas d'outil de suivi des MIG.**	Outil : ICARE.
Pas d'intervention des DDASS sur ce point. La DRASS réalise un suivi des financements hors T2A (MO et DMI) *via* l'application MAT2A, en liaison avec le suivi opéré dans le cadre du contrat de bon usage du médicament (CBUM).	Compétence de la DRASS. La DRASS opère un contrôle au fond sur l'ensemble des retraitements (deux agents dont l'un est à l'origine de la création de l'application ICARE) et met en œuvre pour le compte de l'ARH un certain nombre d'outils de suivi et de contrôle : - tableaux de suivi des MIGAC et du titre IV (investissement) ; - audits des hôpitaux locaux utilisés pour **optimiser la péréquation régionale des dotations allouées à ce secteur et répartir les crédits relatifs au plan de développement des hôpitaux**	La DRASS réalise un suivi budgétaire des MIG et AC au travers des retraitements comptables opérés *via* ICARE. La DRASS essaie d'évaluer le coût des missions MIG. L'assurance maladie (CRAM) s'assure pour les établissements privés de l'utilisation effective des fonds affectés aux missions MIG et AC (facturation, embauche de personnels	La DRASS suit et contrôle les retraitements comptables (cf. *supra*).	Le coût et la réalisation des MIG font l'objet d'un suivi et feront l'objet d'une contractualisation dans le CPOM. Utilisation de l'outil ICARE par requête.

ARH Bourgogne	ARH Rhône-Alpes	ARH Haute Normandie	ARH Poitou-Charentes	ARH Bretagne
	locaux.	concourant aux missions, etc.).		
Objet : analyse financière rétrospective.				
Outil : CABESTAN	Outils : outils internes (TFP, CABESTAN EPRD) et TBFEPS du Trésor public.	Outils : e-PMSI (secteur privé), outils Trésor public (souhait à ce stade).	**Pas d'outils et pas d'analyse financière en routine menée par l'ARH**.	Outil : CABESTAN (complété de fonctions de calcul par l'ARH).
Au niveau DDASS *via* la DRASS, existence de tableaux de synthèse de la situation financière : exemple : Saône et Loire : tableau résumant de 2003 à 2006 le FRNG, la dette globale à LT, la trésorerie, le résultat comptable ; **Au niveau de l'ARH siège *via* la DRASS,** existence : - d'un tableau de bord historicisé depuis 2003 de la situation budgétaire et financière des établissements avec exécution de l'EPRD à fin août 2006. Sur ce tableau de bord figurent pour chaque établissement la CAF, le FR, les gains de T2A, les retards de paiements sur la taxe sur les salaires ; - d'un tableau de suivi pluriannuel des opérations d'investissement projetées.	1. L'ARH *via* les données de l'EPRD élabore un tableau de financement prévisionnel (TFP) qui comprend deux parties : - l'évolution du FR imputable : aux résultats prévisionnels d'exploitation, aux dotations et reprises de provisions ; - le BFR. Le TFP inclut en dépenses l'engagement de programmes d'investissement. 2. le TBFEPS du Trésor public est utilisé : - la note d'août 2006 de synthèse régionale des TBFEPS (de 2003 à 2005) présente la situation financière des établissements de la région (FRNG, BFR, endettement, ratios de recouvrement, etc.). Cette note détermine une liste d'établissements devant faire l'objet d'une analyse financière compte tenu d'une situation « *atypique* » (7 ratios dégradés). - par les DDASS (exemple : Rhône) pour les audits des hôpitaux locaux.	1. Pour les établissements privés, la CRAM réalise pour l'ARH un « panorama financier des cliniques privées » (année 2004), soit 42 établissements, classés par catégorie de chiffre d'affaires. Ce panorama dresse 7 « clignotants » financiers, historicisés sur 3 ans : - EBE ; - résultat d'exploitation ; - résultat net ; - structure financière : KP/CA ; - niveau d'endettement ; - capacité de remboursement des emprunts : emprunts / CAF ; - trésorerie Ce panorama ne donne pas un indicateur d'alerte sauf signalement de la CRAM mais il permet d'évaluer la nécessité de rapprochements pour les établissements privés. Le réseau de l'ARH souhaite mutualiser et étendre ce système de suivi aux établissements publics. 2. outils Trésor public non utilisés à ce stade. Mais souhait d'utiliser la compétence de la MEEF pour l'analyse financière.	En particulier : - pas de critère d'alerte pour détecter la survenance ou l'aggravation de déficits ; - pas d'utilisation ou connaissance du mécanisme « diagnostic flash » ; - pas de suivi d'indicateurs financiers. **Toutefois en liaison avec le Trésor public des analyses financières sont menées sur des établissements en difficulté.** Projet de mettre en place en 2007 une formation plus complète des DRASS – DDASS sur l'analyse financière en liaison avec le CEREFOC.	Le suivi de l'EPRD est **infra annuel** et réalisé à partir d'enquêtes et de la grille d'analyse des EPRD (cf. *supra*) avec trois aspects : - respects des engagements contractuels (CRE, dotations aux amortissements et provisions pour les investissements, etc.) ; - analyse patrimoniale des grandes valeurs bilancielles : FRI, FRNG, ratios (capacité de remboursement de la dette). **Un score est réalisé en fonction des moyennes régionales des ratios pour déterminer la capacité de l'établissement à faire face aux difficultés d'exploitation, de trésorerie,** etc. ; - analyse « dynamique » : à partir des données de l'EPRD analyse de l'enrichissement ou de l'appauvrissement de l'établissement (résultat, CAF, variation du FR). **Les établissements sont comparés entre eux par un document de synthèse reprenant les ratios et grandeurs bilancielles**

ARH Bourgogne	ARH Rhône-Alpes	ARH Haute Normandie	ARH Poitou-Charentes	ARH Bretagne
				(résultat, CAF, etc.). **Suivi des établissements privés par la CRAM (STEFIE).**
Objet : 1) comparer la position financière de l'établissement à un groupe homogène d'établissements. 2) suivi de la situation économique financière d'un établissement en vue d'engager une démarche contractuelle.				
Outils : EPRD, outils internes.	Cf. *infra* sur l'analyse des gagnants / perdants à la T2A. Outils : CABESTAN (EPRD), ICARE, ratios financiers.	Outils : EPRD, ratios financiers (PMSI) pour le secteur privé. Pour les établissements privés : cf. *supra* le panorama financier réalisé par la CRAM sur les établissements privés (année 2004).	**Pas d'outils et pas de suivi ou de comparaison des établissements.** Cf. ***supra.*** **Pas de simulation du 100% T2A**.	Cf. *supra*
L'ARH dispose d'une série de tableaux de suivi : - suivi des opérations d'investissement ; - suivi des crédits affectés en DAC et en MIGAC au titre des différents plans de santé publique nationaux, par établissement ; - un tableau de bord annuel de la situation budgétaire et financière des établissements avec exécution de l'EPRD à fin août 2006. Sur ce tableau de bord figurent pour chaque établissement la CAF, le FR, les gains de T2A, les retards de paiements sur la taxe sur les salaires.	1. La DRASS produit pour le compte de l'ARH à partir d'ICARE un document sur les retraitements comptables (*cf. document daté de juillet 2006 sur les établissements soumis à la T2A à partir des comptes administratifs 2004 validés*). Les données sont regroupées selon la logique de l'AGHN (CHU, CLCC, EBNL, CH classés selon leur nombre de RSA par plage de 5000 RSA). Ce travail comptable permet de déterminer : - le coût de la journée MCO et en HAD en comparant l'établissement à son groupe de référence ; - le coût de la journée de « soins et personnel » pour la MCO, les urgences et la HAD et la comparaison de l'établissement avec le groupe homogène : il s'agit des charges d'exploitation du personnel, les dépenses médicales et les charges médico-techniques ; - **le poids des postes de dépense dans le coût MCO, HAD et urgences**: personnel, dépenses médicales, blanchisserie et restauration, amortissements, etc. - l'évolution dans le temps des dépenses de personnel par établissement (données 2004). 2. L'ARH a réalisé (*via* la DRASS chargé du suivi des CRE par l'ARH) une **évaluation des contrats de retour à l'équilibre** (CRE) (*cf. document daté de décembre 2005*), évaluation prévue dans les	La DRASS/DDASS couple le suivi de l'EPRD à des indicateurs comme : - suivi de l'activité ; - simulation sur la valorisation en T2A (gagnant/perdant). Sur la base de ces indicateurs, et du signalement d'une dégradation de leurs résultats, la DRASS/DDASS prend contact avec les établissements pour évaluer les mesures à prendre.		

ARH Bourgogne	ARH Rhône-Alpes	ARH Haute Normandie	ARH Poitou-Charentes	ARH Bretagne
	CRE signés avec 44 établissements (40 M€). Ces CRE sont signés avec les établissements présentant un déficit cumulé qui ne peut être apuré sur 3 ans et qui perdurerait sans plan de redressement. L'objectif du CRE est de réduire le déficit structurel mesuré ainsi : Résultat structurel = résultat N – report charges N-1 + reports de charges N+1 – incorporations de déficits antérieurs – crédits NR alloués pour tensions budgétaires. Sur les 44 signataires, 22 ont été évalués fin 2005 : 14 ont connu un retour à l'équilibre ou réduit leur déficit. Le document conclut sur le fait que « ***la variable d'ajustement principal des CRE est la tarification à l'activité*** **».**			
Objet : mesure de l'impact de la T2A sur les ressources de l'établissement et sa « rentabilité ».				
Outil : SI interne	Outil « score T2A » de la DRASS	Outils : EPRD (CABESTAN), PMSI.	**Pas d'outil ni d'indicateurs d'analyse (type IPME). Travail en cours.**	Outil : « diagnostic flash ». CABESTAN, IPME.
Mesure de l'impact de la T2A réalisé. L'ARH dispose *via* la DRASS de l'évolution de la situation financière des établissements au titre de la T2A selon l'évolution du taux de T2A (exercice de comparaison sur 2005 et 2006 pour 25 établissements pour le 1er trimestre 2006 extrapolée).	L'outil « score T2A » est utilisé en routine à partir de l'application EPRD fournie aux établissements. Il permet de simuler l'impact de la T2A pour l'établissement et de valider la robustesse de ses prévisions de recettes et dépenses. Il compte 5 colonnes : - la 1ère colonne A « mise en jeu », est l'évaluation des recettes T2A sur l'année N-1 (au cas d'espèce 2005) en appliquant sur les recettes définitives enregistrées le taux de T2A valable en N+1 (ici 35% en 2006) ; - la 2ème colonne B est l'extrapolation des recettes de l'année N à partir des données de facturation des deux premiers trimestres, avec un coefficient d'extrapolation en fonction de la saisonnalité de l'activité (étant supposer que la structure de saisonnalité ne varie pas d'une année sur l'autre) ; - la 3ème colonne C fait la différence entre les colonnes B et A et mesure ainsi si l'établissement est un gagnant / perdant à la T2A ; - la 4ème colonne D est constituée par les recettes inscrites par l'établissement dans l'EPRD (hors décision modificative), étant entendu que les	Projections régionales infra annuelles par la DRASS sur l'impact T2A et utilisées pour discuter avec les établissements (cf. *supra*). L'assurance maladie a pu analyser le *case mix* des établissements privés pour vérifier l'impact de la T2A sur l'activité en 2005 et 1er trimestre 2006.	L'ARH doit travailler en 2007 à la mise en place d'indicateurs financiers (contrat d'objectifs de l'ARH). Pas d'analyse du score T2A en routine (une tentative a été faite mais « *exercice complexe* ». Pas d'utilisation des indicateurs IPME.	1. Simulation deux fois par an du 100% T2A (gagnant / perdant). Simulation **utilisée pour la répartition des crédits de soutien budgétaire**. 2. L'ARH entend faire appel au « diagnostic flash » pour une mission début 2007. 3. Utilisation des indicateurs IPME par la CTAR

ARH Bourgogne	ARH Rhône-Alpes	ARH Haute Normandie	ARH Poitou-Charentes	ARH Bretagne
	recettes incluent les consultations externes, les séjours et suppléments ; - la 5ème colonne E mesure l'écart entre les colonnes B et D, i.e. entre l'extrapolation de recettes N à partir de la facturation réelle sur le 1er semestre et la prévision de l'établissement. Elle permet d'interroger la pertinence des résultats prévisionnels des établissements. Les résultats sont communiqués trimestriellement aux DDASS.			

Tableau 3 : Pilotage de l'activité (performance médico-économique)

ARH Bourgogne	ARH Rhône-Alpes	ARH Haute Normandie	ARH Poitou-Charentes	ARH Bretagne
Objet : suivi de l'activité médicale des établissements.				
Outils : fichier WORD ou Excel interne, SAE.	Outils : PMSI (traitement sous ACCESS), observatoire des plaintes.	Outils : PMSI, demandes d'autorisation, observatoire des plaintes.	Outils : PMSI, SAE.	Outils : PMSI, SAE, CPOM. Exploitation des données PMSI pour construire des indicateurs d'activité (en liaison avec le SROS).
Au sein de l'ARH, certaines DDASS (exemple : DDASS Yonne ou Saône et Loire) suivent : - le nombre de lits autorisés et installés par discipline, avec la date et la durée d'autorisation, la date de renouvellement ; - par territoire de santé et par établissement les personnels employés ; - le suivi trimestriel des ressources. La DDASS Yonne a établi un dossier unique de l'établissement utilisé pour le classement et résumant : - le fonctionnement : accréditation, projet d'établissement, composition du CA, CLIN, - services : autorisations, partenariats, dossiers CROS, - finances : budgets N et N-1 et DM de l'année N, analyse financière, PPI ; - contentieux et inspections, - personnels : ressources humaines, praticiens hospitaliers,	1. L'ARH travaille sur les données de production de PMSI à partir de la base ACCESS de la CRAM. En lien avec les outils AP-HP, elle veut travailler l'analyse d'activité et de l'organisation des établissements sur certains thèmes (cardiologie, cancérologie). 2. Expertise médico-économique (EME) de la CRAM qui croise approche médicale et économique. 3. observatoire régional des plaintes : pour le suivi au niveau régional des plaintes	1. L'ARH suit un tableau historique de l'évolution depuis 1994 et tous les 5 ans avec l'évolution pour le SROS 2006-2011 : - des « plateaux techniques de chirurgie » : de 36 sites en 1994 à 22 en 2011 mais avec 3 fermetures sur le SROS3 ; - des maternités : de 15 en 2006 à 14 en 2011 et création d'un CPP. 2. description de l'établissement au regard de l'OAP à partir du PMSI (réalisation DRSM) : exemple : GH du Havre où figure par nomenclature OAP pour médecine et chirurgie : - nombre total de séjours et part du « pôle » dans le total des séjours ; - âge moyen des patients ; - nombre séjours hors CM 24 ; - % de CM 24 (dont ceux <24H) 3. Le régime des autorisations d'activité est depuis le 19 septembre 06 régionalisé et formalisé. Le réseau ARH estime ce suivi des demandes d'autorisation toujours nécessaires car il permet d'engager un dialogue avec les établissements sur la soutenabilité économique des équipements lourds soumis à autorisation.	Données et indicateurs suivis : - indicateurs d'activité en liaison avec les objectifs quantifiés d'offres de soins ; - document par établissement sur les effectifs, le nombre de lits (tiré de la SAE). Pas d'outil et d'évaluation sur : - la qualité sanitaire, en dehors d'ICALIN ; - l'évaluation des pratiques professionnelles ; - l'analyse des plaintes qui remontent à l'ARH *via* le réseau Etat/assurance maladie..	**Pas d'analyse des plaintes mais objectif de créer à terme un observatoire des plaintes.** Suivi au travers du CPOM des données : - de qualité sanitaire ; - de l'accréditation des établissements ; - de l'évaluation des pratiques professionnelles. L'ARH a fait l'inventaire des différents indicateurs (SROS, CPOM, contrat d'objectifs de l'ARH, PRODIGE) pour **optimiser le recueil, le traitement et la synthèse des informations.** Utilisation de l'outil STEFIE par la CRAM pour connaître la situation économique et financière des cliniques privées.

ARH Bourgogne	ARH Rhône-Alpes	ARH Haute Normandie	ARH Poitou-Charentes	ARH Bretagne
		4. observatoire des plaintes : application régionale recensant les plaintes du réseau ARH (donc pas les plaintes directes adressées aux établissements). Suivi de l'instruction par le réseau ARH et de la réponse ;		
Objet : évaluer la couverture des besoins et l'évolution de l'environnement des établissements de santé.				
Outil : SIHNAT.	Outil : SIHNAT.	Outils : SIHNAT, INSEE, PMSI	Outils : PMSI, PARHTAGE - information. **L'ARH n'utilise pas l'accès à SIHNAT.**	Outils : SIHNAT, SAE, PMSI, suivi des autorisation.
Accès et utilisation de SIHNAT. Outil jugé perfectible (exemple : absence de requétage).	L'ARH a accès et utilise SIHNAT. Toutefois la logique par établissement (et non régionale) de l'outil n'en facilite pas l'utilisation – pas d'accès aux données brutes permettant à l'ARH de faire ses propres analyses.	1. pour les besoins du SROS, utilisation des données INSEE, PMSI pour la définition de ces territoires de santé, notamment : - les flux majoritaires domicile / établissement à partir de l'observation des séjours de MCO ; - les calculs d'équidistance – temps autour des villes et agglomérations sièges de services d'urgence autorisés ; - l'étude des bassins de vie de l'INSEE (accès aux équipements concurrentiels ou services publics et d'éducation). 2. SIHNAT connu et utilisé (utilisation des données de l'AGHN pour comparer la situation d'établissements).	Pas d'outil pour le suivi et le contrôle des autorisations. L'ARH utilise le PMSI pour évaluer la couverture des besoins de la population notamment pour construire et évaluer les objectifs quantifiés d'offres de soins. PARHTAGE Information utilisé pour une étude de marché sur l'activité (analyse OAP) : outil commun aux établissements utile pour la discussion avec un établissement (Royan).	SAE et PMSI sont les deux bases de données utilisées pour fournir les indicateurs de suivi, notamment pour la réalisation du SROS. Résultats disponibles sur le site Internet de l'ARH. SIHNAT connu et utilisé. L'inventaire des indicateurs par l'ARH (SROS, CPOM, contrat d'objectifs de l'ARH, PRODIGE), pour optimiser le recueil, le traitement et la synthèse des informations, cette synthèse **devant constituer une aide à la décision.** L'ARH veut conditionner le maintien de l'autorisation à un minimum d'activité des petits établissements maintenus par le SROS (faute de recomposition).
Objet : Evaluation de la performance et de la position relative de l'établissement (part de marché).				
Outils : PMSI, ICARE, SAE.	Outils : PMSI, FLUX (attractivité à partir du PMSI), ENC.	Outils : logiciel SCORE d'analyse du PMSI pour l'activité MCO, la description OAP, SIHNAT.	**Pas d'outil ni d'indicateurs de performance utilisés. Pas**	Outils : PMSI.

ARH Bourgogne	ARH Rhône-Alpes	ARH Haute Normandie	ARH Poitou-Charentes	ARH Bretagne
			de tableau de bord régional (travail en cours sur ce dernier point).	
Le PMSI a été utilisé pour élaborer les OQOS. Les parts de marché des établissements et l'activité réelle 2006 sera utilisée pour fixer leurs OQOS. Pas de tableau de bord régional à ce jour faisant le lien transversal entre les missions et entre les échelons nationaux, régionaux et locaux. **Les DDASS ne disposent pas d'indicateurs « d'efficience » ou « organisationnels » particuliers, en dehors du suivi des données financières (exemple : EPRD)**. **Toutefois les résultats des inspections peuvent être exploités à des fins d'amélioration de la performance.** Indicateurs : - comparer les coûts par pôle d'activité ou service aux tarifs (retraitements comptables ICARE et *case mix* du PMSI) pour engager le dialogue de gestion avec l'établissement ; - indicateurs d'activité PMSI ; - indicateurs des établissements en difficulté ; - DMS ; - rapports des CRUQ ; - Respect des procédures qualité et des recommandations de la HAS ; - simulation 100% T2A : volonté de l'ARH de ne pas aider les établissements au maximum de 100% T2A ; - taux d'absentéisme ; - évolution des chiffres de la mise en place de réseaux de santé (exemple : morbidité dans la périnatalité).	1. L'ARH avec la DRASS suivait jusqu'en 2005 (document daté d'avril 2005), **sans toutefois en tirer d'utilité notable pour le pilotage,** l'évolution historique de l'activité des établissements publics sur la base de la valeur du point ISA, donnant les indications suivantes : - activité réalisée ; - taux d'occupation ; - performance appréciée par la DMS de l'établissement par rapport à la DMS nationale ; - le PMCT ; - le coût de la journée MCO+urgences par établissement et la moyenne régionale de la catégorie d'établissements ; en outre le coût MCO était décomposé par grande catégorie de charges ; - le coût de certaines fonctions logistiques de l'établissement comparé à la moyenne régionale de la catégorie d'établissements. 2. **pas de tableau de bord régional** et difficulté à mettre en œuvre et suivre des indicateurs de qualité ou organisationnels en dehors des indicateurs financiers, élément de la performance qui peut être mesuré et qui permet d'objectiver la qualité de l'organisation. **Volonté de constituer un tableau de bord régional avec les indicateurs suivants** : - indicateurs financiers ; - indicateurs de concentration d'activité (parts de marché, taille critique...) ; - DMS par activité (OAP) ; - nombre lits HAD / nombre lits chirurgie hospitalisation complète ; 3. L'ARH travaille sur les données de production de PMSI à partir de la base ACCESS de la CRAM. En lien avec les outils AP-HP, elle veut travailler l'analyse d'activité	1. L'ARH utilise trois outils, pour évaluer la performance de l'établissement : - OAP (outil d'analyse du PMSI) : il permet de savoir si l'activité de l'établissement correspond bien à son positionnement et à ce qui est demandé dans le cadre du SROS. L'OAP a été choisi par le COTRIM avec une fiche de description par établissement (pour situer l'écart au standard) ; - analyse annuelle du PMSI *via* le logiciel SCORE ; - SIHNAT : utilisation de l'AGHN qui fournit des informations synthétiques sur l'activité et les moyens des établissements hospitaliers et permettre des comparaisons inter établissements. 2. Synthèse régionale des scores ICALIN issus des bilans annuels (novembre 2005). Présentation lors de la COMEX du 8 mars 2006 avec discussion sur les projets 2006. 3. Le réseau DRASS/DDASS. Production en DDASS de tableaux de bord sur : - activité ; - valorisation en T2A ; - simulation perdants / gagnants T2A ; - indice OAP ; pas de tableau de bord décisionnel au niveau DRASS / DDASS ni au	L'ARH n'utilise pas les bases de données SCORE ou BDFHF.	**Pas d'utilisation des outils BDFHF ou SCORE**. Utilisation des données du PMSI y compris en croisant avec des données démographiques. L'ARH utilise des indicateurs de performance traditionnels : - l'index de performance à la DMS - le coût moyen annuel au lit ou coût du lit occupé.

ARH Bourgogne	ARH Rhône-Alpes	ARH Haute Normandie	ARH Poitou-Charentes	ARH Bretagne
	et de l'organisation des établissements sur certains thèmes (cardiologie, cancérologie). 4. Expertise médico-économique (EME) de la CRAM (en liaison avec la DRASS) qui croise approche médicale et économique. Les indicateurs de l'assurance maladie existants : - éléments d'analyse financière : observatoire de la T2A créé pour vérifier l'impact de la T2A sur les résultats financiers des établissements et les coûts de production (exemple : taux de réhospitalisation). Outil ATIH adapté par l'assurance maladie ; - durée moyenne de séjour (comparaison avec l'échantillon régional voire l'ENC) avec ajustement en fonction de l'âge (qui n'est pas fait dans l'ENC). Cet indicateur est retraité à partir des données du PMSI ; éléments de productivité (exemple : production du bloc opératoire) ; - **attractivité de l'établissement** (taux de fuite) avec un logiciel FLUX actualisé à partir du PMSI et disponible sur SIHNAT. Objectif : évaluer les prévisions d'activité des établissements en particulier dans le cadre de nouveaux investissements et savoir si le service rendu est de qualité notamment via l'existence d'équipements dans le bassin.	niveau ARH (mais travail en cours à l'issue du questionnaire adressé aux établissements).		
Objet : étude des coûts de « production » des établissements.				
Pas de vision exhaustive (cf. *infra*)	Enquête réalisée par la CRAM à la demande de l'ARH sur l'état de développement de la comptabilité analytique dans les établissements de la région (*cf. synthèse datée du 17 janvier 2003*) avec les résultats suivants : - 2/3 des établissements déclaraient posséder un fichier structure unique ; - 50% des établissements avaient conçu leur comptabilité analytique à partir des guides méthodologiques nationaux ; - **8/10 ne calculaient pas leurs coûts au séjour ;** . - **3/10 utilisaient les données du compte**	Pas de vision ni de connaissance de l'utilisation de la comptabilité analytique ni de vision claire des attentes vis-à-vis des établissements.	Pas de connaissance des établissements dotés d'une comptabilité analytique. L'ARH va lancer en **2007** une **étude exhaustive pour déterminer les établissements dotés d'un véritable contrôle de gestion**, afin d'identifier des référents et constituer un réseau.	Pas de connaissance des outils de contrôle de gestion utilisés par les établissements. **Projet en ce sens** (pas de délai indiqué).

ARH Bourgogne	ARH Rhône-Alpes	ARH Haute Normandie	ARH Poitou-Charentes	ARH Bretagne
	administratif retraité.			
Objet : comparer les différents coûts de production de l'établissement à une référence nationale afin de cerner les activités profitables ou non.				
TCCM	Outil : description OAP (ATIH / AP-HP de regroupement des GHM du PMSI).	Outil : description OAP (outil d'analyse du PMSI)	**Pas d'outil utilisé**.	**Pas d'outil utilisé**.
L'ARH demande la transmission systématique des TCCM aux établissements (selon l'ARH environ 1/3 des établissements disposent d'un tel tableau).	**Analyse de l'ARH sur par ligne de produit ou regroupement de GHM dans une activité cohérente, en ligne avec le PMSI et qui permet déjà aux établissements d'analyser leur organisation et leur activité.**	L'OAP permet de savoir si l'activité de l'établissement correspond bien à son positionnement et à ce qui est demandé dans le cadre du SROS. L'OAP a été choisi par le COTRIM avec une fiche de description par établissement.	Pas d'analyse en ce sens. Pas de connaissance de l'utilisation du TCCM.	Pas d'analyse en ce sens dans les réponses au questionnaire de la mission.
Objet : évaluation de la qualité des processus organisationnels				
1. La note du 14 novembre 2006 de la DRASS fait le point sur les chantiers MEAH en cours dans les établissements de santé de la région (5 chantiers en 2005 et 7 chantiers en 2006 dont le CHU de Dijon pour la comptabilité analytique, le CH d'Auxerre pour la chirurgie ambulatoire). Le chargé de mission « efficience » suit le déploiement des chantiers MEAH, en particulier la mise en place des indicateurs MEAH relatifs aux thèmes traités dans la région (exemple : urgences). **Ces travaux MEAH ne sont pas repris dans les CPOM type élaboré à ce jour mais volonté d'utiliser les indicateurs MEAH pour comparer les établissements entre eux**. 2. **Le CBUM.** Le modèle de contrat comporte 27 indicateurs. L'évaluation est annuelle sur le mode déclaratif. Mais les rapports sont relus par un comité composé de l'ARH, l'URCAM, la DRASS, la DRSM et la CRAM. Objectifs 2006 peu ambitieux (reconduction de l'existant en 2005).	Pour l'ARH, la **clé d'entrée de l'analyse de la performance de l'établissement est l'analyse des résultats financiers et comptables. Le management organisationnel relève de la responsabilité de l'établissement à deux réserves près :** - l'accréditation par la haute autorité de santé fait l'objet d'un suivi, les sujets donnant lieu à réserve faisant l'objet d'un suivi dans le cadre de la contractualisation avec les établissements (CPOM) ; - le traitement des plaintes est un élément intéressant d'information qui fait l'objet d'un système de gestion régional (l'ARH a créé un observatoire régional). En outre, **des indicateurs organisationnels pourraient être inclus dans les CPOM**. 1. Le réseau de l'ARH a connaissance des établissements engagés dans les travaux de la MEAH. **2. Le CBUM :** Sur la base d'un contrat-type, l'ARH Rhône-Alpes a mis au point une méthode de « *scoring* » sur 30 points à partir des deux types d'objectifs fixés dans le rapport d'étape annuel : 24 points pour les objectifs prioritaires et 6 points pour les autres objectifs. Pour les objectifs prioritaires, les établissements	1. L'ARH a organisé le 12 octobre 2006 un séminaire avec présentation des travaux conduits dans deux établissements de la région qui participent à un projet MEAH (dont le CHU de Rouen) en présence de la MEAH. La liste des établissements de la région retenus aux chantiers MEAH est connue. **2. Le CBUM.** Contrat type élaboré. Contrats signés en mars-avril 2006. 41 Indicateurs de suivi chiffrés mis en place sur : - circuit du médicament : exemple : nombre de lits informatisés ; - pratiques pluridisciplinaires et respect des référentiels : fiches de recommandations et de référentiels mis à disposition des professionnels ; - engagements spécifiques aux spécialités pharmaceutiques : exemple : délivrance nominative à partir de la pharmacie. Evaluation en novembre 06 (à	1. Travaux de la MEAH connus. L'ARH dispose de la liste des établissements participant aux chantiers et indiqué avoir suggéré des thèmes de travail aux établissements ou des noms d'établissements à la MEAH. L'ARH **ne connaît pas et n'utilise pas les indicateurs de productivité de la MEAH.** 2. Le CBUM : **pas de cotation et de classement des résultats des établissements (« *scoring* »).** Le suivi et l'évaluation des établissements sont en cours à la date de la mission. Cf. CBUM peu contraignant pour les	1. Travaux de la MEAH connus et liste des établissements participants connus. L'ARH a **connaissance des indicateurs dont elle a informé les établissements** (journée de présentation) **mais qu'elle ne suit pas**. Elle a suggéré des noms d'établissements sur certains thèmes (temps médical). 2. Le CBUM : Le contrat socle de l'ARH est complété d'actions propres à l'établissement. L'ARH a réalisé une évaluation de la mise en œuvre du contrat. **Un référentiel d'évaluation doit être construit au 1er semestre 2007 sur l'atteinte des objectifs prévus**. Une grille de cotation / classement est réalisée (« *scoring* »). Mais les indicateurs ne sont pas

ARH Bourgogne	ARH Rhône-Alpes	ARH Haute Normandie	ARH Poitou-Charentes	ARH Bretagne
Un « *scoring* » a été mis au point (100 points répartis en 5 catégories) : - amélioration et sécurisation du circuit du médicament ; - l'informatisation des circuits des produits de santé ; - le développement des systèmes d'assurance qualité ; - le développement des pratiques pluridisciplinaires ; - le respect des engagements concernant la prescription et la dispensation des produits de santé facturables en sus des GHS. Une courte note de synthèse est réalisée à l'issue avec une présentation points forts / points faibles.	ont été classés ainsi, avec les résultats suivants sur les 125 contrats signés avec les établissements : - 24 points (+6 points pour les autres objectifs) pour les établissements atteignant 75% au moins de leurs objectifs ; - 19 points (+5 points) pour ceux réalisant entre 50 et 74% de leurs objectifs ; - 12 points (+3 points) aux établissements réalisant entre 25% et 49% de leurs objectifs. ; - 0 point à ceux qui atteignent moins de 25% de leurs objectifs. L'ARH a été en contact avec les établissements pour établir les déclarations. Elle a vérifié leurs rapports annuels sur la base de la méthode de « scoring » et a effectué 7 contrôles sur place (dont 3 établissements publics).	partir de l'OMEDITS) avec : - suivi quantitatif des données de consommation des médicaments *via* e-PMSI ; - suivi ciblé à venir sur quelques médicaments. Une grille de lecture des indicateurs est établie pour apprécier les écarts de réalisation par rapport au contrat et leur ampleur. Evaluation déclarative sur la mise en œuvre et avec indication sur le respect de l'étape 2006.	établissements sur les premiers exercices	uniformisés.
Objet : contrôle externes des données PMSI codées par les établissements.				
Outils : DATIM, MAT2A.	e-PMSI	Outils : e-PMSI (MAT2A), DATIM.	Outil : e-PMSI.	Outils : PMSI.
Une unité de coordination régionale (UCR) CRAM -DRASS – CPAM – DRSM élabore chaque année un programme de contrôle externe régional des établissements de santé T2A. Ce programme est inclus dans le PRIICE. Le programme 2006 porte sur le contrôle du diagnostic des actes concourant à la désignation du GHM, les critères de valorisation des suppléments journaliers, la réalité des prestations facturées. Le ciblage des activités est réalisé selon les critères retenus au niveau national à partir des données 2005 et selon 3 modalités : - **résultats des tableaux DATIM :** séjours courts, GHM avec complication, codage des intoxications, etc. ; - **les résultats des tableaux MAT2A ;**	**La DRASS effectue un double contrôle des données PMSI :** - Contrôle de validation des données T2A sur la cohérence et le respect des règles de codage ; - contrôle sur place par l'UCR (dont la DRASS est membre). Pas d'utilisation de l'outil PMSI par les DDASS (***selon DDASS Drôme et Rhône).***	L'assurance maladie valide le contrôle de cohérence des données des établissements privés *via* e-PMSI (accès aux tableaux MAT2A). Fiche de procédure formalisée via échanges entre CRAM mais pas au niveau de la CNAMTS. Côté DRASS, pour les établissements publics seulement contrôle des erreurs manifestes. L'UCR effectue le contrôle *a posteriori* de la qualité du codage PMSI en vue de la récupération d'indus.	La DRASS opère une validation des données PMSI.	Contrôle des données sous deux formes : - contrôle de la qualité des données (analyse des données des RSA) ; - contrôle de la facturation (facturation des GHS, MO-DMI) dans une logique de récupération d'indus.

ARH Bourgogne	ARH Rhône-Alpes	ARH Haute Normandie	ARH Poitou-Charentes	ARH Bretagne
- pour les établissements publics, des requêtes sur le SNIIRAM portant sur la facturation des séjours de 0 jour et des ATU En 2006 29 des 42 établissements soumis à la T2A doivent faire l'objet d'un contrôle. Un point a été fait lors de la réunion du 11 octobre 2006 de la COMEX et a mis en évidence des indus potentiels à recouvrer dans 20 des 29 établissements (dont 6 pour des indus supérieurs à 200 000€).				

Tableau 4 : Politique contractuelle des ARH avec les établissements de santé (CPOM et CRE)

ARH Bourgogne	ARH Rhône-Alpes	ARH Haute Normandie	ARH Poitou-Charentes	ARH Bretagne
Moyens de l'ARH				
Le programme de travail de l'agence 2005-2008 a été établi sur la base du contrat DHOS –ARH et des objectifs du tableau de bord PRODIGE. **Pas d'enveloppe spécifique régionale en plus des crédits AC.**	L'ARH prélève 0,2% sur la base budgétaire des établissements, pour augmenter les crédits AC (DHOS) pour faciliter la mise en œuvre d'investissements.	En 2005, prélèvement sur la base budgétaire ou sur des enveloppes type GVT. Ce prélèvement sur la dotation régionale s'est élevé à 0,745 M€ de crédits pérennes en sus des crédits AC (*cf. rapport d'activité 2005 ARH Haute Normandie p. 23*).	Les crédits d'aide à la contractualisation sont consacrés pour : - 1/3 aux CPOM ; - 1/3 aux CRE ; - 1/3 au financement de projets d'investissements.	Pas de prélèvement sur la base budgétaire mais mesures nouvelles regroupées dans l'aide à la contractualisation consacrée aux : - CRE ; - investissement ; - mise en œuvre du SROS et priorités de santé publique.
Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM)				
Le décret CPOM n°2006-1332 du 2 novembre 2006 a été présenté à la COMEX le 10 novembre 2006. l'objet est d'adresser un CPOM type aux établissements avant le 20 décembre 06 qui seront examinés par les équipes de territoire et négociés avec les établissements en février 2007. **Pas d'outil (SI) de suivi du CPOM qui reposera sur celui du SROS et le tableau PRODIGE.** Le modèle de CPOM comprend les items suivants : - les OQOS : les implantations et équipements autorisés, les volumes d'activité (mini et maxi) jusqu'en 2011 pour les activités concernées : cardiologie, médecine, chirurgie, etc. ; - les orientations stratégiques par activité de soins et équipement lourd, dérivés du SROS (exemple : urgences) et corrélés avec le contrat DHOS pour la chirurgie ambulatoire (taux de CA pour 5 gestes traceurs) ; - la liste des MIG assurées par l'établissement conformément au décret n°2005-336 du 8 avril 2005 avec une évaluation annuelle ;	Problème de calendrier car le CPOM peut suivre le PME, dans lequel le pouvoir d'intervention de l'ARH est limité et son délai pour agir faible (3 mois). Un modèle a été élaboré avec une liste d'items dans laquelle l'établissement peut « piocher » et engager le dialogue de gestion avec l'ARH. L'ARH a tenu compte des indicateurs nationaux (contrat DHOS et PRODIGE) pour construire les indicateurs du CPOM ce qui donne une liste de 100 indicateurs, dont certains indicateurs sur la qualité, organisationnels (type MEAH). Le CBUM est un des volets du CPOM. En outre l'ARH a construit des indicateurs cohérents avec ceux du SROS. **Suivi du coût des MIG :** pour l'activité SSR, l'ARH a élaboré l'indicateur de performance (à partir de l'ENC-SSR) qui permet de déterminer un prix de journée à partir de la dotation.	*Cf. modèle de CPOM inspiré de l'ARH Bretagne.* Le CPOM **est un outil de déclinaison du SROS**. Mention d'une revue annuelle du contrat. Le CBUM est annexé au CPOM. Le modèle de contrat est structuré ainsi : - diagnostic de l'établissement ; - définition des orientations stratégiques du contrat. Pour cela, les établissements ont été interrogés au 3ème trim. 2006 sur leurs propositions d'engagements ; - fixation des objectifs quantifiés (OQOS) avec un minimum et maximum, la date d'autorisation de l'équipement ou de l'activité ; - les objectifs thématiques du SROS (exemple : unité de soins intensifs) ; - les missions d'intérêt général (avec indication du coût) ; - les initiatives en termes de qualité et de sécurité des soins (exemple : accréditation) ; - l'efficience : exemple : mise en œuvre d'une comptabilité analytique opérationnelle, optimisation de l'organisation des services logistiques, etc.	**Pas de modèle de contrat à la date de la mission.** L'ARH prévoit cependant dans le cadre du CPOM : - des indicateurs financiers (non précisés) ; - des indicateurs de suivi de l'accréditation de l'établissement par la HAS (non précisés) - des indicateurs sociaux (non précisés).	**La priorité du CPOM est la mise en œuvre du SROS.** Un modèle de CPOM élaboré qui décline : - les orientations du SROS ; - le projet d'établissement ; - les objectifs quantifiés d'offres de soins (minimum et maximum) en lien avec la date d'échéance de l'autorisation et des indicateurs de suivi ; - les MIG : avec les objectifs opérationnels attendus, les ressources humaines consacrées et le coût par mission. **Pas d'indicateur prédéterminé** ; - des objectifs de qualité (notamment ICALIN) et de sécurité **en s'articulant avec la procédure d'accréditation de la HAS** ; - des objectifs d'évaluation des pratiques professionnelles ; - des objectifs d'efficience (exemple : déploiement de la comptabilité analytique). **Toutefois pas d'objectif et d'indicateur prédéterminés.**

ARH Bourgogne	ARH Rhône-Alpes	ARH Haute Normandie	ARH Poitou-Charentes	ARH Bretagne
- l'obligation pour l'établissement de remplir le tableau de bord social (obligation du contrat DHOS – ARH) ; - qualité et gestion des risques comportent deux items : * l'évaluation annuelle de la politique de l'établissement en matière de gestion des risques ; * l'établissement doit remplir le tableau de bord sur les infections nosocomiales ICALIN ; - finances et efficience : * l'établissement s'engage à développer des outils de gestion interne appropriés (TCCM, comptabilité analytique) ; * l'établissement s'engage à mettre en œuvre le plan de retour à l'équilibre (si besoin) ; * l'établissement met en œuvre le dispositif de nouvelle gouvernance ; * l'établissement doit rechercher des gains de productivité notamment sur les achats hospitaliers. **Pas d'indicateur et d'objectifs précis associés au modèle de contrat.**		- les dispositions financières pour les établissements publics en difficulté (mesures du CRE) **Suivi MIG** : pas de suivi systématique.		
		Contrats de retour à l'équilibre (CRE)		
Modèle formalisé de CRE établi fin 2004 sur la base d'un diagnostic partagé : - demandant à l'établissement de proposer des économies pour résorber son déficit (faisabilité vérifiée par l'agence) et l'utilisation de la comptabilité analytique ; - réalisant une évaluation semestrielle ; - incluant en contrepartie de la réalisation des objectifs un apport financier de l'ARH. **Ce modèle n'a cependant pas été**	Cf. évaluation mentionnée *supra*.	**Pas de modèle type et pas de grille de critères préétablie (**exemple : seuils déterminés pour déclencher une surveillance**).** Formalisation envisagée pour mieux définir les attentes de l'ARH, les moyens pouvant être mobilisés et le calendrier de mise en œuvre.	Sept CRE en cours d'élaboration. **Pas de modèle de CRE ni de critères préétablis de détection des situations financières délicates.** **Toutefois collaboration avec le Trésor public** pour réaliser des analyses financières préalables aux mesures de redressement. Le suivi prévisionnel du CRE par l'ARH est : - quadrimestriel dans le cadre de l'EPRD ;	Outil : diagnostic flash. Sur la base des critères d'analyse financière déterminés pour le suivi budgétaire et l'analyse financière (cf. tableau 1), l'ARH analyse les résultats de fin d'exercice et les résultats cumulés pour détecter les situations financières délicates. Politique de contractualisation d'un CRE avec tout établissement en déséquilibre. Aide de l'ARH en fonction de la simulation 100% T2A.

ARH Bourgogne	ARH Rhône-Alpes	ARH Haute Normandie	ARH Poitou-Charentes	ARH Bretagne
utilisé (faute d'apport budgétaire à l'ARH). L'ARH a toutefois signé un CRE avec un établissement sur la base d'un diagnostic partagé. Dans ce contrat : - l'établissement s'engage à atteindre l'équilibre budgétaire du compte d'exploitation à fin 2006 et à réaliser les économies identifiées avec l'ARH ; - l'évaluation de la mise en œuvre des mesures est réalisée semestriellement ; - l'ARH s'engage en contrepartie sur un apport financier **plafonné** à hauteur du montant de recettes correspondant au 100% T2A ; ces apports peuvent être retirés en cas de non-réalisation des mesures ; - enfin, les modalités d'apurement du report de charges sont prévues (mix des « gains T2A », des ressources nouvelles liées au développement d'activité, à la vente de biens fonciers).			- annuel dans le cadre du CPOM. Le CRE est assorti de contreparties pour l'établissement sous forme de : - Non-reconduction ou de retrait des aides ; - Non-approbation de l'EPRD.	Le CRE est assorti de contreparties à l'attribution de crédits : - respects des clauses pour attribution des crédits en fin de campagne - refus ou fixation d'office de l'EPRD. L'ARH va utiliser le diagnostic flash de la MAR pour un établissement (hôtel Dieu Pont l'Abbé) en 2007.

ANNEXE II

LA PRISE EN COMPTE DE LA QUALITÉ

SOMMAIRE

I. LA QUALITÉ DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ : UNE PRÉOCCUPATION RECONNUE MAIS ENCORE MAL PRISE EN COMPTE 3

A. LA PERTINENCE DE LA PRISE EN COMPTE DE LA QUALITÉ DANS LA MESURE DE LA PERFORMANCE EST BIEN DOCUMENTÉE 3
B. LA QUALITÉ EST UNE PRÉOCCUPATION QUI PARAÎT RECONNUE 4
C. SA PRISE EN COMPTE DANS LE PILOTAGE ET LE SUIVI DES ÉTABLISSEMENTS EST INSUFFISANTE 7

II. DÉVELOPPER LA QUALITÉ COMME ÉLÉMENT DE PERFORMANCE DES ÉTABLISSEMENTS 7

A. COMMENT MESURER LA QUALITÉ DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ 7
B. CE QUI DEVRAIT ÊTRE FAIT EN MATIÈRE DE PILOTAGE DE LA QUALITÉ AU NIVEAU NATIONAL 10
C. CE QUI DEVRAIT ÊTRE FAIT EN MATIÈRE DE PILOTAGE DE LA QUALITÉ PAR LES ARH 13
D. CE QUI DEVRAIT ÊTRE FAIT EN MATIÈRE DE PILOTAGE DE LA QUALITÉ DANS CHAQUE ÉTABLISSEMENT 14

LA PRISE EN COMPTE DE LA QUALITÉ

I. LA QUALITÉ DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ : UNE PRÉOCCUPATION RECONNUE MAIS ENCORE MAL PRISE EN COMPTE

A. La pertinence de la prise en compte de la qualité dans la mesure de la performance est bien documentée

La qualité des soins telle que la définit l'Institut de médecine des États-unis « c'est le niveau auquel parviennent les institutions de santé en terme d'augmentation de la probabilité des résultats souhaités pour les individus et les populations et de compatibilité avec l'état des connaissances actuelles »[1].

La qualité est bien partie prenante de l'efficacité et l'efficacité d'un système ne saurait être réduite à son efficacité économique. Pour autant, les rapports entre qualité et économie dans la santé sont généralement tenus pour ambigus sinon suspects[2]. La qualité servirait-elle d'alibi destiné à dissimuler la recherche d'une maîtrise des dépenses ? Permettrait –t-elle, au contraire, de se soustraire à la contrainte économique ?

La mesure de la performance dans les établissements de santé a pour objet non pas d'opposer, mais de prendre en compte ces deux préoccupations : efficacité économique et efficacité médicale et sanitaire étant complémentaires l'une de l'autre.

Plusieurs éléments en attestent pour ce qui concerne les établissements de santé.

Les défauts de qualité sont fréquents dans notre pays : 3 à 5 % de l'ensemble des séjours hospitaliers sont occasionnés par des événements indésirables graves, le tiers d'entre eux étant consécutif à une hospitalisation antérieure. Les événements indésirables graves identifiés durant une hospitalisation ont une incidence moyenne de 6,6 pour 1 000 jours d'hospitalisation et aboutissent dans deux cas sur cinq à une prolongation d'hospitalisation. Trente cinq pour cent d'entre eux ont été jugés évitables. Dans l'analyse de leurs causes, le rôle essentiel des questions d'organisation et de communication a été souligné[3].

La qualité et la non-qualité ont un coût. Ceux-ci sont abondamment documentés dans la littérature internationale et française[4]. Bien que les liens entre qualité, coûts et organisation soient difficilement modélisables, il existe une relation étroite entre qualité et organisation ; et optimiser l'organisation au sein des établissements permet des réductions de coûts. Un cadre opérationnel a d'ailleurs été proposé par l'ANAES aux établissements leur permettant de calculer leurs coûts moyens de non-qualité et les coûts de mise en œuvre de mesures de prévention de ces défauts de qualité des soins dans quatre domaines (infections à bactéries multirésistantes, antibioprophylaxie inadaptée, escarres et radiographies inappropriées).

Encart : principaux défauts de qualité des soins dans les établissements de santé

- événements indésirables : la fréquence d'événements indésirables graves liés aux soins varierait entre 10 et 15,4 % et celle des événements indésirables évitables entre 3,9 et 6,2 % (données 2003) ;

[1] Institute of medicine. Assessing medical technologies. Washington DC National Academy Press, 1985, 573 pages.
[2] Matillon Y, Durieux P. De l'évaluation à la qualité en médecine. *In* L'évaluation médicale. Du concept à la pratique. Paris. Médecine – Sciences Flammarion, 2000, 180 pages.
[3] Michel P, Quenon JL, Djihoud A, Tricaud-Vialle S, de Sarasqueta AM, Domecq S, et al. Les événements indésirables graves liés aux soins observés dans les établissements de santé : premiers résultats d'une étude nationale. DREES. Etudes et résultats 2005, n°398.
[4] Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine (CCECQA). Les coûts de la qualité et de la non qualité des soins dans les établissements de santé : état des lieux et propositions. ANAES 2004 ;155 pages.

- prescriptions inappropriées : par exemple entre 20 et 35 % pour les prescriptions d'antibiotiques en prophylaxie ou en curatif (données 2002-2003) ;

- interventions injustifiées : par exemple entre 2 et 20% pour les interventions pour cataractes (données 2000), 30 % pour les poses d'endoprothèses pour anévrysme abdominal (données 2001) ;

- hospitalisations non justifiées : environ 30 % de journées d'hospitalisation non pertinentes, notamment parce que les soins et services rendus pourraient être réalisés dans des structures plus adaptées (données 1999-2001) ;

- défauts du circuit du médicament ;

- non adéquation des patients aux lits d'hospitalisation : taux global d'inadéquation estimé à 25 % en réanimation.

La réforme du mode de financement à l'activité doit également s'accompagner d'une attention particulière portée à la qualité car, plus axée sur la productivité, la T2A ne conduit pas automatiquement à la recherche d'une amélioration du service rendu. Certains soulignent même un risque induit d'aléa moral – en fournissant des soins « surcotés » à des patients « légers » et un risque de limitation de l'intensité des soins en particulier pour les patients les plus lourds ou un risque de sélection écartant les patients dont la prise en charge ne serait pas associée à un niveau de rémunération suffisant[5].

Le risque de difficultés accrues dans la coordination de la prise en charge de personnes atteintes de maladies chroniques est également à prendre en compte[6].

La mission n'a pas conduit un travail spécifique sur ce point. Ses déplacements et les discussions qu'elle a pu conduire en région, ne l'y ont pas incité particulièrement. Mais c'est bien pour prévenir ces risques que des programmes régionaux de contrôle de la qualité du codage des GHM par les établissements sont actuellement - et devront être régulièrement dans l'avenir - conduits par le réseau des ARH, et notamment le service médical de l'assurance maladie.

Enfin, l'intérêt de rompre avec une démarche de régulation exclusivement centrée sur la maîtrise des coûts est également mis en avant : la prise en compte de la qualité, comme élément de gestion de la complexité du système et comme élément de valorisation du cœur de métier des professionnels de santé, venant enrichir les deux grands axes traditionnels de l'évaluation des politiques publiques en santé que sont l'efficacité et l'équité[7].

B. La qualité est une préoccupation qui paraît reconnue

La qualité est une préoccupation affichée de l'action publique en matière de soins.

Une des trois actions du programme 171 de la loi de finances 2007 « offre de soins et qualité du système de soins » concerne spécifiquement le niveau et la qualité de l'offre de soins. Parmi les éléments qui y concourent, deux se rapportent à l'amélioration de l'efficience des établissements :

- l'optimisation de l'organisation et de la gestion interne des établissements ;

- l'efficience des pratiques hospitalières.

[5] Bousquet F, Lombrail P, Guisset A-L. Les effets de la mise en œuvre de systèmes de paiements prospectifs de type T2A sur la qualité. DREES. Solidarité et santé 2006 ; 1 : 69-83.

[6] Oxley H, Hofmarcher M. efficiency un health-care delivery. An overview of care coordination in OECD and selected non OECD-countries. OECD November 2006. DELSA/HEA/EFF(2006)1.

[7] Coulomb A, Bousquet F. Penser une nouvelle place pour la qualité dans la régulation du système de santé français. Sève 2006 ; 10 : 97-104.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 comprend, elle aussi, des programmes de qualité et d'efficience qui viennent conforter l'action publique en la matière. Parmi les 5 objectifs du programme « maladie », l'objectif n°3 « améliorer la qualité de la prise en charge des patients par le système de soins » met l'accent sur :

- la mise en œuvre du parcours de soins ;
- l'indice composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales (ICALIN) ;
- l'organisation de la permanence des soins et des services d'urgence.

De son côté, l'objectif n°4 « renforcer l'efficience du système de soins et développer la maîtrise des dépenses » combine des indicateurs d'efficacité économique et des indicateurs qualitatifs :

- indicateur de suivi de la consommation de médicaments : nombre moyen de boites de médicaments prescrits par consultation ou visite ;
- nombre de doses définies journalières d'antibiotiques par an pour 1 000 journées d'hospitalisation.

La qualité est au centre de la démarche de certification, rendue obligatoire pour l'ensemble des établissements de santé par l'ordonnance de 1996[8].

Depuis 2005, un pilotage national relatif au déploiement et à la généralisation d'indicateurs de qualité a été mis en place. Il regroupe actuellement DHOS, DREES, HAS, CNAMTS, fédérations hospitalières, conférence des directeurs d'ARH, ATIH et représentants d'usagers.

La Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) au ministère chargé de la santé, s'est dotée d'une sous-direction « de la qualité et du fonctionnement des établissements de santé ». Soulignant l'importance de la qualité dans la modernisation du système de soins et la conduite des réformes engagées dans les établissements de santé, et le caractère complémentaire des objectifs relatifs à la qualité des soins et ceux relatifs à la qualité de la gestion, la DHOS a fait de la promotion de la qualité et de l'efficience du système hospitalier un des trois axes de son plan d'action stratégique[9].

Elle prévoit notamment dans ses objectifs de :

- favoriser la diffusion d'indicateurs de qualité ;
- établir des tableaux de bord à usage interne et externe pour piloter la qualité ; de faire des préconisations pour inciter financièrement les établissements par la qualité ;
- publier les résultats des établissements par classe d'établissements pour favoriser l'émulation.

La mise en ligne toute récente sur Internet du site « Platines »[10] constitue à cet égard une première réalisation. Chacun des quelques 1 300 établissements de santé publics ou privés ayant des activités de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique (MCO) sur le territoire métropolitain fait l'objet d'une fiche descriptive comprenant certains éléments concernant ses capacités d'accueil, son équipement, son activité et certains éléments de sa performance.

---

[8] ANAES. Manuel d'accréditation (V2) septembre 2004.
[9] Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Plan d'action stratégique de la DHOS pour les établissements de santé. V12 novembre 2005.
[10] www.platines.sante.gouv.fr

Bien qu'il ne soit pas focalisé sur la qualité, le site représente une première tentative de recueil synthétique de l'information disponible relative à la qualité des établissements de santé. Rendue disponible au public, cette information autorise une certaine comparaison en situant chaque établissement par rapport aux établissements comparables en termes de taille et de statut juridique. Cette première version qui reprend des données de 2004, devrait être enrichie des différents indicateurs de qualité à venir[11].

Encart : Liste des indicateurs « Platines » relatifs à la performance et à la qualité

Durée moyenne de séjour (DMS)

Indice de performance relatif à la DMS : DMS observée / DMS théorique France entière

Nombre annuel d'accouchements

Taux de césarienne

DMS des accouchements normaux

Délai moyen de prise en charge d'une IVG

Nombre annuel de séjours et DMS de 5 pathologies traceuses :

- Prise en charge initiale d'un infarctus du myocarde
- Accident vasculaire cérébral (AVC) constitué
- Fracture du col du fémur
- Chirurgie du cancer colo-rectal
- Chirurgie du cancer du sein
- Prostatectomie transurétrale

Nombre annuel de séjours et taux de chirurgie ambulatoire de 8 pathologies traceuses :

- Chirurgie de la cataracte
- Amygdalectomie et/ou adénoïdectomie
- Décompression du canal carpien
- Traitement de la maladie de Dupuytren
- Cure de hernie chez l'enfant
- Chirurgie testiculaire
- Arthroscopie du genou
- Chirurgie des varices

Score ICALIN et classe de l'établissement

Certification : niveau de décision

[11] Haury B, Lombardo P. « Platines » un site d'information sur les établissements de santé en France. DREES. Études et résultats janvier 2007, n° 550.

C. Sa prise en compte dans le pilotage et le suivi des établissements est insuffisante

Hormis le suivi des actions de lutte contre les infections nosocomiales, organisé au niveau national, la prise en compte par les ARH de la qualité dans les établissements de santé est généralement limitée.

Un certain nombre d'indicateurs relatifs à la qualité (qualité de la prise en charge des urgences, en périnatalité, dans la prise en charge des malades atteints de cancer, gestion des risques, délais d'attente, ICALIN, certification) ont été identifiés par la DHOS dans le cadre du suivi des ARH et/ou de leurs directeurs.

Mais, tous ne sont pas déclinés en objectifs opérationnels et la plupart d'entre eux ne font l'objet ni d'un suivi systématique de la part des ARH (hormis ICALIN), ni d'une contractualisation avec les établissements.

Il en va de même pour la plupart des autres dispositifs concourant à la qualité dans les établissements pour lesquels l'ARH n'est pas l'opérateur ou l'intervenant principal (cf. tableau infra).

Au final, les ARH n'ont pas aujourd'hui une vision du niveau de qualité global dans les établissements dont elles assurent la tutelle.

Ce défaut de prise en compte peut s'expliquer, en partie, à la fois par des problèmes de méthode et par un défaut de doctrine opérationnelle de la part de la DHOS.

II. DÉVELOPPER LA QUALITÉ COMME ÉLÉMENT DE PERFORMANCE DES ÉTABLISSEMENTS

A. Comment mesurer la qualité des établissements de santé

La méthodologie à adopter pour mesurer la qualité des établissements de santé fait débat[12],[13].

Mais, en tout état de cause, si la qualité des soins peut être mesurée, il n'y aura, en revanche, jamais un indicateur unique permettant de mesurer la qualité d'une structure de soins[14].

Il semble pertinent de prendre en compte à la fois :

- la qualité pour les individus pris en charge, notamment la performance clinique des établissements et leur capacité à prendre en charge les patients de façon globale[15] ;
- la qualité du service rendu à la collectivité, notamment la cohérence entre les missions de chaque établissement, la population qu'il dessert et celle qu'il accueille[16].

Mais, les dimensions à prendre en compte sont multiples : accès aux soins ; compétence technique ; volume d'activité ; qualité de vie ; satisfaction des patients ; dignité des malades ; efficacité ; risques ; coûts ; organisation des soins…

Et, comme le souligne un travail récent de l'Organisation mondiale de la santé, il n'est pas aisé d'évaluer l'efficacité respective des différents dispositifs[17].

---

[12] Shaw C. How can hospital performance be measured and monitored ? WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN) august 2003.

[13] Baubeau D, Pereira C. Mesure de la performance dans le domaine de la santé. DREES. Dossiers solidarité et santé 2004 ; 3 : 47-56.

[14] « Certains n'ont pas compris la complexité des soins et nous demandent de la mesurer aussi facilement, aussi complètement, aussi précisément, aussi complètement que si l'on pesait un sac de pommes de terre. » Avedis Donabedian.

[15] Lombrail P, Naiditch M. Eléments pour évaluer les performances des établissements hospitaliers. Evaluer les performances « cliniques » pour les individus pris en charge. DREES. Dossiers solidarité et santé 2001 ; 2 : 21-46.

[16] Baubeau D, Corvez A, Lucas C. Eléments pour évaluer les performances des établissements hospitaliers. Evaluer la qualité du service rendu à la collectivité. DREES. Dossiers solidarité et santé 2001 ; 2 : 47-54.

En France, l'avancement de la prise en compte de la qualité dans les établissements de santé doit tenir compte de plusieurs éléments, et principalement l'absence de vision globale, la question des moyens et celle de la motivation.

Différents dispositifs concourent à l'amélioration de la qualité dans les établissements (cf. tableau infra). Ces dispositifs sont nombreux, mais tous n'ont pas un caractère obligatoire. De surcroît, il n'y a pas de tutelle unique relative à la qualité pour les établissements, l'interlocuteur principal de l'établissement varie selon les dispositifs et, à ce jour, aucune structure n'a une vue globale du niveau de qualité dans les différents établissements de santé. De leur côté, certains établissements ont défini et mis en place leurs propres indicateurs relatifs à la qualité ne facilitant guère une vision transversale en la matière.

La faisabilité de la mesure de la performance constitue une contrainte sinon une difficulté pour les établissements, compte tenu des modalités d'accès aux données nécessaires et au temps de travail qui doit être consacré à cette évaluation.

Enfin, l'intérêt à agir des principaux protagonistes est difficile à évaluer, l'implication actuelle semblant éminemment variable d'un établissement l'autre.

L'ARH dans cette optique devrait jouer un double rôle :

- un rôle de coordinateur, en prenant en compte les différentes démarches entreprises au sein des établissements ;
- un rôle de catalyseur à la fois vis à vis des établissements et vis à vis du public pour enrichir sa perception de la qualité dans les établissements[18] en l'objectivant autant que faire se peut.

Tableau 1 : Principaux dispositifs concourant à l'amélioration de la qualité en établissement de santé

Dispositifs	Caractère obligatoire	Échéance - durée	Principale(s) structure(s) impliquée(s)	Commentaire
Normes de sécurité	Oui	Perma-nente	ARH	Des normes d'organisation et de sécurité sanitaire spécifiques (comprenant pour certaines d'entre elles des normes de personnel) s'appliquent à certaines activités médicales et à certains équipements, principalement les urgences, l'anesthésie, la surveillance continue, la réanimation, l'obstétrique et la néonatalogie, l'insuffisance rénale chronique, la chirurgie cardiaque et les transplantations d'organes.
Autorisations	Oui	5 ans	ARH	L'ordonnance du 4 septembre 2003 prévoit que sont soumis à l'autorisation de l'ARH les projets relatifs à la création de tout établissement, la création, la conversion et le regroupement des principales activités de soins, et l'installation de certains équipements matériels lourds (article L. 6122-1 et suivants du code de la santé publique.
Normes de fonctionnement		Perma-nente	?	(à venir)
Accréditation de médecins ou d'équipes médicales		4 ans	HAS	La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie prévoit les modalités générales d'une « accréditation de la qualité de la pratique professionnelle » des médecins hospitaliers. Cette procédure est volontaire. Les médecins et les équipes médicales engagés dans cette procédure ou qui sont accrédités doivent transmettre à la Haute autorité de santé toutes les informations nécessaires à l'analyse des événements médicaux indésirables concernant leur activité propre.

[17] Ovretveit J. What are the best strategies for ensuring quality in hospitals ? WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN) november 2003.

[18] Amar, L, Bachimont J, Bremond M, Ghadi V et al. Une approche expérimentale de consultation des usagers sur les informations relatives à l'hôpital. DREES. Etudes et Résultats 2001 ; 115 : 1-8.

Dispositifs	Caractère obligatoire	Échéance - durée	Principale(s) structure(s) impliquée(s)	Commentaire
Certification des établissements	Oui	4 ans	HAS	Afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, tous les établissements de santé doivent faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation antérieurement dénommée « accréditation ». La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a substitué au terme d'accréditation (désormais réservé à l'évaluation des pratiques individuelles des médecins ou collectives des équipes médicales volontaires) celui de « certification ».
Recommandations et référentiels de bonnes pratiques	Oui	3-5 ans	HAS, AFSSAPS, INCA, ARH	Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens que les ARH concluent avec les établissements de santé (article L. 6114-1 du code de la santé publique) fixe les objectifs relatifs à la sécurité des soins et à l'amélioration continue de la qualité, notamment en ce qui concerne la gestion des risques, (notamment la lutte contre les infections nosocomiales et la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse), le respect des recommandations de bonnes pratiques et la mise en œuvre des référentiels de bonnes pratiques relatives à la prise en charge des personnes atteintes de cancer, et le développement de l'évaluation des pratiques professionnelles (article D. 6114-3 du code de la santé publique).
Vigilances	Oui	Perma-nente	AFSSAPS	Différents systèmes de vigilance, reposant notamment sur un principe de déclaration obligatoire, ont été mis en place pour évaluer les risques liés aux produits de santé après leur mise sur le marché. Premier dispositif mis en place, la pharmacovigilance concerne les médicaments. D'autres concernent les produits sanguins labiles (hémovigilance), les dispositifs médicaus (matériovigilance), les dispositifs médicaux de diagnostic in vitro (réactovigilance), l'utilisation des produits issus du corps humain (biovigilance).
Démarches de qualité		Aucune	HAS	
Évaluation des pratiques professionnelles	Oui	5 ans	HAS	La formation continue et l'évaluation individuelle des pratiques professionnelles constituent une obligation depuis la promulgation de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (articles L. 4133-1-1 et L.6155-1 du code de la santé publique).
Gestion des risques	Oui	3-5 ans	ARH	
Lutte contre les infections nosocomiales	Oui	Perma-nente	DDASS, InVS, ARH	
Plaintes	Oui	Annuelle	ARH	
Accords d'amélioration des pratiques		Aucune	ARH	Des accords-cadres peuvent être conclus entre les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et les fédérations nationales représentatives des établissements de santé en vue d'améliorer les pratiques hospitalières Des accords peuvent être conclu sur les mêmes sujets à l'échelon local par l'ARH et un établissement de santé (article L. 6113-8 du code de la santé publique).
Contrat de bon usage des médicaments	Oui	3-5 ans	ARH	
Indicateurs COMPAQH		Aucune	INSERM, HAS, DHOS	

Devant une telle complexité, comment prendre en compte la mesure de la qualité dans le pilotage de la performance hospitalière par les ARH aujourd'hui ?

B. Ce qui devrait être fait en matière de pilotage de la qualité au niveau national

La mission recommande tout d'abord, pour ce qui concerne la qualité au sens performance clinique :

- de continuer les travaux de méthodes engagés en matière de mesure, et particulièrement ceux de COMPAQH ;
- de mettre en place dans les meilleurs délais la généralisation de la mesure des indicateurs COMPAQH au fur et à mesure de leur validation.

Le projet de « Coordination pour la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité hospitalière » (COMPAQH) regroupe l'INSERM, la DHOS, l'HAS et associe les principaux partenaires hospitaliers, notamment les fédérations hospitalières, au pilotage du projet. La première phase du projet débutée en 2003 a eu pour objet de définir et d'expérimenter des indicateurs consensuels permettant de mesurer la qualité des établissements de santé[19].

A cet effet, 8 objectifs prioritaires ont été poursuivis :

- lutter contre la douleur ;
- assurer la continuité de la prise en charge des patients ;
- lutter contre les troubles nutritionnels
- lutter contre les infections nosocomiales, lutter contre le risque iatrogène ;
- améliorer la satisfaction des patients ;
- respecter les bonnes pratiques cliniques ;
- accroître la motivation, la responsabilisation et l'évaluation des compétences des professionnels au contact du patient ;
- garantir l'accessibilité.

Parmi les multiples indicateurs testés (voir tableau infra), plusieurs sont aujourd'hui considérés comme validés et suffisamment standardisés pour être généralisables[20] :

- 5 (sous pilotage HAS) sont relatifs à la tenue du dossier du patient : tenue du dossier, tenue du dossier anesthésique, délai d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation, dépistage des troubles nutritionnels chez les adultes hospitalisés, traçabilité de la douleur ;
- d'autres (sous pilotage DHOS) constituent le tableau de bord « infections nosocomiales ». L'indice composite d'action de lutte contre les infections nosocomiales (ICALIN), la consommation de produits hydro-alcooliques, un indicateur de réalisation d'une enquête de surveillance des infections du site opératoire, un indicateur de suivi relatif au Staphylocoque doré résistant à la méticilline et un indicateur de suivi de la consommation d'antibiotiques ;
- un autre (sous pilotage DREES) concerne la satisfaction des patients ;
- une batterie de 6 indicateurs relatifs à des points-clés de la prise en charge de l'infarctus du myocarde à la phase aiguë (sous pilotage HAS).

Leur mise en place doit débuter rapidement selon les modalités préconisées par le groupe COMPAQH (cahier des charges, grille de recueil, consignes de remplissage et fiche signalétique d'évaluation) et s'étaler sur 2007 – 2008.

---

[19] Haute autorité de santé, INSERM, ministère chargé de la santé. Etat d'avancement du développement des indicateurs COMPAQH 2003-2006. Rapport final. Août 2006. http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/compaqh/accueil.htm.

[20] Haute autorité de santé, INSERM, ministère chargé de la santé. Etat d'avancement du développement des indicateurs COMPAQH 2003-2006. Rapport complémentaire. Octobre 2006.

Encart : Indicateurs expérimentés par le projet COMPAQH

Traitement des patients douloureux

Traçabilité de l'évaluation de la douleur

Demandes d'examens d'imagerie avec renseignements cliniques suffisants et adaptés

Annulation d'actes ambulatoires réalisés sous anesthésie

Réunion de concertation pluridisciplinaire

Prise en charge sociale

Coordination de la prise en charge

Conformité du dossier patient

Délais d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation

Conformité du dossier anesthésique

Education thérapeutique

Dépistage des troubles nutritionnels chez l'adulte

Mortalité hospitalière pour les patients appartenant aux groupes homogènes de malades à faible taux de mortalité attendu

Chute des patients hospitalisés

Taux d'infection du site opératoire

Volume annuel de produits hydro-alcooliques par journée-patient

Consommation des antibiotiques pour 1 000 journées-patient

Taux de staphylococcus aureus résistant à la meticilline (SARM) pour 1 000 journées-patient

ICALIN

Satisfaction du patient hospitalisé

Pratique clinique : prise en charge hospitalière initiale de l'accident vasculaire cérébral

Pratique clinique : cancer du colon métastatique

Pratique clinique : suivi du diabète de type 2

Pratique clinique : traitement par électroconvulsivothérapie

Pratique clinique : prise en charge des suicidants

Pratique clinique : utilisation des chambres d'isolement

Pratique clinique : prise en charge du cancer du sein

Pratique clinique : bilan pré-thérapeutique du cancer de la prostate

Pratique clinique : sevrage du patient alcoolo-dépendant

Pratique clinique : césariennes

Pratique clinique : prise en charge des effets secondaires des traitements

Pratique clinique : prise en charge et prévention des escarres

Pratique clinique : prise en charge hospitalière de l'infarctus du myocarde après la phase aigüe

Turn-over des professionnels au contact des patients

Absentéisme de courte durée des professionnels au contact des patients
Actes de violence en psychiatrie
Climat organisationnel
Durée d'attente en consultation externe
Délai de rendez-vous pour une consultation externe
Accessibilité architecturale, ergonomique et informationnelle
Délai de rendez-vous pour une consultation en centre médico-psychologique
Attente avant admission dans l'établissement
Durée d'attente aux urgences

Une autre expérimentation mérite de retenir l'attention : le projet « performance assessment tool for quality improvement in hospitals » (PATH), dans la mesure où il s'inscrit dans un cadre de comparaison international et où certains des indicateurs retenus sont recueillis en routine par le PMSI ou la statistique annuelle des établissements de santé (SAE)[21].

Encart : Indicateurs expérimentés dans le projet PATH
absentéisme
durée de travail excessive
formation professionnelle
budget promotion de la santé du personnel
taux d'incidence des accidents professionnels
antibioprophylaxie
taux d'allaitement maternel à la sortie
taux de satisfaction des patients
taux d'envoi du courrier au médecin traitant dans les 7 jours
gestion des stocks de médicaments
gaspillage de produits sanguins
intensité d'utilisation des salles d'opération
annulations opératoires de dernière minute
taux de mortalité par traceur
durées moyennes de séjour par traceur
taux de chirurgie d'un jour par traceur
taux de césarienne
réadmission dans le même établissement
retours en réanimation

[21] Lombrail P, Moret L, Ricolleau C *et al.* Projet PATH, rapport d'exécution de la convention DREES. Mars 2006.

En sus de la généralisation des indicateurs validés, l'effort de recherche doit être poursuivi[22], notamment pour :

- chercher à comprendre les différences de qualité observées entre établissements dans le but de les réduire ;
- mieux appréhender différents modes d'utilisation possibles de ces indicateurs, et notamment les avantages et inconvénients d'une diffusion publique de l'information par l'intermédiaire de classements, et ceux d'une incitation économique fondée sur les résultats de ces mesures[23] ;
- développer d'autres indicateurs plus spécifiques de certaines pathologies ou de la particularité des établissements (CLCC, SSR, psychiatrie), et ainsi mieux évaluer le service rendu aux personnes malades.

C. Ce qui devrait être fait en matière de pilotage de la qualité par les ARH

En matière de qualité, l'ARH ne doit se substituer ni aux établissements dont elle assure le suivi, ni aux structures plus directement impliquées dans tel ou tel dispositif relatif à la qualité.

Elle doit toutefois, dans le cadre de sa mission de définition et de mise en œuvre de la politique régionale de l'offre de soins hospitaliers, œuvrer à une amélioration de la qualité dans l'ensemble des établissements.

En sus des objectifs particuliers qui pourraient leur être définis dans le cadre des contrats DHOS – ARH, les ARH ont une mission générale en matière de qualité. Pour y répondre les ARH doivent s'assurer que chaque établissement dispose des moyens ad hoc nécessaires à remplir ses obligations en matière de qualité et à mettre en œuvre les dispositifs souhaitables pour améliorer celle-ci.

En pratique, il est recommandé que les ARH dès aujourd'hui :

- œuvrent à la mise en place dans chaque établissement d'un logiciel et d'une base de données d'identification, d'analyse et de gestion des plaintes, et puissent en suivre la montée en charge dans la région. Par ailleurs, les DDASS gèrent les plaintes des usagers qui les saisissent. La mission ne recommande pas que l'ARH assure directement un suivi de la gestion de chaque plainte déposée dans la région mais il lui semble souhaitable que celle-ci soit systématiquement informée de l'existence d'une plainte et du fait qu'une suite a été apportée ;
- œuvrent à la mise en place dans chaque établissement d'un système de gestion informatisée des événements indésirables (événement relevant d'un système de vigilance, accidents…), et puissent en suivre la montée en charge dans la région ;
- suivent le taux d'établissements certifiés dans le cadre de la 2è vague HAS rapporté au nombre total d'établissements de la région ;
- disposent d'un accès informatisé à la liste, actualisée tous les 2-3 mois, des établissements faisant l'objet de réserve(s) et de réserve(s) majeure(s) en certification ;
- suivent les résultats annuels de l'indicateur ICALIN, et notamment le taux d'établissements classés en A ou B, celui des établissements classés en D ou E, le taux d'établissements non répondeurs et leurs évolutions[24] ;
- se mettent en mesure de suivre les indicateurs en passe d'être généralisés ;

[22] Ce que prévoit la deuxième phase du projet COMPAQH (2006-2009).
[23] Minvielle E. Financer la qualité des soins hospitaliers : jusqu'où aller ? Gérer et comprendre. 2005 ; 81 : 74-87.
[24] La comparaison des résultats de l'ICALIN 2004 et 2005 montre que 56,4% des établissements ont progressé d'au moins une classe, que 2,8% des établissements étaient classés E alors qu'ils étaient 5,8% en 2004 et que 14,3% étaient non répondeurs en 2004 et 2,6% en 2005.

- suivent un indicateur, si possible un score moyen, relatif aux contrats de bon usage médicamenteux des établissements de la région.

Enfin, l'ARH devrait contractualiser, dans le cadre du CPOM, avec tout établissement présentant des problèmes notables relatifs aux items suivants :

- plainte ;
- événement indésirable ;
- certification ;
- lutte contre les infections nosocomiales ;
- indicateurs COMPAQH ;
- bon usage des médicaments.

D. Ce qui devrait être fait en matière de pilotage de la qualité dans chaque établissement

Le pilotage de la qualité relève avant tout de la responsabilité des établissements en vertu de l'article L.6113-1 du code de la santé publique qui prévoit : « *Afin de dispenser des soins de qualité, les établissements de santé, publics ou privés, sont tenus de disposer des moyens adéquats, et de procéder à l'évaluation de leur activité* ».

L'article L. 6113-2, quant à lui, dispose que « *Les établissements de santé, publics et privés, développent une politique d'évaluation des pratiques professionnelles des modalités d'organisation des soins et de toute action concourant à une prise en charge globale du malade afin notamment d'en garantir la qualité et l'efficience* ».

Chaque établissement devrait notamment :

- œuvrer à mettre en place et suivre chacun des dispositifs identifiés dans le tableau supra, pour peu qu'il soit pertinent avec son activité, quand bien même tous ces dispositifs ne soient pas obligatoires ;
- analyser et donner suite aux plaintes dont il fait l'objet, et en rendre compte dans le rapport annuel de sa commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRU) qu'il transmet à l'ARH ;
- analyser et hiérarchiser ses risques a priori, les analyser a posteriori, notamment les effets indésirables, et en tenir compte dans le volet « qualité – gestion des risques » de son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) ;
- conduire des études sur l'indice de performance de ses durées moyennes de séjour (DMS) et sur les prises en charge inadaptées dans l'établissement ;
- se fixer des valeurs-cibles en rapport avec les travaux de la MEAH.

ANNEXE III

PROPOSITIONS DE TABLEAUX DE BORD POUR LES ARH

SOMMAIRE

I. TABLEAU DE BORD POUR L'ENSEMBLE DE LA RÉGION 2

II. TABLEAU DE BORD PAR ÉTABLISSEMENT 4

PROPOSITIONS DE TABLEAUX DE BORD

POUR LES ARH

Deux tableaux de bord sont proposés pour permettre aux ARH d'assurer un pilotage efficace de la performance des établissements de santé de leur région[1].

En fonction des bases de données aujourd'hui disponibles (cf. annexe I sur les outils à la disposition des ARH), la mission a privilégié les données qui lui semblaient les plus pertinentes et susceptibles de permettre aux ARH d'engager une action. Les tableaux de bord proposés n'ont pas vocation à se substituer au tableau de bord PRODIGE (cf. annexe VII).

Les indicateurs suggérés sont en nombre réduit mais doivent concerner les différentes composantes de la performance des établissements : l'efficacité socio-économique, c'est-à-dire la qualité et la sécurité des soins, l'efficience et la qualité de service, mesurée notamment à travers la qualité de l'organisation et l'attractivité.

Les deux tableaux de bord proposés sont ainsi organisés autour de quatre rubriques qui conjuguent performance et métiers de base des ARH (planification et allocation des moyens) :

- l'activité et l'insertion des établissements dans leur environnement,qui comprend l'attractivité et les aspects relatifs à la régulation régionale de l'offre ;
- les finances (équilibre financier d'exploitation et investissement) ;
- l'organisation (efficience, productivité de l'organisation, ressources humaines) ;
- la qualité et la sécurité.

[1] Ces tableaux portent essentiellement sur le secteur MCO et devront être complétés (en matière de qualité, voir la validation des indicateurs COMPAQH pour les activités SSR et PSY).

I. TABLEAU DE BORD POUR L'ENSEMBLE DE LA RÉGION

Domaine	Thème	Indicateurs
Activité et insertion des établissements dans leur environnement	Activité	1. évolution de l'activité régionale : total séjours tous GHM confondus ou par OAP ; 2. taux d'établissements ayant fait l'objet dans l'année d'un contrôle sur site relatif aux prestations facturées dans le cadre de la T2A ; 3. taux d'établissements vis à vis desquels des suites effectives ont été données au contrôle de leurs prestations facturées en T2A ; 4. chirurgie ambulatoire : taux de réalisation moyen par rapport au taux cible régional pour les 5 actes traceurs des contrats DHOS-ARH (cf. annexe VII).
	Attractivité	5. taux de fuite MCO territorial : - rapport entre les séjours des patients domiciliés dans chaque territoire pris en charge hors du territoire et la totalité des séjours des patients domiciliés dans le territoire ; - comparaison année N / année N-1.
	Régulation régionale de l'offre	6. taux de regroupements effectifs d'équipes médicales par rapport à l'objectif régional du SROS 3 ; 7. accès au volume moyen d'activité des centres hospitaliers de proximité où l'activité est maintenue alors qu'elle est inférieure aux valeurs réglementaires ou consensuelles de la profession.
Finances	Equilibre financier d'exploitation	8. marge brute d'exploitation régionale consolidée : réalisé année N-1, prévisions année N ; 9. accès à la liste des établissements dont le projet d'EPRD a été amendé suite à l'intervention de l'ARH ; 10. nombre/taux d'établissements avec diagnostic Flash prévu ou en cours : - mise à jour quadrimestrielle ; - hiérarchiser en fonction du budget des établissements et/ou en fonction du pourcentage de déficit ; 11. accès à la liste des établissements ayant un contrat de retour à l'équilibre : - mise à jour quadrimestrielle ; - hiérarchiser en fonction du budget des établissements et/ou en fonction du pourcentage de déficit ; 12. taux de diminution des reports à nouveau déficitaires (compte 119) des établissements sous contrat de retour à l'équilibre, couplé à l'évolution des charges sur exercices antérieurs (compte 672-8) ; 13. évolution de la dépense régionale molécules onéreuse – dispositifs médicaux implantables (MO+DMI) : mise à jour quadrimestrielle.
	Investissement	14. nombre de plans globaux de financements pluriannuels (PGFP) ; 15. taux de PGFP comprenant des éléments théoriquement préalables à leur éligibilité (calcul du ROI, évaluation des surcoûts, évaluation des recettes T2A, etc.).

Domaine	Thème	Indicateurs
Organisation	Efficience	16. score T2A régional consolidé : IPME ou 100 % T2A / ressources totales MCO ; 17. durée moyenne de séjour (DMS) régionale : - soit celle des 4 GHM communs à la liste des 10 GHM les plus nombreux et à celle des 10 GHM les plus coûteux (cf. annexe IV) ; - soit celle des 10 GHM les plus fréquents (cf. annexe IV) ; - soit celle des GHM les plus coûteux et/ou les plus fréquents par discipline type OAP ; 18. DMS pour les personnes de plus de 75 ans : - soit celle des 10 GHM les plus fréquents (cf. annexe IV) ; - soit celle des GHM les plus coûteux et/ou les plus fréquents par discipline type OAP ; 19. Index de performance de la DMS (IP DMS).
	Productivité de l'organisation	20. taux d'établissements ayant des valeurs-cibles issues des travaux de la MEAH dans leur CPOM ; 21. taux d'établissements ayant atteint leurs valeur-cibles issues des travaux de la MEAH. 22. taux d'établissements dotés d'une comptabilité analytique appliquant les tomes 1 et 2 du guide de la DHOS
	Ressources humaines	23. taux d'absentéisme moyen des établissements de la région ; 24. indicateur croisant effectif (ETP médicaux et non médicaux) et activité (ETP / (nb de séjours x DMS).
Qualité & Sécurité	-	25. taux d'établissements ayant un dispositif de gestion informatisée des plaintes ; 26. taux d'établissements ayant un dispositif de gestion informatisée des événements indésirables ; 27. taux et accès à la liste des établissements ayant un volet « qualité-gestion des risques » dans leur CPOM ; 28. taux d'établissements certifiés en 2è vague HAS ; 29. taux (et accès à la liste) des établissements faisant l'objet de réserves ou de réserves majeures en certification (1ère ou 2ème vague) ; 30. taux (et accès à la liste) des établissements classés en D ou E ou non répondants dans le suivi de l'indicateur ICALIN ; 31. taux d'établissements mesurant les indicateurs COMPAQH au fur et à mesure de leur généralisation ; 32. score moyen régional relatif au contrat de bon usage des médicaments

II. TABLEAU DE BORD PAR ÉTABLISSEMENT

Domaine	Thème	Indicateurs
Insertion de l'établissement dans son environnement	Activité	1. évolution de l'activité : total séjours tous GHM confondus ou par OAP ; 2. établissement ayant fait l'objet dans l'année d'un contrôle sur site relatif aux prestations facturées dans le cadre de la T2A ; 3. (le cas échéant) suites effectives données (ou non) au contrôle des prestations facturées en T2A ; 4. chirurgie ambulatoire : taux de réalisation moyen par rapport au taux cible régional pour les 5 actes traceurs des contrats DHOS-ARH (cf. annexe IV).
	Attractivité	5. taux de fuite MCO : - rapport entre les séjours des patients domiciliés dans le bassin de recrutement « naturel » de l'établissement (territoire pour un établissement de proximité, région pour un CHU) pris en charge hors du bassin et la totalité des séjours des patients domiciliés dans le bassin ; - comparaison année N / année N-1.
	Régulation régionale de l'offre	6. taux d'objectifs quantifiés atteints par l'établissement rapport à ses objectifs quantifiés théoriques du SROS 3 ; 7. (le cas échéant) regroupement effectif d'équipes médicales par rapport à l'objectif régional du SROS 3 ; 8. (le cas échéant) volume moyen d'activité dans les centres hospitaliers de proximité où l'activité est maintenue alors qu'elle est inférieure aux valeurs réglementaires ou consensuelles de la profession.
Finances	Equilibre financier d'exploitation	9. marge brute d'exploitation : réalisé année N-1, prévisions année N ; 10. projet d'EPRD amendé ou accepté ; 11. diagnostic Flash prévu ou en cours : mise à jour quadrimestrielle ; 12. contrat de retour à l'équilibre : mise à jour quadrimestrielle ; 13. taux de diminution des reports à nouveau déficitaires (compte 119) des établissements sous contrat de retour à l'équilibre, couplé à l'évolution des charges sur exercices antérieurs (compte 672-8) ; 14. évolution de la dépense « molécules onéreuses – dispositifs médicaux implantables » (MO+DMI).
	Investissement	15. présence, en cas de projet immobilier notable, dans le plan global de financement pluriannuel (PGFP) d'éléments nécessaires à son éligibilité (calcul du ROI, évaluation des surcoûts, évaluation des recettes T2A…)
Organisation	Efficience	16. score T2A : IPME ou 100 % T2A / ressources totales MCO ; 17. durée moyenne de séjour (DMS) : - soit celle des 4 GHM communs à la liste des 10 GHM les plus nombreux et à celle des 10 GHM les plus coûteux (cf. annexe IV) - soit celle des 10 GHM les plus fréquents (cf. annexe IV) - soit celle des GHM les plus coûteux et/ou les plus fréquents par discipline type OAP. 18. DMS pour les personnes de plus de 75 ans : - soit celle des 10 GHM les plus fréquents (cf. annexe IV) ; - soit celle des GHM les plus coûteux et/ou les plus fréquents par discipline type OAP. 19. Index de performance de la DMS (IP DMS).
	Productivité de l'organisation	20. Définition (ou non) de valeurs-cibles issues des travaux de la MEAH dans le CPOM de l'établissement ; 21. Atteinte (ou non) de valeurs-cibles issues des travaux de la MEAH présentes dans le CPOM de l'établissement.

Domaine	Thème	Indicateurs
	Ressources humaines	22. taux d'absentéisme de l'établissement ; 23. indicateur croisant effectif (ETP médicaux et non médicaux) et activité (ETP / (nb de séjours x DMS).
Qualité & Sécurité	-	24. l'établissement a (ou non) un dispositif de gestion informatisée des plaintes ; 25. l'établissement a (ou non) un dispositif de gestion informatisée des événements indésirables ; 26. l'établissement a (ou non) un volet « qualité-gestion des risques » dans son CPOM ; 27. l'établissement est (ou non) certifié en 2è vague HAS ; 28. l'établissement a (ou non) fait l'objet de réserves ou de réserves majeures en certification (1ère ou 2ème vague) ; 29. l'établissement est (ou non) classé en D ou E ou non répondeur dans le suivi de l'indicateur ICALIN ; 30. l'établissement mesure (ou non) les indicateurs COMPAQH au fur et à mesure de leur généralisation ; 31. score relatif au contrat de bon usage des médicaments2.

[2] Le suivi de cet indicateur suppose que soit définie au préalable une grille d'évaluation nationale permettant d'évaluer un score comparable d'une région à l'autre.

Encart : Principaux indicateurs des tableaux de bord

Attractivité - Régulation régionale de l'offre :

- taux de fuite territorial MCO ;
- regroupement d'équipes médicales ;
- volume d'activité dans les centres hospitaliers de proximité.

Equilibre financier - Investissement – Efficience :

- marge brute d'exploitation ;
- EPRD amendé ;
- diagnostic Flash prévu ou en cours ;
- contrat de retour à l'équilibre ;
- reports à nouveau déficitaires ;
- PGFP et PGFP éligibles ;
- score T2A ;
- DMS et DMS pour les personnes de plus de 75 ans.

Activité – Organisation - Ressources humaines

- évolution de l'activité ;
- contrôles T2A et suites données ;
- chirurgie ambulatoire ;
- valeurs-cibles MEAH ;
- taux d'absentéisme ;
- indicateur effectif/activité.

Qualité Sécurité

- plaintes ;
- événements indésirables ;
- volet « qualité-gestion des risques » CPOM ;
- certification ;
- ICALIN ;
- indicateurs COMPAQH ;
- contrat de bon usage des médicaments.

ANNEXE IV

ANALYSE DE DONNÉES DE L'ÉCHELLE NATIONALE DE COÛTS

SOMMAIRE

I. LES DONNÉES DE L'ENC ONT ÉTÉ TRIÉES POUR FAIRE APPARAÎTRE LES GHM LES PLUS PERTINENTS 1

A. LA DÉMARCHE 1
B. LES DONNÉES ÉTUDIÉES 2
1. Des données de 2002 et 2003 exprimées dans la dernière version du PMSI et corrigées des séjours extrêmes 2
2. Des informations plus précises sur la dispersion des séjours et des coûts pour les GHM les plus « pertinents » 3

II. L'ANALYSE DES DONNÉES CONFIRME LA CORRÉLATION ENTRE COÛTS ET DMS ET POSE LA QUESTION DE L'ORIGINE DE LA VARIATION DE L'EFFICIENCE 3

A. LES RÉSULTATS GÉNÉRAUX CONDUISENT À METTRE L'ACCENT SUR UN NOMBRE RÉDUIT DE GHM 4
1. 20% des GHM sont à la fois parmi les plus nombreux et les plus coûteux 4
2. L'analyse des 10 GHM les plus coûteux et des 10 GHM les plus nombreux fait apparaître 4 GHM particulièrement pertinents 4
B. L'ANALYSE DES GHM LES PLUS PERTINENTS CONFIRME POUR CEUX-CI LA CORRÉLATION ENTRE COÛTS ET DMS 4
1. Le système de comptabilité analytique au GHM appliqué au PMSI induit un lien fort entre DMS et coût 4
2. Une corrélation forte est observée entre la dispersion des durées de séjour et la dispersion des coûts 5
C. LES DISPERSIONS DE DMS ET DE COÛT AU SEIN D'UN MÊME GHM SONT VARIABLES ET PARFOIS TRÈS IMPORTANTES 6
1. La dispersion est la plus forte pour les GHM les plus coûteux 6
2. La dispersion reste non négligeable pour les GHM les plus nombreux 6
3. La dispersion des coûts des 4 GHM communs aux deux classements est supérieure à 50% pour 2 des GHM 6
4. La dispersion de coût des GHM de séances est plutôt plus limitée 6

III. RECOMMANDATIONS OPÉRATIONNELLES : ENGAGER DES ÉTUDES SUR LES CAUSES DE LA DISPERSION DE DMS ET DE COÛTS 7

A. ENGAGER DES ÉTUDES SUR LES CAUSES DES DISPERSIONS DE DMS 7
1. Au niveau national 7
2. Au niveau régional 7
B. ENGAGER DES ÉTUDES SUR LES CAUSES DES DISPERSIONS DE COÛTS AU SEIN DE L'ENC 7

Pièces jointes 9

ANALYSE DES DONNÉES DE L'ÉCHELLE NATIONALE DE COÛTS

Depuis 1993, une cinquantaine d'établissements publics volontaires[1] participent à l'étude nationale de coûts (ENC) et transmettent à l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) des données relatives à leurs coûts par groupes homogènes de malades (GHM), unités de base du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), à partir de données de comptabilité analytique obtenues selon une méthode homogène. Il s'agit d'un outil essentiel pour déterminer le financement des établissements hospitaliers depuis la mise en place de la tarification à l'activité (T2A) : les tarifs appliqués aux groupes homogènes de séjours (GHS) sont élaborés à partir des coûts mesurés dans l'ENC (cf. *infra*).

Pour l'ensemble des établissements de l'ENC, l'ATIH dispose ainsi :

- du nombre de séjours relevés pour chaque GHM du PMSI ;
- de la durée moyenne de ces séjours (DMS) et de leur dispersion dans l'ENC ;
- du coût analytique moyen (coût complet) du séjour et de la dispersion des coûts dans l'ENC.

L'ATIH est donc en mesure de classer les GHM en fonction de leur coût unitaire et de leur coût total et en fonction de leur contribution au nombre total de séjours.

I. LES DONNÉES DE L'ENC ONT ÉTÉ TRIÉES POUR FAIRE APPARAÎTRE LES GHM LES PLUS PERTINENTS

A. La démarche

La mission a cherché à connaître

- la corrélation des dispersions observées dans l'ENC en termes de DMS et de coûts ;
- la concentration des GHM en nombre de séjours et en coût ;
- les dispersions de coûts et de DMS pour les groupes homogènes de malades (GHM) les plus pertinents (cf. *infra*).

Encart : du GHM au GHS[2]

Tout séjour hospitalier en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) dans un établissement de santé public ou privé donne lieu à la production d'un **résumé de sortie standardisé** (RSS), constitué d'un ou plusieurs **résumés d'unité médicale** (RUM), élaboré(s) à partir du dossier patient.

Si le malade n'a fréquenté pendant son séjour qu'une seule unité médicale - séjour dit mono-unité - le RSS équivaut strictement au RUM produit au titre de ce séjour. Le RSS ne comporte alors qu'un enregistrement (c'est un RSS « monoRUM »). Si le malade a fréquenté plusieurs unités médicales — séjour dit multi-unités — le RSS correspond à l'ensemble des RUM produits dans chacune des unités fréquentées au cours de l'hospitalisation, ordonnés chronologiquement. Le RSS est alors constitué d'un ensemble de RUM (c'est un RSS « multi-RUM ») qui sont tous identifiés par le même numéro dit *numéro de RSS*.

[1] 49 établissements en 2002 et 43 établissements en 2003.
[2] Source : site internet de l'ATIH.

Le RSS est classé dans un groupe homogène de malades (GHM). La classification française des GHM est une adaptation de la classification américaine des *Diagnosis-Related Groups* (*DRG*) développée à l'université de Yale par R. FETTER. Comme toutes les classifications de type *DRG*, elle permet un classement exhaustif et unique : **tout RSS est obligatoirement classé dans un GHM et dans un seul**.

L'homogénéité d'un GHM est médicale et économique :

- médicale, car dès son premier niveau (la « catégorie majeure de diagnostic ») la classification est fondée sur des critères médicaux (appareil fonctionnel ou motif notoire d'hospitalisation) ;

- économique, car les séjours classés dans un même groupe ont, par construction, des consommations de ressources voisines.

Pour passer du GHM au groupe homogène de séjours (GHS), on utilise l'échelle nationale de coûts (ENC).

L'étude nationale de coûts existe depuis 1993 dans le secteur public (elle a débuté en 2005 dans le secteur privé). Elle s'appuie sur un modèle de comptabilité analytique décrit dans un guide méthodologique officiel (guide méthodologique de comptabilité analytique hospitalière, fascicule spécial n°2004/4 bis du *Bulletin officiel*). Les établissements participant sont volontaires. Ils sont de tous types (centres hospitaliers universitaires ou non, centres de lutte contre le cancer, établissements privés participant au service public hospitalier) et de toutes tailles.

L'établissement de l'échelle de coûts se fait en trois étapes :

- le calcul annuel des coûts complets par GHM pour les établissements volontaires ;

- le calcul de « pré-tarifs » par redistribution des coûts complets entre, d'une part, les tarifs forfaitaires par séjour (GHS – financement à l'activité) et, d'autre part, les autres éléments de coûts (DMI-MO, extrêmes, suppléments, etc.)

- enfin, le calcul des tarifs nationaux, en ajustant les pré-tarifs à la structure nationale de la production de soins et à l'enveloppe budgétaire nationale des dépenses MCO (*régulation prix-volume*). Les tarifs reproduisent donc la hiérarchie des coûts observée dans l'ENC, mais ne sont pas égaux aux coûts observés.

Par ailleurs l'ATIH constitue une base de données utilisée pour les travaux assurant l'évolution de la classification des GHM.

B. Les données étudiées

1. Des données de 2002 et 2003 exprimées dans la dernière version du PMSI et corrigées des séjours extrêmes

L'ATIH a travaillé sur les données disponibles en octobre 2006, soit les données de l'ENC 2005, dans la dixième version du PMSI (v10 – mars 2006), portant sur des coûts et des durées observées dans les établissements en 2002 et 2003.

La v10 du PMSI se caractérise notamment par l'introduction d'une nouvelle catégorie majeure (CM), la CM 28, correspondant aux consultations externes (« séances »). La DMS des 12 GHM concernés, qui étaient auparavant intégrés dans la CM 24 (séjours de moins de 2 jours), est par construction de un jour.

L'ATIH a exclu a priori de la base de données transmise les séjours jugés « *extrêmes* », s'apparentant à des atypies (soit quelques séjours par GHM). Cette opération n'a pas d'impact sur les quantiles de dispersion, mais modifie sensiblement la moyenne et l'écart-type.

La base de données transmises comporte les informations suivantes :

- pour tous les GHM : coût moyen du GHM ou *coût redressé*, obtenu après différents traitements statistiques (en particulier mise en œuvre de calages liés à la DMS observée au plan national) – il ne s'agit ni du coût observé ni du tarif ;
- la taille de l'échantillon de séjours à partir de laquelle le calcul du coût moyen a été effectué (*nombre de séjours* renseignés par les établissements de l'ENC).

2. Des informations plus précises sur la dispersion des séjours et des coûts pour les GHM les plus « pertinents »

À partir de cette base ont été sélectionnés :

- les GHM constituant ensemble 80% de l'activité recensée ;
- les GHM constituant ensemble 80% du coût total (le coût d'un GHM étant obtenu en multipliant le nombre de séjours par le coût unitaire moyen du GHM).

Pour prendre en compte le fait que 7 GHM de séances nouvellement créés dans la V10 du PMSI représentent un nombre très important de séjours (et un coût non négligeable, cf. *infra*), ils ont été traités séparément dans l'analyse : ainsi les GHM ont été sélectionnés pour constituer 80% de l'activité (du coût) de l'ensemble des GHM hors 7 des 12 GHM de séances, isolés par l'ATIH en raison de leur très grande fréquence[3].

Pour ces GHM classés, l'ATIH a transmis les informations supplémentaires suivantes :

- coût moyen *observé* (avant redressement) dans l'ENC : moyenne arithmétique simple, sans aucune correction statistique[4] ; ce coût est donc distinct du coût *redressé* mentionné précédemment ;
- écart-type et dispersion des coûts : quantiles d'ordre 1%, 5%, 10%, 25%, 50% (médiane), 75%, 90%, 95%, 99% (le quantile d'ordre 10%, par exemple, est la valeur telle qu'il y a 10% des séjours dont le coût est inférieur à cette valeur).
- DMS moyenne par GHM et dispersion de la DMS, avec les mêmes quantiles.

II. L'ANALYSE DES DONNÉES CONFIRME LA CORRÉLATION ENTRE COÛTS ET DMS ET POSE LA QUESTION DE L'ORIGINE DE LA VARIATION DE L'EFFICIENCE

Les résultats de l'analyse sont présentés dans trois tableaux et un graphique joints à la présente annexe :

- le tableau 1 présente les données relatives aux 10 GHM représentant le plus de séjours en dehors des 7 GHM de séances[5] ;
- le tableau 2 présente les données relatives aux 10 GHM au coût total le plus important en dehors des 7 GHM de séances[6] ;
- le graphique présente la dispersion des coûts observée sur les 4 GHM identifiés comme les plus « pertinents » au sens des tris effectués (cf. *infra*) ;
- le tableau 3 présente les données relatives aux 7 GHM de séances isolés dans l'analyse.

---

[3] Cette opération permet de contourner le problème du déséquilibre initial causé par le très grand nombre de séances des GHM de la CMD 28 : les inclure *a priori* dans la première sélection réduit considérablement le nombre total des GHM sélectionnés.

[4] On rappelle que les séjours jugés extrêmes ont été éliminés en amont.

[5] En pratique, 4 GHM de séances pourraient être insérés dans ce classement et remplacer les 4 GHM les moins représentés des 10 apparaissant dans ce classement.

[6] En pratique, 3 GHM de séances pourraient être insérés dans ce classement et remplacer les 3 GHM les moins coûteux des 10 apparaissant dans ce classement.

A. Les résultats généraux conduisent à mettre l'accent sur un nombre réduit de GHM

1. 20% des GHM sont à la fois parmi les plus nombreux et les plus coûteux

Sur le périmètre de l'ENC, soit 3 358 765 séjours pour un coût total de 5 671 964 728 €, on relève que 286 GHM constituent 80% du coût total et que 214 GHM constituent 80% de l'activité, sur l'ensemble des 771 GHM hors 7 GHM de séance préalablement isolés, soit dans chaque cas environ 25% du nombre de GHM.

Par ailleurs, on relève que sur les 214 GHM qui constituent 80% de l'activité, 163 font également partie des GHM qui constituent 80% du coût, soit un peu plus de 20%.

2. L'analyse des 10 GHM les plus coûteux et des 10 GHM les plus nombreux fait apparaître 4 GHM particulièrement pertinents

Lorsqu'on s'intéresse aux 10 GHM les plus coûteux et aux 10 GHM les plus fréquents, on constate :

- **que 4 GHM sont communs aux deux listes** ;

Il s'agit de 2 GHM d'obstétrique sans complication[7], d'un GHM de chimiothérapie[8] et d'un GHM « générique » (classement par défaut)[9]. Ces GHM sont donc particulièrement « structurants » pour l'étude de l'activité et des coûts des établissements.

- pour le classement par activité, les 3 premiers GHM évoqués ci-dessus sont les seuls des 10 GHM constituant le plus grand nombre de séjours, hors GHM de séances, à ne pas être des GHM de moins de 2 jours ;
- pour le classement par coûts, on relève que les GHM relèvent de 10 catégories majeures distinctes ; il n'y a donc pas de concentration du coût total sur un nombre limité de catégories de diagnostic ;
- les 10 GHM au coût total le plus important constituent ensemble 13% de la dépense et des séjours (14% de la dépense et 19% des séjours si l'on exclut les 7 GHM de séances identifiés par l'ATIH). Le nombre de séjours réalisés pour ces GHM est toujours important (au moins 3 700 séjours sur l'échantillon constitué par l'ENC).
- les 10 GHM les plus nombreux constituent pour leur part 17% des séjours et 9% de la dépense, mais 26% des séjours si l'on exclut les 7 GHM de séances préalablement identifiés.

B. L'analyse des GHM les plus pertinents confirme pour ceux-ci la corrélation entre coûts et DMS

1. Le système de comptabilité analytique au GHM appliqué au PMSI induit un lien fort entre DMS et coût

Tous les interlocuteurs de la mission et, en particulier, les médecins du département d'information médicale (DIM) constitué dans chaque établissement et les équipes de la mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH) ont souligné le lien entre la durée moyenne de séjour observée et le coût analytique moyen du séjour, compte tenu d'une part du mode de classement des séjours dans le PMSI, d'autre part, de l'affectation des coûts en comptabilité analytique :

- la durée du séjour est une donnée structurante dans le PMSI ;

---

[7] GHM n°14Z02A, accouchements par voie basse sans complication significative et GHM n°15Z05A, nouveaux-nés de 2 500 g et plus, sans problème significatif.

[8] GHM n°17M06V, Chimiothérapie pour autre tumeur, sans complications ou morbidité associée.

[9] GHM n°24M36Z, Autres motifs de recours de la catégorie majeure de diagnostic 23 (facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé) : séjours de moins de deux jours, sans acte opératoire.

Le premier acte de groupage effectué pour classer un séjour (cf. pièce jointe n°1) porte sur la durée : il consiste à distinguer les séances (consultation externe), d'une DMS de un jour, les séjours de moins de deux jours et les autres séjours. Pour les séjours de plus de deux jours, la durée n'est ensuite plus utilisée pour classer les séjours dans un GHM, qui présentent une homogénéité médicale : la durée devient un facteur important de variation du coût.

- en effet, la durée du séjour est une donnée-clé pour calculer le coût au séjour.

La comptabilité analytique au séjour est fondée sur le tome 3 du guide méthodologique de comptabilité analytique hospitalière élaboré par la DHOS[10]. Trois composantes du coût sont recensées : le coût de structure (frais financiers, amortissements immobiliers, etc.), le coût de gestion générale, logistique et formation (blanchisserie, restauration etc.) et le coût médical.

Les coûts de structure et de gestion générale, par nature indirects, sont définis pour chaque GHM par application d'une clé de répartition à la durée du séjour.

S'agissant du coût médical, on distingue les dépenses directement affectées, les dépenses de chaque activité clinique dans lequel est passé le malade et les dépenses des services médico-techniques prestataires d'actes pour le malade :

- les dépenses directement affectées (exemple : produits sanguins, médicaments, etc.) ne sont qu'indirectement liées à la durée du séjour (pas de corrélation lorsqu'il s'agit du coût d'une prothèse, corrélation indirecte pour le coût des médicaments, en fonction de la périodicité de la dispensation, par exemple) ;
- les dépenses des activités cliniques dans lesquelles est passé le malade sont déterminées en fonction de la durée de séjour (exemple : part des dépenses de personnel médical, soignant et autres, part de l'utilisation du matériel médical, part des dépenses de fournitures médicales, etc.) ;
- les dépenses des services médico-techniques prestataires d'actes sont déterminés par une unité d'œuvre spécifique.

La durée du séjour est donc par construction un élément important de la détermination du coût.

2. Une corrélation forte est observée entre la dispersion des durées de séjour et la dispersion des coûts

La mission, qui n'a pas travaillé sur l'ensemble des valeurs prises par chacun des établissements de l'ENC pour chaque GHM, n'a ainsi pas pu étudier le lien direct entre coût et durée du séjour.

Elle a en revanche pu comparer les dispersions respectives de ces données.

Pour les 16 GHM identifiés par les deux classements effectués précédemment[11], la mission a calculé le rapport entre la dispersion des DMS et la dispersion des coûts (dispersion mesurée dans chaque cas par le ratio entre l'écart-type et la moyenne) – ainsi, un ratio proche de 100% signifie que la dispersion des DMS est la même que celle des coûts. Un ratio supérieur (inférieur) à 100% signifie que la dispersion des DMS est plus importante (plus faible) que celle des coûts.

On obtient ainsi (cf. tableaux 1 et 2) :

- des ratios de dispersion illustrant une corrélation forte pour les GHM les plus coûteux ;

10 Dont la dernière version est celle parue au B.O. n°2004-4 bis - fascicule spécial.
11 10 GHM les plus coûteux et 10 GHM les plus nombreux.

Ainsi, 7 des 10 GHM les plus coûteux hors GHM de séances ont un ratio de dispersion de la DMS / dispersion des coûts compris entre 85% et 115% ; 1 seul des 3 autres GHM présente un ratio de dispersion extérieur aux bornes 80%-120% : il s'agit du GHM « générique » précédemment cité[12], pour lequel la dispersion des DMS est supérieure de près de 40% à celle des coûts et qui regroupe des séjours a priori moins homogènes que ceux relevant d'autres GHM.

- des ratios de dispersion un peu moins proches, mais encore corrects, pour les GHM les plus nombreux.

Ainsi, seuls 3 des 10 GHM les plus nombreux hors séances ont un ratio compris entre 85% et 115% ; 5 sur 10 au total sont entre 80% et 120% ; les 5 autres GHM sont tous des séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire.

Au total, la corrélation entre la dispersion des DMS et celle des coûts peut être considérée comme bonne. On relève que lorsqu'un écart important apparaît, il se fait le plus souvent par une DMS plus dispersée que les coûts (ratio de dispersion DMS – coûts très supérieur à 100%).

C. Les dispersions de DMS et de coût au sein d'un même GHM sont variables et parfois très importantes

La dispersion observée est très variable, avec un écart-type qui représente entre 28% et 142% du coût moyen et entre 26% et 123% de la DMS (cf. tableaux 1, 2 et 3).

1. La dispersion est la plus forte pour les GHM les plus coûteux

Les ratios écart-type / DMS et écart-type / coût moyen dépassent 100% pour 3 des 10 GHM retenus hors séances. Ils sont supérieurs à 50% pour 8 des 10 GHM au total (c'est-à-dire que pour ces GHM, les valeurs prises au sein de l'échantillon s'écartent en moyenne de plus ou moins 25% de la valeur prise en moyenne). La dispersion la plus élevée (123% en DMS et 142% en coût) est relevée pour un GHM couvrant un champ relativement circonscrit[13].

2. La dispersion reste non négligeable pour les GHM les plus nombreux

Les ratios écart-type / DMS et écart-type / coût moyen sont plus limités (maximum relevé sur les 10 GHM retenus hors séance de 87% en DMS et de 65% en coût). Ils sont cependant supérieurs à 50% pour 8 GHM en DMS et 6 GHM en coûts.

3. La dispersion des coûts des 4 GHM communs aux deux classements est supérieure à 50% pour 2 des GHM

Sur les 4 GHM les plus pertinents, présents à la fois dans le classement des 10 GHM les plus coûteux et des 10 GHM les plus nombreux, 2 GHM présentent une dispersion de coût supérieure à 50% (en moyenne, l'écart à la moyenne est de plus ou moins 25%%). Il s'agit d'une part du GHM « générique » identifié précédemment[14] et d'autre part du GHM n°17M06V, Chimiothérapie pour autre tumeur, sans CMA. Le graphique donne une illustration des dispersions de coûts de ces 4 GHM.

4. La dispersion de coût des GHM de séances est plutôt plus limitée

Pour les GHM de séances, la DMS est par définition égale à 1. Le ratio écart-type / coût moyen est inférieur à 50% pour 5 des 7 GHM et le maximum observé est de 64% - ce ratio est cependant atteint pour le GHM qui regroupe le plus grand nombre de séances et dont le coût total est le plus important[15].

---

[12] GHM n°24M36Z, Autres motifs de recours de la catégorie majeure de diagnostic 23 (facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé) : séjours de moins de deux jours, sans acte opératoire.
[13] GHM n°18Z01S, Maladies infectieuses et parasitaires, avec complications ou morbidités associées sérieuses, avec ou sans acte.
[14] GHM n°24M36Z, Autres motifs de recours de la catégorie majeure de diagnostic 23 (facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé) : séjours de moins de deux jours, sans acte opératoire.
[15] GHM n°28Z07Z, Chimiothérapie pour tumeur, en séances.

III. RECOMMANDATIONS OPÉRATIONNELLES : ENGAGER DES ÉTUDES SUR LES CAUSES DE LA DISPERSION DE DMS ET DE COÛTS

Ces constats amènent la mission à formuler deux types de proposition :

- engager, aux niveaux national et régional, des études sur les causes des dispersions de DMS entre les établissements ;

La DMS est en effet un indicateur significatif des écarts d'efficience et est accessible pour tous les établissements à travers le PMSI.

- engager des études sur les causes de dispersion des coûts au sein des établissements de l'ENC.

A. Engager des études sur les causes des dispersions de DMS

1. Au niveau national

Les données suivantes seraient précieuses pour mieux comprendre l'évolution de la performance d'ensemble des établissements :

- analyse sur plusieurs années des GHM réalisant le plus grand nombre de séjours
- au vu des écarts constatés **en DMS**, **étude des causes de la dispersion mesurée,** le cas échéant, sur un nombre ciblé de GHM (réalisant le plus grand nombre de séjours – GHM pour lesquels les écarts d'efficience sont les plus importants, par exemple lorsque l'écart type est supérieur à 100% de la DMS).

Les écarts d'efficience peuvent aujourd'hui être expliqués par des indicateurs organisationnels, mais les liens entre organisation et DMS ne sont pas systématiquement documentés.

- évaluer l'impact des chantiers de réorganisations conduits en application des méthodes de la MEAH sur les DMS (ceux-ci sont empiriquement constatés dans les établissements mais n'ont pas fait l'objet d'études d'ensemble dans la synthèse des travaux MEAH).
- étude de la pertinence de la nomenclature OAP (outil d'analyse du PMSI) développée par l'AP-HP, en analysant les résultats agrégés de DMS par groupes de GHM et examen de l'application au TCCM (possibilité d'élaborer un TCCM s'appliquant, non aux services ou aux pôles, mais aux catégories OAP).

2. Au niveau régional

Les données relatives à la dispersion des DMS sont accessibles à tous à travers le PMSI. L'index de performance de la DMS (DMS moyenne de l'établissement pondérée par le poids respectif des GHM) doit être un élément du tableau de bord par établissement des ARH (cf. annexe III sur les propositions de tableaux de bord).

Par ailleurs, les ARH pourraient initier des groupes de travail régionaux sur les causes des dispersions de DMS sur les GHM les plus pertinents / les plus nombreux.

B. Engager des études sur les causes des dispersions de coûts au sein de l'ENC

Tout d'abord, l'ATIH devrait réaliser des calculs de régression pour chaque couple de valeur coût / DMS constatée dans l'ENC par GHM, afin d'**affiner la connaissance du lien entre coût et DMS**.

Par ailleurs, les données très riches de l'ENC devraient être exploitées afin d'améliorer la connaissance des causes des différences d'efficience entre établissements à travers les études suivantes :

- **analyse des causes des dispersions de coûts**, en répartissant le poids des coûts directs et indirects et en commençant par les GHM les plus coûteux (au sens retenu dans la présente annexe : coût moyen x nombre de séjours) ;
- refaire les statistiques sommaires présentées dans la présente annexe sur plusieurs années pour observer les variations de classement et évaluer, le cas échéant, l'impact des changements de tarif / de version du PMSI sur le nombre de séjours et le coût des GHM ;
- étudier les facteurs transversaux de coûts ;
- étude des classifications de GHM les plus pertinentes en matière de coûts, en testant notamment la nomenclature OAP (que l'ATIH n'utilise pas) ;
- étude des GHM pour lesquels le lien entre coût et DMS paraît le plus distendu.

Ces études devraient être réalisées par l'ATIH, appuyée le cas échéant sur la MEAH et sur les chercheurs ayant une expertise sur le sujet (école des mines de Paris – université de Paris X - Nanterre[16]).

[16] Une étude avait été conduite en 2002 par deux chercheurs sur la variabilité des coûts par pathologie, avant l'introduction de la tarification à l'activité : « Quelle régulation pour les hôpitaux publics français », B. Dormont et C. Milcent, Revue française d'économie n°2/vol XVII.

Pièces jointes

Pièce jointe : du RSS au GHM (extraits du site internet de l'ATIH)

Le classement de chaque RSS dans un GHM ou ***groupage*** résulte de tests prédéterminés sur les informations qu'il contient.

Les ***catégories majeures*** (**CM**) sont le premier niveau de classement des RSS. Elles correspondent le plus souvent à un système fonctionnel (affections du système nerveux, de l'œil, de l'appareil respiratoire…) et sont alors dites ***catégories majeures de diagnostic*** (**CMD**) car c'est le diagnostic principal du RSS qui détermine le classement. Mais il existe deux catégories majeures pour lesquelles l'orientation des RSS ne dépend pas du diagnostic principal : la CM 24 *Séjours de moins de 2 jours* dans laquelle c'est la durée de séjour qui est déterminante et la CM 27 *Transplantations d'organes* dans laquelle c'est la réalisation d'un acte de transplantation.

Le premier test effectué sur le RSS lors du groupage concerne la mention de **séance(s)**. En leur présence, le RSS est classé dans la catégorie majeure de diagnostic n° 28 (CMD 28 *Séances*), dans un GHM fonction de la nature des séances (dialyse rénale, chimiothérapie antitumorale, etc.).

En l'absence de séance, c'est la durée de séjour qui est testée. **Les séjours de moins de 2 jours** (transfert ou décès précoce, affections traitées en moins de 2 jours…) sont classés dans la catégorie majeure n° 24 (CM 24) *Séjours de moins de 2 jours*.

En l'absence de séance(s) ou d'un séjour inférieur à 2 jours, un traitement est effectué pour sélectionner les cas qui seront orientés dans une catégorie majeure dite « transversale » parce que le diagnostic principal n'est pas la donnée la plus déterminante. Les catégories majeures *transversales* sont les suivantes :

- CM27 : transplantations d'organes ;
- CMD 26 : traumatismes multiples graves ;
- CMD 25 : maladies dues à une infection par le VIH.

Pour les RSS qui n'ont pas été classés dans les catégories 24 à 27, c'est **le diagnostic principal** (DP) qui est alors testé pour les orienter entre les catégories majeures de diagnostic numérotées 1 à 23.

Le test suivant est relatif à la présence d'un acte opératoire classant dans le RSS :

- si le RSS mentionne au moins un acte opératoire classant dans la CMD dans laquelle a orienté le DP, le RSS est classé dans un **GHM chirurgical** ;
- si le RSS ne mentionne pas d'acte classant opératoire, le RSS est classé dans un **GHM médical**.

Un **acte opératoire** est un acte dont la réalisation nécessite l'environnement d'un bloc opératoire. Un **acte classant** est un acte susceptible, par construction de la classification, de modifier le classement en GHM. Un acte classant peut-être opératoire ou non opératoire (par exemple, la coronarographie est un acte classant non opératoire).

D'autres variables interviennent par la suite pour classer le RSS dans un seul GHM, notamment **les complications ou morbidités associées** et **l'âge**.

La liste des complications ou morbidités associées (CMA) a été constituée initialement, dans la classification américaine originelle, en recensant les diagnostics associés dont la présence, toutes choses étant égales par ailleurs, augmentait la durée de séjour d'au moins une journée dans au moins 75% des cas.

Selon que le RSS mentionne ou non une CMA, il est classé dans un GHM *avec CMA* ou *sans CMA*, à condition que cette segmentation existe pour le GHM considéré, ce qui n'est pas toujours le cas.

La liste des CMA est unique pour l'ensemble de la classification des GHM.

Afin de permettre une meilleure prise en compte de la gravité des cas, la notion de CMA a évolué :

· d'une part, des **listes d'exclusions** ont été élaborées. Une liste d'exclusions est définie par rapport à un diagnostic principal. Elle énumère les affections qui, associées à ce DP, ne sont pas considérées comme des complications significatives. Par exemple, les hémorragies digestives appartiennent à la liste des CMA. Avec les listes d'exclusions, elles perdent leur caractère de CMA lorsque le diagnostic principal est un ulcère gastroduodénal hémorragique ;

· d'autre part, la détermination de **complications ou morbidités associées sévères** (CMAS) c'est-à-dire de complications particulièrement graves, permet de repérer les cas les plus lourds.

La classification des GHM utilise deux types de limite d'âge :

· 69/70 ans est la limite le plus fréquemment testée ; elle avait été créée dans la classification américaine initiale pour pallier l'éventuelle insuffisance du codage des diagnostics associés, mais ce n'était pas la seule raison. En effet, les patients de plus de 69 ans ont plus fréquemment plusieurs affections dont chacune ne correspond pas au critère CMA, mais dont le cumul a un effet assez proche ; l'âge remplace des combinaisons trop nombreuses pour pouvoir être répertoriées ;

· une limite propre à certaines prises en charge (par exemple 18 ans pour les affections touchant fréquemment les enfants, 36 ans pour le diabète), résultat de l'analyse statistique et donc corrélée à la consommation de ressources.

La répartition de l'ensemble des RSS entre les GHM définit **l'éventail des cas** ou ***case mix***. Il est l'expression des prises en charge en nature (CMD, GHM, caractère chirurgical ou « médical ») et en volume (effectifs par GHM).

Tableau 1 : Données relatives aux 10 GHM au coût **total** le plus important, classés par coût total décroissant

Code du GHM (v10)	Libellés	Nombre de séjours	DMS en jour	Écart type DMS	Écart-type / DMS (1)	Coût moyen (en €)	Écart-type coût	Écart-type / coût moyen (2)	Rapport des dispersions (3) = (1) / (2)	Coût redressé / coût observé	Coût total en application du coût redressé* (en €)
14Z02A	Accouchements par voie basse sans complication significative	65 876	4,5	1,3	28%	2 277	634	28%	101%	94%	140 400 201
24M36Z	Autres motifs de recours de la CMD 23 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire	196 025	0,6	0,5	87%	551	351	64%	136%	85%	92 023 936
04M13Z	Œdème pulmonaire et détresse respiratoire	11 322	14,0	14,8	106%	9 257	12 074	130%	81%	86%	89 801 122
17M06V	Chimiothérapie pour autre tumeur, sans CMA	34 595	3,4	2,1	62%	2 228	1 428	64%	97%	82%	63 099 550
15Z05A	Nouveau-nés de 2500 g et plus, sans problème significatif	71 007	4,3	1,1	26%	1 069	342	32%	82%	95%	71 817 190
01M01S	Affections du système nerveux, avec CMAS	6 437	20,5	22,6	110%	10 963	12 678	116%	95%	81%	57 279 001
05M09W	Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire avec CMA	14 009	11,8	8,6	73%	4 922	3 914	80%	92%	89%	61 607 380
06C04W	Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon avec CMA	4 187	22,9	18,8	82%	15 229	12 824	84%	97%	92%	58 440 429
18Z01S	Maladies infectieuses et parasitaires, avec CMAS, avec ou sans acte	3 744	21,1	25,9	123%	16 114	22 945	142%	86%	77%	46 703 854
23M06Z	Autres facteurs influant sur l'état de santé	20 497	4,9	5,0	101%	2 544	2 287	90%	112%	87%	45 238 929
	Total des 10 GHM	**427 699**									**726 411 592**
	Ensemble des GHM	**3 358 765**									**5 671 964 728**
	Poids des 10 GHM dans l'ensemble	**13%**									**13%**
	Ensemble des GHM hors 7 GHM séances	**2 213 975**									**5 295 466 292**
	Poids des 10 GHM dans l'ensemble des GHM hors 7 GHM séances	**19%**									**14%**

Notes : ** Coût redressé = coût observé, après application de redressements statistiques et avant détermination du tarif.*
*** CMD : catégorie majeure de diagnostic – CMD 23 : facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé*
**** CMA : complications ou morbidités associées – CMAS – complications ou morbidités associées sévères.*

Tableau 2 : Données relatives aux 10 GHM représentant le plus de séjours hors 7 GHM séances

Code du GHM (v10)	Libellés	Nombre de séjours	DMS en jour	Écart type DMS	Écart-type / DMS (1)	Coût moyen (en €)	Écart-type coût	Écart-type / coût moyen (2)	Rapport des dispersions (3) = (1) / (2)	Coût redressé / coût observé	Coût total en application du coût redressé* (en €)
24M36Z	Autres motifs de recours de la CMD 23 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire	196 025	0,6	0,5	87%	551	351	64%	136%	85%	92 023 936
15Z05A	Nouveau-nés de 2500 g et plus, sans problème significatif	71 007	4,3	1,1	26%	1069	342	32%	82%	95%	71 817 190
14Z02A	Accouchements par voie basse sans complication significative	65 876	4,5	1,3	28%	2277	634	28%	101%	94%	140 400 201
24M27Z	Affections de la CMD 17 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire	56 850	0,7	0,5	69%	763	478	63%	110%	89%	38 443 675
24M34Z	Autres motifs de recours pour infection à VIH : séjours de moins de 2 jours	35 904	0,6	0,5	77%	437	253	58%	132%	104%	16 237 225
17M06V	Chimiothérapie pour autre tumeur, sans CMA	34 595	3,4	2,1	62%	2228	1428	64%	97%	82%	63 099 550
24M19Z	Affections de la CMD 10 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 10	28 750	0,6	0,5	80%	655	302	46%	175%	92%	17 243 387
24M16Z	Affections de la CMD 08 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 08	28 600	0,6	0,5	82%	655	425	65%	126%	88%	16 505 918
24M10Z	Affections de la CMD 05 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 05	27 840	0,7	0,5	66%	610	276	45%	146%	97%	16 451 770
24M03Z	Affections de la CMD 01 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 01	23 928	0,7	0,5	65%	573	314	55%	118%	95%	13 069 234
	Total des 10 GHM	**569 375**									**485 292 088**
	Ensemble des GHM	**3 358 765**									**5 671 964 728**
	Poids des 10 GHM dans l'ensemble	**17%**									**9%**
	Ensemble des GHM hors 7 GHM séances	**2 213 975**									**5 295 466 292**
	Poids des 10 GHM dans l'ensemble des GHM hors 7 GHM séances	**26%**									**9%**

Notes : ** Coût redressé = coût observé, après application de redressements statistiques et avant détermination du tarif.*
*** CMD : catégorie majeure de diagnostic – CMD 23 : facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé*
**** CMA : cause de morbidité associée – CMAS – cause de morbidité associée sévère.*

Graphique : Dispersion observée sur les 4 GHM communs aux deux classements précédents

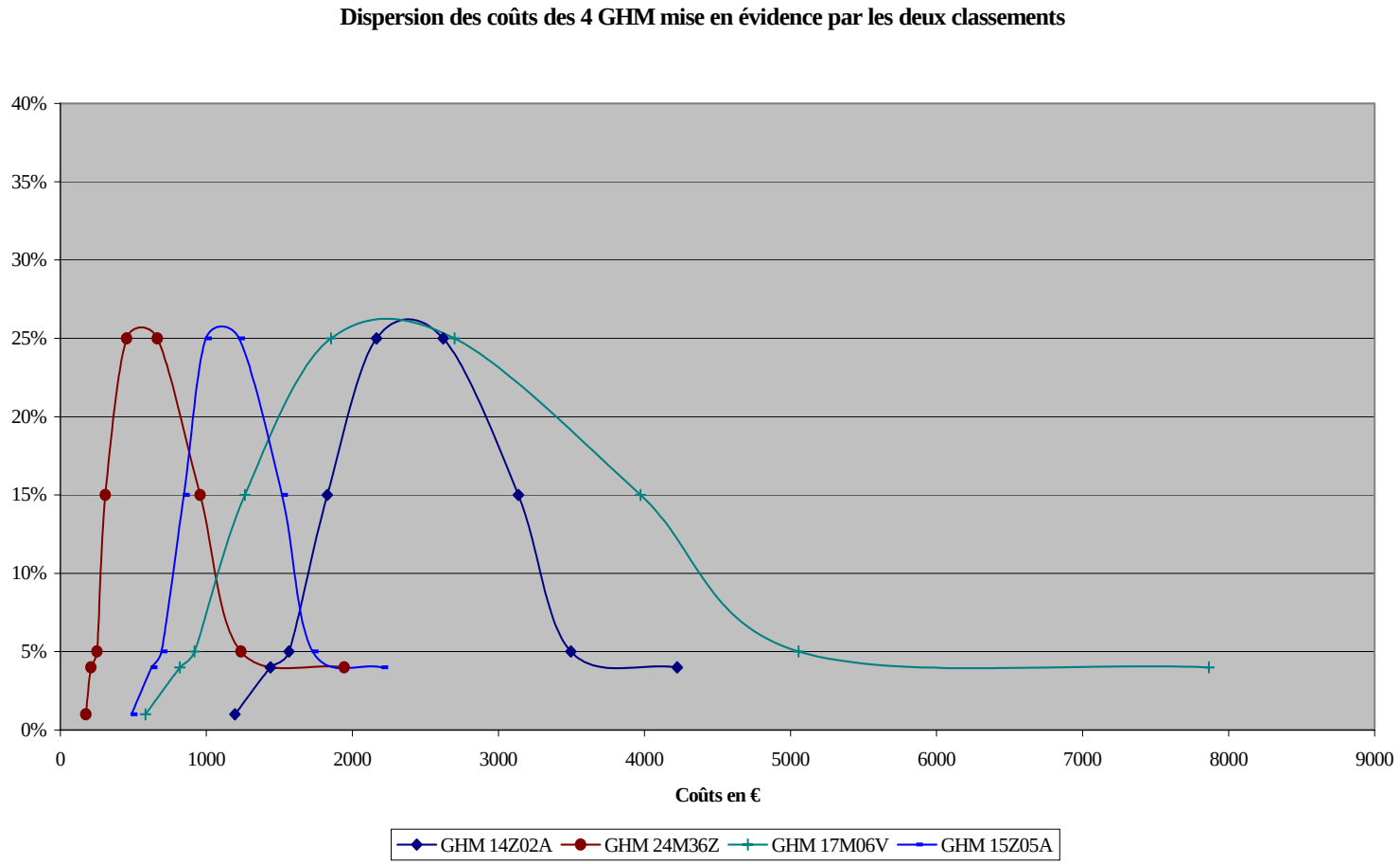


Tableau 3 : Données relatives aux 7 GHM de séances isolés dans l'analyse précédente

Code du GHM (v10)	Libellés	Nombre de séances	Coût moyen (en €)	Écart-type coût	Écart-type / coût moyen	Coût redressé / coût observé	Coût total en application du coût redressé* (en €)
28Z07Z	Chimiothérapie pour tumeur, en séances	226 432	690	443,46	64%	87%	136 323 386
28Z04Z	Hémodialyse, en séances	267 384	441	153,4	35%	90%	106 207 599
28Z12Z	Techniques complexes d'irradiation externe, en séances	334 365	189	48,14	25%	96%	61 004 894
28Z13Z	Autres techniques d'irradiation externe, en séances	261 146	161	36,65	23%	94%	39 333 811
28Z14Z	Transfusion, en séances	27 637	808	301,7	37%	84%	18 838 485
28Z08Z	Préparations à une irradiation externe avec une dosimétrie tridimensionnelle	11 490	1026	501,45	49%	81%	9 523 372
28Z09Z	Autres préparations à une irradiation externe	16 336	343	210,98	61%	94%	5 266 890
	Total des 7 GHM séances	**1 144 790**					**376 498 435**
	Ensemble des GHM	**3 358 765**					**5 671 964 728**
	Poids des 7 GHM dans l'ensemble	**34%**					**7%**

*Notes : * Coût redressé = coût observé, après application de redressements statistiques et avant détermination du tarif.*

ANNEXE V

LES CONTRATS PLURIANNUELS D'OBJECTIFS ET DE MOYENS DES ETABLISSEMENTS DE SANTÉ

SOMMAIRE

I. LA MISE EN ŒUVRE DU DISPOSITIF DE CONTRACTUALISATION EST INEGALE SELON LES REGIONS 1

A. LE DISPOSITIF DE CONTRACTUALISATION A ÉTÉ MODIFIÉ POUR DÉCLINER LE SCHÉMA RÉGIONAL D'ORGANISATION SANITAIRE 2

1. Le contrat permet à l'ARH de nouer une relation globale avec les établissements publics et privés 2

a) Le contrat définit notamment des objectifs en matière de qualité des soins 2

b) Le CPOM décline pour chaque établissement les objectifs quantifiés d'offre de soins du schéma régional d'organisation sanitaire 3

2. L'évaluation du contrat est obligatoire et assortie de mécanismes de sanction financière 4

a) Le contrat prévoit des engagements précis et mesurables de l'établissement assorti d'indicateurs de résultat 4

b) Le dispositif est renforcé par un mécanisme de pénalités financières 4

B. LA MISE EN ŒUVRE DU DISPOSITIF DE CONTRACTUALISATION EST VARIABLE SELON LES RÉGIONS 5

1. La conception et l'ampleur du dispositif varient selon les ARH 5

2. Le contrat accorde la priorité aux objectifs quantifiés d'offres de soins 6

II. RENFORCER LE LEVIER CONTRACTUEL AU BENEFICE DES ARH ET FAIRE DU CONTRAT UN OUTIL D'AMÉLIORATION DE LA PERFORMANCE 6

A. ÉQUILIBRER LE CONTENU DU CONTRAT ET RENFORCER SES MODALITÉS D'ÉVALUATION 6

1. Établir dans chaque région un contrat type fondé sur un modèle national s'inspirant de ceux élaborés en Bretagne et Rhône-Alpes 7

2. Renforcer la place de la qualité des soins, de l'accréditation de l'établissement et du traitement des plaintes 7

3. Engager une démarche d'évaluation des missions d'intérêt général 8

4. Conditionner le soutien financier de l'ARH en termes d'aides à la contractualisation à la mise en place et à l'utilisation opérationnelle de la comptabilité analytique 8

5. Normaliser le contenu des indicateurs pour faciliter le suivi du contrat, la comparaison et la diffusion des résultats des établissements 9

B. FAIRE DU CONTRAT UN OUTIL D'INCITATION DES ÉTABLISSEMENTS À AMÉLIORER LEUR PERFORMANCE 10

1. Conditionner la contractualisation sur les objectifs quantifiés à des objectifs précis d'amélioration de l'offre de soins et de sécurité 10

2. Introduire des indicateurs de productivité de l'organisation sur la base de ceux développés par la MEAH 11

3. Systématiser l'évaluation des projets d'investissement de l'établissement par l'ARH en liaison avec la MEAH 13

4. Subordonner le projet d'établissement au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens 13

Pièces jointes 15

LES CONTRATS PLURIANNUELS D'OBJECTIFS ET DE MOYENS DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Les agences régionales d'hospitalisation (ARH) sont chargées, en vertu des articles L.6115-1 et s. du code de la santé publique (CSP), de la tutelle des établissements de santé[1].

La direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) fait du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) un instrument essentiel de la relation entre l'ARH et l'établissement, ce qui traduit une évolution de la conception de la tutelle. Elle souhaite en effet inscrire dans le contrat d'objectifs de l'ARH avec le ministère un nouvel objectif opérationnel pour l'ARH : « *décliner dans les CPOM le contenu du schéma régional d'organisation des soins – SROS – et du présent contrat* ». Des indicateurs et des valeurs cibles sont associés à ce nouvel objectif[2].

La mission a examiné le dispositif mis en place par les cinq ARH rencontrées (Bourgogne, Bretagne, Haute-Normandie, Poitou-Charentes, Rhône-Alpes), en particulier le modèle de contrat existant dans quatre d'entre elles. La richesse variable des modèles l'a conduit à formuler des recommandations afin de mieux articuler ce dispositif avec les contrats d'objectifs conclus entre l'ARH et la DHOS (cf. annexe VII sur ces contrats) et d'en faire un levier pour inciter les établissements à améliorer leur performance.

La mission propose en particulier que la DHOS, d'une part, systématise dans un canevas national les pratiques intéressantes relevées par la mission (en particulier en Bretagne et Rhône-Alpes) et, d'autre part, ajoute des éléments relayant et généralisant l'action de la mission d'expertise et d'audit hospitalier (MEAH).

I. LA MISE EN ŒUVRE DU DISPOSITIF DE CONTRACTUALISATION EST INEGALE SELON LES REGIONS

Le dispositif de contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) a été modifié par les articles L. 6114-1 et s. du code de la santé publique, créés par l'ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 et complétés par la loi du 13 août 2004 et par l'ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005. Le décret n°2006-1332 du 2 novembre 2006 en précise les conditions de mise en œuvre, en particulier quant au dispositif de sanctions financières.

---

[1] Article L.6115-1 : « *une agence régionale de l'hospitalisation a pour mission de définir et de mettre en œuvre la politique régionale d'offre de soins hospitaliers, d'analyser et de coordonner l'activité des établissements de santé publics et privés, de contrôler leur fonctionnement et de déterminer leurs ressources.* ».

[2] Les deux indicateurs sont : i) taux de signature des CPOM contrats socles au 31 mars 2007 (cible 100%) ; ii) taux de signature des CPOM avec l'ensemble des annexes en application du décret du 2 novembre 2006 (cible 100% au 30 juin 2008). La signature des CPOM socles est en fait une obligation réglementaire (cf. *infra*).

A. Le dispositif de contractualisation a été modifié pour décliner le schéma régional d'organisation sanitaire

1. Le contrat permet à l'ARH de nouer une relation globale avec les établissements publics et privés

a) Le contrat définit notamment des objectifs en matière de qualité des soins

L'article 1er du décret 2006-1332, codifié à l'article D.6114-1 du CSP, précise le champ du CPOM, qui « *(…) porte sur l'ensemble de l'activité (...). Figurent également en annexe à ce contrat : 1o La liste des accords et contrats en cours de validité signés avec l'agence régionale de l'hospitalisation ; 2o Les engagements relatifs à l'information du patient et les documents transmis ou mis à disposition de l'agence régionale de l'hospitalisation et des caisses d'assurance maladie par les titulaires de l'autorisation, dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale* ». Le contrat a donc vocation à faire la synthèse des engagements pris par le titulaire de l'autorisation.

Pour les établissements publics, le contrat est conclu après délibération du conseil d'administration et après avis de la commission médicale d'établissement et du comité technique d'établissement. Le CPOM est signé par le directeur de l'ARH, pour une durée maximale de cinq ans.

– Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens arrête les orientations stratégiques de l'établissement

Le contrat (article L.6114-2 du code de la santé publique) :

- détermine les orientations stratégiques des établissements de santé sur la base du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) arrêté par l'ARH[3] ;

- précise les missions d'intérêt général mentionnées à l'article L.162-22-13 du code de la sécurité sociale et les engagements relatifs à la politique d'innovation médicale auxquels l'établissement participe, donnant lieu à dotation au titre de l'art. L.162-22-14 du code de la sécurité sociale[4].

– Le contrat détermine également des objectifs de qualité des soins et doit assurer le lien avec la procédure d'accréditation de l'établissement

Le contrat comporte en effet des objectifs relatifs à la qualité et à la sécurité des soins (articles L.6114-3 et D.6114-3 du CSP), en particulier pour :

- la gestion des risques, notamment la lutte contre les maladies nosocomiales ;

- le développement de l'évaluation des pratiques professionnelles ;

---

[3] L'ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003, codifiée aux articles L. 6121-1 et suivants du code de la santé publique, précise le contenu du SROS, dit de « 3ème génération » ou SROS III. Le SROS a pour objet de « *prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins (…). Le schéma d'organisation sanitaire vise à susciter les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins, ainsi que les coopérations, entre les établissements de santé. Il fixe des objectifs en vue d'améliorer la qualité, l'accessibilité et l'efficience de l'organisation sanitaire. (..)* ».

[4] Article L.162-22-14 du code de la sécurité sociale (CSS) : « *Le montant annuel de la dotation de chaque établissement est fixé par l'Etat en fonction des missions d'intérêt général, des activités de soins dispensés à des populations spécifiques et des objectifs et des orientations prévus dans le cadre de son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et de leur état d'avancement, ou, à défaut, dans le cadre de l'engagement contractuel spécifique prévu à l'article L. 162-22-13 (…).* ».

- le développement du système d'information dont le dossier du patient.

Le contrat doit également comporter le calendrier de la procédure d'accréditation de l'établissement, conformément à l'article L.6113-3 du code de la santé publique[5].

b) Le CPOM décline pour chaque établissement les objectifs quantifiés d'offre de soins du schéma régional d'organisation sanitaire

L'activité de l'établissement est encadrée dans le contrat avec l'ARH, qui fixe les conditions de mise en œuvre des autorisations et les modalités de couvertures du besoin de santé (en termes quantitatifs) sur un territoire donné, au moyen d'objectifs quantifiés d'offre de soins (OQOS), définis en application du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS). Ce schéma définit les objectifs quantifiés d'offres de soins[6] :

- par territoire de santé : exemple : nombre d'implantations assurant une activité de soins déterminée ;

- par territoire et par activité de soins : exemple : activité de médecine en hospitalisation complète et à temps partiel ;

- par critère, comme le temps maximum d'accès dans un territoire de santé à un établissement de santé.

Le contrat décline et fixe pour chaque détenteur d'autorisation, y compris par avenant pour les contrats en cours, les objectifs quantifiés (seuils minimum et maximum d'activité) des activités de soins et équipements lourds ayant fait l'objet d'une autorisation. Les OQOS sont donc susceptibles, en fonction des seuils retenus, d'avoir un effet structurant sur l'activité de l'établissement.

Ces objectifs quantifiés sont revus dans les trois mois suivant le renouvellement de l'autorisation. La signature du CPOM déclinant les OQOS du titulaire d'autorisation doit intervenir **au plus tard le 31 mars 2007**, en application de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2006.

Le contrat peut préciser les conditions de mise en œuvre de ces objectifs (article D.6114-7 du code de la santé publique.

---

[5] Article L.6113-3 du CSP : « *afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, tous les établissements publics et privés doivent faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation dénommée accréditation. Cette procédure, conduite par la haute autorité de santé, vise à porter une appréciation indépendante sur la qualité d'un établissement.*. ».

[6] Articles L.6121-2 et D.6121-7 à D.6.121-10 du code de la santé publique.

2. L'évaluation du contrat est obligatoire et assortie de mécanismes de sanction financière

a) Le contrat prévoit des engagements précis et mesurables de l'établissement assorti d'indicateurs de résultat

Le contrat doit faire l'objet d'une évaluation périodique, sous forme d'un rapport annuel, et pour cela inclure des indicateurs de suivi et de résultat[7].

b) Le dispositif est renforcé par un mécanisme de pénalités financières

Après mise en demeure motivée et respect du délai d'un mois pour permettre au titulaire de l'autorisation de présenter ses observations, le directeur de l'ARH peut suspendre le contrat pour manquement grave aux dispositions législatives et réglementaires ou à ses obligations contractuelles, pour une durée n'excédant pas six mois (article R.6114-11 du code de la santé publique - CSP). Au-delà de ce délai, l'ARH prononce la résiliation du contrat si le titulaire n'a pas mis fin aux manquements.

Le décret n°2006-1332 du 2 novembre 2006 complète ce mécanisme de suspension d'un mécanisme de sanction financière. La procédure intervient dans le cadre de l'évaluation annuelle du contrat. Elle s'applique dans les mêmes formes que le titulaire de l'autorisation ne respecte pas les OQOS ou les autres engagements prévus au contrat (article R.6114-13 du CSP).

En pratique, la commission exécutive de l'ARH peut prononcer, après mise en demeure motivée assortie d'un délai de réponse d'un mois pour le titulaire de l'autorisation, une pénalité proportionnée à la gravité du manquement (maximum 1% des recettes d'assurance maladie constatées lors du dernier exercice clos). S'agissant des objectifs quantifiés d'offre de soins elle joue dans les cas suivants (article R.6114-10 du CSP) :

- lorsqu'un objectif quantifié relatif aux implantations ou à la permanence des soins n'est pas atteint ;

- lorsque le nombre de séjours, d'actes, etc. sont inférieurs à un minimum ou supérieurs à un maximum fixés au contrat.

Le dispositif est avant tout conçu pour les établissements qui dépasseraient leurs objectifs quantifiés en optimisant leur activité[8]. Il peut cependant être utilisé à l'encontre d'établissements qui ne parviendraient pas à atteindre leurs objectifs. En Bretagne, les OQOS ont dans certains cas été utilisés pour inciter des établissements à faible activité à se retirer de certains segments d'activité (fixation des objectifs planchers à un niveau élevé et en pratique difficilement atteignable).

---

[7] Article L.6114-1 du CSP : « *Les contrats fixent les éléments nécessaires à leur mise en oeuvre, le calendrier d'exécution et mentionnent les indicateurs de suivi et de résultats nécessaires à leur évaluation périodique. Le titulaire de l'autorisation adresse à l'agence régionale un rapport annuel d'étape ainsi qu'un rapport final* ».

[8] L'optimisation peut correspondre à la sélection d'activités ou de patients dont la prise en charge est associée à un niveau de rémunération suffisant (cf. annexe II sur la prise en compte de la qualité).

B. La mise en œuvre du dispositif de contractualisation est variable selon les régions

Les constats suivants se fondent sur l'analyse des modèles de contrat recueillis par la mission auprès de quatre ARH (cf. tableau 1 qui présente le contenu des contrats type des ARH Bourgogne, Rhône-Alpes et Bretagne, dont s'inspire le canevas de celui de l'ARH Haute-Normandie qui n'est donc pas reproduit dans le tableau).

1. La conception et l'ampleur du dispositif varient selon les ARH

L'état d'avancement du processus est inégal. Quatre des cinq ARH ont élaboré un modèle de contrat à la date de la mission. Malgré la priorité affichée au plan national, l'agence Poitou-Charentes ne dispose d'aucun document, et n'a pas formalisé de réflexion sur ce sujet, alors même qu'elle est en phase de révision du SROS.

Le contenu du modèle de contrat est de surcroît inégalement ambitieux.

Dans les régions Bourgogne et Haute-Normandie il reprend les dispositions prévues par la réglementation sans prévoir :

- d'objectifs précis traduisant les priorités de l'ARH : ainsi un contrat liste les missions d'intérêt général (MIG) assurées par l'établissement mais n'ajoute rien par rapport à la réglementation (pas d'objectifs précis, pas de demande d'indication des moyens consacrés à la mission, etc.) ;

- d'indicateurs associés aux objectifs facilitant son évaluation : ainsi dans un contrat, les objectifs du chapitre « *démarches d'amélioration de l'efficience* » (développement des outils de gestion, optimisation de l'organisation, gestion des ressources humaines) ne sont associés à aucun indicateur à l'exception de l'évolution du taux d'absentéisme.

Le contenu est en revanche plus développé dans les régions Bretagne et Rhône-Alpes en termes :

- de méthode : chaque thème (qualité des soins et gestion des risques, MIG, etc.) est décliné au travers d'une série de mesures avec : un état de lieux, des objectifs précis, un échéancier, des indicateurs (de suivi, de moyens ou de résultat) ;

- de financement : le coût de la mise en œuvre du contrat est mesuré afin d'évaluer, même de manière informative, le niveau des contreparties demandé à l'ARH (ARH Bretagne) ; l'ensemble des sources de financement de l'établissement concourant à la réalisation est répertorié (ARH Rhône-Alpes).

Cela traduit ainsi une attente plus forte de l'ARH à l'égard du processus de contractualisation même si la philosophie des modèles est différente dans chaque région :

- **« prescriptive » et axée sur le financement pour Rhône-Alpes** : le contrat décrit précisément les engagements de l'établissement qui justifient les ressources accordées (autorisations, objectifs quantifiés d'offres de soins, financements, etc.) ; il traduit les priorités de l'ARH. Il est donc « normé » et comprend au total plus de 100 indicateurs si l'établissement est concerné par tous les objectifs (la majorité des établissements n'est cependant concernée que par une partie d'entre eux). Cela facilite l'évaluation du contrat

par l'ARH mais peut présenter le risque d'un défaut d'adhésion des établissements face à la complexité, voire la lourdeur du dispositif ;

- **« participative » et axée sur la planification sanitaire pour la Bretagne** : le contrat entend concilier les impératifs du SROS et la stratégie interne de l'établissement, qui pour les établissements publics prend la forme d'un projet d'établissement prévu par la loi[9]. Cette politique est toutefois complexe à manier et présente le risque d'enfermer le CPOM dans les seules priorités de l'établissement (objectifs et indicateurs *ad hoc*), au détriment des priorités de l'ARH, sans pouvoir en outre comparer les résultats entre établissements. L'ARH souligne l'ambiguïté des CPOM, vus par les établissements comme une déclinaison du projet d'établissement assortie de moyens pour sa mise en œuvre alors que le projet d'établissement pourrait décliner en interne les objectifs du CPOM, et indique que l'ordre d'élaboration de ces deux documents n'est pas neutre pour la philosophie du dispositif.

2. Le contrat accorde la priorité aux objectifs quantifiés d'offres de soins

Le positionnement des objectifs quantifiés dans le contrat (parmi les tous premiers articles), le détail du contenu de l'annexe s'y rapportant (attribution, pour chaque autorisation, des volumes minimum et maximum, de valeurs cibles, etc.) illustrent la priorité donnée à ce sujet.

Cette priorité consacre par conséquent l'importance traditionnelle de la planification sanitaire dans le travail des ARH et sa place dans la relation avec l'établissement.

Dans ce contexte, la contractualisation ne permet pas d'équilibrer la relation avec l'établissement sur d'autres sujets pourtant placés sur le même plan par la réglementation (qualité des soins et gestion des risques, cf. *supra* § I.A.1.) ou sur lesquels la DHOS essaie de développer une approche plus systématique (efficience et performance) [10] pour renforcer le rôle de l'ARH.

Les ARH Bretagne et surtout Rhône-Alpes font toutefois des efforts notables pour développer, au travers de la contractualisation, une approche globale de la relation avec l'établissement. La mission préconise la systématisation au niveau national des initiatives intéressantes qu'elle a relevées, et formule des propositions pour compléter le contrat type en vue d'améliorer la performance des établissements (optimisation de leur organisation, de leurs finances, de la qualité des soins).

II. RENFORCER LE LEVIER CONTRACTUEL AU BENEFICE DES ARH ET FAIRE DU CONTRAT UN OUTIL D'AMÉLIORATION DE LA PERFORMANCE

A. Équilibrer le contenu du contrat et renforcer ses modalités d'évaluation

La mission estime que les autres domaines de la relation entre les ARH et les établissements, en dehors de la déclinaison du SROS en objectifs quantifiés, doivent être renforcés, au besoin *via* la signature ultérieure d'avenants et la généralisation au niveau national des initiatives relevées dans les régions.

---

[9] Article L.6143-1 du code de la santé publique.

[10] Cf. la note de décembre 2005 de la sous-direction de la qualité et du fonctionnement des établissements de santé de la DHOS sur l'état du *benchmarking* et du développement du contrôle de gestion, note qui formule des préconisations en matière de développement d'indicateurs et de systèmes d'information. Voir aussi la présentation faite lors du séminaire des 28 et 29 septembre 2006 réunissant les chargés de mission « *efficience des organisations hospitalières* ».

1. Établir dans chaque région un contrat type fondé sur un modèle national s'inspirant de ceux élaborés en Bretagne et Rhône-Alpes

La mission propose que la DHOS définisse un modèle de CPOM. Chaque région devrait élaborer un contrat-type pour ses CPOM, élaboré à partir de ce modèle, dont les rubriques seraient obligatoires.

Les travaux de la mission l'ont conduit à sélectionner les contrats-types de la Bretagne et de Rhône-Alpes, qui pourraient être utilisés pour le modèle national. Ceux-ci traduisent cependant les priorités locales des agences au regard de leur situation démographique, socio-économique et de leur conception de la contractualisation. Leur modèle n'est donc pas généralisable au niveau national en l'état.

La rédaction d'un modèle national « opposable » aux ARH suppose :

- de compléter le recensement des initiatives d'autres régions pouvant le cas échéant être systématisées au niveau national, pour ne pas se limiter aux exemples des régions Bretagne et Rhône-Alpes étudiés par la mission ;

- de laisser une marge de manœuvre aux ARH sur certains sujets, de manière à ce que le contrat-type régional puisse refléter les priorités de l'agence.

Le modèle national de contrat devrait selon la mission comporter les sujets développés dans les points *infra*. Il pourrait également inclure l'évaluation du processus de contractualisation au sein de l'établissement prévu au titre de la « nouvelle gouvernance » mise en place par la loi[11], et portant tant sur la constitution effective des pôles que sur l'étendue de leur délégation de gestion[12].

2. Renforcer la place de la qualité des soins, de l'accréditation de l'établissement et du traitement des plaintes

Le modèle national de contrat pourrait intégrer les éléments suivants[13] (cf. également l'annexe II sur la prise en compte de la qualité) :

- décrire les suites à donner aux recommandations, réserves et réserves majeures de la haute autorité de santé (HAS) ;

- mesurer plus précisément le niveau de mise en œuvre de la politique de gestion des risques et des mesures à mettre en œuvre à partir du manuel de la HAS[14] ;

---

[11] L'ordonnance du 2 mai 2005 a créé de nouvelles institutions de gestion de l'établissement dont le conseil exécutif (art. L. 6143-6-1 du CSP) qui a pour objectif de mieux associer les personnels médicaux à la gestion des établissements publics de santé. Les pôles d'activité rassemblent « *des services ayant des activités communes ou complémentaires* ».

[12] L'ARH Rhône-Alpes apprécie ainsi la qualité de la délégation de gestion à partir de la cotation oui/non de la présence de 4 items : i) élaboration de tableaux de services et gestion des mensualités de remplacement ; ii) organisation de la permanence des soins ; iii) gestion des équipements ; iv) gestion budgétaire.

[13] L'ARH Rhône-Alpes identifie 10 objectifs (associés à 19 indicateurs) pertinents : gestion des risques, évaluation des pratiques professionnelles, informatisation du dossier médical, dépistage des troubles nutritionnels, prise en charge de la douleur, évaluation de la satisfaction des patients et gestion de leurs réclamations et plaintes, lutte contre les infections nosocomiales, prescription des examens radiologiques, évaluation dosimétrique des examens radiologiques, protection contre les rayonnements ionisants.

[14] Ainsi l'ARH Rhône-Alpes identifie 3 objectifs pour l'établissement : la définition d'une politique globale d'amélioration de la qualité et de gestion des risques, l'organisation de sa gestion des risques et le caractère opérationnel du dispositif de veille sanitaire. Des indicateurs sont associés aux objectifs sous forme de cotation de la présence oui/non d'un item relatif à l'objectif (exemple : cotation maximale pour un établissement organisant la gestion d'une éventuelle crise ou organisant des plans d'urgence pour faire face aux risques exceptionnels)

- mesurer si l'établissement utilise l'évaluation de la satisfaction des patients et les réclamations et plaintes pour entreprendre des actions d'amélioration de la qualité, le manuel de la HAS fournissant une grille de cotation, ainsi que les suites à donner ;

- suivre les résultats annuels de l'indicateur ICALIN (infection nosocomiales) ;

- évaluer les résultats de l'établissement et rappeler les mesures à mettre en œuvre au titre du contrat de bon usage du médicament[15] (CBUM) en précisant les principes et critères de notation et du classement (« *scoring* ») des établissements au titre du CBUM, le cas échéant, à élaborer (un nombre limité de régions disposent d'une méthode de classement des résultats des établissements[16]).

3. Engager une démarche d'évaluation des missions d'intérêt général

De façon générale, les modèles de contrat examinés par la mission se contentent de lister les missions d'intérêt général (MIG) sans formaliser de procédure d'évaluation ou d'objectifs et de critères d'évaluation précis, empêchant ainsi toute évaluation du coût de ces missions, toute comparaison entre établissements et toute évaluation *ex post* de la manière dont elles sont assurées au regard du contrat.

La mission préconise, d'une part, de préciser pour chaque mission le financement prévu mais aussi les moyens humains correspondants (exemple : nombre d'ETP de médecins ou d'autres personnels), et, d'autre part, comme le fait l'ARH Rhône-Alpes, de **sélectionner** quelques MIG correspondant à des priorités locales sur lesquelles l'ARH peut fixer des objectifs d'amélioration aux établissements, en mesurant leurs progrès.

Cette méthode présente un triple intérêt :

- évaluer, de manière générale, les moyens budgétaires et humains consacrés par l'établissement à ces missions. Cela faciliterait la réévaluation financière de ces missions prévue fin 2008 (la mission a pu constater que cette évaluation entre l'ARH et l'établissement était parfois délicate, lors de la négociation d'un contrat de retour à l'équilibre par exemple) ;

- hiérarchiser les priorités d'action de l'ARH et alléger le suivi ;

- engager une démarche d'évaluation des missions d'intérêt général.

4. Conditionner le soutien financier de l'ARH apporté par l'aide à la contractualisation à la mise en place et à l'utilisation opérationnelle de la comptabilité analytique

L'ARH doit pouvoir évaluer, dans le cadre de la négociation budgétaire, la capacité de l'établissement à utiliser effectivement les outils de comptabilité analytique pour le dialogue de gestion interne (au sein des pôles) ou externe avec l'ARH pour :

- optimiser sa gestion, notamment en recherchant des gains de productivité ;

---

[15] L'ARH Rhône-Alpes retient l'indicateur issu du manuel de la HAS : score de 0 à 4 (maximal) selon la cotation de l'évaluation oui/non de 4 items : pertinence des hospitalisations, pertinence des actes à risque, pertinence des prescriptions, pertinence des examens de laboratoire, des examens d'imagerie ou d'exploration fonctionnelle.

[16] L'ARH Rhône-Alpes a ainsi mis au point une méthode de « scoring » sur 30 points à partir des deux types d'objectifs fixés dans le rapport d'étape annuel : 24 points pour les objectifs prioritaires et 6 points pour les autres objectifs. Le taux de remboursement varie en principe en fonction du score obtenu.

- agir pour respecter ou revenir à l'équilibre budgétaire et financier (objectif légitimement rappelé par plusieurs ARH).

Cet investissement des établissements dans leur comptabilité analytique **doit être un critère d'appréciation important pour l'ARH dans toute décision de soutien financier** (contrat de retour à l'équilibre, investissement). La généralisation au niveau national pourrait porter sur :

- la mise en place d'une **comptabilité analytique de structure**, à partir des guides de comptabilité analytique (tomes 1 et 2 *a minima* – comptabilité structure au niveau des unités fonctionnelles) élaborés par la DHOS et disponibles sur le site de la mission d'expertise et d'audit hospitalier (MEAH) ;

- l'élaboration d'un *tableau coûts case mix* (TCCM) pour les établissements ayant une activité court-séjour (MCO) et qui ne disposent pas d'une comptabilité analytique au séjour. Le TCCM est un outil élaboré par la MEAH[17], conçu comme un outil simple à construire (notamment pour les établissements qui n'ont pas de système d'informations sophistiqué) et utilisable au sein de l'établissement dans le cadre d'un dialogue de gestion interne (pôle et direction). En effet, le TCCM compare, par grandes lignes de dépenses, les coûts constatés dans le pôle (ou la direction) à une référence externe, un établissement « virtuel » qui a la même activité que la structure concernée mais dont les coûts de production sont calculés à partir des coûts unitaires de la référence de l'échelle nationale de coûts – ENC) ;

- l'évaluation de l'utilisation concrète de la comptabilité analytique par l'établissement : l'ARH doit non seulement contractualiser sur la mise en place mais aussi sur l'utilisation des outils de contrôle de gestion, gage d'une volonté d'optimisation de la gestion[18].

5. Normaliser le contenu des indicateurs pour faciliter le suivi du contrat, la comparaison et la diffusion des résultats des établissements

L'absence dans le contrat d'indicateurs préétablis ne permet pas à l'ARH de suivre le degré de réalisation de ses priorités et peut conduire à utiliser des indicateurs proposés par les établissements avec le risque d'indicateurs *ad hoc*, ne permettant pas toujours de comparer les résultats entre établissements.

La mission propose de systématiser dans le modèle de contrat national les initiatives suivantes :

D'une part, procéder à une évaluation contradictoire et périodique du bilan du contrat, par l'ARH et par l'établissement, sur la base d'une méthodologie préalablement définie et d'un bilan de la mise en œuvre transmis par l'établissement assorti, en tant que de besoin, des pièces justificatives nécessaires. Cette évaluation pourra être plus particulièrement poussée sur des établissements à forts enjeux sanitaires ou économiques (exemple : CHU) ou aux établissements ayant signé un contrat de retour à l'équilibre.

---

[17] Cf. guide de la nouvelle gouvernance et comptabilité analytique par pôle édité par la MEAH en octobre 2006.

[18] L'ARH Rhône-Alpes évalue par exemple la mise en œuvre effective de la comptabilité analytique au moyen d'une cotation (de 0 à 6 pour les établissements MCO), le chiffre 0 correspondant à l'absence d'outils de gestion ou d'outil de comparaison par l'établissement, le chiffre 6 indiquant que l'établissement, afin de réduire les coûts des séjours supérieurs aux tarifs nationaux, met en place un tableau de bord d'actions correctrices mises ou à mettre en œuvre.

D'autre part, systématiser la présence dans le modèle d'indicateurs homogènes chiffrés ou « binaires » (oui/non)[19]. Ce format d'indicateurs présente un triple intérêt :

- les données sont plus facilement recueillies au sein de l'établissement ;

- des domaines qualitatifs peuvent être évalués (exemple : qualité des soins et gestion des risques, mesure de l'efficience), même si la mesure peut rester frustre ;

- le suivi est facilité, la comparaison des résultats entre les établissements est plus facile à organiser et cela peut faciliter l'appropriation du principe d'évaluation au sein des établissements.

Enfin, les résultats de l'évaluation doivent être communiqués afin de permettre à l'établissement de se situer au regard des établissements de sa région ou de sa catégorie. Le modèle de contrat doit donc fixer le calendrier d'évaluation et les modalités de diffusion des résultats de l'établissement, mais également de la région.

B. Faire du contrat un outil d'incitation des établissements à améliorer leur performance

1. Conditionner la contractualisation sur les objectifs quantifiés à des objectifs précis d'amélioration de l'offre de soins et de sécurité

Les objectifs quantifiés d'offre de soins reflètent la place de l'établissement dans le territoire de santé et lui offrent une visibilité à moyen terme (cinq ans).

En contrepartie, l'établissement doit s'engager sur des objectifs précis et évalués d'amélioration de l'offre de soins[20]. Par exemple, l'ARH Rhône-Alpes demande à l'établissement titulaire d'une autorisation de médecine d'« *améliorer la fluidité de la filière hospitalière de prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC) (...) depuis les urgences jusqu'au retour à domicile* », afin d'améliorer l'organisation en court séjour, avec un indicateur associé[21]. C'est le cas également pour l'ARH Bretagne.

Le modèle de contrat pourrait préciser, pour chaque domaine d'activité ou chaque équipement donnant lieu à autorisation, donc à un objectif quantifié d'offre de soins :

- la date d'autorisation, la date d'échéance, la capacité installée et celle effectivement mise en œuvre ;

- les seuils minimum d'activité à respecter et qui conditionnent le maintien de l'autorisation, obtenue à titre dérogatoire dans le SROS, pour les établissements à faible activité (en chirurgie, obstétrique, etc.). Ces seuils devraient être établis en fonction des normes minimales d'activité reconnues comme nécessaires à la sécurité des pratiques, telles par exemple que les normes récemment édictées par l'INCA en matière de chirurgie du cancer,

---

[19] Sauf lorsqu'il s'agit de ratios (exemple : taux d'occupation), le résultat de l'indicateur est obtenu par la cotation de la présence oui/non de la présence d'items se rapportant à l'objectif.

[20] Ainsi l'ARH Rhône-Alpes identifie 30 objectifs concourant à la mise en œuvre du schéma régional d'organisation sanitaire, associés à 58 indicateurs préalablement établis.

[21] Durée moyenne de séjour (DMS) des patients AVC hospitalisés en court séjour (médecine), hors sorties décès / DMS des patients hospitalisés en court séjour (médecine), hors sorties décès. Cette donnée est recueillie *via* le PMSI.

à moins que des nécessités particulières (difficultés géographiques d'accès, saisonnalité de l'activité…) ne justifient d'y déroger et à condition que les conditions du travail en réseau permettent d'assurer la sécurité des patients. Le maniement de tels critères est délicat, mais la mission estime qu'ils pourraient contribuer à faciliter les recompositions ultérieures pour des établissements n'atteignant pas de manière durable ces seuils ;

- les objectifs devant traduire une amélioration de la qualité (exemple : réduction des délais de prise en charge ou de la réalisation d'actes) ou de l'efficience (exemple : augmentation du taux d'occupation des services, etc.) ;

- le calendrier de réalisation et le ou les indicateurs retenus, préalablement déterminés par l'ARH.

Le contrat pourrait fixer également des objectifs de hausse du taux de chirurgie ambulatoire pour les 5 gestes traceurs retenus dans le contrat d'objectifs de l'ARH[22]. La méthode proposée par l'ARH Bretagne pourrait être généralisée car elle offre l'intérêt de :

- lier les objectifs quantifiés d'offres de soins attribués aux établissements à l'amélioration mesurable de leur offre de soins, en termes quantitatifs et qualitatifs ;

- faciliter l'évaluation du SROS et mieux anticiper ses évolutions à terme ;

- articuler plus étroitement le CPOM avec les objectifs nationaux du contrat d'objectifs de l'ARH.

2. Introduire des indicateurs de productivité de l'organisation sur la base de ceux développés par la MEAH

La mission d'expertise et d'audit hospitalier (MEAH) mène, avec des établissements volontaires, des audits sur l'organisation, recouvrant potentiellement l'ensemble des activités de l'hôpital, qu'il s'agisse des activités fonctionnelles (imagerie) ou logistiques (restauration) des établissements de santé volontaires, pour améliorer à la fois l'efficience économique, la qualité de service rendu au patient par l'établissement de santé et les conditions de travail des personnels. Elle publie régulièrement sur son site Internet[23] les résultats de ses travaux thématiques (blocs opératoires, imagerie, comptabilité analytique, urgences, etc.).

Les travaux sur l'organisation de la MEAH ont une vocation opérationnelle et sont appréciés et jugés utiles par les responsables d'établissement et d'ARH rencontrés par la mission.

Malgré la présence d'un représentant au comité de pilotage de la MEAH, les ARH sont cependant insuffisamment associées au travail de la MEAH, qu'il s'agisse du choix des établissements retenus, ou du choix des thèmes de travail[24]. La MEAH n'est en effet pas placée en « prestataire de services » des ARH.

---

[22] L'ARH Bretagne liste 18 gestes traceurs répartis en 3 catégories d'objectifs selon le niveau de développement du taux de chirurgie ambulatoire : i) réduction de 75% de l'écart entre le taux réalisé par l'établissement en 2003 et le taux cible ; ii) réduction de 50% de l'écart entre le taux réalisé par l'établissement en 2003 et le taux cible ; iii) atteinte d'un taux plancher.

[23] http://www.meah.sante.gouv.fr

[24] À titre d'exemple pour 2007, la conférences des directeurs d'ARH avait proposé 5 thèmes de travail, dont un thème consensuel au sein de la conférence et jugé prioritaire (organisation des consultations externes). Seul ce thème a été retenu.

Le travail de la MEAH de recherche de l'optimisation de l'organisation peut générer des gains de productivité importants. Il ne lui est toutefois matériellement pas possible d'auditer tous les établissements. L'extension de la démarche de la MEAH est souhaitable, en s'appuyant sur les ARH, dans une double direction :

- l'intervention des ARH dans le choix des établissements, le volontariat pouvant présenter un biais (appui auprès des « bons élèves ») ;

- l'utilisation des indicateurs d'efficience de l'organisation issus des travaux de la MEAH et suffisamment testés pour être généralisés, en accord avec les professionnels.

Or, aucun modèle de CPOM ne propose cette généralisation à ce jour. La DHOS pourrait impulser cette démarche au travers du contrat d'objectifs des ARH (cf. annexe VII sur les contrats d'objectifs des ARH).

La mission préconise d'inclure dans le modèle de contrat d'une part, la réalisation d'une évaluation sur certains indicateurs de productivité de l'organisation et, d'autre part, de fournir des fourchettes de référence dans les domaines suivants (cf. tableau 2 ci-joint qui retient, à titre indicatif, une liste d'indicateurs à partir de certains des travaux thématiques de la MEAH) :

- imagerie : taux d'utilisation et taux d'utilisation programmée des équipements, rendement horaire des équipements en période programmée ;

- urgences : temps de passage total moyen aux urgences ; taux de passage de moins de 4 heures ;

- blocs opératoires : taux d'occupation des blocs ; taux de présence en salle du personnel.

Les travaux de benchmark, en lien avec les ARH, envisagés par la MEAH, pourraient servir de point d'appui expérimental à cette démarche.

L'ARH pourrait, sur cette base, déterminer des objectifs de progrès aux établissements concernés, après caractérisation de leur propre situation et en renvoyant aux guides méthodologiques élaborés par la MEAH pour identifier les leviers d'action.

Cette méthode de fixation de valeur cible sur les indicateurs de productivité dans le modèle de contrat présente au moins cinq avantages :

- aligner les établissements sur l'amélioration de leur organisation ;

- fournir un levier de mobilisation au sein de l'établissement, le cas échéant avec l'appui de consultants financés par l'ARH (cf. *infra*) ;

- favoriser la transparence sur la performance des établissements ;

- diffuser plus rapidement les solutions de la MEAH ;

- évaluer plus facilement pour l'ARH les gains d'optimisation de l'organisation dans des domaines qui ont un impact budgétaire fort et lui fournir ainsi un critère d'appréciation supplémentaire sur toute demande de financement.

Les nouveaux chargés de mission « *efficience des organisations hospitalières* » pourraient intervenir sur ce sujet, pour peu que leur nombre soit augmenté[25]. L'ARH pourrait également, sous réserve de disposer de financements supplémentaires, commissionner des consultants pour accompagner des établissements sélectionnés dans leur démarche.

3. Systématiser l'évaluation des projets d'investissement de l'établissement par l'ARH en liaison avec la MEAH

La mise en œuvre du « Plan Hôpital 2007 » a permis le financement de nombreuses opérations d'investissement.

Malgré l'impact d'un nouvel investissement sur leur structure financière (bilan, charges financières et d'exploitation, organisation de l'exploitation, etc.), les établissements rencontrés par la mission n'ont dans l'ensemble pas procédé *ex ante* à l'évaluation de l'impact financier de leurs projets sur l'exploitation. Le calcul du retour sur investissement et de l'impact sur les charges est rarement réalisé (or une augmentation de surface de 30% - exemple rencontré par la mission – a nécessairement des coûts en termes de maintenance, entretien, chauffage, etc.). Les projections de recettes liées au développement de l'activité sont ambitieuses, sans mesure du potentiel d'attraction réel de l'établissement intra ou extra-régional ou sans tenir compte de la stratégie des établissements concurrents (établissements privés notamment). Des exceptions existent cependant[26]. Les ARH rencontrées n'avaient pas procédé à un examen attentif des projets sous cette optique.

La DHOS devrait solliciter la MEAH et la mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier (MAINH) pour définir plus précisément une méthode facilitant l'analyse des projets d'investissement, en y associant les ARH. **Ce travail est prioritaire aux yeux de la mission** alors qu'un nouveau plan national d'investissement est annoncé (Plan Hôpital 2012), afin que les ARH disposent de critères précis d'analyse des projets d'investissement qui leur seront soumis par les établissements sollicitant un financement externe (exemple : analyse du plan de financement, évaluation des projections d'activité et du retour sur investissement, etc.).

4. Subordonner le projet d'établissement au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

Le conseil d'administration arrête la politique générale de l'établissement et délibère, après avis de la commission médicale d'établissement sur le projet d'établissement et sur le CPOM (article L.6143-1 du code de la santé publique).

Le projet d'établissement « *définit (...) la politique générale de l'établissement. Il prend en compte les objectifs de formation, de recherche, de gestion et détermine le système d'information de l'établissement. Le projet d'établissement, qui doit être compatible avec le schéma régional d'organisation sanitaire, définit, dans le cadre des territoires de santé, la politique de l'établissement en matière de participation aux réseaux de santé (...). Le projet d'établissement est établi pour une durée maximale de cinq ans* ».

---

[25] Un chargé de mission peut aujourd'hui être responsable de 3 voire 4 régions, ce qui ne lui donne pas la possibilité de s'intégrer à l'équipe de l'ARH ni de connaître les établissements de la région.

[26] Ainsi le CH de Niort a produit un plan de financement pluriannuel des investissements sur la période 2005-2013. Ce document décrit les modalités de l'opération et de son financement, année par année. Il détaille l'origine des ressources (autofinancement *via* amortissement pour 27%, emprunt pour 66%, apport de l'ARH pour le solde), l'impact des charges financières sur l'exploitation et les conditions d'équilibre des sections investissement et exploitation.

La loi met donc sur le même plan le contrat pluriannuel signé avec l'ARH et le projet stratégique interne de l'établissement. Aucune articulation particulière avec le CPOM n'est prévue. Or pour plusieurs établissements rencontrés, le CPOM est vu comme une déclinaison du projet d'établissement, visant notamment à mettre des moyens en regard des orientations définies par l'établissement. Une telle articulation est susceptible de vider de son sens la logique contractuelle et de réduire le volet « objectifs » du contrat.

Le directeur de l'ARH dispose certes d'un pouvoir de rejet implicite[27] du projet d'établissement. Le cadre juridique mériterait cependant d'être complété pour préciser que le projet d'établissement doit être compatible avec le CPOM et le SROS. La modification devrait intervenir dans un délai rapide, les ARH devant contractualiser avec les établissements dès le 31 mars 2007 au titre des objectifs quantifiés (et au plus tard au 30 juin 2008 pour les autres domaines du contrat, selon l'objectif fixé par la DHOS).

[27] Article R.6143-32 du code de la santé publique : « *la délibération portant sur le projet d'établissement .. est réputée approuvée si le directeur de l'agence régionale d'hospitalisation n'a pas fait connaître son opposition dans un délai de trois mois à compter de la date de réception de cette délibération* ».

Pièces jointes

Tableau 1 : Contenu des modèles de contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) des régions Bourgogne, Bretagne et Rhône-Alpes

Thèmes	ARH Bourgogne	ARH Bretagne	ARH Rhône-Alpes	Observations
Présentation du contrat	Le contrat comprend 7 articles qui précisent : - article 1er : les volumes d'objectifs quantifiés ; - article 2 : la reconnaissance des activités de soins non soumises à autorisation et donnant lieu à facturation (ex : nombre de lits de soins intensifs) ; - art. 3 : les engagements spécifiques du titulaire d'autorisation : missions d'intérêt général, permanence des soins, qualité et gestion des soins, efficience, etc. ; - art. 4 : suivi et révision du contrat ; - art. 5 : défaut de réalisation des objectifs quantifiés ; - art. 6 : suspension et résiliation du contrat ; - pénalités en cas de non respect des engagements du contrat.	Le contrat type rappelle l'articulation avec : - le SROS ; - le projet d'établissement lorsque celui-ci est approuvé, dont le CPOM doit « tenir compte », notamment pour les orientations stratégiques (cf. infra). Le contrat comporte également une annexe sur les coopérations et les réseaux de santé qui recense les actions de coopération de l'établissement à conduire durant la durée du contrat (non développé dans le présent tableau).	Le contrat type comporte trois parties : - la 1ère partie est consacrée aux clauses générales (17 articles renvoyant aux fiches d'objectifs décrits dans la 3ème partie et infra dans le tableau) ; - la 2ème décrit les ressources des établissements (autorisations, objectifs quantifiés cf. infra, financements, cf. infra) ; - la 3ème décrit les engagements des établissements (série d'objectifs par thème comme le SROS) auxquels sont associés des indicateurs (plus de 100 au total). Dans cette 3ème partie figurent les engagements de l'établissement au titre des coopérations et réseaux de santé (non développé dans le présent tableau). Une annexe du contrat décrit par activité et équipement : - la date d'autorisation ; - la date d'échéance ; - la capacité initialement autorisée ; - la capacité mise en œuvre.	Rhône-Alpes : le contrat comporte beaucoup d'indicateurs mais les établissements ne sont pas concernés par tous les indicateurs.
Principes du contrat	-	Le contrat précise pour chaque établissement les orientations retenues au terme de la négociation dont les modalités de réalisation sont déclinées dans une annexe spécifique. Cette annexe définit le positionnement de l'établissement au vu du projet médical de territoire (PMT) et du SROS. Ainsi pour chaque orientation doit être indiqué : - l'action correspondante (ex : CHIC de Quimper : l'action « conforter et sécuriser l'action en cancérologie » s'inscrit dans l'orientation « consolider les missions de base et de référence ») ; - l'état des lieux (ex : sous-encadrement du secteur cancérologie) ; - les perspectives d'évolution (ex :	La 3ème partie du CPOM consacrée aux engagements des établissements est préétablie même si les établissements peuvent prendre des engagements complémentaires non inclus dans le contrat type. Les établissements préparent le CPOM à partir de la documentation fournie par l'ARH, puis font valider le document à « l'équipe de bassin » de l'ARH (équipe du réseau ARH sur un territoire). Les établissements sélectionnent les fiches d'objectifs les concernant dans chaque thème (SROS, qualité) qu'ils remplissent. Chaque fiche est conçue sur le même modèle et décline les rubriques suivantes : - situation actuelle ; - objectifs ;	Bretagne : la déclinaison des orientations stratégiques fournit une liste d'indicateurs intéressante pour une meilleure évaluation. Difficulté toutefois de comparer les résultats entre établissements faute d'indicateurs homogènes. Risque également de ne pas pouvoir s'écarter des projets des établissements. Rhône-Alpes : pas de négociation sur les

Thèmes	ARH Bourgogne	ARH Bretagne	ARH Rhône-Alpes	Observations
		augmentation de la prévalence des pathologies cancéreuses) ; - les objectifs d'amélioration (ex : « adapter l'encadrement et les capacités d'accueil en hospitalisation de jour», « assurer la permanence médicale des soins en oncologie ») ; - l'échéancier de mise en œuvre ; - les mesures concrètes envisagées ; - l'évaluation des moyens nécessaires ; - les indicateurs retenus (ex : nombre de patients suivis et de venues en hôpital de jour, nombre de séances de radiothérapies et délai moyen de mise en œuvre des traitements).	- calendrier de réalisation ; - indicateur (en distinguant selon que l'indicateur est rempli par l'ARH ou l'établissement) ; - référent. Le contrat renvoie donc en pratique à une série d'annexes reprenant les engagements de l'établissement (ex : SROS, mission d'intérêt général, etc.).	objectifs. Contrat très normé sur le contenu et son évaluation. Risque d'absence d'adhésion des établissements.
Missions d'intérêt général (MIG)	Description des missions assurées par l'établissement (décret n°2005-336 du 8 avril 2005).	Liste et conditions de réalisation des missions figurent dans une annexe qui récapitule, par établissement : - les activités exercées dans chaque mission ; - les dotations inscrites pour chaque activité ; - les indicateurs ou objectifs d'activité attendus (ex : nombre de consultations pour le plan Alzheimer ou bilan d'activité pour le SMUR).	Le financement des MIG est repris dans une annexe du CPOM (2ème volet du contrat). Le tableau de financement détaille par activité et pour toutes les missions (recherche médicale et innovation, enseignement et formation, vigilance et veille épidémiologique, prises en charge spécifiques, etc.) : - le financement ; - des indicateurs de moyens comme le nombre d'ETP de médecins ou d'ETP de personnel. Toutefois, pour 4 MIG retenues par l'ARH, une annexe spécifique décrit les engagements de l'établissement en contrepartie des moyens alloués dans le cadre du financement des MIG. : - activité du SMUR et SAMU (pour vérifier si le SMUR-SAMU sont réservées aux cas majeurs) ; - organisation de la « consultation mémoire " au sein de l'établissement (assurer l'organisation adaptée à une prise en charge optimale des patients atteints de la maladie Alzheimer) ; - permanence d'accès aux soins de santé (en particulier pour les populations précaires) ; - réalisation de l'équipe de soins « liaison en addictologie » (développer la prise en charge	Bourgogne : reprise de la liste des missions prévues par le décret. Bretagne : vision large des MIG avec mise en place toutefois d'indicateurs de suivi. Rhône-Alpes : démarche sélective mais qui permet de réaliser un benchmarking des établissements selon le niveau de réalisation en contrepartie du financement apporté. Intérêt également d'associer des indicateurs de moyens contribuant à la réalisation des MIG (indication utile pour comparer les coûts et mesurer les besoins supplémentaires des établissements).

Thèmes	ARH Bourgogne	ARH Bretagne	ARH Rhône-Alpes	Observations
			des personnes ayant une conduite addictive). L'établissement choisit le niveau d'engagement et d'objectif par rapport à la grille fournie par l'ARH (ex : score de 0 à 6, score maximal lorsque réponse positive à 6 indicateurs sur la MIG addictologie).	
Objectifs quantifiés d'offres de soins (OQOS)	Inscription des objectifs quantifiés fixés à l'établissement en matière de : - implantations, - volumes d'activité jusqu'en 2011 par activité (médecine, chirurgie, etc.) : des volumes minimum et maximum sont fixés pour chaque année 2006-2011 avec rappel que la somme des activités des établissements d'un même territoire de santé doit correspondre aux OQOS fixés dans l'annexe du SROS.	Une annexe décrit par établissement les activités et équipements concernés, les OQOS et leurs conditions de mise en œuvre. Elle indique pour chaque activité (SMUR, médecine,..) : - la date d'échéance de l'autorisation ; - l'implantation concernée ; - l'unité de mesure ; - les volumes minimum et maximum d'activité en 2007 et 2010 ; - les modalités de mise en œuvre : ex : en médecine, l'atteinte des objectifs passe par la mise en place d'une filière gériatrique interne (avec nombre de lits et de séjours cible) et la réalisation d'un pourcentage d'hospitalisations programmées. Le contrat prévoit que certains objectifs pourront être modifiés dans le cadre de la révision du SROS en 2007. Le contrat peut également, à titre d'information, regrouper par groupe d'activités OAP les volumes minimum, maximum en 2010 et les volumes cibles.	1) Le contrat type comporte une annexe relative au SROS qui décrit, à partir des autorisations d'activité ou d'équipement lourd et compte tenu des possibilités financières, les engagements de l'établissement. Elle représente la contrepartie de l'établissement, en termes d'organisation et de buts à atteindre au profit de la population, de l'acceptation des OQOS par l'ARH. Cette annexe comporte 30 objectifs au total (l'établissement remplissant ceux le concernant) classés par catégorie d'autorisations (structure d'urgences, médecine, chirurgie, cancérologie, scanner, IRM, SSR, etc.). A chaque domaine d'autorisation comporte un ou plusieurs objectifs avec des indicateurs associés : ex : en médecine, l'indicateur de DMS des patients AVC hospitalisés en MCO / DMS patients hospitalisés en MCO est calculé pour évaluer la fluidité de la filière hospitalière de prise en charge des AVC, via les données PMSI. 2) Le contrat prévoit (art. 2) que les OQOS ne sont déterminés que pour la seule année 2007, un avenant fixant les OQOS pour la période 2008-2011. L'annexe relative aux OQOS de l'établissement fixe par activité (ex : séjours de médecine en hospitalisation complète) et selon l'unité de mesure concernée (séjours, actes, etc.) : - la référence 2007 ; - les volumes minimum et maximum.	Bourgogne : reprise des conditions réglementaires pour définir les OQOS. Bretagne : approche planification associe la mise en place des OQOS à une démarche d'amélioration de l'offre de soins au profit du territoire de santé, en liaison avec les autorisations. Rhône-Alpes : approche financière introduit l'idée de contreparties à l'attribution d'OQOS aux établissements, qui leur offrent une visibilité de moyen terme .
Chirurgie ambulatoire	Engagement de l'établissement à augmenter le taux de chirurgie ambulatoire pour 5 gestes	Une annexe du contrat récapitule pour l'établissement les indicateurs de progrès à	L'engagement figure parmi les 30 engagements pris par l'établissement au titre du SROS	Bourgogne : lien avec le contrat d'objectifs de

Thèmes	ARH Bourgogne	ARH Bretagne	ARH Rhône-Alpes	Observations
	traceurs. Toutefois pas d'indicateur de résultat fixé (seuil minimal de hausse, etc.).	atteindre sur 5 ans pour 18 gestes traceurs répartis en 3 catégories de 6 selon le niveau d'ambition : - actes 1 : réduire de 75% l'écart entre le taux réalisé par l'établissement en 2003 et le taux plafond ; - actes 2 : réduction de 50% de l'écart ; - actes 3 : atteindre un taux plancher	(annexe du contrat, cf. supra) et décrit : - sa situation ; - ses engagements ; - recueil de l'information : ARH via le PMSI avec communication à l'établissement ; - l'indicateur sous la forme comparaison entre : * le taux observé dans l'établissement ; * le taux « plancher » fixé.	l'ARH mais sans indicateur précis. Bretagne & Rhône-Alpes : contenu comprend des indicateurs de progrès identifiés qui doivent permettre d'assurer la réussite de l'objectif régional de l'ARH (contrat DHOS-ARH). Bretagne : la région va au-delà de l'exigence du contrat DHOS - ARH (18 gestes traceurs et non 5).
Qualité des soins	Engagement de l'établissement à : - mettre en œuvre les recommandations de la HAS ; - joindre le calendrier de la procédure d'accréditation au contrat ; - remplir le tableau de bord des infections nosocomiales, tableau annexé au contrat ; - veiller au bon fonctionnement de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de soins (CRUQ) et à transmettre à l'ARH son rapport annuel.	L'établissement s'engage sur des plans d'action faisant suite : - au suivi de la procédure d'accréditation (lorsque celle-ci a eu lieu) avec la reprise des recommandations de la HAS et leur satisfaction via un rapport de suivi ; - au diagnostic partagé ARH-établissement sur les thématiques régionales prioritaires (ex : prévenir et prendre en charge la douleur ou lutte contre les infections nosocomiales) ; - et préparant la prochaine phase d'accréditation. Le plan d'action comprend pour chaque objectif opérationnel (en sus des actions à mettre en œuvre suite aux recommandations HAS) : - les actions concrètes à mettre en œuvre (ex : développer l'autocontrôle de l'analgésie chez le patient pour lutter contre la douleur) ; - le calendrier ; - les moyens mobilisés ; - l'indicateur associé (ex : suivi de la consommation annuelle des antalgiques médicamenteux et nombre de personnes formées aux mécanismes de la douleur);	L'annexe comprend 10 objectifs au total : - gestion des risques ; - évaluation des pratiques professionnelles : cf. infra ; - informatisation du dossier médical ; - dépistage des troubles nutritionnels ; - prise en charge de la douleur ; - évaluation de la satisfaction des patients et gestion de leurs réclamations et plaintes ; - lutte contre les infections nosocomiales ; - prescription des examens radiologiques ; - évaluation dosimétrique des examens radiologiques ; - protection contre les rayonnements ionisants (médecine nucléaire). Ces 10 objectifs sont associés à 19 indicateurs dont 11 concernent les établissements (ex : indicateurs sur la mise en œuvre d'une politique et d'une organisation de la gestion des risques à partir d'items oui/non issus du manuel d'accréditation de la HAS), 5 les détenteurs d'autorisation d'imagerie médicale, 2 les détenteurs d'autorisation de médecine nucléaire (ex : nombre examens pour lesquels une évaluation dosimétrique a été réalisée depuis l'autorisation / examens de médecine nucléaire).	Bourgogne : Objectif minimaliste : respect des conditions réglementaires. Bretagne : contenu très développé. Lien étroit du CPOM avec la certification. Items couvrant un large spectre de gestion des risques et de qualité. Contenu opérationnel avec indicateurs. Rhône-Alpes : indicateurs en matière de gestion des risques, de satisfaction et de plaintes des patients, issus du manuel de certification HAS avec cotation des indicateurs facilitant le benchmarking (ex : score de 0 à 5 sur la base de la présence oui/non de tel item).

Thèmes	ARH Bourgogne	ARH Bretagne	ARH Rhône-Alpes	Observations
Évaluation des pratiques professionnelles	L'établissement s'engage à : - faire apparaître les actions prévues et le calendrier ; - respecter les bonnes pratiques en matière d'hémovigilance ;	L'annexe relative au plan d'actions sur la qualité des soins (cf. supra) comprend une partie sur l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles, en lien avec la procédure de certification. Dans cette annexe, en accord avec l'ARH, l'établissement s'engage sur : - des actions concrètes (ex du CHIC Quimper : formaliser les protocoles diagnostiques et thérapeutiques utiles aux secteurs d'activité clinique et médico-technique ou mise en place d'outils d'évaluation (projets de soins)) ; - un échéancier ; - des indicateurs associés.	Les objectifs sont inscrits dans l'annexe « qualité » du CPOM. L'engagement de l'établissement décrit : - la situation actuelle, - l'objectif : développer l'évaluation des pratiques professionnelles et leur pertinence (autoévaluation) - l'indicateur : score de 0 à 4 (maximal) selon la cotation oui/non de 4 items issus du manuel de la HAS (évaluation de : la pertinence des hospitalisations, des actes à risque, des prescriptions, de la pertinence des examens de laboratoire et des examens d'imagerie ou d'exploration fonctionnelle).	Bourgogne : Objectif minimaliste : respect des conditions réglementaires. Bretagne et Rhône-Alpes : l'évaluation sur la base d'indicateurs HAS permet de faire le lien avec la certification, tout en facilitant le benchmarking (Rhône-Alpes). Intérêt de pouvoir coupler cet indicateur avec l'indicateur sur les plaintes et la satisfaction des patients.
Contrat de bon usage du médicament	L'établissement s'engage à signer et mettre en œuvre le contrat de bon usage du médicament avant fin 2006.	Le CPOM inclut en annexe le CBUM.	La liste des accords signés entre l'ARH et l'établissement est incluse au contrat et comprend le CBUM.	Mention pour information de l'existence et de la signature du CBUM.
Efficience	L'établissement s'engage à développer : - des outils de gestion internes appropriés (comptabilité analytique, TCCM) - rechercher des gains de productivité notamment sur les achats hospitaliers.	Description détaillée des engagements de l'établissement avec calendrier et indicateurs s'agissant de : a) développer le contrôle de gestion : - produire à périodicité fixe des tableaux de bord : ex : produire et exploiter des tableaux de bord à destination de la direction (approche médico-économique, contribution à la conception et l'élaboration de l'EPRD, ..) ; - structurer le contrôle de gestion autour de la T2A. b) développer une communication institutionnelle adaptée aux différents publics c) construire un SI performant : - informatiser le dossier patient et le processus de soins ; - développer le partage de l'information entre l'hôpital et les professionnels de santé ; - doter l'établissement d'outils de pilotage médico-économique intégrant la T2A.	L'annexe sur la « gestion interne » décrit les engagements de l'établissement, au travers de 5 objectifs, en matière de mise en place et d'utilisation de la comptabilité analytique : le contenu de l'engagement distingue selon l'activité de l'établissement (MCO, hôpital local, PSY, SSR soit 4 objectifs). Les indicateurs mesurent (cotation de 0 à..) : * MCO : de 0 à 6 selon que l'établissement ne dispose d'aucun outil de gestion (tomes 1 à 3 du guide comptabilité analytique de la DHOS), élabore un TCCM voire met en place un tableau de bord avec actions correctrices ; * hôpital local : de 0 à 3, le maximum étant atteint si l'hôpital utilise la synthèse régionale des données PMSI pour mettre en place un tableau de bord pluriannuel de réduction des coûts ; * psychiatrie : 0 à 2, avec un maximum de points si l'établissement dispose d'un tableau quadrimestriel de suivi des actions correctrices ; * SSR : 0 à 6 avec un maximum de points si	Bourgogne : 1) Indication vague de recherche de gains de productivité. 2) Articulation avec le contrat d'objectifs de l'ARH mais pas de demande précise (niveau de précision, utilisation pour la discussion budgétaire avec l'ARH ou les investissements, etc.). Rhône-Alpes : cotation fine et développée sur l'utilisation concrète des outils de comptabilité analytique au sein des établissements, la cotation étant toutefois effectuée par l'établissement. Aucune ARH ne traite ou

Thèmes	ARH Bourgogne	ARH Bretagne	ARH Rhône-Alpes	Observations
			l'établissement met en place un tableau de bord des actions correctrices mises ou à mettre en œuvre.	ne propose des gains de productivité liés à l'amélioration de l'organisation via les travaux de la MEAH.
Nouvelle gouvernance	L'établissement s'engage à mettre en œuvre les dispositifs de la nouvelle gouvernance.	Description détaillée des engagements de l'établissement avec calendrier et indicateurs s'agissant de : - l'organisation de l'établissement par pôle d'activité ; - la contractualisation interne : ex : élaboration d'un contrat type de pôle.	l'objectif est la mise en place des institutions et les 3 indicateurs mesurent le fonctionnement concret (ex : nombre réunions du conseil exécutif / nombre réunions conseil d'administration , score de la délégation de gestion au sein du pôle (ex : élaboration des tableaux de service, gestion budgétaire). En outre, les pôles sont évalués via un indicateur pour mesurer ceux utilisant des outils de comptabilité analytique opérationnels, i.e. qui doivent permettre d'engager des actions d'optimisation des coûts.	Bourgogne : Contenu limité sur la nouvelle gouvernance. Bretagne et Rhône-Alpes : lien avec le contrat d'objectifs ARH sur la nouvelle gouvernance. Le contrat Rhône-Alpes permet de mesurer l'étendue concrète de la délégation au sein des pôles de l'établissement.
Ressources humaines	-	Annexe spécifique du contrat pour les établissements publics construite autour de 8 objectifs (avec plan d'actions, indicateurs, calendrier et moyens associés) : - valoriser le travail dans les résidences pour personnes âgées ; - concevoir et appliquer une nouvelle politique de mobilité interne ; - soutenir les personnels en difficulté ou en situation précaire ; - rechercher une meilleure communication interne ; - prévenir les risques et améliorer les conditions matérielles de travail ; - mettre en œuvre une GPEC ; - améliorer les rythmes de travail ; - améliorer l'environnement de travail.	-	Bretagne : annexe très documentée mais d'un usage plutôt interne à l'établissement et d'une portée pratique pour l'ARH peu évidente sauf pour le taux d'absentéisme (idée de l'efficience de l'organisation). Pas de mention de l'évaluation des directeurs d'établissement.
Suivi du contrat	L'établissement s'engage à fournir un bilan annuel sous forme de tableau de bord de suivi des indicateurs. Procédure à finaliser.	Description des modalités de la revue annuelle du contrat avec : - personnes impliquées côté ARH et côté établissement ; - l'objet : examen contradictoire du bilan annuel de réalisation mené sur la base de rapports	Les clauses générales prévoient (article. 12) des modalités de suivi Le suivi repose sur le renseignement des indicateurs visant à mesurer la réalisation des objectifs (100 indicateurs au total, nombre réel variant selon l'activité de l'établissement).	Bretagne : confrontation des évaluations annuelles ARH et établissement. Rhône-Alpes : processus formalisé d'évaluation

Thèmes	ARH Bourgogne	ARH Bretagne	ARH Rhône-Alpes	Observations
		produits par l'ARH et l'établissement	Pour remplir ces indicateurs, un questionnaire annuel est adressé aux établissements (et aux titulaires d'autorisations) en octobre. Le recueil se fait en ligne (suivi.sros.com@arh-rhone-alpes.fr). Les résultats du questionnaire sont diffusés courant janvier N+1 par les responsables du réseau ARH au niveau « équipe de bassin ». Le questionnaire est envoyé dès octobre 2006 (une fiche par indicateur) pour établir un « bilan de départ » même si les réponses pourront être incomplètes en fonction de l'état d'avancement du CPOM. Les responsables du réseau ARH sont eux-mêmes destinataires d'un questionnaire (notamment pour les indicateurs qu'ils doivent remplir) permettant d'évaluer le SROS et le CPOM. D'ici mi –février 2007, les CPOM des établissements de santé de la région devraient être mis en ligne (logiciel SELF, dérivé du logiciel CABESTAN), par n° de FINESS, pré-remplis sur les parties « autorisations » et « objectifs quantifiés », et à compléter sur les autres parties.	croisée
Apport de l'ARH	-	Le contrat prévoit le financement budgétaire possible d'une partie des mesures du CPOM par apport complémentaire ARH, sans que cela revête une valeur contractuelle. Cette annexe permet d'évaluer la faisabilité des orientations stratégiques retenues. L'apport de l'ARH est défini au vu de la revue annuelle du contrat et peut être apporté via : - les produits des tarifs de MCO actualisés annuellement (gain T2A) ; - des dotations au titre des MIG ; - des dotations allouées au titre des DAC ; - des dotations allouées sur la DAF. Ainsi pour le contrat avec le CHIC Quimper, le volet financement comprend :	L'article 10 du contrat précise les ressources budgétaires pour la réalisation des objectifs du CPOM selon l'activité et la nature publique ou privée de l'établissement : - établissements privés ex-sous OQN avec autorisation en SSR ou PSYH : il s'agit du produit des tarifs de prestation, actualisés annuellement ; - établissements ex-sous DG, une dotation allouée sur la DAF ; - établissements disposant d'une autorisation en MCO ou d'une structure d'urgences : i) du produit des tarifs de prestations actualisés annuellement. Pour les établissements privés, le coefficient de transition est fixé dans le CPOM ;	Bretagne : l'annexe budgétaire récapitulant le coût des mesures du CPOM et le financement complémentaire possible de l'ARH présente l'intérêt de pouvoir hiérarchiser les soutiens financiers et de soutenir l'établissement sur des thèmes prioritaires et analysés en amont en cas de dotation de fin d'année octroyée par la DHOS. Mais risque de sanctuariser des demandes de

Thèmes	ARH Bourgogne	ARH Bretagne	ARH Rhône-Alpes	Observations
		- les engagements de l'établissements : le plan d'économies, les gains T2A, résultats comptables estimés sur la période ; - la demande d'accompagnement financier auprès de l'ARH répartie entre les lignes DAF, MIG, DAC.	ii) des DAC ; iii) des dotations au titre des MIG (cf. supra) ; iv) des produits des forfaits annuels. - tous les établissements : des éventuelles aides à la contractualisation. L'article 10 inclut également en annexe (pour les établissements publics) : - le dernier EPRD approuvé ; - les engagements contractuels de l'ARH : les aides allouées sur le titre 4 à l'investissement de 2006 à 2009 et mentionnant les diverses sources (Plan Hôpital 2007, PRISM, financement régional, redéploiements entre établissement pérennes ou non) ; - les ressources issues de la T2A (jusqu'en 2007) : en récapitulant les recettes prévues et les recettes obtenues (avec évaluation de l'écart) sur 2004-2005 ; - les financements obtenus au titre des molécules onéreuses et DMI ; - les résultats d'exploitation des trois derniers exercices rappelant pour les établissements concernés les objectifs d'un contrat de retour à l'équilibre.	l'établissement. Rhône-Alpes : précise l'ensemble des ressources de l'établissement notamment le financement obtenu au titre des molécules onéreuses ainsi que : - les aides contractuelles pour l'investissement sans toutefois associer à celles-ci d'indicateurs de « performance »; - les possibilités de redéploiements des financements entre établissements.
Sanctions	Rappel des dispositions du décret n°2006-1332 du 2 novembre 2006.	Idem ARH Bourgogne.	Idem ARH Bourgogne	
Liste informative d'accords	-	Le CPOM inclut les annexes suivantes : - le plan de financement et les demandes d'accompagnement de l'ARH ; - la liste des accords et contrats en cours ; - les engagements relatifs à l'information du patient.	La liste des accords signés entre l'ARH et l'établissement est incluse au contrat et comprend notamment : - les contrats de retour à l'équilibre - le calendrier de la procédure d'accréditation.	

Tableau 2 : Recensement par la mission d'indicateurs tirés des travaux de la MEAH et généralisables aux établissements (dans les domaines imagerie, urgences et blocs) avec indication éventuelle de valeurs-cible

Indicateur	Domaine de la performance	Définition	Fourchette relevée (chantiers MEAH)	Valeur cible pouvant être retenue	Commentaires de la mission
Imagerie – IRM et scanner					
Taux d'utilisation des équipements	Efficience	Durée d'ouverture effective/nombre d'heures année	de 17 à 41% (IRM)	-	
Taux d'utilisation programmée des équipements	Organisation	Durée d'ouverture en programmation/nombre. d'heures années	de 17 à 41% (IRM)	-	
Rendement horaire des équipements en période programmée	Efficience	Nombre d'actes/durée d'ouverture en programmé	de 1 à 2,3 (IRM)	1,5 (4/6 égaux ou supérieurs)	Nécessite d'enregistrer le nombre d'actes. Effets pervers possibles (actes non nécessaires faits en période programmée ?)
Délai de rendez-vous des patients	Qualité	Écart date de demande/date du rendez-vous	de 6 à 50 (IRM ambulatoire)		Nécessite un suivi particulier distinguant ambulatoire et hospitalisation.
			de 2 à 24 (IRM hospitalisation)		-
			de 3 à 26 (scanner ambulatoire)		-
			de 2 à 12 (scanner hospitalisé)		(large majorité inférieure à 5 j)
Délai de disponibilité du compte-rendu signé	Qualité	Date acte/date envoi compte rendu	de <1 à 6 (IRM ambulatoire)		Nécessite un suivi particulier distinguant ambulatoire et hospitalisé
			de 0 à 6 (IRM hospitalisé)		-
			de <1 à 6 (scanner ambulatoire)		Scanner délais plus faibles
			de 0 à 6 (scanner hospitalisé)		
Indicateurs de temps de passage, tous patients confondus					*Indicateurs à choisir - suppose un remplissage correct des données administratives*
Temps de passage total moyen aux urgences	Performance générale	Délai prise en charge administrative / sortie du service	de 116 à 555	190 minutes (moyenne sur 2 séries hors 1 valeur aberrante)	N'a de sens que si regardé sur une période assez longue
Taux de passage de moins de 4 heures		Passage de moins de 4 h / nombre total	de 48% à 94,4%	75% (moyenne sur 17 établissement)	Idem – *NB : le recueil des données suppose l'utilisation du logiciel databloc*
Temps de passage selon		Prise en compte caractéristique patient	Hospitalisé, non hospitalisé avec		Pas retenu car pas homogène selon les 2

Indicateur	Domaine de la performance	Définition	Fourchette relevée (chantiers MEAH)	Valeur cible pouvant être retenue	Commentaires de la mission
le parcours de soin (hospitalisé / non hospitalisé)			acte, non hospitalisé sans acte		phases
Temps de passage selon l'âge		Temps de passage des plus de 75 ans	de 138 à 178	Entre 230 et 320	Lié au poids de cette population dans l'ensemble mais 12/17 établissements atteignent la fourchette ou font moins
Taux d'occupation des blocs	Efficience	Temps réel d'occupation des salles (de l'entrée du patient à la remise en état de la salle)/temps de mise à disposition (plages d'ouverture des salles)	45% à 77%	75% à 80% (accord des professionnels concernés	Ne peut être égal à 100% compte tenu de la nécessité de remise en état des blocs hors programmation et des nécessités de maintenance; ne prend pas en compte le temps d'utilisation hors des horaires de mise à disposition
Taux de débordement	Organisation	Temps d'occupation des salles au-delà du temps de mise à disposition/temps de mise à disposition des salles	ND	2% (inévitable de l'avis des professionnels)	Peut nuancer le taux d'occupation des blocs
Taux d'occupation des blocs	Efficience	Temps réel d'occupation des salles (de l'entrée du patient à la remise en état de la salle)/temps de mise à disposition (plages d'ouverture des salles)	45% à 77%	75% à 80% (accord des professionnels concernés	Ne peut être égal à 100% compte tenu de la nécessité de remise en état des blocs hors programmation et des nécessités de maintenance; ne prend pas en compte le temps d'utilisation hors des horaires de mise à disposition

*Source : Répertoires d'indicateurs sauf * : rapports de fin de mission MEAH..*

ANNEXE VI

LES CONTRATS DE RETOUR À L'ÉQUILIBRE

SOMMAIRE

I. LES CONTRATS DE RETOUR À L'ÉQUILIBRE CONSTITUENT UN LEVIER D'ACTION ENCORE INSUFFISAMMENT DÉVELOPPÉ PAR LES ARH 1

A. LA CONTRACTUALISATION AVEC LES ÉTABLISSEMENTS EN DIFFICULTÉ N'EST PAS SYSTÉMATIQUE ET PARFOIS CONTOURNÉE 1

1. Les ARH connaissent les établissements en difficultés financières, sans toujours analyser leur situation 1

2. Les ARH n'ont pas toutes la même politique en matière de contractualisation 2

3. Le niveau national n'est pas absent de la gestion des situations lourdes, ce qui peut rendre la contractualisation difficile 3

B. LE CONTENU DES CONTRATS EST INÉGAL ET SOUVENT DÉTERMINÉ PAR L'ÉTABLISSEMENT 3

1. Le diagnostic préalable n'est pas toujours réalisé par l'ARH et l'identification des mesures correctrices est souvent laissée à l'initiative de l'établissement 4

2. Un nouvel équilibre contractuel doit être trouvé compte tenu des nouvelles règles de tarification pour les établissements de médecine-chirurgie-obstétrique (T2A) 4

II. FAIRE DES CONTRATS DE RETOUR À L'ÉQUILIBRE UN VECTEUR DE L'AMÉLIORATION DE LA PERFORMANCE ET DE L'EFFICIENCE 5

A. FORMALISER LE RECOURS AUX CONTRATS DE RETOUR À L'ÉQUILIBRE 5

1. Généraliser rapidement les outils d'analyse des EPRD et l'outil « Diagnostic flash » 5

2. Formaliser les conditions de recours à un contrat de retour à l'équilibre au niveau de l'ARH 6

3. Densifier les contrats pour mettre en avant l'efficience 7

4. Établir des contrats-types et inclure une projection pluriannuelle des résultats d'exploitation attendus dans les contrats 7

5. Mieux s'appuyer sur l'expertise du Trésor public 8

B. RENFORCER LA CAPACITÉ D'ACTION DE L'ARH 8

1. Renforcer la capacité d'action de l'ARH vis-à-vis de la MEAH et des directeurs d'établissement 8

2. Le mécanisme de sanctions financières prévu dans le décret CPOM n'est pas convaincant pour les établissements en difficultés financières 8

3. L'intervention de la chambre régionale des comptes et le placement éventuel sous administration provisoire peuvent constituer un levier d'action pour l'ARH 9

LES CONTRATS DE RETOUR À L'ÉQUILIBRE

Face à des difficultés financières persistantes[1], le développement de la pratique contractuelle entre les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) et les établissements de santé a conduit à la signature de contrats dits « de retour à l'équilibre », pour des établissements en difficultés financières durables.

La mission a étudié, d'une part, la politique conduite par les cinq ARH dans lesquelles elle a conduit ses investigations vis-à-vis des établissements en difficultés financières, d'autre part, les contrats ou projets de contrat de retour à l'équilibre de quatre établissements[2] et la situation financière de 13 établissements visités au total dont 8 en difficultés financières en 2005 ou 2006. Ses constats l'ont conduit à formuler des préconisations pour faire des contrats de retour à l'équilibre un levier d'amélioration de la performance et de l'efficience hospitalières.

I. LES CONTRATS DE RETOUR À L'ÉQUILIBRE CONSTITUENT UN LEVIER D'ACTION ENCORE INSUFFISAMMENT DÉVELOPPÉ PAR LES ARH

A. La contractualisation avec les établissements en difficultés n'est pas systématique et parfois rendue difficile par l'intervention du niveau national

Chargée de « *déterminer les ressources des établissements* », en particulier d'approuver le budget (état prévisionnel des recettes et des dépenses – EPRD) et d'allouer certains crédits (aide à la contractualisation par exemple), les ARH doivent suivre la situation financière des établissements et analyser les causes des déséquilibres éventuels.

Il convient de rappeler que les ARH ne font pas partie des membres de plein droit du conseil d'administration des établissements publics. Elles y sont cependant, comme le comptable public, systématiquement invitées.

1. Les ARH connaissent les établissements en difficultés financières, sans toujours analyser leur situation

Au plan national, il n'existe pas de seuils d'alerte définis par catégorie d'établissement à partir de ratios financiers, même si la plupart des ARH suivent des ratios simples pour examiner les projets d'EPRD. La mission a constaté, confortant les analyses de la DHOS, que les ARH étaient en mesure d'identifier les établissements en difficulté, avec trois limites importantes cependant :

- les difficultés sont parfois connues tardivement (exemple d'un CHU devenant déficitaire en 2006 sans que ses difficultés, liées selon l'établissement au poids des investissements par ailleurs approuvés par l'ARH, aient été anticipées ; exemple d'une ARH informée de la situation d'un établissement uniquement lorsque le comptable public a signalé le risque de défaut de paiement des salaires des personnels faute de crédits) ;
- deux des cinq ARH rencontrées par la mission n'avaient pas procédé à une analyse systématique et diffusée dans le réseau ARH des établissements « gagnants » et « perdants » à la tarification à l'activité (T2A), alors que ceci est possible au moins via SIHNAT (cf. annexe I sur les outils des ARH) ;

[1] Les contrats de retour à l'équilibre se sont notamment développés dans le cadre de la mise en œuvre de la tarification à l'activité (volonté de mettre en place la réforme dans des conditions financières assainies : aide financière massive – 300 M€ – apportées en 2004 pour financer des reports de charge des établissements).

[2] Le tableau 1 en pièce jointe présente une analyse comparée de ces contrats.

- l'ARH n'est souvent pas en mesure d'analyser finement les causes des difficultés financières et sa capacité d'action vis-à-vis de l'établissement est dès lors très limitée.

Or, ces difficultés peuvent être de nature très différente, qu'elles soient liées à l'exploitation et / ou au poids des investissements : en exploitation, les difficultés peuvent ainsi être liées à un taux d'encadrement trop important, à un GVT particulièrement important, à un problème d'attractivité de l'établissement pour une ou plusieurs spécialités (lié par exemple au nombre, au temps de travail et à la réputation des médecins des services concernés), à une mauvaise organisation de certaines activités de soins sur certains segments (bloc opératoire par exemple), etc. ; les difficultés liées à l'investissement peuvent tenir à des charges financières mal lissées dans le temps, à la déstabilisation de l'activité induite par les travaux, au développement d'une surcapacité, etc.

2. Les ARH n'ont pas toutes la même politique en matière de contractualisation

Par ailleurs, **toutes les ARH ne développent pas la même politique en matière de contractualisation** :

- certaines régions ont développé une politique systématique :

Par exemple, en Bretagne, le principe est de signer un contrat avec tous les établissements « *en déficit de manière structurelle* » ; en Rhône-Alpes, l'ARH passe plutôt par les contrats d'objectifs et de moyens et par le dialogue budgétaire (exemple : rejet d'un EPRD révélant des recrutements non cohérents avec les prévisions d'activité), ce qui a des effets comparables[3].

- d'autres régions en revanche recourent de manière beaucoup moins systématique à la contractualisation (Poitou-Charentes, Haute-Normandie par exemple) :

Ces régions sont en général de plus petite taille, ont moins de relais dans les réseaux État et assurance-maladie et sont de manière générale moins proactives dans la détection des difficultés. Elles n'ont pas de stratégie régionale visant à résorber les déséquilibres constatés et ne contractualisent qu'occasionnellement avec les établissements sur le retour à l'équilibre.

Encart : l'insertion des contrats de retour à l'équilibre dans le dispositif contractuel

Les contrats de retour à l'équilibre n'ont pas de fondement juridique direct. L'article L. 6143-3 du code de la santé publique (cf. *infra*) prévoit seulement que le DARH peut demander au conseil d'administration de présenter un plan de redressement, lorsqu'il estime que la situation financière de l'établissement l'exige. Les contrats de retour à l'équilibre s'appuient donc sur la compétence générale de l'ARH (notamment « contrôler leur fonctionnement [des établissements de santé publics et privés] et « déterminer leurs ressources[4] »). Ils ont vocation à déterminer les conditions de retour à l'équilibre financier des établissements, le plus souvent par une action conjointe de l'ARH (apport d'une aide financière) et de l'établissement (plan d'économies et/ou de redéploiement de moyens). Ils peuvent prendre la forme d'un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) liant l'établissement à l'ARH, lorsque ce dernier existe.

Le décret n°2006-1332 du 2 novembre 2006 relatif aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens prévoit désormais que les CPOM comportent en annexe « *la liste des accords et contrats en cours de validité signés avec l'ARH* », dont les contrats de retour à l'équilibre.

[3] Dans la suite de l'annexe, il est fait référence à des contrats de retour à l'équilibre.
[4] Cf. article L. 6115-1 du code de la santé publique.

L'absence de contractualisation peut se révéler problématique, notamment dans la mesure où elle ne formalise pas le cadre du redressement. Par exemple, dans l'un des établissements visités (CH de Royan, Poitou-Charentes), aucun contrat n'avait été signé malgré les difficultés persistantes. L'établissement s'est vu accorder les compléments de dotation prévus par un projet de contrat d'objectifs et de moyens et a affecté à l'apurement des reports de charge des dotations accordées pour un projet d'investissement (au titre du financement des surcoûts). La fermeture du plateau de chirurgie, due à des dysfonctionnements majeurs conjugués à la concurrence de la clinique, a permis d'engager un redressement.

Dans le cas du CH de Tonnerre (Bourgogne), l'ARH a agi en diligentant deux missions d'audit et en imposant la fermeture de la chirurgie pour raisons sanitaires, allant à l'encontre du conseil d'administration (mais avec l'appui du conseil régional). Depuis, le CH connaît cependant toujours des difficultés, liées notamment à une perte d'activité en médecine, alors même qu'il est identifié comme le CH de référence en réadaptation fonctionnelle et en gériatrie. Il s'avère difficile d'inscrire le redressement financier dans une perspective stratégique durable dans un contexte d'opposition du conseil d'administration. Aucun contrat de retour à l'équilibre n'a été signé.

3. Le niveau national n'est pas absent de la gestion des situations lourdes, ce qui peut rendre la contractualisation difficile

Certains établissements sont directement suivis par la DHOS, en raison du poids de leur déficit et / ou de la complexité politique du dossier (restructurations particulièrement difficiles, poids politique du président du conseil d'administration par exemple). Il peut alors être plus difficile de contractualiser au niveau régional.

Surtout, il est fréquent que des crédits complémentaires soient alloués en fin d'année, à partir d'une enveloppe nationale dont le montant global est rendu public[5], induisant des demandes directes de certains établissements au ministre. Il arrive également que des demandes de complément budgétaire adressées par les établissements soient instruites au niveau national, au moins en partie.

Les ARH sont théoriquement associées à la détermination de la liste des établissements bénéficiaires ainsi que des montants alloués, a priori de manière non pérenne ; cependant, cette conduite de la campagne financière induit plusieurs types de biais :

- elle perturbe l'équilibre financier défini dans l'éventuel contrat ou projet de contrat de retour à l'équilibre, en étant décidée dans l'urgence et, au minimum, les conditions dans lesquelles l'agence a approuvé ou amendé le projet d'EPRD ;
- elle tend à décrédibiliser l'action des ARH : l'équilibre est approché par des recettes supplémentaires et l'établissement n'a aucune incitation à engager des mesures d'économies et à contractualiser avec l'ARH.

B. Le contenu des contrats est inégal et souvent déterminé par l'établissement

En théorie, le contrat suppose un diagnostic préalable de la situation de l'établissement, partagé avec l'ARH et un effort des deux parties : actions internes à mener par l'établissement, en recettes et en dépenses, aide de l'ARH (apport financier, le cas échéant, appui méthodologique, action sur le territoire de santé pour faciliter les coopérations inter-établissements, etc.).

Certaines des régions rencontrées (Île-de-France, Bretagne par exemple) ont développé des contrats-types, dont le modèle est accessible aux établissements, prévoyant le plus souvent que des cibles doivent être fixées en matière de résultat d'exploitation, ainsi que d'autres indicateurs de suivi de réalisation du contrat. Dans les régions dans lesquelles la démarche est moins aboutie, ce type d'outil est soit inexistant, soit formalisé mais sans connaître de véritable application (Bourgogne).

[5] Ainsi, une enveloppe complémentaire de 330 M€ a été décidée à la fin du mois de novembre ; cf. communiqué de presse du ministre du 11 décembre 2006.

1. Le diagnostic préalable n'est pas toujours réalisé par l'ARH et l'identification des mesures correctrices est souvent laissée à l'initiative de l'établissement

Lorsque le projet de contrat est entièrement élaboré par l'établissement, l'ARH est au mieux en situation de réaliser une contre-expertise et de procéder par amendement, s'agissant du diagnostic. Elle n'est pas véritablement en mesure de proposer des actions sur les coûts, l'amélioration de l'organisation ou la réorientation de l'activité, qui sont pourtant les seules à permettre un redressement durable dans le cas d'un déficit structurel (cf. dans le tableau 1 l'exemple du CHU de Rouen).

Dans les régions qui ont une approche systématisée des contrats de retour à l'équilibre, le diagnostic est établi de manière contradictoire, au moins sur l'évaluation chiffrée de la situation (niveau des reports de charge, impact de la T2A, cf. tableau 1), ce qui permet ensuite de mettre en place un suivi des effets du contrat. L'ARH est parfois à l'origine des pistes d'économies identifiées (exemple du contrat de retour à l'équilibre du CHU de Dijon).

Même dans ce cas cependant, il arrive que la partie littéraire du contrat analysant la situation financière soit rédigée par l'établissement. Lorsque celui-ci est « gagnant » à la T2A notamment (c'est-à-dire lorsque le montant projeté de recettes qui serait perçu si l'application de la réforme était de 100% est supérieur au cumul des recettes T2A et hors T2A sur le même périmètre financé), cela aboutit parfois à limiter l'identification des causes du déficit à la sous-dotation antérieure, sans s'interroger sur les autres causes possibles de ce déficit, ou sur le réalisme du retour à l'équilibre par le seul effet de la montée en charge de la T2A (cf. variation des tarifs, évolution de l'attractivité et capacité de l'établissement à augmenter le nombre de séjour, etc.). Dès lors, les mesures d'économies envisagées sont automatiquement moins ambitieuses, lorsqu'elles existent, alors que l'efficience au sens de la T2A n'est pas une garantie d'équilibre financier.

Enfin, pour les établissements étudiés par la mission, **les économies envisagées ne semblent souvent pas à la hauteur de la situation financière constatée, tant au plan financier que dans leur nature** (économies sur la logistique mais absence de réflexion sur une meilleure organisation du temps médical, par exemple) – cette situation n'est pas perçue comme véritablement contraignante et **le retour à l'équilibre est avant tout envisagé par l'augmentation de l'activité** (cf. tableau 1).

2. Un nouvel équilibre contractuel doit être trouvé compte tenu des nouvelles règles de tarification pour les établissements de médecine-chirurgie-obstétrique (T2A)

Pour les établissements financés en T2A (médecine-chirurgie-obstétrique - MCO), les établissements contestent parfois l'existence de contrats, ou leur équilibre d'ensemble, dans la mesure où l'ARH apporte moins de moyens que par le passé, lorsqu'elle pouvait procéder à des ajustements de dotation globale, pour les établissements publics et PSPH.

Comme le soulignent certains DARH – qui font également observer que les masses financières déplacées par le passé ne représentaient pas un pourcentage élevé des dotations –, **il existe cependant des marges de manœuvre dans le nouveau système** :

- la péréquation à partir de l'enveloppe globale est toujours possible pour les secteurs de soins de suite (SSR) et de psychiatrie (PSY) – une bonne part des établissements MCO ont également des activités SSR et les actions de reconfiguration de l'offre hospitalière font souvent jouer des évolutions entre les secteurs MCO et SSR (exemple : fermeture de la chirurgie et spécialisation accrue en soins de suite) ;
- il est toujours possible de contractualiser sur les moyens en MCO :
    - dans le cas des gagnants à la T2A, la réforme a bien pour effet, toutes choses égales par ailleurs, une augmentation des moyens alloués à l'établissement ; cette idée n'est cependant pas bien acceptée par les établissements, qui considèrent avant tout avoir été sous-dotés par l'ancien système ;

- dans le cas des perdants à la T2A, la contractualisation repose toujours sur une aide financière, car un établissement en difficultés sérieuses ne parvient pas à l'équilibre en quelques mois ;
- les crédits d'aide à la contractualisation dont disposent les ARH peuvent être mobilisés dans le cadre de contrats de retour à l'équilibre pour mener des actions d'amélioration de la performance de l'établissement (cf. *infra*).

Les crédits d'aide à la contractualisation représentent un montant non négligeable, quoique limité en pourcentage des dépenses hospitalières (exemple pour Poitou-Charentes en 2005 : les crédits AC ont atteint 6,6 M€, soit 0,5% de la dépense hospitalière tous établissements confondus, qui s'est élevé à 1 438,7 M€[6]). Deux des cinq régions visitées pratiquent par ailleurs un prélèvement forfaitaire sur la base budgétaire pour augmenter leur marge de manœuvre.

Les régions utilisent en général ces moyens pour un tiers pour l'appui aux contrats d'objectifs et de moyens existants, pour un tiers, pour le financement de projets nouveaux et pour un tiers, pour des appuis ponctuels dans le cadre de contrats de retour à l'équilibre (cf. sur ce point le tableau 4 en pièce jointe de l'annexe I portant sur les outils de pilotage des ARH).

II. FAIRE DES CONTRATS DE RETOUR À L'ÉQUILIBRE UN VECTEUR DE L'AMÉLIORATION DE LA PERFORMANCE ET DE L'EFFICIENCE

Dès lors, la mission a identifié trois axes d'amélioration possibles pour faire des contrats de retour à l'équilibre un véritable levier aux mains des ARH : une systématisation du recours à ces contrats, une évolution de leur contenu pour y inclure des mesures plus structurelles sur l'amélioration de l'efficience des établissements et la précision du cadre du recours à l'administration provisoire.

A. Formaliser le recours aux contrats de retour à l'équilibre

1. Généraliser rapidement les outils d'analyse des EPRD et l'outil « Diagnostic flash »

Les ARH vont rapidement disposer d'une meilleure information concernant la situation financière des établissements, avec la fiabilisation du suivi des états quadrimestriels d'exécution de l'EPRD[7] et la possibilité en 2007 de comparer le rythme d'exécution par rapport à 2006. Elles disposent déjà de documents permettant d'analyser les budgets de manière plus fine qu'auparavant :

- le rapport préliminaire qui précède l'EPRD, au plus tard au 31 octobre n-1, donne notamment les hypothèses d'activité de l'établissement qui sous-tendront l'EPRD ;
- le projet d'EPRD est accompagné du tableau de financement, du tableau des emplois rémunérés par l'établissement et du plan global de financement pluriannuel (PGFP).

Des régions comme la Bretagne et Rhône-Alpes ont élaboré des guides précis d'analyse des EPRD, qui pourraient utilement être diffusés et repris dans d'autres régions, quitte à être validés au préalable par un groupe de travail ad hoc de chargés de mission « finances » des ARH.

Par ailleurs, l'outil d'analyse synthétique de la situation d'un établissement développé par la DHOS, « Diagnostic Flash », est à la fin décembre 2006 relativement abouti et permet déjà aux ARH qui le souhaitent d'automatiser (pour la partie financière au moins) le diagnostic des établissements repérés.

---

[6] Données fournies par la DHOS.

[7] Ce suivi des états intermédiaires étant aujourd'hui très peu développé et inexistant dans les plus petites régions visitées.

Au vu des attentes des ARH, la mission considère essentiel de **constituer une base de données tenue régulièrement à jour des diagnostics flash réalisés par l'ensemble des régions**, de manière à permettre aux ARH de disposer de données de référence par catégorie d'établissement, suivant les différentes typologies utilisées par les bases de données existantes accessibles sur SIHNAT (cf. annexe I sur les outils des ARH) : seuils de dépense budget H, catégorie d'établissement public, privé ou participant au service public hospitalier), etc.

2. Formaliser les conditions de recours à un contrat de retour à l'équilibre au niveau de l'ARH

S'agissant d'un levier complémentaire au CPOM, qui n'a pas le caractère obligatoire de ce dernier, il n'est pas souhaitable que soient déterminés des seuils nationaux à partir desquels signer des contrats de retour à l'équilibre. En revanche, l'outil contractuel est un levier à conforter pour formaliser les engagements de l'établissement et permettre à l'ARH d'influer sur les conditions de retour à l'équilibre.

Il est donc souhaitable de prévoir :

- **une action systématique de l'ARH lorsqu'un EPRD est exécuté en déséquilibre** significatif (en montant ou en poids dans l'exploitation) ; les ARH peuvent s'appuyer sur l'article L. 6143-3 du code de la santé publique qui prévoit que le DARH « *peut demander au conseil d'administration de présenter un plan de redressement lorsqu'il estime que la situation financière de l'établissement l'exige* » (cf. *infra*) ;
- la fixation par chaque région d'indicateurs déclenchant la procédure de contrat de retour à l'équilibre ou d'amendement du CPOM, en combinant les critères (exemple : indicateurs relatifs au taux de marge brute d'exploitation, au degré d'exécution de l'EPRD, à la situation vis-à-vis de la T2A, au niveau des reports de charge et à l'évolution de l'activité, l'ARH pourrait poser en principe que lorsque trois des cinq indicateurs sont atteints, un contrat de retour à l'équilibre est négocié).

Ces indicateurs peuvent être, suivant l'exemple retenu dans certaines régions[8] :

- avant tout des indicateurs financiers (EPRD exécuté en déficit et s'accompagnant d'un prélèvement sur le fonds de roulement, niveau de déficit dépassant un pourcentage de l'exploitation, taux de marge brute insuffisant pour couvrir les investissements, etc.) et médico-économiques (indice de productivité MCO par exemple, soit la simulation de l'impact du 100% T2A) ;
- des indicateurs associés relatifs à l'activité (évolution de l'activité sur les dix GHM les plus fortement contributeurs aux recettes de l'établissement, par exemple) et l'attractivité
- des indicateurs contenus dans l'outil « Diagnostic Flash » (dont la pertinence, la robustesse et la disponibilité ont déjà été testées).

Dans la version de cet outil transmise à la mission fin décembre 2006, les indicateurs relèvent de trois champs : activités médico-techniques, données financières, ressources humaines. Les indicateurs font déjà l'objet d'un retour d'expérience et ont été sélectionnés pour leur pertinence (exemple pour les activités médico-techniques : prix de revient du B – temps de mise à disposition du scanner et productivité horaire du scanner, pour les ressources humaines : poids de la masse salariale des fonctions administratives et techniques, absentéisme).

- La fixation de délais d'adoption pour le contrat de retour à l'équilibre (par exemple trois mois), pour éviter la dégradation de la situation – la mission a constaté qu'il était fréquent que s'écoulent plusieurs mois, voire plus d'un an, entre la décision d'élaborer un contrat de retour à l'équilibre et sa signature ;

[8] Voir annexe III sur les tableaux de bord des ARH.

- Une signature obligatoire d'un contrat de retour à l'équilibre avec l'ARH dans les trois mois en cas d'obtention de crédits « exceptionnels ».

3. Densifier les contrats pour mettre en avant l'efficience

La mission considère que le contenu des contrats de retour à l'équilibre pourrait être rendu plus dense, en incluant des actions plus structurelles visant à améliorer l'efficience.

Cinq thèmes ont été identifiés, même si la liste n'est sans doute pas exhaustive :

- conditionner le contrat à la **mise en place d'outils de connaissance des coûts**, au minimum, au niveau des unités fonctionnelles (structures), en appliquant les guides de la MEAH (tableau coûts case mix), permettant d'identifier rapidement les sources du déficit ;
- inclure dans les contrats de retour à l'équilibre des évaluations poussées des **coûts des investissements** de manière pluriannuelle et conditionner la signature du contrat à la réalisation d'études sur la réorganisation de l'hôpital visant à dégager des gains d'efficience ;
- inclure dans les contrats la réalisation d'étude sur le coût des **missions d'intérêt général** et / ou des missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation pour préparer leur réévaluation 2008 (le montant des MIGAC a en effet été gelé jusqu'à cette date, selon les annonces faites au moment de l'adoption du PLFSS 2007) ;
- inclure dans les contrats la réalisation de diagnostics organisationnels, par exemple en utilisant les méthodes de la MEAH (les expériences d'approche globale en cours de mise en œuvre pourront constituer un exemple intéressant à ce titre) ;
- inclure dans tous les contrats de retour à l'équilibre un examen des réorganisations ou coopérations envisageables au sein du territoire de santé permettant d'améliorer les perspectives financières, en application de l'article L. 6143-15 (cf. *infra*).

4. Établir des contrats-types et inclure une projection pluriannuelle des résultats d'exploitation attendus dans les contrats

Dans la continuité des travaux menés pour établir l'outil « Diagnostic Flash», un groupe restreint de chargés de mission finances pourrait rapidement élaborer un modèle-type de contrat de retour à l'équilibre, à partir des modèles existants contenant notamment :

- les éléments chiffrés indispensables au diagnostic préalable (cf. *supra*) ;
- les conditions d'apport de l'aide de l'ARH (et notamment les conditions dans lesquelles elle peut être octroyée sur plus d'un exercice) ;
- les indicateurs de suivi du contrat servant de base à l'examen annuel de son respect ;
- et enrichi des pistes d'économies à examiner systématiquement, à partir des leviers organisationnels identifiés par la MEAH (achats – organisation du temps médical – taux d'occupation du bloc opératoire – temps d'attente aux urgences – imagerie).

De même, les contrats devraient inclure des tableaux-types sur le retour à l'équilibre, permettant d'assurer le suivi de la réalisation des résultats attendus, comprenant au moins les éléments suivants, pour chaque année jusqu'à l'exercice prévu pour le retour à l'équilibre : déséquilibre d'exploitation, effet T2A (à partir de l'application des tarifs connus), effet activité (hypothèse d'activité élaborée de manière contradictoire, l'effet global pouvant être approché à partir du poids moyen du cas traité observé), impact des investissements, mesures d'économies identifiées avec leur calendrier de mise en œuvre, apport ponctuel de l'ARH.

5. Mieux s'appuyer sur l'expertise du Trésor public

Les ARH pourraient mieux s'appuyer sur le réseau du Trésor public, pour les établissements publics.

Des conventions de partenariat ont été conclues dans certaines régions, prévoyant notamment la réalisation d'analyses financières et la formation d'agents des DDASS.

La mission considère que ces conventions pourraient être généralisées et, le cas échéant, reposer sur un accord-cadre au niveau national, qui porterait sur :

- la mise à disposition des données comptables plus tôt dans l'année (transmission du compte de gestion provisoire n-1 avant l'approbation des EPRD n) ;
- la réalisation d'analyses financières à partir d'une programmation conjointe, le cas échéant au sein d'équipes mixtes DDASS – agents du Trésor ;
- une meilleure coordination des outils OREGHON (Trésor public) et CABESTAN (saisies des EPRD pour la remontée à la DHOS).

B. Renforcer la capacité d'action de l'ARH

Les récentes évolutions législatives ont prévu deux catégories de mécanismes permettant aux ARH d'avoir un levier d'action vis-à-vis d'un établissement en difficultés :

- des sanctions financières en cas de non-respect des engagements contractuels (au sens du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, qui comprend obligatoirement en annexe tout contrat de retour à l'équilibre existant) ;
- des interventions dans la gestion, pouvant aller jusqu'à l'administration provisoire.

1. Renforcer la capacité d'action de l'ARH vis-à-vis de la MEAH et des directeurs d'établissement

L'effectivité des contrats de retour à l'équilibre pourrait passer par d'autres leviers, par exemple :

- les ARH devraient voir leur rôle vis-à-vis de la MEAH renforcé et, notamment, pouvoir dans certaines conditions bénéficier d'un « pouvoir d'intervention » dans le choix des établissements retenus dans l'audit (cf. sur ce point l'annexe VI sur les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens) ;
- les ARH pourraient disposer de crédits pour appuyer les contrats de retour à l'équilibre venant augmenter l'enveloppe aide à la contractualisation, dédiée au CPOM ;
- lorsque l'établissement signe un contrat de retour à l'équilibre, la grille d'évaluation du directeur de l'établissement pourrait être systématiquement complétée par une appréciation de son implication personnelle dans la réalisation de ce contrat.

2. Le mécanisme de sanctions financières prévu dans le décret CPOM n'est pas convaincant pour les établissements en difficultés financières

Le décret n°2006-1332 du 2 novembre 2006 relatif aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens et modifiant le code de la santé public prévoit des mécanismes de sanction en cas de « *manquement grave* [du titulaire de l'autorisation, le plus souvent l'établissement] *aux dispositions législatives et réglementaires ou à ses obligations contractuelles* » (nouvel article R. 6114-11 du code de la santé publique), voire de « *non-respect* » (…) « *d'un engagement figurant au contrat* » (nouvel article R. 6114-13).

Ces sanctions, qui commencent par une mise en demeure motivée du DARH de prendre les mesures correctrices nécessaires, peuvent se traduire par la suspension du CPOM (à l'exception du volet relatif aux objectifs quantifiés) et aller jusqu'à des pénalités financières.

Ces mesures n'apparaissent pas applicables de manière simple pour un établissement en difficultés financières[9] : en effet, la suspension du CPOM ou du contrat de retour à l'équilibre se traduit par le retrait des aides apportées et, tout comme l'application de sanctions, aggrave les difficultés constatées sans y apporter de réponse, faisant courir le risque d'une dégradation supplémentaire, résolue le plus souvent par un apport de fonds en dehors du cadre de la contractualisation.

3. L'intervention de la chambre régionale des comptes et le placement éventuel sous administration provisoire peuvent constituer un levier d'action pour l'ARH

En revanche, les nouvelles dispositions prévoyant une action du DARH sur la gestion de l'établissement semblent plus à même de constituer un levier d'action pour l'ARH. Outre le fait que les ARH sont dans le cas général chargées d'approuver l'EPRD et, le cas échéant, d'adopter un EPRD différent de celui proposé par l'établissement, ces dispositions ouvrent au DARH la possibilité de :

- demander au conseil d'administration d'adopter un plan de redressement lorsque la situation financière l'exige (article L. 6143-3 du code de la santé publique) ;
- saisir la chambre régionale des comptes en fonction de critères définis par décret, qui évalue la situation et peut proposer des mesures de redressement (article L. 6143-3) ;
- placer l'établissement sous administration provisoire (par des conseillers généraux des établissements de santé – article L. 6143-3-1) ;
- à l'issue de la période d'administration provisoire, proposer un rapprochement avec un autre hôpital (l'article L. 6143-3-1 renvoie à l'article L. 6122-15 qui prévoit cette compétence pour le DARH, de manière générale).

Ces mesures progressives peuvent constituer des **incitations fortes** à la signature d'un contrat de retour à l'équilibre, l'établissement (direction et conseil d'administration) voyant au fur et à mesure ses pouvoirs limités. Dans ce cadre, l'adoption du projet de contrat de retour à l'équilibre par le conseil d'administration (et non sa signature par le seul directeur) pourrait être envisagée.

Ceci suppose, afin que ce nouveau levier ouvert aux DARH soit considéré comme crédible, **la mise en place effective de cette procédure, jusqu'à l'administration provisoire, doit être rendue possible pour les établissements posant des problèmes récurrents** et d'ores et déjà connus des ARH, c'est-à-dire que la DHOS et, si possible, le ministre, devrait s'engager à soutenir les ARH qui souhaiteraient mener la procédure à son terme.

[9] La mission n'a pas examiné la question du périmètre contractuel visé par cet article (CPOM / contrats annexés).

Tableau 1 : Caractéristiques des contrats de retour à l'équilibre étudiés par la mission – établissements rencontrés dans le cadre des investigations

Établissement	Date / forme	Durée prévue	Situation T2A	Diagnostic préalable	Caractérisation des difficultés	Méthode d'évaluation de l'aide apportée	Pistes d'économies identifiées par le contrat	Conditionnalité explicite	Commentaire
CHU de Dijon	Signé le 3 avril 2006 (préparé en 2005) par le DG, avenant au COM	Jusqu'au 100% T2A	Gagnant	Chiffrage des reports de charge cumulés (DDASS) Simulation de l'impact 100% T2A par rapport à 2005 (DRSM) Un problème d'évaluation initiale des MIGAC – problèmes de codage	25 M€ cumulé de reports de charges (soit environ 7% des dépenses 2006)	Aide correspondant au différentiel de recettes par rapport à un 100% T2A (base 2005)	Dépenses de personnel (suite à une analyse de l'ARH)	Oui : équilibre financier en 2006 + économies de 3,5 M€ (dont 3 M€ personnel, ciblées)	Le CHU met en place un TCCM depuis 2005 Évaluation annuelle est prévue Selon le DARH, l'équilibre d'exploitation devrait être atteint (hors reports de charge de 12,9 M€ et via des reprises sur provisions de 3 M€)
CHIC (Quimper)	Signé le 21 juin 2005 par le directeur, avenant au COM	2005-2008	Gagnant	Diagnostic partagé sur les données chiffrées (modèle ARH) – rédaction du contrat par le CHIC	De l'ordre de 5 M€ fin 2004 soit 3% des dépenses CH « sous-doté » en DG Compen-sation dans le COM précédent Déficit à partir de 2003	Aide 2004 + examen de la situation T2A pour les années suivantes (demande du CH : compensation du différentiel de recettes par rapport à un 100% T2A	Les pistes de l'ARH : GVT, achats sont jugées peu pertinentes par le CH Effort sur les mensualités de remplacement Fermeture de lits SSR	Revue annuelle de contrat	Un CH très « efficient » au sens de la T2A / accepte mal de devoir affecter des gains T2A au financement du déficit

Établissement	Date / forme	Durée prévue	Situation T2A	Diagnostic préalable	Caractérisation des difficultés	Méthode d'évaluation de l'aide apportée	Pistes d'économies identifiées par le contrat	Conditionnalité explicite	Commentaire
CH de Roanne	COM juin 2002 avec plan d'équilibre + plan interne, approuvé par le CA en octobre 2006 (intégré au rapport préliminaire 2007)	COM 2002-2006, nouveau COM à venir - plan interne sur 2006-2009	Gagnant	Étude médico-économique de l'ARH en 2000-2001	Difficultés anciennes, reports de charges apurés, mais retour déficit en 2005-2006 (2006 : de l'ordre de 4 M€ soit env. 3% des charges de l'année)	En cours de négociation	(Plan interne : 2,33 M€ prévus sur 4 ans, dont 1,22 M€ liés à la réorganisation de l'hôpital, -40 ETP)	S.O.	Le retour à l'équilibre repose sur le pari d'un développement de l'activité – plan d'investissement de 125 M€ sur 5 ans
CHU Rouen	**Projet** octobre 2006	2007-2009	Gagnant	Fait par le CH / à la date de la mission, pas d'analyse propre de l'ARH	Déficit de 22,7 M€ en cumulé soit de l'ordre de 6% des dépenses annuelles	En cours (Rallonge fin 2006)	CH : rationalisation de la logistique – gestion des stocks de médicaments – 90 PNM en moins en 2006 et années suivantes – un regroupement fonctionnel des unités est envisagé (urgences)	S.O.	Nb de passages aux urgences très élevé (60 000 par an) Pas de réorganisation prévue en MCO alors que 30% des séjours < 24h

ANNEXE VII

LES CONTRATS D'OBJECTIFS DES ARH

SOMMAIRE

I. LE CONTRAT NE DÉTERMINE PAS LES PRIORITÉS D'ACTION DU RÉSEAU DE L'ARH ET SON CONTENU EN MATIÈRE DE PERFORMANCE EST RÉDUIT 2

A. LE CONTRAT NE MOBILISE PAS LE RÉSEAU DE L'ARH SUR DES PRIORITÉS D'ACTION 2

1. La DHOS ne hiérarchise pas les priorités d'action des ARH 2

2. Le contrat signé par le ministre et l'ARH n'associe pas tous les acteurs concernés .. 3

3. Les indicateurs de suivi du contrat s'articulent avec ceux du tableau de bord PRODIGE 3

B. LA DÉMARCHE D'AMÉLIORATION DU PILOTAGE DE LA PERFORMANCE DES ÉTABLISSEMENTS PAR LES ARH N'EST PAS ABOUTIE 4

1. Le contrat décline les objectifs fixés par la loi de finances 4

2. L'apport du contrat d'objectifs pour le pilotage de la performance des établissements par les ARH est limité 6

3. L'appui de la DHOS aux ARH est insuffisant 8

II. LE CONTRAT D'OBJECTIFS POURRAIT ÊTRE RECENTRÉ SUR L'AMELIORATION DE LA PERFORMANCE DES ÉTABLISSEMENTS 8

A. LA DÉFINITION DE LA PERFORMANCE HOSPITALIÈRE DEVRAIT ÊTRE PRÉCISÉE ET MIEUX DÉCLINÉE DANS LE CONTRAT D'OBJECTIFS 9

1. Le contrat d'objectifs devrait définir la performance pour faciliter le pilotage des ARH et servir de levier aux ARH pour piloter les établissements 9

2. Le contrat d'objectifs doit demander aux ARH de conditionner leur soutien aux établissements à une amélioration de la performance 9

3. Le tableau de bord régional de l'ARH devrait être diffusé aux établissements 13

B. LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ POURRAIT APPORTER DES CONTREPARTIES AUX ARH 13

1. Des marges de manœuvre financières nouvelles pourraient être attribuées aux ARH 14

2. L'administration centrale devrait mutualiser les bonnes pratiques et favoriser l'utilisation d'outils communs aux ARH et aux établissements 14

Pièces jointes 16

LES CONTRATS D'OBJECTIFS DES ARH

Le programme 171 de la loi de finances « *offre de soins et qualité du système de soins* » comprend trois actions de politique publique :

- action 1 : niveau et qualité de l'offre de soins ;
- action 2 : accessibilité de l'offre de soins ;
- action 3 : modernisation du système de soins.

Les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) participent à ces trois actions et sont responsables de l'atteinte de l'objectif relatif à l'action 1. La mesure de l'atteinte de l'objectif est définie par l'indicateur suivant :

Tableau 1 : Taux d'atteinte des objectifs nationaux quantifiés figurant dans les contrats passés entre l'État et les ARH

Unité	2005	2006	2007	2010
En %	Sans objet	20	25	100

Source : PLF 2007- projet annuel de performance de la mission Santé.

Cet indicateur mesure le taux d'atteinte des objectifs nationaux lorsque ceux-ci sont quantifiables. Il se compose de 5 objectifs (accompagnés d'un ou plusieurs indicateurs), de nature différente. Les deux premiers correspondent aux missions traditionnelles des ARH (planification et tutelle budgétaire). Les deux suivants se rapportent à l'amélioration de l'efficience des établissements. Le 5ème porte sur le dialogue social :

- 1er objectif : assurer la régulation régionale de l'offre de soins ;
- 2ème objectif : veiller aux équilibres financiers des établissements de santé ;
- 3ème objectif : contribuer à l'optimisation de l'organisation et de la gestion interne des établissements de santé (cf. *infra* sur la « nouvelle gouvernance »)[1] ;
- 4ème objectif : favoriser l'efficience des pratiques hospitalières ;
- 5ème objectif : développer le dialogue social en région.

[1] L'ordonnance du 2 mai 2005 a créé de nouvelles institutions de gestion de l'établissement dont le conseil exécutif (art. L. 6143-6-1 du CSP). L'ordonnance prévoit (cf. art. L. 6146-1 du CSP) une nouvelle organisation interne de l'établissement. L'organisation en pôle d'activité est désormais obligatoire même si la dénomination, le nombre, la taille et la composition des pôles est au libre choix de l'établissement. Les pôles d'activité rassemblent " *des services ayant des activités communes ou complémentaires* ", découpage qui s'applique aux activités cliniques mais aussi aux activités administratives et logistiques.

I. LE CONTRAT NE DÉTERMINE PAS LES PRIORITÉS D'ACTION DU RÉSEAU DE L'ARH ET SON CONTENU EN MATIÈRE DE PERFORMANCE EST RÉDUIT

A. Le contrat ne mobilise pas le réseau de l'ARH sur des priorités d'action

La mission a procédé à l'analyse des 22[2] contrats, signés ou en cours de signature à la date de la mission, communiqués par la DHOS (sur 26 régions concernées).

1. La DHOS ne hiérarchise pas les priorités d'action des ARH

a) Le contrat concerne toutes les missions des ARH

Le contrat liant le ministère et l'ARH couvre tous les domaines d'intervention de l'ARH. Il identifie au sein de ces rubriques des thèmes d'action, suivis et évalués au moyen d'indicateurs.

La logique de planification sanitaire est très présente. Néanmoins, plusieurs indicateurs concernent d'autres domaines de la relation entre l'ARH et l'établissement, conformément à l'objectif assigné par la loi de finances (cf. *supra* et tableau 2 en pièce jointe) :

- qualité des soins : les ARH doivent contractualiser avec les établissements sur les « *items* » de risque et faire également en sorte qu'aucun établissement ne figure en classe E de l'indicateur ICALIN (relatif aux infections nosocomiales) ;

- finances : les ARH doivent mesurer l'efficacité des contrats de retour à l'équilibre des établissements concernés ;

- contrôle de gestion : les ARH doivent développer l'utilisation des outils de gestion au sein des établissements, en particulier la mise en œuvre d'une comptabilité analytique opérationnelle.

Enfin, les ARH doivent renforcer le contrôle des établissements et donner systématiquement des suites aux contrôles dans un délai de 12 mois (exemple : contrôle sur « *les prestations facturées dans le cadre de la T2A et sur la qualité des informations produites par les établissements* »).

b) Le contrat d'objectifs ne définit pas de priorité d'action

Le contrat ne constitue pas une feuille de route pluriannuelle qui fixerait les priorités de l'action du réseau de l'ARH sur l'hôpital. Son avant-propos mentionne : « *Le contrat (…)* ***ne constitue en tout état de cause pas un mode de hiérarchisation des objectifs*** ».

Le contrat ne fixe donc pas de ce fait de priorités au réseau des ARH contrairement à ce que pourrait laisser présumer son titre de contrat d'objectifs.

---

[2] Dont 5 contrats concernent les régions expérimentatrices de la démarche de contractualisation : Bourgogne, Bretagne, Limousin, Lorraine, Provence-Alpes-Côte-d'Azur.

2. Le contrat signé par le ministre et l'ARH n'associe pas tous les acteurs concernés

a) Le contrat est signé par le directeur de l'ARH au nom du groupement d'intérêt public

Le contrat est signé par le ministre de la santé et le directeur de l'ARH au nom de la commission exécutive, pour une durée de trois ans. Il engage donc en théorie l'ensemble des parties prenantes au groupement d'intérêt public (GIP)[3].

b) Préparé par la DHOS seule, le contrat ne peut constituer un instrument de pilotage au-delà de " l'équipe rapprochée " du directeur de l'ARH

Au niveau national, le contrat est instruit par la DHOS, les autres directions du ministère (DSS, DGS) n'étant pas associées à son élaboration. La procédure associe néanmoins l'ensemble des sous-directions de la DHOS, contrairement à celle mise en œuvre pour les lettres de mission des directeurs d'ARH (cf. annexe VIII sur les lettres de mission des directeurs d'ARH).

La CNAMTS a été associée, selon la DHOS, à la définition du contenu des objectifs et a pu faire valoir certaines demandes[4] (exemple : chirurgie ambulatoire), point de vue que ne partage pas le directeur général de la CNAMTS. En outre, elle ne signe pas le document.

Au niveau régional, la mission a constaté dans les ARH rencontrées que le contrat n'est pas mentionné spontanément par les composantes de l'agence (DRASS, DDASS et assurance maladie) et n'est pas perçu comme un instrument de pilotage de l'action de l'agence.

Certains interlocuteurs rencontrés estiment que le contrat lie en réalité « l'équipe rapprochée » et la DHOS, plus que le réseau de l'ARH dans son ensemble. Les interlocuteurs des services de l'Etat (DRASS et DDASS) n'ont souvent pas connaissance de son contenu.

La structuration des programmes budgétaires, au sens de la LOLF, ne favorise pas non plus la mobilisation des services de l'Etat. Les interlocuteurs locaux rencontrés par la mission soulignent que faute d'objectifs sur l'hôpital, inscrits dans les budgets opérationnels de programme (BOP) dont dépendent les DRASS et DDASS à titre principal, ces dernières recentrent leur action sur d'autres missions (exemple : domaine médico-social) où leurs résultats sont plus directement « valorisés ».

3. Les indicateurs de suivi du contrat s'articulent avec ceux du tableau de bord PRODIGE

Les contrats examinés par la mission prévoient que " *l'agence s'appuiera notamment sur le tableau de bord de pilotage opérationnel PRODIGE, annexé au présent contrat, dont les données sont régulièrement renseignées par et sous la responsabilité de l'agence et transmises à l'administration centrale* ".

Le tableau de bord pilotage régional opérationnel et dialogue de gestion (PRODIGE) constitue un instrument de *reporting* qui vise à faciliter le pilotage des politiques sanitaires et le dialogue de gestion DHOS – ARH.

---

[3] Voir article L. 6115-2 du code de la santé publique qui fait de l'ARH une personne morale de droit public constituée sous forme de GIP, dont la convention constitutive précise, dans chaque région, la participation des différents partenaires : services de l'Etat (DRASS et DDASS de la région), et l'assurance maladie (CRAM, MSA).

[4] Cf. document daté du 19 septembre 2006 (sous-direction G) « *éléments pour l'évaluation du dispositif de contractualisation – contrats DHOS - ARH 2004/2005* » communiqué par la DHOS.

Ce tableau de bord ne vaut pas engagement pour les ARH sur un niveau de performance : l'obligation porte sur le renseignement de l'ensemble des indicateurs contenus dans le tableau et non sur l'atteinte des références. L'écart entre la valeur seuil et la valeur recueillie par l'ARH doit faire l'objet d'un dialogue entre la DHOS et les ARH.

Ce tableau est expérimental à la date de la mission et compte 55 indicateurs regroupés autour de quatre axes :

- l'amélioration de l'organisation des soins et de la prise en charge des patients (30 indicateurs associés) ;

- l'optimisation de la gestion des ressources (16 indicateurs) ;

- l'optimisation de l'offre de soins par la recomposition hospitalière et les complémentarités ville / hôpital (6 indicateurs) ;

- le développement et la fiabilisation des systèmes de veille, d'information et de pilotage (3 indicateurs).

Le contrat d'objectifs des ARH s'articule avec le tableau de bord PRODIGE. Les 4 axes de PRODIGE recoupent en effet les 6 objectifs nationaux du contrat d'objectifs précités et les indicateurs sont en partie communs (28 indicateurs dans le contrat d'objectifs). Le tableau PRDOGIGE est cependant moins développé sur les thèmes relatifs au dialogue social ou à la mise en place de la " nouvelle gouvernance " au sein des établissements.

Le dispositif de contractualisation entend corriger les lacunes du pilotage des ARH par l'administration centrale (DHOS) relevées par l'inspection générale des affaires sociales[5] (IGAS) (cf. *infra*). L'avant-propos des contrats indique en effet : « *Le contrat Ministère de la santé / ARH marque le passage d'une tutelle administrative «* classique » *à un pilotage «* stratégique » *des opérateurs régionaux, où le souci de mesure et d'évaluation des résultats par le biais d'indicateurs de performance est prioritaire* ».

B. La démarche d'amélioration du pilotage de la performance des établissements par les ARH n'est pas aboutie

1. Le contrat décline les objectifs fixés par la loi de finances

La DHOS a d'abord expérimenté la démarche de contractualisation avec les ARH avant de la généraliser[6].

La mission d'appui de l'IGAS précitée a recommandé une meilleure définition des concepts et une **hiérarchisation des priorités et des objectifs,** en particulier :

- sur le contrat d'objectifs de l'ARH : définir un nombre limité d'objectifs et prévoir des mécanismes d'incitation en fonction des résultats ;

- sur le pilotage opérationnel : hiérarchiser le tableau de bord sur un nombre d'objectifs limité et décliner des indicateurs de performance rigoureux.

---

[5] Rapport IGAS 2005-007 mission de conseil et d'appui à la mise en œuvre de la démarche expérimentale de contractualisation et de dialogue de gestion entre le ministère et les ARH.

[6] Cf. document de travail de la sous-direction G de la DHOS daté du 19 septembre 2006 précité.

Le dispositif a été revu en vue de sa généralisation à l'ensemble des ARH. Le contrat comporte deux parties : après un diagnostic de la région, vient la définition des objectifs nationaux et régionaux et les indicateurs correspondants.

a) Le diagnostic de la région porte principalement sur l'offre de soins au regard des priorités nationales de santé publique

Le diagnostic comprend six volets[7]. C'est une analyse qualitative de la situation, approuvée par la DHOS, qui caractérise le bilan, les points d'amélioration, les opportunités et les facteurs de risques, les politiques régionales à engager ainsi que la situation prévisionnelle de la région. Il préfigure les choix d'objectifs régionaux du contrat (cf. *infra*).

b) Le contrat complète les objectifs de la loi de finances d'un objectif supplémentaire relatif à la qualité des soins et à la sécurité sanitaire

La pièce jointe (tableau 2) illustre le contenu des objectifs nationaux des contrats d'objectifs des ARH Poitou-Charentes et Rhône-Alpes, rencontrées par la mission.

Au titre des objectifs nationaux, les contrats d'objectifs des ARH reprennent les cinq objectifs fixés par le programme 171 de la loi de finances au titre de l'action « *niveau et qualité de l'offre de soins* » (cf. *supra*), afin d'assurer le renseignement du rapport annuel de performance associé à la loi de règlement. Ils ajoutent un nouvel objectif national relatif à la « *qualité des soins et la sécurité sanitaire* ».

Les contrats signés ou en cours de signature à la date de la mission avec les ARH comportent donc six objectifs nationaux avec des objectifs « *opérationnels* » et les indicateurs correspondants :

- *« assurer la régulation régionale de l'offre de soins »* : parmi les objectifs figure l'articulation des objectifs quantifiés du SROS avec le financement par la tarification à l'activité (T2A) (l'indicateur associé étant la mesure de l'écart entre le prévisionnel et le réalisé concernant les implantations d'équipement et les volumes d'activité) ;

- « *favoriser la qualité des soins et la sécurité sanitaire* » : exemple : indicateur relatif aux infections nosocomiales ICALIN ;

- « *veiller aux équilibres financiers* » : exemple : mesurer l'effectivité des contrats de retour à l'équilibre budgétaire ;

- « *contribuer à l'optimisation de l'organisation et de la gestion internes des établissements de santé* » : exemple : veiller à l'utilisation d'outils de gestion : comptabilité analytique, participation aux chantiers de la mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH), recours aux outils de *benchmarking* de la fédération hospitalière de France (FHF) ;

- « *favoriser l'efficience des pratiques hospitalières* » : exemple : mise en œuvre d'accords d'amélioration des pratiques hospitalières ;

[7] Ces six volets sont : i) l'état des lieux sur les politiques sanitaires nationales ; ii) la qualité des soins et la sécurité sanitaire ; iii) les finances ; iv) les recompositions ; v) les systèmes d'information ; vi) le fonctionnement des établissements de santé.

- « *développer la concertation et le dialogue social en région* » : l'ARH doit « *veiller* » au fonctionnement régulier des instances de concertation professionnelle ou " *constituer* " les instances de concertation régionales.

Les contrats comportent au total 28 indicateurs. Ce nombre peut être plus élevé pour certaines ARH (exemple : 43 indicateurs pour le contrat signé avec l'ARH Alsace, compte tenu d'indicateurs supplémentaires sur les objectifs « *régulation régionale de l'offre de soins* » et « *veiller aux équilibres financiers* »).

2. L'apport du contrat d'objectifs pour le pilotage de la performance des établissements par les ARH est limité

a) La notion de performance est peu présente dans la partie du contrat consacrée aux objectifs nationaux

L'amélioration de la performance hospitalière n'est pas définie comme l'objectif central du contrat alors que la DHOS essaie de développer une approche globale de la performance, comme l'illustre la mise en place de chargés de mission « *efficience des organisations hospitalières* »[8].

La structure du contrat reprend les fonctions " classiques " des ARH (régulation régionale de l'offre de soins, allocation budgétaire) sans les articuler vraiment entre elles.

La performance fait l'objet d'un objectif spécifique qui n'est pas relié aux objectifs en matière de planification sanitaire ou de finances. Son contenu limité comprend des objectifs opérationnels relatifs à la nouvelle gouvernance, dont la relation directe avec l'amélioration de la performance n'est pas aisée.

b) La partie du contrat relative aux objectifs régionaux est plus consacrée à l'offre de soins qu'à l'amélioration de la performance

Les objectifs régionaux fixent les besoins en termes d'offre de soins identifiés suite au diagnostic (cf. *supra*). La logique de planification sanitaire prédomine, comme le tableau 3 en pièce jointe l'illustre (sans prétendre à l'exhaustivité).

Les objectifs régionaux consacrés à la performance ou l'efficience hospitalière sont limités en nombre (cf. pièce jointe tableau 4). Ils se rangent en deux catégories principales :

- l'amélioration de la qualité des soins : qu'il s'agisse de l'amélioration du suivi du patient *via* l'informatisation (ARH Basse-Normandie), de l'éducation du patient (ARH Champagne-Ardenne) ou de la diminution du taux de fuite extra-régional dans une activité (Picardie) ;

- l'optimisation des ressources et la productivité : deux objectifs ont été recensés par la mission dans les 17 contrats. L'ARH Franche-Comté prévoit ainsi d'améliorer, au travers de recommandations faisant suite à des audits, « *la performance des blocs opératoires* » ; l'ARH Rhône-Alpes entend réaliser des audits pour vérifier si les écarts de dotation par journée réalisée des hôpitaux

[8] Cf. documents transmis à la mission : plan d'action stratégique de la DHOS pour les établissements de santé (V12 du 23 novembre 2005) ; note de décembre 2005 de la sous-direction de la qualité et du fonctionnement des établissements de santé sur l'état du *benchmarking* et du développement du contrôle de gestion, qui formule des préconisations en matière de développement d'indicateurs et de systèmes d'information. Voir aussi la présentation faite lors du séminaire des 28 et 29 septembre 2006 réunissant les nouveaux chargés de mission « *efficience des organisations hospitalières* ».

locaux sont justifiés, afin « *d'introduire une plus grande équité dans l'allocation des moyens budgétaires* ».

c) La valeur ajoutée du contrat pour le pilotage de la performance des établissements par les ARH est réduite

Le contrat ne contient pas de réelle priorité ou de levier permettant aux ARH d'agir auprès des établissements. Ainsi sur l'objectif national " *assurer la régulation régionale de l'offre de soins* ", le contrat demande aux ARH :

- de « *suivre et d'évaluer les opérations de recomposition hospitalière* » : il ne s'agit pas d'un objectif en soi. C'est une mission traditionnelle de l'ARH, donc le contrat n'ajoute rien sur ce point par rapport à la réglementation ;

- d'« *assurer l'articulation entre les objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS) du SROS et le financement par le dispositif T2A*[9] » : on mesure mal le rôle que peut jouer l'ARH en ce domaine. De plus, l'articulation avec la T2A est absente de la méthode nationale de construction des objectifs quantifiés[10], qui répond à une logique d'offre[11]. Enfin, cette articulation est susceptible de poursuivre deux objectifs contradictoires : réduire les OQOS pour les rendre compatibles avec l'ONDAM ou justifier une demande d'augmentation de l'ONDAM. Un interlocuteur de la mission à la DHOS lui a en effet indiqué que ces travaux devraient permettre de rechercher une augmentation du taux de croissance de l'ONDAM [12].

De même le contrat d'objectifs positionne l'ARH comme facilitateur ou intermédiaire du dialogue social dans la mise en œuvre de l'objectif « *développer la concertation et le dialogue social* ». La marge de manœuvre de l'ARH est pourtant peu évidente, l'ARH devant agir alors que son pouvoir réglementaire en matière de gestion des ressources humaines est limité.

Aucune action particulière n'est en revanche demandée concernant l'évaluation des directeurs d'établissement, désormais de la compétence du directeur de l'ARH (à l'exception des directeurs de CHU, dont l'évaluation est faite au niveau central), ou du contrôle de l'exercice de l'activité libérale des praticiens hospitaliers, compétence attribuée par l'ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003.

---

[9] L'indicateur associé est la « *mesure de l'écart entre le prévisionnel et le réalisé concernant les implantations d'équipement et le volume d'activité* ».

[10] Les deux notes du 13 décembre 2005 transmises par le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins aux ARH sur, d'une part, l'élaboration du SROS III et, d'autre part, sur les éléments de méthode pour la construction des objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS) dans le cadre des SROS, **ne mentionnent pas cet impératif**. La note du 13 décembre 2005 sur les OQOS indique en effet que « *Les objectifs quantifiés définis pour chaque territoire de santé doivent être élaborés en réponse aux besoins de santé et comportent trois dimensions : le lieu, l'accessibilité et le volume. **L'estimation du volume consiste à mesurer les écarts entre la production actuelle et le résultat à atteindre, au regard des besoins estimés de la population*** (...) *La valeur cible est une valeur calculée qui correspond à l'activité qui devrait être produite pour répondre aux besoins estimés de la population, en tenant compte de son évolution .. et en tenant compte des indices comparés d'hospitalisation des différentes régions* ».

[11] Cf. note de la sous-direction de l'organisation du système de soins du 13 décembre 2005 : « *La méthodologie repose sur une mesure de l'écart entre la production actuelle et celle qui devrait être produite à l'issue du SROS. **L'objectif consiste à combler cet écart**, soit en augmentant les activités nécessaires aux besoins de la population, soit en diminuant ou en restructurant celles qui ne correspondent pas ou plus à des besoins* ».

[12] La note commune des sous-directions des affaires financières et de l'organisation du système de soins datée du 10 mai 2006 indique que : « *Dans un premier temps il s'agit de mesurer l'impact théorique du SROS sur les dépenses de l'assurance maladie aux échelon régional et national (ONDAM hospitalier). Plus précisément, l'objectif de cette première étape dans la démarche de régulation des dépenses d'assurance maladie est, d'une part, de contribuer à améliorer la qualité des prévisions d'activité à l'échelon national et, d'autre part, **de prendre la mesure d'un écart éventuel** entre l'augmentation du niveau de dépenses d'assurance maladie, telle que le chiffrage des SROS la valoriserait et l'augmentation prévisionnelle de l'ONDAM* ».

3. L'appui de la DHOS aux ARH est insuffisant

Le contrat ne fournit pas toujours un levier utile pour le pilotage national des ARH par la DHOS, ou le pilotage par l'ARH des établissements.

a) Les modalités de systématisation des bonnes pratiques ne sont pas précisées

Suite aux recommandations de la mission de l'IGAS (cf. *supra*), l'évaluation intervient à l'occasion d'un dialogue de gestion annuel organisé entre l'ARH et la DHOS, à titre expérimental en 2006. La procédure est structurée en trois temps : le bilan de l'année écoulée ; les perspectives d'exécution du contrat pour l'année à venir ; l'environnement et le fonctionnement de l'agence.

Les modalités de diffusion des résultats d'ensemble des ARH et la systématisation des « bonnes pratiques » relevées au sein du réseau ne sont en revanche pas précisées.

b) La mise en œuvre du contrat ne s'accompagne pas d'un appui supplémentaire de la DHOS

Le contrat est un contrat d'objectifs et non de moyens. L'allocation des moyens n'est pas discutée ou tranchée dans le cadre du contrat, mais lors des conférences budgétaires annuelles.

L'agence peut solliciter l'appui de l'administration centrale[13]. Si ce soutien peut revêtir plusieurs formes (assistance méthodologique, interventions ciblées, appui des missions nationales), il ne s'agit pas de moyens nouveaux par rapport à la pratique. La précédente mission IGAS estimait peu probant le soutien prévu aux ARH et s'interrogeait sur son contenu effectif et la mission estime que les contreparties en appui méthodologique restent faibles.

Par ailleurs, le contrat ne se traduit pas par la mise à disposition par la DHOS d'outils (système d'informations et/ou base de données). Ainsi, sur le plan budgétaire, il est demandé aux ARH de réaliser une « *courte note* » de conjoncture quadrimestrielle sur la base de l'exécution des états prévisionnels de recettes et de dépense (EPRD), sans que la DHOS fournisse au ARH un support informatique pour l'analyse et la comparaison au niveau régional des EPRD[14] ou une note de synthèse nationale par catégorie d'établissements.

II. LE CONTRAT D'OBJECTIFS POURRAIT ÊTRE RECENTRÉ SUR L'AMELIORATION DE LA PERFORMANCE DES ÉTABLISSEMENTS

La démarche de contractualisation a le mérite d'essayer d'améliorer le pilotage national des ARH, même si les attentes ne sont pas toujours bien définies. La mission recommande non seulement son maintien mais elle estime qu'elle doit être renforcée pour :

- recentrer le contrat sur la performance afin de mettre les ARH en position d'agir vis-à-vis des établissements ;

---

[13] Exemple : contrat d'objectifs de l'ARH Haute-Normandie : « *Outre l'assistance méthodologique et technique éventuellement nécessaires à la mise en œuvre du contrat, des interventions plus ciblées pourront être effectuées par des organismes d'expertise hospitalière : mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH), mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier (MAINH), dispositif d'accompagnement des réformes. La DHOS s'attachera également à identifier et mettre en œuvre les évolutions juridiques facilitant la réalisation des objectifs du contrat* ».

[14] L'outil CABESTAN mis en place par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) est conçu comme une simple plate-forme de saisie pour l'échange de fichiers entre l'établissement et les services de l'Etat chargés de l'examen et de l'approbation des EPRD.

- préciser les moyens apportés par le niveau central.

A. La définition de la performance hospitalière devrait être précisée et mieux déclinée dans le contrat d'objectifs

L'objectif des propositions formulées *infra* par la mission est de mieux lier les indicateurs nationaux et les indicateurs pouvant être repris par les ARH dans le cadre de leur propre démarche de contractualisation avec les établissements (CPOM), afin de faciliter le pilotage local par les ARH.

1. Le contrat d'objectifs devrait définir la performance pour faciliter le pilotage des ARH et servir de levier aux ARH pour piloter les établissements

La performance peut être définie comme l'amélioration du rapport entre une offre de soins, en termes de quantité et de qualité, et son coût. Peut être mise en valeur la corrélation fréquente entre des coûts élevés et une qualité dégradée (un faible volume d'activité peut conduire à une activité déficitaire tout en compromettant la qualité des soins délivrés).

Cette définition doit être déclinée au niveau de l'établissement mais aussi du territoire de santé pertinent. En effet, les comportements d'optimisation de certains établissements (sélection d'activités, concentration, etc.) peuvent réduire l'accès à l'offre de soins pour une partie de la population ou conduire au développement de surcapacités. C'est la conciliation ou la régulation de ces deux éléments de la performance qui doit être le cœur de la mission des ARH[15].

Le contrat doit donc :

- séparer ce qui relève de la stratégie (le contrat) et de la statistique (PRODIGE) ;

- affirmer la vocation stratégique de pilotage de la performance des établissements par l'ARH et faciliter l'évaluation de ses résultats.

Pour alléger la tâche des ARH, les enquêtes nationales ponctuelles devraient être supprimées, car elle doublent la fonction du tableau de bord PRODIGE (cf. *supra* au I.A.3).

2. Le contrat d'objectifs doit demander aux ARH de conditionner leur soutien aux établissements à une amélioration de la performance

Le contrat doit affirmer que l'appui de l'ARH aux établissements est conditionné à une amélioration de leur performance.

[15] Pour réduire ces comportements d'optimisation mais également faciliter les restructurations, la mission préconise d'étudier l'idée, avancée par des interlocuteurs rencontrés par la mission (représentants de la FHF mais également directeurs d'établissements), d'une structure juridique publique unique par territoire de santé – il y a en général un ou deux territoires de santé par département. Les mutations professionnelles des agents, les recompositions et spécialisations d'activité seraient facilitées au sein d'une structure juridique unique comportant plusieurs localisations physiques.

a) La régulation régionale de l'offre de soins pourrait s'organiser autour d'un examen plus rigoureux des projets d'investissement et de la soutenabilité du SROS

Les investissements en cours ou en projet structurent pour longtemps l'offre de soins et sont porteurs de coûts d'exploitation d'autant plus élevés qu'ils sont le plus souvent non évalués. Certains établissements ont cependant élaboré un programme détaillé de financement pluriannuel des investissements[16].

La mission a constaté un déficit important dans l'analyse des projets d'investissements, au vu des entretiens qu'elle a menés : absence d'évaluation ex ante des conséquences de l'investissement sur la section d'investissement (y compris lors d'une augmentation de surface de 30%), absence de réflexion sur l'organisation concomitante à la construction de nouveaux locaux, réflexion insuffisante sur la cohérence entre évolution de l'activité, marges de productivité disponible, autorisations et investissement.

Il importe que l'évaluation des projets d'investissements soit affirmée comme une priorité, notamment dans le contexte du prochain plan d'investissement (plan hôpital 2012).

Encart : l'examen des projets d'investissement

L'examen des projets d'investissement devra notamment prendre en compte les items suivants :

- en fonction des investissements prévus, l'analyse des marges de productivité disponibles sur le segment d'activité considéré (exemple : taux d'occupation du bloc opératoire)

- le plan de financement pluriannuel détaillé du projet (capacités d'autofinancement de l'établissement, impact sur la section d'exploitation du niveau des dotations aux amortissements) ;

- l'évaluation du retour sur investissement : évaluation des besoins de santé à moyen terme, bassin de population concerné, valorisation de l'activité induite par l'investissement (« score T2A ») ;

- la description de la réorganisation du fonctionnement induit par l'investissement ainsi que, le cas échéant, des gains de productivité ;

- la procédure de suivi.

Lors de l'examen des projets d'investissement, il conviendrait ainsi que les ARH soient en mesure d'identifier les points de fragilité des projets susceptibles de dégrader la situation financière de l'établissement. La mission d'expertise et d'audit hospitalier (MEAH) et la mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier (MAINH) pourraient être sollicitées pour élaborer une grille d'analyse des projets (cf. annexe V sur le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens).

[16] Ainsi le CH de Niort a produit un plan de financement pluriannuel des investissements 2005-2013. Ce document décrit les modalités de l'opération et de son financement, année par année. Il détaille : l'origine des ressources (autofinancement *via* amortissement pour 27%, emprunt pour 66%, apport de l'ARH pour le solde), l'impact des charges financières de l'investissement sur l'exploitation, les conditions d'équilibre des sections investissement et exploitation).

De nombreux interlocuteurs rencontrés par la mission (équipe rapprochée du directeur de l'ARH, membres d'équipes de direction d'hôpitaux) ont souligné le caractère peu ambitieux des SROS III adoptés en mars 2006 s'agissant des opérations de recomposition de l'offre de soins. La nécessité de conditionner le maintien de situations dérogatoires (pour des motifs d'aménagement du territoire) dans la fixation des objectifs quantifiés d'offre de soins et le renouvellement des autorisations à des indicateurs de performance (sécurité en premier lieu, qualité, maîtrise des coûts) doit être réaffirmée[17].

Par ailleurs, sur le modèle de l'ARH Rhône-Alpes pour les hôpitaux locaux (cf. *supra*), des audits préalables pourraient être généralisés *a minima* aux établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR), afin de mieux répartir les moyens en fonction de l'adéquation de leur activité aux missions qui leur sont dévolues (qualité de prise en charge, environnement de l'établissement et dotation par journée).

b) Les ARH pourraient développer une grille d'analyse des contrats de retour à l'équilibre et définir une politique de répartition des aides à la contractualisation

L'ARH doit formaliser les critères du recours[18] au contrat de retour à l'équilibre, et établir des contrats type en ce sens (cf. annexe VI sur les contrats de retour à l'équilibre).

L'ARH devrait également pouvoir transmettre à la DHOS une grille des critères d'utilisation des crédits au titre de l'aide à la contractualisation (AC), dans l'hypothèse notamment où elle obtient une plus grande marge de manœuvre en matière d'attribution de crédits (cf. *infra* au B). Il s'agirait dans ce cadre, pour le niveau national, de mesurer la capacité de l'ARH à suivre et à faire respecter les engagements conditionnels des crédits auprès d'établissements engagés dans une démarche d'amélioration de leur performance.

c) L'évaluation du contrat de bon usage du médicament pourrait être intégrée dans le contrat, sous réserve d'une politique nationale claire de la DHOS

Le contrat de bon usage du médicament (CBUM) est instauré par le décret n°2005-1023 du 24 août 2005. Il est signé entre le directeur de l'ARH et le directeur de l'établissement. Il mentionne les objectifs quantitatifs et qualitatifs poursuivis ainsi que les indicateurs de suivi et de résultats attendus nécessaires à son évaluation périodique. L'établissement adresse un rapport d'étape annuel ainsi qu'un rapport final à l'ARH.

Le décret prévoit, en contrepartie du respect des engagements souscrits par l'établissement de santé, le remboursement intégral de la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie pour les produits concernés (médicaments coûteux, etc.). Il prévoit en revanche des sanctions financières pour les établissements ne s'y conformant pas.

Le CBUM est donc au croisement de différents champs de la performance : qualité et sécurité (circuit du médicament), amélioration de la gestion (systèmes d'information) et de l'organisation, maîtrise du coût des médicaments (suivi des prescriptions). A ce titre, la mission s'est intéressée à la politique d'évaluation de la mise en œuvre du contrat par les ARH rencontrées. Elle n'a toutefois pas pu examiner en détail, compte tenu des délais qui lui étaient impartis, la politique des ARH en la matière (contenu des contrats type, objectifs poursuivis, etc.).

---

[17] Des seuils d'activité minimale font l'objet d'une réflexion associant les sociétés de professionnels. Voir par exemple pour la prise en charge chirurgicale du cancer l'avis du haut conseil de la santé publique sur le rapport du groupe technique national de définition des objectifs de santé publique du 11 mars 2003 (disponible à la documentation française), les annexes de la circulaire DHOS/SDO 2005-101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie.

[18] L'ARH Rhône-Alpes estime par exemple que lorsque le déficit atteint 1% des produits totaux, il faut engager une action correctrice.

La contractualisation des établissements avec l'ARH sur ce sujet est considérée comme positive par la majorité des interlocuteurs rencontrés (directeurs d'établissement, responsables des pharmacies, etc.). Elle favorise la prise de conscience de la nécessité de renforcer la qualité de la prescription et la sécurité, *via* l'informatisation notamment, de la délivrance des médicaments et dispositifs implantables mentionnés dans le décret.

Encart : l'évaluation des contrats de bon usage du médicament

Les ARH devraient pouvoir indiquer au niveau national :

- les principes et critères de notation et de classement (« *scoring* ») des établissements au titre du CBUM ;
- les résultats du *scoring* ;
- les modalités de contrôle de l'ARH et les critères de sanctions envisagés.

Une telle évaluation suppose **toutefois des orientations claires de la DHOS à l'égard du CBUM.** Ainsi, la DHOS n'a pas souhaité mettre en œuvre au titre de 2006 les sanctions pourtant prévues par le décret, nuisant à la crédibilité des ARH (dont au moins une rencontrée par la mission) qui s'apprêtaient à appliquer leur barème modulé de sanctions.

L'évaluation du contrat de bon usage du médicament (CBUM) ne figure pas en outre dans le contenu de l'objectif « *favoriser la qualité des soins et la sécurité sanitaire* » ou le volet « *contribuer à l'optimisation de l'organisation et de la gestion internes des établissements de santé* » du contrat d'objectifs de l'ARH.

d) Les ARH pourraient comparer la performance de l'organisation des établissements, sur la base des travaux de la MEAH

La mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH) a été créée en mai 2003 dans le cadre du « *Plan Hôpital 2007* ». Elle fournit aux établissements de santé publics et privés un appui méthodologique pour évaluer et améliorer leur organisation, avec le souci de concilier qualité et efficience.

La mission a recensé les thèmes étudiés par la MEAH, identifié des indicateurs de performance et relevé des valeurs-cible (cf. tableau 5 en pièce jointe), pour les thèmes suivants : l'imagerie (IRM et scanner), les urgences et les blocs opératoires[19].

Ces indicateurs permettent d'apprécier l'efficience de l'organisation, donc l'optimisation des moyens humains et budgétaires (taux d'occupation) pour effectuer une prestation donnée à qualité égale ou supérieure (la réduction du temps d'attente aux urgences constituant par exemple un confort pour le patient).

La mise en place systématisée de ces indicateurs est apparue d'une grande importance pour la mission. En effet, le poids de certaines structures (blocs opératoires, urgences) influe directement sur le fonctionnement général de l'hôpital (productivité, budget, conditions de travail, qualité, etc.). En outre, son évaluation est plus « parlante » pour les professionnels qui disposent ainsi de pistes d'actions.

[19] Indicateurs de productivité extrait du rapport de fin de mission ou du répertoire d'indicateurs de la MEAH.

La mesure de leur performance permettrait plus aisément à l'ARH de cerner les marges de progrès de l'établissement, en particulier dans un contexte budgétaire tendu. La mission a toutefois conscience des problèmes de mesure que soulèvent certains des indicateurs qu'elle a relevés (cf. tableau 5 en pièce jointe).

Le contrat d'objectifs de l'ARH pourrait inclure, dans le volet « *contribuer à l'optimisation de l'organisation et de la gestion internes des établissements de santé* », **sur la proposition de l'ARH, des thèmes sur lesquels l'amélioration de l'efficience de certaines fonctions**, **sur la base des indicateurs et valeurs proposés par la MEAH, pourrait être recherchée**. La mission estime qu'une telle proposition offre plusieurs avantages :

- la mesure de ces indicateurs favorise l'évaluation de la performance des établissements ;

- le choix de certains thèmes permet de conduire une démarche régionale cohérente ;

- la diffusion des résultats favorise la transparence sur la performance des établissements et peut les inciter à agir ;

- l'évaluation favorise la généralisation plus rapide des solutions de la MEAH ;

- elle fixe des objectifs de progrès aux établissements (fourchette d'amélioration), ces indicateurs pouvant être déclinés dans les CPOM signés avec les établissements (les valeurs cible pouvant différer d'un établissement à l'autre, selon la situation de départ, cf. annexe V sur le CPOM) ;

- l'ARH dispose d'un critère d'appréciation supplémentaire pour évaluer les gains d'optimisation dans des domaines qui ont un impact budgétaire fort.

3. Le tableau de bord régional de l'ARH devrait être diffusé aux établissements

La mission propose un tableau de bord régional de l'ARH (cf. annexe III, Propositions de tableaux de bord pour les ARH). Son objectif doit être de mesurer la performance des établissements de santé sur différents points : finances, qualité, organisation interne, etc. pour permettre à l'ARH de mieux piloter la gestion de l'hôpital.

Les résultats du tableau de bord régional de l'ARH devraient être communiqués aux établissements, la transparence pouvant constituer un élément d'incitation (plusieurs responsables d'établissement ont d'ailleurs spontanément fait part de ce souhait à la mission).

B. Le ministère de la santé pourrait apporter des contreparties aux ARH

La mise à disposition d'agents des DRASS et DDASS auprès du directeur de l'ARH permettrait d'améliorer le fonctionnement du réseau (cf. annexe IX).

Au-delà, le ministère de la santé considère la démarche de contractualisation comme l'outil de pilotage des ARH, garantes de l'amélioration du niveau et de la qualité des soins. **La mission soutient ce choix**, **mais estime que la contractualisation et donc l'évaluation sur les objectifs devrait s'accompagner de contreparties au profit des ARH**.

L'attribution de moyens conditionnés aux engagements pris est un outil de pilotage pour la DHOS, mais également un levier au niveau local pour l'ARH qui peut disposer de moyens supplémentaires pour la mise en œuvre de ses priorités.

1. Des marges de manœuvre financières nouvelles pourraient être attribuées aux ARH

La mission propose de doter en début d'année la ligne réservée à l'aide à la contractualisation des ARH afin notamment de :

- commissionner des consultants pour mener des audits selon les méthodes de la MEAH et faciliter les démarches de réorganisation.

- contractualiser avec les établissements (dans le cadre du CPOM ou du contrat de retour à l'équilibre) pour engager des actions d'amélioration de l'organisation et de productivité, de la qualité des soins. Des contreparties pourraient être allouées par l'ARH mais sous stricte conditionnalité.

Des marges de manœuvre peuvent être également dégagées en favorisant la fongibilité des enveloppes « hors T2A » (au sein des activités MCO, SSR, PSY) au profit des ARH, pour attribuer les crédits au plus près des priorités locales.

La DHOS doit s'assurer en contrepartie que les ARH disposent de critères stricts d'utilisation (exemple : méthode d'analyse des CRE).

2. L'administration centrale devrait mutualiser les bonnes pratiques et favoriser l'utilisation d'outils communs aux ARH et aux établissements

Le dispositif de contractualisation est à la date de la mission largement engagé, sans que la procédure d'évaluation du contrat ou les modalités de diffusion des résultats (comparaison entre ARH) soient connues.

L'appui de l'administration centrale et de la DHOS en particulier (avec le concours des missions nationales et autres établissements) devrait être formalisé sur les points suivants :

- la diffusion des « bonnes pratiques » des ARH : élaboration d'applications d'analyse des EPRD et de simulation de l'impact de la T2A sur les finances des établissements (ARH Rhône-Alpes), procédure d'évaluation des directeurs d'établissement par les ARH et modèles de CPOM (ARH Bretagne et Rhône-Alpes) ;

La mission souligne la nécessité d'assurer au plus vite la livraison de l'outil « parhtage décision ». Elle relève d'ailleurs que la DHOS promeut dans certains contrats d'objectifs l'utilisation de la banque de données de la FHF, alors même qu'elle a déployé l'outil provisoire SIHNAT[20].

[20] Voir annexe I.

Pièces jointes

PIÈCES JOINTES : TABLEAUX

Les parties du tableau surlignées en gras sont les items pour lesquels des objectifs ou indicateurs différents entre les deux contrats apparaissent.

Tableau 2 : Indicateurs nationaux : comparaison des contrats d'objectifs conclus avec l'ARH Rhône-Alpes et en cours de négociation avec l'ARH Poitou-Charentes

Contrat DHOS – ARH Poitou-Charentes 2006-2009 (document daté de novembre 2006)			**Contrat DHOS – ARH Rhône Alpes 2006-2009 (daté de juin 2006)**		
Objectif	**Indicateur**	**Valeur cible**	**Objectif**	**Indicateur**	**Valeur cible**
1er objectif national : assurer la régulation régionale de l'offre de soins.					
Suivre et évaluer les recompositions	- regrouper les plateaux techniques conformément aux recommandations SROS III (sites de Royan avec réorganisation des activités d'urgence et SSR et Rochefort pour rapprochement public-privé dans le cadre d'un nouvel hôpital. - soutenir les hôpitaux de proximité dans la reconversion de leur activité de chirurgie (CH de Barbezieux, Loudun et Confolens). - soutenir la restructuration d'un plateau technique autour d'un projet d'établissement réaliste et viable (CH Nord Deux Sèvres).	Respect des échéanciers. Délai de fermeture Echéancier.	Suivre et évaluer les recompositions hospitalières.	- regrouper les plateaux techniques (CH Bourgoin-Jallieu, clinique St Vincent de Paul, ..) ; - délocaliser les établissements soins de suite pour les rapprocher des centres actifs : CMUDD de Grenoble ; - reconvertir les activités de soins aigus dont la qualité et la quantité sont insuffisantes : hôpital de Moze en Ardèche.	-
Augmenter le taux de chirurgie ambulatoire (CA) pour cinq gestes traceurs (cataracte, extractions dentaire, etc.)	Taux de pratique pour ces 5 gestes.	Taux cible pour : Cataracte : 75% Arthroscopie du genou : **45%** Extractions dentaires : 75% Amygdalectomie :	Augmenter le taux de chirurgie ambulatoire (CA) pour cinq gestes traceurs (cataracte, extractions dentaire, etc.)	Taux de pratique de la CA sur les 5 gestes traceurs (cataracte, extraction dentaire, arthroscopie du genou, varices, adénoamygdalectomie).	Taux cible pour : Cataracte : 75% Arthroscopie du genou : **65**% Extractions dentaires : 75% Amygdalectomie :

Contrat DHOS – ARH Poitou-Charentes 2006-2009 (document daté de novembre 2006)			Contrat DHOS – ARH Rhône Alpes 2006-2009 (daté de juin 2006)		
Objectif	**Indicateur**	**Valeur cible**	**Objectif**	**Indicateur**	**Valeur cible**
		70% Chirurgie des varices : 40%			75% Chirurgie des varices : 40%
Assurer l'articulation entre les OQOS du SROS et le financement par le dispositif T2A sur la base d'une méthode de chiffrage des OQOS **nationale**	Mesure de l'écart entre le prévisionnel et le réalisé concernant les implantations d'équipement et les volume d'activité.	Respect du chiffrage.	Assurer l'articulation entre les OQOS du SROS et le financement par le dispositif T2A sur la base d'une méthode de chiffrage des OQOS **élaborée par l'ARH**.	Mesure de l'écart entre le prévisionnel et le réalisé concernant les implantations d'équipement et les volumes d'activité	Respect de **la fourchette (coût de réalisation compris entre 0,8% et 1% de l'enveloppe annuelle hospitalière régionale).**
Inciter les établissements à contracter pour assurer la continuité et la permanence des soins	Nombre d'établissements engagés par contrat.	100% des établissements.	Inciter les établissements à contracter pour assurer la continuité et la permanence des soins.	Nombre d'établissements engagés par contrat	100% des établissements **sous T2A en 2008**.
2ème objectif national : favoriser la qualité des soins et la sécurité sanitaire.					
Identifier les items des risques sur lesquels les ARH doivent contractualiser avec les établissements (existence d'un gestionnaire des risques, élaboration d'un programme de gestion globale et coordonnée validé par l'établissement)	1. taux de contrats signés entre l'ARH et les établissements MCO sur les items de risque ; 2. taux d'établissements ayant signé un CPOM avec des items de gestion des risques parmi ceux accrédités avec des réserves sur ce point ; 3. taux d'exhaustivité de l'enquête ICALIN ; 4. taux d'établissements en classe E d'ICALIN.	100% pour les indicateurs 1 à 3 et 0 établissement en classe E d'ICALIN	Identifier les items des risques sur lesquels les ARH doivent contractualiser avec les établissements (existence d'un gestionnaire des risques, élaboration d'un programme de gestion globale et coordonnée validé par l'établissement)..	1. taux de contrats signés entre l'ARH et les établissements MCO sur les items de risque ; 2. taux d'établissements ayant signé un CPOM avec des items de gestion des risques parmi ceux accrédités avec des réserves sur ce point ; 3. taux d'exhaustivité de l'enquête ICALIN ; 4. taux d'établissements en classe E d'ICALIN.	100% pour les indicateurs 1 à 3 et 0 établissement en classe E d'ICALIN.
3ème objectif national : veiller aux équilibres financiers des établissements de santé.					
Prévenir les difficultés liées à la mise en œuvre des réformes relatives à la gestion financière et comptables des établissements publics et privés	Mise en œuvre effective par l'ARH d'un programme de soutien assorti d'un calendrier visant à l'optimisation de la gestion.	**A.** **1. former 100% des responsables chargés des finances à l'analyse financière d'ici 2007** 2. former 100% des agents DRASS et DDASS à l'analyse des EPRD d'ici à 2007 **3. mettre en place un SI sur l'EPRD.**	Prévenir les difficultés liées à la mise en œuvre des réformes relatives à la gestion financière et comptables des établissements publics et privés	Mise en œuvre effective par l'ARH d'un programme de soutien assorti d'un calendrier visant à l'optimisation de la gestion.	**1. organisation de conférences budgétaires annuelles par département ;** **2. rédaction d'un guide technique d'instruction pour la validation des EPRD ;** **3. audits ciblés avec le cas échéant**

Contrat DHOS – ARH Poitou-Charentes 2006-2009 (document daté de novembre 2006)			Contrat DHOS – ARH Rhône Alpes 2006-2009 (daté de juin 2006)		
Objectif	**Indicateur**	**Valeur cible**	**Objectif**	**Indicateur**	**Valeur cible**
		4. conduire des actions d'information / formation en lien avec le Trésor public **5. inciter au *développement de la comptabilité analytique et du contrôle de gestion* dans les établissements *via* un groupe de travail régional.** **B. Développer un partenariat avec le Trésor public (programme annuel d'analyse financière, audit partenarial,).**			**accompagnement mission DHOS ;** 4. actions de formation EPRD.
Suivre les équilibres financiers des établissements publics et privés	Elaboration quadrimestrielle d'une " *courte note* " de conjoncture à partir des applicatifs de gestion élaborés par l'ARH et suivi des données financières.	Liste d'établissements à analyser en 2006 et 2007 et 100% des établissements à l'issue du contrat.	Suivre les équilibres financiers des établissements publics et privés.	Elaboration quadrimestrielle d'une " *courte note* " de conjoncture.	Liste d'établissements à analyser en 2006 et 2007 et 100% des établissements à l'issue du contrat.
Mesurer l'effectivité des contrats de retour à l'équilibre budgétaire dans les établissements concernés	Taux de diminution des reports à nouveau déficitaires (compte 119) couplé à l'évolution des charges sur exercices antérieurs.	Valeur cible : **en cours de négociation**.	Mesurer l'effectivité des contrats de retour à l'équilibre budgétaire dans les établissements concernés.	Taux de diminution des reports à nouveau déficitaires (compte 119) couplé à l'évolution des charges sur exercices antérieurs.	**Mesure** annuelle de la réduction des déficits structurels et de la situation financière de 26 établissements listés (**pas de valeur cible**) .
4ème objectif national : contribuer à l'optimisation de l'organisation et de la gestion internes des établissements de santé.					
Suivre et encourager la mise en place de la nouvelle gouvernance	Taux d'établissements de santé publics de la région totalement organisés en pôles y compris délégation de gestion.	Taux d'établissements couverts en 2009 sur le total des établissements.	Suivre et encourager la mise en place de la nouvelle gouvernance.	Taux d'établissements de santé publics de la région totalement organisés en pôles y compris délégation de gestion.	100% à l'issue du contrat.
Développer l'utilisation des outils de gestion dans les	1. nombre d'établissements dotés d'une comptabilité analytique	1. 100% ; 2. point lors du	Développer l'utilisation des outils de gestion dans les	1. nombre d'établissements dotés d'une comptabilité	1.+20% par rapport à la situation actuelle ;

Contrat DHOS – ARH Poitou-Charentes 2006-2009 (document daté de novembre 2006)			Contrat DHOS – ARH Rhône Alpes 2006-2009 (daté de juin 2006)		
Objectif	**Indicateur**	**Valeur cible**	**Objectif**	**Indicateur**	**Valeur cible**
établissements de santé	opérationnelle et utilisée par le conseil exécutif et les responsables de pôles ; 2. nombre et taux d'établissements engagés dans les chantiers MEAH ; 3. nombre d'établissements recourant au *benchmarking*.	dialogue de gestion sur le nombre d'établissements engagés dans chantiers MEAH. 3. **pas à ce stade**	établissements de santé.	analytique opérationnelle et utilisée par le CE et les responsables de pôles ; 2. nombre et taux d'établissements MCO utilisant les données FHF et dotés d'outils de suivis de ces indicateurs ; 3. nombre d'établissements MCO recourant au *benchmarking* ou engagés dans les chantiers MEAH.	2. 100% d'établissements ayant recours aux outils *benchmarking* ou ayant recours aux outils MEAH ; 3. **point lors du dialogue de gestion sur le nombre d'établissements** engagés dans chantiers MEAH.
-	-	-	**Développer l'utilisation des outils de gestion au sein de l'ARH.**	**1. nombre et taux d'établissements faisant l'objet d'un tableau de bord de l'ARH.** **2. nombre et taux d'établissements ayant recours aux outils MEAH.**	**1. 100% des établissements.** **2. 100% des établissements.**
5ème objectif national : favoriser l'efficience des pratiques hospitalières.					
Inciter à l'amélioration de la description de l'activité	1. nombre de contrôles effectués sur sites/ nombre d'établissements concernés ; 2. suites données dans les 12 mois aux contrôles ; 3. existence de procédures régionales permettant une analyse qualitative des données produites par les établissements.	1. taux à atteindre d'ici 2009 sur trois ans (100%) ; 2. suite systématique (jusqu'à la mise en œuvre de sanctions) ; 3. procédure à mettre en œuvre par le COTRIM.	Inciter à l'amélioration de la description de l'activité.	1. nombre de contrôles effectués sur sites/ nombre d'établissements concernés ; 2. suites données dans les 12 mois aux contrôles ; 3. existence de procédures régionales permettant une analyse qualitative des données produites par les établissements.	1. 100% ; 2. suites systématiques, jusqu'aux sanctions financières ; 3. Nc.
Mettre en œuvre des accords locaux d'amélioration des pratiques hospitalières et des accords d'initiative pour les thèmes ne faisant pas l'objet d'accords cadres	Pour chaque accord cadre national : 1. nombre d'accords locaux signés / nombre d'établissements concernés ; 2. nature et nombre d'accord d'initiative locale (dont accords relatifs aux transports).	1. 100% des établissements après 2 ans ; 2. accord d'initiative locale : point fait lors du dialogue de gestion.	Mettre en œuvre des accords locaux d'amélioration des pratiques hospitalières et des accords d'initiative pour les thèmes ne faisant pas l'objet d'accords cadres.	Pour chaque accord cadre national : 1. nombre d'accords locaux signés / nombre d'établissements concernés ; 2. nature et nombre d'accord d'initiative locale (dont accords relatifs aux transports).	1. 100% des établissements après 2 ans ; 2. point fait lors du dialogue annuel de gestion.
6ème objectif national : développer la concertation et le dialogue social en région.					
Veiller au fonctionnement régulier des instances regroupant	Nombre de réunions des instances régionales de	**Nombre de réunions fixé pour chaque**	Veiller au fonctionnement régulier des instances regroupant	Fonctionnement des instances de concertation.	**Fonctionnement effectif**.

Contrat DHOS – ARH Poitou-Charentes 2006-2009 (document daté de novembre 2006)			Contrat DHOS – ARH Rhône Alpes 2006-2009 (daté de juin 2006)		
Objectif	**Indicateur**	**Valeur cible**	**Objectif**	**Indicateur**	**Valeur cible**
les différents professionnels sur des thématiques de santé.	concertation	**instance : CROS, CROSM, CRSCM, COPIL SROSIII, comité paritaire régional des gardes et astreintes, commission régionale permanente des urgences, ORMEDIMS, groupe régional de suivi emplois aidés.**	les différents professionnels sur des thématiques de santé.		
Formaliser les modalités du dialogue social par la constitution d'instances de concertation sociale au niveau régional.	1. existence d'un interlocuteur spécialisé au sein de l'ARH ; 2. existence d'un plan ou d'un schéma de communication ; 3. nombre de réunions annuelles de l'instance régionale aux questions sociales.	1. création de la CRASMO avec association FHF, FEHAP, FHP ; 2. schéma de communication : 2007. 3. 3 réunions annuelles.	Formaliser les modalités du dialogue social par la constitution d'instances de concertation sociale au niveau régional.	1. existence d'un interlocuteur spécialisé au sein de l'ARH ; 2. existence d'un plan ou d'un schéma de communication ; 3. nombre de réunions annuelles de l'instance régionale aux questions sociales..	3. 3 réunions.
Mettre en place et renseigner un tableau de bord social, en lien avec celui de la DHOS.	Recueil périodique cohérent et exhaustif des informations concernant les indicateurs clé.	Disposer d'un tableau de bord : - pour les établissements publics (+800 agents) : d'ici un an ; - pour tous les établissements publics : d'ici 2 ans ; - pour les établissements privés : d'ici 3 ans.	Mettre en place et renseigner un tableau de bord social, en lien avec celui de la DHOS.	Recueil périodique exhaustif et cohérent des informations sur les indicateurs clé.	N+1 : les établissements publics les plus importants ; N+2 : tous les établissements publics ; N+3 : les établissements privés.

Au final, le contenu des contrats des deux régions est très proche, malgré leurs différences géographiques (densité de population, etc.) et économique (PIB, situation économique et sociale, etc.). Le caractère plus ou moins ambitieux de certains indicateurs traduit en revanche les degrés divers d'avancement des ARH et leur capacité plus ou moins grande à s'investir sur certains sujets (exemple : les indicateurs de l'objectif « *développer l'utilisation des outils de gestion dans les établissements de santé* » sont plus précis et développés pour l'ARH Rhône-Alpes).

D'autres indicateurs traduisent l'absence de politique claire ou de priorités de la part du niveau national. Il en est ainsi par exemple :

- de l'objectif « *assurer l'articulation entre les OQOS du SROS et le financement par le dispositif T2A* » : la définition de l'indicateur « *Mesure de l'écart entre le prévisionnel et le réalisé concernant les implantations d'équipement et les volume d'activité* » n'est pas claire. D'une part, elle n'explique pas l'objectif visé ; d'autre part, elle ne permet pas en elle-même de mesurer « *l'articulation* » avec la tarification nationale ;

- de l'objectif « *mesurer l'effectivité des contrats de retour à l'équilibre budgétaire* » : l'indicateur n'est pas associé à une valeur cible ;

- de l'objectif « *développer l'utilisation des outils de gestion dans les établissements de santé* » : l'apport des ARH sur vis-à-vis de l'action de la MEAH est limité puisqu'il s'agit de mesurer le nombre d'établissements utilisant les outils de la MEAH, sans qu'une action de l'ARH soit définie pour généraliser et diffuser ces travaux au moyens de valeurs cible par exemple ;

Enfin, on note l'absence d'objectifs et d'indicateurs nationaux sur des thèmes relevant pourtant de l'amélioration de la performance :

- le contrat ne mentionne pas le contrat de bon usage du médicament (cf. *supra*), institué par un décret qui prévoit des objectifs pour les établissements assortis d'indicateurs de résultat et d'un dispositif de sanction ;

- les projets d'investissement, qui ont un impact fort sur les coûts d'exploitation, l'organisation des établissements ;

- l'efficience régionale ou locale.

Tableau 3 : Liste illustrative d'objectifs régionaux des contrats d'objectifs des ARH
(thèmes : cancérologie, gériatrie, psychiatrie)

Région	Thème	Objectif
Alsace	Cancérologie	Objectif opérationnel : - favoriser la constitution d'un pôle régional de cancérologie (par association du CHU et du CLCC) et le développement du réseau CAROL ; - étendre le champ d'action du réseau ONCOLIA à tous les établissements de santé et aux professionnels libéraux des territoires de santé 1 et 2. Indicateur de performance - signature d'une charte CHU – CLCC - constitution d'un réseau local.
Nord-Pas-de-Calais	Améliorer la prise en charge du cancer	Objectif opérationnel : Structurer la pluridisciplinarité de manière cohérente, mutualisée et lisible par territoire, en généralisant la visioconférence. Indicateur de performance Nombre et taux de zones de proximité organisés et couverts par la visioconférence
Basse-Normandie	Gériatrie	Objectif opérationnel : Mettre en place, dans chaque établissement ou groupe d'établissements *de recours*, un service de court séjour gériatrique avec équipe mobile gériatrique interne. Indicateur de performance : Constitution d'un service de court séjour gériatrique et d'une équipe mobile de gériatrie dans chacun des 7 établissements sièges des actuels services d'urgence.
Languedoc-Roussillon	Gériatrie	Objectif opérationnel : Mettre en place des courts séjours gériatriques (sur la base de un lit pour 1 000 habitants de plus de 75 ans) dans chaque établissement siège de services d'urgence (soit 10 établissements). Indicateur de performance Nombre de lits identifiés et/ou d'unités de court séjour gériatrique, par création ou par reconversion de lits.
Picardie	Gériatrie	Objectif opérationnel : Améliorer le retour à domicile par le développement des aides de retour à domicile Indicateurs de performance : - nombre et taux de patients bénéficiant de la prestation de retour à domicile ; - nombre de conventions signées entre la CRAM et les établissements de santé
Haute-Normandie	Psychiatrie	Objectif opérationnel : Renforcer les structures d'hospitalisation complète en psychiatrie infanto juvénile. Indicateur de performance : Nombre de lits d'hospitalisation complète infanto-juvénile par département.
Poitou-Charentes	Psychiatrie	Objectif opérationnel : Réaffirmer la place du centre médico-psychologique (CMP) comme pivot du dispositif de proximité, par une augmentation des jours d'ouverture et des amplitudes horaires et par une amélioration des prises en charge non programmées Indicateurs de performance : - nombre de CMP ayant augmenté leurs plages d'ouverture. - nombre d'accueils téléphoniques mis en place assurés par un soignant ou un psychiatre - nombre de territoires couverts par un accueil téléphonique.

Tableau 4 : Objectifs régionaux des contrats d'objectifs des ARH ayant trait à la performance

Région	Thème	Objectif	Performance
Basse-Normandie	Urgences	Objectif opérationnel : Informatiser les services d'urgence pour favoriser le suivi de l'activité de médecine hospitalière d'urgence. Indicateur de performance : Taux de passages aux urgences faisant l'objet d'un enregistrement de type " résumé de passage aux urgences " (RPU).	qualité
Centre	Urgences	Objectif opérationnel : Développer les capacités d'accueil en hospitalisation complète et hospitalisation de jour en soins de suite et de réadaptation polyvalents Indicateur de performance : Indicateur sur la fluidité à présenter par l'ARH à chaque dialogue de gestion, réalisé sur la base d'une enquête auprès du CHR Orléans, des CH de Bourges, Dreux, Blois, une semaine donnée, et portant sur la DMS des personnes de plus de 75 ans et le ***flux horaire moyen de fréquentation rapporté au nombre de présents au temps T***.	organisation
Champagne-Ardenne	Education du patient	Objectif général Renforcer le rôle de l'hôpital dans l'éducation du patient pour les pathologies suivantes (diabète, obésité, asthme, maladies cardio-vasculaires et insuffisance rénale chronique) en développant une culture de l'éducation du patient et en confortant le professionnalisme des intervenants. Indicateurs de performance - nombre d'actions de formations dispensées par le pôle à l'intérieur ou à l'extérieur de l'hôpital - évaluation formalisée du dispositif - nombre et taux de patients couverts par le dispositif	qualité
Franche-Comté	Blocs opératoires	Objectif général : ***Mesurer la performance des blocs opératoires pour optimiser les ressources humaines et budgétaires et pour améliorer la qualité et la sécurité du service rendu.*** Objectif opérationnel : Réaliser un audit de fonctionnement des blocs de tous les établissements MCO et en assurer le suivi annuel Indicateurs de performance : - taux de blocs opératoires audités pendant la période d'exécution du contrat avec accompagnement par un consultant ***qui se sont dotés d'un applicatif de gestion de la performance***. - taux d'établissements ayant appliqué les préconisations de l'audit et les recommandations du SROS 3.	productivité
Picardie	Cancérologie	Objectif opérationnel: Diminuer les fuites extra-régionales en chirurgie thoracique (renforcer l'offre de soins en chirurgie thoracique). Les fuites observées en chirurgie thoracique font état de plus de 74% des séjours réalisés hors de la région et principalement dans les établissements de santé franciliens. Indicateurs de performance : - nombre de sites référents en chirurgie thoracique - taux de fuites extra régionales.	qualité
Poitou-Charentes, Aquitaine, Basse-Normandie, Rhône-Alpes	Psychiatrie	Objectif opérationnel : Réduire le nombre de prises en charge inadéquates. Indicateurs de performance : Nombre et taux de lits sectorisés occupés par des patients hospitalisés depuis plus de un an et déclarés sortants ou relevant du secteur médico-social.	organisation
Rhône-Alpes	Hôpitaux locaux	***Objectif général :*** ***Renforcer le rôle des hôpitaux locaux dans l'offre de soins et introduire une plus grande équité dans l'attribution des moyens***	productivité

Région	Thème	Objectif	Performance
		budgétaires. Objectif opérationnel : Réaliser un audit des hôpitaux locaux de la région ayant pour objectif de : - vérifier si les établissements répondent aux missions qui leur sont dévolues, notamment au regard de leur positionnement dans la filière de soins. - vérifier si les écarts de dotation par journée réalisée se justifient entre établissements au regard de leur environnement, de la qualité de prise en charge et de l'organisation interne. Indicateurs de performance : - nombre et taux d'établissements audités. - suivi des préconisations relatives à l'évolution de la répartition des moyens entre les différents hôpitaux locaux et à l'évolution de l'organisation et du fonctionnement médical **- *taux de réallocation des moyens.***	

NB : La mission a surligné en gras les objectifs de performance visant à améliorer la productivité d'une fonction ou organisation

PIÈCE JOINTE 4

Tableau 5 : Recensement par la mission d'indicateurs tirés des travaux de la MEAH et généralisables aux établissements (dans les domaines imagerie, urgences et blocs) avec indication éventuelle de valeurs-cible

indicateur	Domaine de la performance	Définition	Fourchette relevée (chantiers MEAH)	Valeur cible proposée par la mission	Commentaires de la mission
Imagerie – IRM et scanner					
Taux d'utilisation des équipements	Efficience	Durée d'ouverture effective/nombre d'heures année	de 17 à 41% (IRM)	-	-
Taux d'utilisation programmée des équipements	Organisation	Durée d'ouverture en programmation/nb. d'heures années	de 17 à 41% (IRM)	-	-
Rendement horaire des équipements en période programmée	Efficience	Nombre d'actes/durée d'ouverture en programmé	de 1 à 2,3 (IRM)	1,5 (4/6 égaux ou supérieurs)	Nécessite d'enregistrer le nombre d'actes. Effets pervers possibles (actes non nécessaires faits en période programmée ?)
Délai de rendez-vous des patients	Qualité	Ecart date de demande/date du rendez-vous	de 6 à 50 (IRM ambulatoire)		Nécessite un suivi particulier distinguant ambulatoire et hospitalisé.
			de 2 à 24 (IRM hospitalisation)		-
			de 3 à 26 (scanner ambulatoire)		-
			de 2 à 12 (scanner hospitalisé)		(large majorité inférieure à 5 j)
Délai de disponibilité du compte-rendu signé	Qualité	Date acte/date envoi compte rendu	de <1 à 6 (IRM ambulatoire)		Nécessite un suivi particulier distinguant ambulatoire et hospitalisé
			de 0 à 6 (IRM hospit)		-
			de <1 à 6 (scanner ambulatoire)		Scanner délais plus faibles
			de 0 à 6 (scanner hospitalisé)		
Urgences					
Indicateurs de temps de passage, tous patients confondus					*Indicateurs à choisir - suppose un remplissage correct des données administratives*
Temps de passage total	Performance générale	Délai prise en charge administrative / sortie	de 116 à 555	190 minutes (moyenne sur	N'a de sens que si regardé sur une

indicateur	Domaine de la performance	Définition	Fourchette relevée (chantiers MEAH)	Valeur cible proposée par la mission	Commentaires de la mission
moyen aux urgences		du service		2 séries hors 1 valeur aberrante)	période assez longue
Taux de passage de moins de 4 heures		Passage de moins de 4 h / nb total	de 48% à 94,4%	75% (moyenne sur 17 établissement)	Idem – Le recueil des données a nécessité l'installation d'un logiciel ad hoc.
Temps de passage selon le parcours de soin (hospitalisé / non hospitalisé)		Prise en compte caractéristique patient	Hospitalisé, non hospitalisé avec acte, non hospitalisé sans acte		Pas retenu car pas homogène selon les 2 phases
Temps de passage selon l'âge		Temps de passage des plus de 75 ans	de 138 à 178	Entre 230 et 320	Lié au poids de cette population dans l'ensemble mais 12/17 établissements atteignent la fourchette ou font moins
Blocs opératoires* - *3 indicateurs extraits du rapport*					
Taux d'occupation des blocs	Efficience	Temps réel d'occupation des salles (de l'entrée du patient à la remise en état de la salle)/temps de mise à disposition (plages d'ouverture des salles)	45% à 77%	75% à 80% (accord des professionnels concernés	Ne peut être égal à 100% compte tenu de la nécessité de remise en état des blocs hors programmation et des nécessités de maintenance; ne prend pas en compte le temps d'utilisation hors des horaires de mise à disposition
Taux de débordement	Organisation	Temps d'occupation des salles au-delà du temps de mise à disposition/temps de mise à disposition des salles	ND	2% (inévitable de l'avis des professionnels)	Peut nuancer le taux d'occupation des blocs
Taux d'occupation des blocs	Efficience	Temps réel d'occupation des salles (de l'entrée du patient à la remise en état de la salle)/temps de mise à disposition (plages d'ouverture des salles)	45% à 77%	75% à 80% (accord des professionnels concernés	Ne peut être égal à 100% compte tenu de la nécessité de remise en état des blocs hors programmation et des nécessités de maintenance; ne prend pas en compte le temps d'utilisation hors des horaires de mise à disposition

sauf * : rapports de fin de mission MEAH.

ANNEXE VIII

LES LETTRES DE MISSION DES DIRECTEURS DES AGENCES RÉGIONALES DE L'HOSPITALISATION

SOMMAIRE

I. LE DISPOSITIF DES LETTRES DE MISSION AUX DIRECTEURS DES ARH EVOLUE ET S'INSPIRE DU CONTENU DES CONTRATS D'OBJECTIFS DES ARH 1

A. UN DISPOSITIF INSTITUÉ À L'INITIATIVE DE LA DHOS ET EN COURS D'ÉVOLUTION 1

B. LA LETTRE DE MISSION PERMET D'INSCRIRE L'ACTION DES DIRECTEURS DANS UNE LOGIQUE DE RÉSULTATS SANS TOUTEFOIS TOUJOURS SUFFISAMMENT SE DÉMARQUER DES CONTRATS D'OBJECTIFS DE L'ARH 2

1. Les objectifs liés à la mise en œuvre de la politique et des réformes hospitalières reprennent les contrats d'objectifs des ARH, sans y apporter une plus-value réelle 2

2. Les objectifs liés au management de l'agence sont peu développés mais ils illustrent aussi les limites de compétence des directeurs des ARH 4

3. Les contributions personnelles demandées pour les travaux de l'administration centrale sont très variables selon les régions 5

II. FAIRE DES LETTRES DE MISSION UN OUTIL DE MANAGEMENT AXÉ SUR L'AMÉLIORATION DE LA PERFORMANCE 5

A. METTRE LA PERFORMANCE HOSPITALIÈRE AU CŒUR DE LA LETTRE DE MISSION 5

1. La démarche de pilotage de la performance des établissements 6

a) Donner des objectifs relatifs à l'amélioration de la productivité des organisations en prônant une relation plus étroite avec la MEAH 6

b) Donner des objectifs relatifs à l'efficience des établissements de santé 7

c) Définir des priorités en termes d'allocation des aides à la contractualisation ou de marges de manœuvre régionale 7

d) Affirmer la nécessité du développement du contrôle de gestion 7

e) Donner des objectifs relatifs à l'évaluation de la qualité des soins 8

2. L'organisation du réseau en vue d'améliorer la performance 8

B. FAIRE DES LETTRES DE MISSION UN OUTIL INCITATIF DE MANAGEMENT DES DARH 9

1. Inclure dans les lettres de mission des actions nouvelles, en s'inspirant des pratiques relevées dans certaines régions 9

2. Formaliser la procédure d'évaluation pour renforcer le pilotage de la DHOS 10

a) Améliorer l'évaluation des résultats par la généralisation des indicateurs 10

b) Un mécanisme d'incitation financière du directeur devrait être institué et reposer sur l'atteinte des objectifs de la lettre de mission 10

Pièces jointes 12

LES LETTRES DE MISSION DES DIRECTEURS DES AGENCES RÉGIONALES DE L'HOSPITALISATION

I. LE DISPOSITIF DES LETTRES DE MISSION AUX DIRECTEURS DES ARH EVOLUE ET S'INSPIRE DU CONTENU DES CONTRATS D'OBJECTIFS DES ARH

A. Un dispositif institué à l'initiative de la DHOS et en cours d'évolution

La direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) a mis en place dès 1998-1999 des lettres de mission pour ses directeurs. Cette démarche relève de l'initiative de la DHOS, aucune contrainte juridique n'imposant sa mise en place. Cette initiative « *s'inscrit dans le cadre de la modernisation de la gestion de la haute fonction publique* » (cf. préambule des lettres de mission). Son contenu évolue, en liaison avec le contrat triennal liant l'administration centrale (DHOS) avec l'ARH, dispositif qui se déploie en 2006 après une expérimentation en 2005 (cf. *infra*).

La lettre de mission a vocation à définir annuellement les objectifs personnels du directeur de l'agence, qui est nommé par décret (art. L. 6115-7 du code de la santé publique).

Cette lettre résulte d'échanges (courriers, entretiens) entre le directeur de l'ARH (DARH), qui élabore un projet de lettre, et la DHOS (sous-direction G « *affaires générales* »). Les lettres de mission pour 2006 ont été adressées à partir de la fin du 1er semestre[1] 2006. Elles sont signées du directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, à la différence des contrats triennaux d'objectifs des ARH, qui sont signés par le ministre de la santé.

Cette signature matérialise la relation étroite de la DHOS avec les agences régionales d'hospitalisation (ARH), qui constituent en quelque sorte son réseau. Cependant, l'action concrète du DARH suppose la mobilisation des services de l'Etat (DRASS-DDASS) et de l'assurance maladie. Or la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) n'est pas partie prenante à la rédaction des lettres de mission, non plus que les autres directions du ministère, ni même les autres sous-directions de la DHOS[2].

Il s'agit de documents courts (trois à quatre pages en général), structurés autour de trois volets :

- la mise en œuvre de la politique et des réformes hospitalières, c'est-à-dire le cœur de l'action des ARH qu'ils dirigent ;

- le management de l'agence (équipe « rapprochée » du directeur et réseaux État et assurance-maladie) ;

- la contribution personnelle du directeur aux travaux ou actions d'intérêt général menés pour le compte de la DHOS ou de la conférence des directeurs d'ARH.

---

[1] Cf. tableau 1 en annexe, état de signature des lettres de mission au 14 novembre 2006.
[2] Qui sont toutefois impliquées dans la négociation du contrat d'objectifs avec l'ARH.

La lettre précise que l'évaluation du directeur repose sur les résultats obtenus par rapport aux objectifs fixés (exemple : lettre de mission du DARH Nord-Pas-de-Calais : « *Votre évaluation individuelle reposera sur la mesure des résultats obtenus dans l'atteinte de ces objectifs* »). Les critères de résultat et d'évaluation des directeurs ne sont cependant pas précisés, sauf exception. La DHOS a indiqué à la mission envisager de compléter le dispositif en 2007, pour faire évoluer la part variable de la rémunération des directeurs en fonction des résultats obtenus dans l'atteinte des objectifs 2007 du contrat d'objectifs de l'ARH.

B. La lettre de mission permet d'inscrire l'action des directeurs dans une logique de résultats sans toutefois toujours suffisamment se démarquer des contrats d'objectifs de l'ARH

La mission a analysé les 20 lettres de mission qui lui ont été transmises par la DHOS pour 2006 (les six autres étant en cours de rédaction dans le cadre de mouvements de directeurs d'agence à la date de la mission[3]). Les tableaux 2 et 3 présentent une analyse comparée du contenu de cinq d'entre elles : lettres adressées aux directeurs des agences d'Alsace, d'Aquitaine (choisies car leur contenu s'avère plutôt plus détaillé que la moyenne), de Poitou-Charentes, de Bretagne et de Haute-Normandie (ces trois dernières agences ayant été visitées par la mission[4]).

De ce constat, il ressort que le dispositif conçu par la DHOS présente le mérite :

- d'inscrire la démarche de résultat dans l'action des responsables des agences, politique qui devrait s'amplifier avec le lien entre les résultats obtenus par les directeurs d'agence et une partie de leur rémunération (cf. *supra*) ;

- d'essayer de fixer un cadre cohérent au niveau national à l'action des directeurs, avec pour certains d'entre eux des indicateurs de suivi ;

- d'appréhender la dimension du management du réseau de l'agence, étant entendu que l'action du directeur reste limitée par la structure du réseau (cf. *infra*, § 2).

La démarche est donc, dans son principe, positive et doit être poursuivie. Les propositions de la mission développées *infra* pourront par ailleurs enrichir le dispositif en cours d'évolution.

1. Les objectifs liés à la mise en œuvre de la politique et des réformes hospitalières reprennent les contrats d'objectifs des ARH, sans y apporter une plus-value réelle

Les lettres de mission 2006 ont en général suivi le contrat d'objectifs conclu entre l'ARH et le ministre de la santé (dont la DHOS assure la préparation et le suivi) ou ont été concomitantes à sa préparation.

Leur contenu s'inspire fortement de celui des contrats qui déclinent, d'une part, six objectifs nationaux[5] et, d'autre part, des objectifs régionaux qui fixent les priorités en termes d'organisation locale de l'offre de soins par rapport aux différentes priorités nationales.

---

[3] En effet la lettre de mission est *intuitu personae*. Tout changement de directeur d'agence donne lieu à une nouvelle lettre de mission.

[4] Les lettres de mission des deux autres régions visitées n'étaient pas signées.

[5] Les six objectifs nationaux présents dans tous les contrats et assortis d'indicateurs de résultat sont les suivants : assurer la régulation régionale de l'offre de soins ; favoriser la qualité des soins et la sécurité sanitaire ; veiller aux équilibres financiers ; contribuer à l'optimisation de l'organisation et de la gestion internes des établissements de santé ; favoriser l'efficience des pratiques hospitalières ; développer la concertation et le dialogue social en région.

S'agissant des objectifs régionaux, la lettre de mission pour le DARH Aquitaine, par exemple, reprend trois des cinq priorités régionales inscrites au contrat d'objectifs : « *En matière d'offre de soins, vos priorités porteront sur l'organisation de l'aval des urgences, l'amélioration du fonctionnement de la filière gériatrique, l'optimisation de la prise en charge en périnatalité* ». De même la lettre de mission du DARH Champagne-Ardenne reprend 5 des 6 objectifs régionaux du contrat[6].

S'agissant des objectifs nationaux, trois sur six relatifs à la régulation régionale de l'offre de soins, (recompositions hospitalières), à la qualité des soins (en majorité au travers du contrat de bon usage du médicament) et à l'équilibre financier des établissements de santé sont systématiquement repris dans les lettres de mission, sans apport au fond par rapport au contrat, comme le montre l'exemple de Champagne-Ardenne[7].

Sur l'objectif national relatif aux équilibres financiers, le directeur doit s'impliquer pour développer des outils de suivi et d'analyse de la situation financière régionale, d'une part, et garantir la maîtrise budgétaire et en particulier l'équilibre financier des établissements en difficulté, d'autre part. La lettre de mission du DARH Aquitaine indique ainsi : *« Dans le cadre du suivi financier des établissements de santé, vous mettrez en œuvre un programme de soutien visant à optimiser la gestion financière des établissements et à favoriser leur équilibre, en développant notamment des outils de veille financière au niveau régional. Ce suivi concernera tout particulièrement les établissements concernés par un contrat de retour à l'équilibre* ».

La volonté d'équilibre budgétaire ne s'exprime cependant pas toujours sans nuance :

- la mention de l'équilibre budgétaire n'est pas systématique : les lettres de mission des directeurs des DARH Bretagne ou Haute-Normandie en sont dépourvues et évoquent uniquement la « *maîtrise budgétaire* » ;

- l'ampleur de l'action à conduire varie alors qu'il s'agit d'une fonction de tutelle traditionnelle : il s'agit de « *sensibiliser* », « *favoriser* » ou « *garantir* » la maîtrise ou l'équilibre budgétaire. Or, au titre de l'article L.6145-1 du code de la santé publique, le directeur approuve l'état prévisionnel des recettes et dépenses[8] qui doit être voté en équilibre (article R.6145-11 du CSP[9]).

---

[6] « *En matière d'offre de soins, les axes prioritaires de votre mission portent sur le développement des réseaux de périnatalité et de gériatrie, le renforcement des systèmes d'information dans les établissements de santé, l'appui aux actions d'éducation du patient dans le cadre des pôles constitués à cet effet dans plusieurs centres hospitaliers, la recherche d'une meilleure coordination entre le SROS et le PRIAC afin d'améliorer la prise en charge des personnes âgées. Enfin, l'optimisation de la ressource médicale, qui répond à une problématique très prégnante dans votre région, passe par la définition d'un plan d'action sur la démographie médicale et suppose de susciter l'implication des collectivités décentralisées (…)* ».

[7] « *Vous suivrez avec une attention particulière les objectifs concourant à la reconfiguration de l'offre de soins, et plus particulièrement* [suit la liste des sites concernés, identique à celle donnée dans le contrat]. *Vous vous attacherez également à suivre la mise en œuvre des premiers éléments de contrôle médicalisé (contrat de bon usage des médicaments notamment) ainsi que l'emploi d'outils performants tels que la comptabilité analytique médicalisée* » [identique au contrat].

[8] L'article L. 6145-1 prévoit que « *Dans le cas où l'état des prévisions de recettes et de dépenses n'est pas approuvé par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, le directeur de l'établissement présente au conseil d'administration un nouvel état des prévisions de recettes et de dépenses tenant compte des motifs du refus opposé par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation. Si un nouvel état n'est pas adopté ou si ce nouvel état ne tient pas compte des motifs du refus opposé par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, ce dernier arrête l'état des prévisions de recettes et de dépenses de l'établissement dans les conditions prévues à l'article L. 6145-3.* ».

[9] Article R.6145-11 : « *L'état des prévisions de recettes et de dépenses doit remplir les conditions suivantes :1º Chacun des comptes de résultat prévisionnels est présenté en équilibre ; (…) Par dérogation au 1º, le compte de résultat prévisionnel principal peut prévoir un déficit si le prélèvement sur le fonds de roulement qui résulte du tableau de financement prévisionnel est compatible avec la situation financière et patrimoniale de*

Les lettres de mission peuvent également demander au directeur de s'investir dans la mise en œuvre des plans de santé publique nationaux, sans que cela revête un caractère systématique (lettres de mission des DARH des régions Aquitaine, Limousin).

Au final, les objectifs assignés au directeur reprennent les objectifs nationaux et régionaux de l'agence. Mais la lettre n'ajoute pas d'éléments et ne hiérarchise pas, par exemple, les objectifs en fonction de leur importance relative[10] ou en mettant en évidence les projets qui nécessitent l'implication personnelle du directeur.

2. Les objectifs liés au management de l'agence sont peu développés mais ils illustrent aussi les limites de compétence des directeurs des ARH

Sur le volet du « *management de l'agence* », le directeur doit veiller à « *optimiser le fonctionnement du réseau de l'ARH* »[11], notamment en répartissant la mise en œuvre concrète du contrat d'objectifs de l'ARH entre les différentes composantes du réseau[12].

De manière complémentaire, la lettre de mission demande aux directeurs d'agence[13] de développer un système d'information sur les établissements aux fins d'analyse et de remontée nationale des données, à l'exemple de celle du DARH Haute-Normandie : « *Vous veillerez à ce que le système d'information de l'agence réponde aux nouveaux enjeux liés à l'accompagnement des réformes (tableau de bord sur les établissements notamment) et à la montée en charge du dispositif de contractualisation (remontée des indicateurs du contrat, de Prodige et du tableau de bord social*) ».

Enfin le directeur doit s'investir dans la communication et développer « *une politique de communication active qui explique et fasse connaître le rôle et l'action de l'ARH. D'une manière générale, vous affirmerez la place de l'agence dans la vie publique*. » (lettres de mission DARH Alsace, Poitou-Charentes, Provence-Alpes-Côte d'Azur, etc.).

De tels objectifs sont peu ambitieux, voire de faible portée opérationnelle, à l'exception du développement de systèmes d'information. Cette limite n'est cependant pas uniquement imputable au dispositif de la lettre de mission.

---

l'établissement et avec le plan global de financement pluriannuel annexé à l'état des prévisions de recettes et de dépenses ».

[10] Ainsi, certaines lettres mentionnent les établissements à surveiller sur le plan financier, énumérés dans le contrat d'objectifs, sans fixer de priorités en termes de suivi ou d'action, alors que leur situation financière est plus ou moins dégradée (exemple : lettre du DARH Midi-Pyrénées demande le suivi des établissements de Bigorre, dont la situation est effectivement déficitaire avec un report de charges important, et celui de Lavaur moins préoccupante, sans report de charge) ou le poids dans la masse budgétaire régionale plus ou moins important (exemple : il est demandé au DARH Poitou-Charentes de signer des contrats de retour à l'équilibre avec neuf établissements alors que trois d'entre eux, Nord Deux-Sèvres (5,42%), Rochefort (3,57%) et Cognac (1,99%) représentent une part non négligeable de la masse budgétaire régionale (le CHU totalisant par ailleurs 20,56%), la part des autres établissements étant moins significative (inférieure à 2% voire 1% pour Loudun et Ruffec).

[11] Cf. la lettre de mission du directeur de l'agence Provence-Alpes-Côte d'Azur : *« Le fonctionnement de l'agence doit traduire un partenariat étroit et équilibré avec les services de l'Etat et les organismes de l'assurance maladie que vous vous emploierez à conforter. A cet égard, il vous appartient de veiller particulièrement à l'optimisation du réseau de l'ARH et de ses ressources. En interne, vous veillerez au déploiement des chargés de missions « systèmes d'information » et « efficience des organisations hospitalières » et vous attacherez à optimiser l'organisation de l'équipe rapprochée* ».

[12] A l'exemple de la lettre de mission du directeur de l'agence Aquitaine : « *Le suivi et la réalisation du contrat constituent un outil de pilotage et de management de l'agence. A ce titre, il vous appartient de proposer les modalités de mise en œuvre du contrat par l'ensemble des composantes de l'agence. Vous êtes en effet le garant de la répartition des objectifs, au travers du programme de travail, entre les différents membres du GIP, de l'information régulière de la commission exécutive et de l'organisation de la collecte des données* ».

[13] A l'exception toutefois de la lettre de mission du DARH Bretagne, qui ne comporte pas de mention sur la mise en place d'un système d'information ou la mise en œuvre d'une politique de communication active.

Il faut en effet rappeler que le directeur de l'agence ne dispose d'aucune autorité hiérarchique sur les composantes de ce réseau, qu'il s'agisse des services de l'Etat (sous l'autorité du préfet) ou des services de l'assurance maladie. Il serait néanmoins souhaitable qu'il lui soit demandé de rendre compte des difficultés de fonctionnement du réseau.

3. Les contributions personnelles demandées pour les travaux de l'administration centrale sont très variables selon les régions

Le contenu des lettres de mission relatif aux contributions personnelles des directeurs est très variable.

Certaines lettres sont en effet minimalistes, comme celle du DARH Poitou-Charentes « *J'ai pris bonne note de votre disponibilité pour participer aux travaux que la DHOS pourrait engager* », ou celle du DARH PACA « *Je souhaite que vous puissiez faire partager votre expérience en développant votre participation aux travaux conduits au niveau national* ». En revanche, la lettre de mission du DARH Bretagne est beaucoup plus fournie : « *Je vous serais reconnaissant de bien vouloir continuer d'apporter votre contribution aux réflexions engagées à l'échelon national sur : la démarche de contractualisation entre l'Etat et le ministère, en qualité de membre du comité de pilotage ; l'organisation des soins en ce qui concerne l'aval des soins aigus et le fonctionnement des hôpitaux locaux ; et enfin, l'évaluation des directeurs d'hôpital dans le cadre du groupe de travail, constitué au sein de la DHOS, en concertation avec les organisations syndicales* ».

Le caractère plus ou moins étoffé de cet objectif dépend donc de la contribution déjà effective du directeur ou de ses propositions d'action et la DHOS ne formule pas de demande particulière au directeur, sauf initiative de ce dernier, pour contribuer à l'amélioration du fonctionnement du réseau des ARH (exemple : mise en place de coopérations interrégionales entre ARH ou mutualisation de bonnes pratiques). L'apport en terme de pilotage pour la DHOS s'en trouve limité.

II. FAIRE DES LETTRES DE MISSION UN OUTIL DE MANAGEMENT AXÉ SUR L'AMÉLIORATION DE LA PERFORMANCE

A. Mettre la performance hospitalière au cœur de la lettre de mission

La lettre de mission n'a pas vocation à reprendre le contrat conclu par le ministre (mais géré par la DHOS en pratique) avec l'agence régionale d'hospitalisation.

La mission estime qu'une procédure de lettre de mission pourrait viser deux objectifs :

- impulser de la part de l'administration centrale une dynamique, notamment en généralisant ou en étendant les « bonnes pratiques » ou initiatives relevées dans les régions, comme la généralisation d'indicateurs de performance de qualité de soins, l'organisation des différents services en vue d'analyser l'impact de la réforme de la tarification des établissements de santé, etc. ;

- être concentrée sur des sujets précis où l'action du directeur peut apporter un « plus » mesurable dans le cadre de la procédure d'évaluation, soit parce qu'ils requièrent son implication personnelle, soit parce que l'action demandée n'existe pas encore.

Ainsi il est proposé de centrer le contenu de la lettre de mission du directeur sur deux aspects : la démarche de pilotage de la performance des établissements et l'organisation du réseau ARH en vue d'améliorer la performance.

Dans ce cadre, l'association des autres directions du ministère et de la CNAMTS à la procédure serait souhaitable (cf. propositions de la mission dans le rapport et également l'annexe VII – Les contrats d'objectifs des ARH) pour :

- dégager des priorités communes à l'ensemble des acteurs du réseau ;

- faciliter l'organisation du travail au sein du réseau.

1. La démarche de pilotage de la performance des établissements

Les lettres de mission se rapportent prioritairement aux métiers traditionnels des ARH (planification, tutelle financière). La place de la performance des établissements dans le contenu des objectifs fixés aux directeurs *via* les lettres de mission est faible, alors que la DHOS s'efforce de développer une approche plus systématique de l'efficience et de la performance, dont la mise en place de chargés de missions interrégionaux « *efficience des organisations hospitalières* » est une illustration[14].

Les lettres de mission pourraient inclure des objectifs sur les modalités d'évaluation des directeurs des établissements publics de santé, évaluation qui relève du directeur de l'ARH[15], pour mieux évaluer la qualité de la relation et du suivi de l'action des directeurs d'établissement[16]. Pour renforcer la place de la performance des établissements dans les lettres de mission des DARH, la mission recommande plus précisément de :

a) Donner des objectifs relatifs à l'amélioration de la productivité des organisations en prônant une relation plus étroite avec la MEAH

Les lettres de mission pourraient s'inspirer de l'exemple de la lettre du DARH Nord-Pas-de-Calais qui lui fixe des objectifs d'amélioration de la productivité des organisations des établissements (avec le concours des missions nationales placées auprès de la DHOS[17]).

L'intervention de la mission d'expertise et d'audit hospitalier (MEAH) pourrait ainsi être plus systématiquement suscitée, puisqu'elle est chargée de faire procéder à des audits de la gestion et de l'organisation de l'ensemble de l'activité des établissements de santé pour améliorer à la fois l'efficience économique, la qualité de service rendu au patient par l'établissement de santé et les conditions de travail des personnels.

---

[14] Cf. également la note de décembre 2005 de la sous-direction de la qualité et du fonctionnement des établissements de santé de la DHOS sur l'état du *benchmarking* et du développement du contrôle de gestion, qui formule des préconisations en matière de développement d'indicateurs et de systèmes d'information. Voir aussi la présentation faite lors du séminaire des 28 et 29 septembre 2006 réunissant les chargés de mission « *efficience des organisations hospitalières* ».

[15] A l'exception des DG de CHU, évalués par le DHOS mais pour lesquels l'avis du DARH est toutefois demandé.

[16] L'article 2 du décret 2005-1095 du 1er septembre 2005 prévoit que l'entretien des personnels de direction est conduit : « *pour les directeurs chefs d'établissements ou les secrétaires généraux de syndicat interhospitalier, par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation ou à sa demande, par le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales* ».

[17] Dans le cadre du suivi des établissements en difficulté (CHRU de Lille, CH de Dunkerque, Lens, Valenciennes, Béthune, etc.), le directeur peut s'appuyer *« sur l'assistance qui pourra être sollicitée auprès des missions spécialisées mises en place par l'Etat (MEAH, MAINH, conseillers généraux des établissements de santé). Sur ce registre, l'attention des établissements sera résolument appelée* [sic] *sur la nécessité d'une meilleure efficience des organisations de soins, du temps de travail et des procédures économiques, notamment dans le domaine des achats hospitaliers* ».

Ceci pourrait se faire avec l'appui des chargés de mission efficience nouvellement mis en place, pour identifier les thèmes sur lesquels certains établissements en difficulté ont besoin d'un soutien pour améliorer la productivité de leur organisation. Dans ce cadre, il pourrait être demandé au DARH de proposer ses priorités en la matière (liste d'établissements, thèmes d'organisation indicateurs de suivi retenus, conditionnalités de l'aide, diffusion des bonnes pratiques au niveau régional).

b) Donner des objectifs relatifs à l'efficience des établissements de santé

La mutualisation des bonnes pratiques relevées dans différentes lettres devrait être systématisée, à partir d'un recensement précis de l'existant. On peut citer par exemple :

- la construction d'indicateurs de performance suivis dans le cadre d'un tableau de bord régional et par établissement (cf. propositions de la mission sur ce point en annexe III) ;

- la diffusion des résultats des indicateurs de performance (activité, finances, organisation, qualité) aux établissements. Ce benchmarking est d'ailleurs demandé par les établissements, désireux de pouvoir se positionner entre eux, tant au niveau régional que par catégorie homogène ;

- l'utilisation des résultats des indicateurs de performance dans le processus de contractualisation avec l'établissement au travers du contrat de retour à l'équilibre (CRE) ou du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM).

c) Définir des priorités en termes d'allocation des aides à la contractualisation ou de marges de manœuvre régionale

La portée de cette proposition dépend de l'ampleur des marges de manœuvre régionale dégagées (cf. rapport, cf. annexe VI sur les contrats de retour à l'équilibre).

d) Affirmer la nécessité du développement du contrôle de gestion

Il pourrait être demandé aux directeurs de plus s'impliquer pour orienter l'action du réseau sur le contrôle de gestion des établissements, en les responsabilisant en particulier sur :

- l'analyse financière des établissements, pour tirer toutes les conséquences de la tarification à l'activité, en encourageant par exemple une coopération systématisée avec le Trésor public pour l'analyse des établissements en difficulté ou l'étude des conséquences des projets d'investissement futurs au regard de l'équilibre budgétaire de l'établissement et de la région ;

- l'analyse de la performance économique des établissements, en réalisant par exemple des comparaisons de coûts d'une prestation par catégorie homogène d'établissement, à l'image de ce qu'a pu faire l'ARH Rhône-Alpes sur les établissements de soins de suite, afin de réallouer les dotations budgétaires aux plus performants.

Une telle action permettrait de hiérarchiser le niveau de performance économique des établissements et pourrait constituer un critère utile d'analyse pour la DHOS lors de l'examen de la situation financière de certains établissements.

e) Donner des objectifs relatifs à l'évaluation de la qualité des soins

En sus de la mention citée *supra* au § I.B.1 relative à la mise en œuvre du décret n°2005-1023 du 24 août 2005 relatif au contrat de bon usage des médicaments, cet objectif pourrait être amplifié notamment en généralisant les bonnes pratiques relevées par la mission pour :

- renforcer l'articulation entre l'action de l'ARH et la procédure d'accréditation de la haute autorité de santé, notamment lors de la phase de contractualisation entre l'ARH et l'établissement (cf. annexe V relative au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens) ;

- inciter l'établissement à mettre en place un système d'information adéquat pour suivre et évaluer la qualité de soins. Ainsi il est demandé au DARH Provence-Alpes-Côte d'Azur de poursuivre son action dans le domaine du médicament en s'appuyant sur les travaux de l'observatoire du médicament et de l'innovation thérapeutique ;

- inciter l'établissement à améliorer ses résultats (ICALIN par exemple) et à traiter les plaintes et réclamations. Ainsi il est demandé aux DARH des régions Centre, Alsace, Nord-Pas-de-Calais d'agir sur le taux d'infections nosocomiales (ICALIN – exemple dans le Centre[18]) ou de s'appuyer sur les CPOM pour inciter les établissements à s'améliorer (exemple en Alsace[19]) ;

- développer des indicateurs de performance en la matière et diffuser leurs résultats. Ainsi il est demandé au DARH Aquitaine de poursuivre les travaux relatifs à l'expérimentation de « *l'évaluation des pratiques professionnelles* » et la promotion des bonnes pratiques professionnelles ou, à l'initiative du directeur, la mise en place d'un tableau de bord d'indicateurs de performance à partir de l'outil COMPAQH ;

- contractualiser dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens lorsque des sujets d'amélioration sont identifiés : plaintes, contrat de bon usage du médicament, réserves sur la certification.

2. L'organisation du réseau en vue d'améliorer la performance

La DHOS pourrait, dans le cadre de la lettre de mission, solliciter le directeur pour proposer des pistes d'amélioration de l'organisation actuelle, en s'appuyant sur les initiatives locales déjà prises, notamment sur les thèmes suivants :

- projet d'amélioration du fonctionnement du réseau sur la base d'un bilan forces / faiblesses à l'exemple de la lettre de mission du DARH Aquitaine qui prend note de la proposition du DARH « (...) *d'organiser une réunion de l'ensemble des membres de la commission exécutive en séminaire pour proposer, à partir d'un bilan des forces et faiblesses et le rappel des principales réformes et actions à conduire, une organisation de travail plus efficiente* » ;

---

[18] « *La région Centre n'a pas eu de bons résultats dans le classement ICALIN en dépit de l'action du relais d'hygiène hospitalière. Vous vous attacherez à améliorer ce résultat en 2006 et 2007, ainsi que celui du taux de réponse, et pour l'avenir de* ***réduire sensiblement*** *les infections nosocomiales dans les établissements* ».

[19] « *Les contrats d'objectifs et de moyens devront systématiquement comporter une référence au taux d'infections d'une part et au scorage résultant de l'indicateur composite des actions de lutte contre les infections nosocomiales d'autre part, pour définir l'objectif cible de progrès* ».

- formalisation accrue des procédures : exemple : procédure régionalisée d'examen des demandes d'autorisations, méthodologie d'élaboration des CRE ou des projets d'investissement ;

- modalités de coopération interrégionale, par exemple sur le rôle du chargé de mission « *efficience des organisations hospitalières* », ou de diffusion des bonnes pratiques ou d'instruments pouvant être utilisés par l'ensemble du réseau, après évaluation par un groupe de travail national[20] ;

- l'association accrue du Trésor public (cf. la charte de partenariat signée le 19 décembre 2005 par l'ARH Poitou-Charentes avec le Trésor public prévoyant notamment la formation d'agents des DDASS, la fourniture d'analyses financières, etc. ; cf. également la lettre du DARH Aquitaine qui indique que « *Vous vous appuierez, ainsi que vous le proposez, sur la commission de veille financière chargée de suivre les équilibres financiers, l'observatoire régional de la tarification à l'activité et la mission d'expertise économique et financière du Trésor Public* »).

B. Faire des lettres de mission un outil incitatif de management des DARH

1. Inclure dans les lettres de mission des actions nouvelles, en s'inspirant des pratiques relevées dans certaines régions

L'hétérogénéité actuelle des lettres de mission consacre les initiatives des uns (jusque dans le détail) sans mobiliser les autres directeurs sur des demandes complémentaires ou nouvelles. Il est logique que le contenu des lettres varie d'un directeur à l'autre, en fonction des caractéristiques de chaque région, mais le dispositif pourrait être plus incitatif.

Les lettres qui appellent pour l'essentiel à la mise en œuvre de la réglementation, sans apporter de valeur ajoutée particulière, devraient être proscrites (cf. l'exemple de la lettre du DARH Poitou-Charentes (« *Vous porterez une attention particulière aux objectifs qui vont concourir à la reconfiguration de l'offre hospitalière, notamment la mise en œuvre du SROS 3. Vous entamerez les négociations sur les contrats d'objectifs et de moyens afin qu'ils soient tous signés dans les délais impartis* ») et un contenu similaire pour les directeurs des régions Provence-Alpes-Côte-d'Azur, Franche-Comté, Corse, Basse-Normandie, Guadeloupe). En ce qui concerne les OQOS, une ligne claire devrait être affirmée pour définir le cadre d'une éventuelle renégociation du schéma régional d'organisation des soins.

Les actions proposées dans les lettres de mission pourraient comporter des actions supplémentaires par rapport au projet du DARH, surtout lorsque celui-ci est relativement pauvre. Ainsi, certaines lettres pourraient être utilisées en modèle, par exemple lorsqu'elles fournissent :

- des indicateurs d'évaluation des résultats, comme en Bretagne (indicateurs sur le nombre et les résultats des contrôles PMSI, sur le dispositif de contractualisation avec les établissements de santé – avec un objectif de nombre de CPOM complets signés au 31/12, etc.) ou en Pays de Loire (exemple : nombre et taux de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec les établissements prévoyant la mise en place d'une comptabilité analytique médicalisée opérationnelle) ;

[20] La proposition du DARH Alsace « *de mise à la disposition des Agences qui le souhaitent de l'applicatif E.P.R.D. conçu et développé par l'agence régionale de l'hospitalisation d'Alsace* » pourrait par exemple faire l'objet d'une telle évaluation afin, le cas échéant, d'en généraliser les idées intéressantes sinon l'outil.

- des thèmes d'action précis requérant l'implication du directeur (exemple dans le Limousin : signature d'une convention avec le conseil régional et les conseils généraux, formalisant un dispositif d'incitation au maintien dans la région des para-médicaux formés dans les instituts et écoles de la région) ;

- des actions permettant d'agir sur la performance : sur la qualité de l'offre de soins (exemple de la mise en place d'un tableau de bord déclinant COMPAQH en Aquitaine, cf. *supra*), sur le contrôle de gestion budgétaire (à l'exemple de Champagne-Ardenne[21]).

2. Formaliser la procédure d'évaluation pour renforcer le pilotage de la DHOS

a) Améliorer l'évaluation des résultats par la généralisation des indicateurs

L'évaluation des résultats de l'action personnelle du directeur, objectif premier de ces lettres, s'avère difficile. Sur les 20 lettres examinées par la mission, seules quatre d'entres elles comportent des indicateurs de mesure : Pays de Loire, Champagne-Ardenne, Bretagne et Limousin (ces deux dernières régions ayant été expérimentatrices en matière de contractualisation avec la DHOS). En outre, la liste d'indicateurs varie d'un directeur à l'autre (cf. tableau 3 joint), ce qui ne permet pas à la DHOS d'en faire un outil de pilotage.

La précision et l'harmonisation de la procédure d'évaluation permettrait de faire des lettres de mission un outil de management. Pour ce faire la DHOS pourrait :

- préciser le calendrier d'évaluation ;

- préciser ses attentes sur le rôle des chargés de mission interrégionaux et sur les modalités de coopération avec la MEAH ;

- demander au directeur un bilan de réalisation des objectifs et difficultés rencontrées, en généralisant la procédure prévue pour le DARH Bretagne ;

- solliciter les directeurs pour généraliser les initiatives en matière de performance jugées intéressantes, notamment pour permettre au DARH de mobiliser son réseau ;

- généraliser sur une base homogène les indicateurs de suivi et de résultats de l'action des DARH, en sélectionnant par exemple parmi les indicateurs figurant dans les quatre lettres de mission mentionnées *supra*.

b) Un mécanisme d'incitation financière du directeur devrait être institué et reposer sur l'atteinte des objectifs de la lettre de mission

Le dispositif d'évaluation devrait être partiellement complété à l'avenir. Les résultats 2007 du contrat d'objectifs liant l'ARH au ministre de la santé pourraient être pris en compte pour fixer la part variable de la rémunération du directeur (cf. *supra* au I.A.).

---

[21] Cf. contenu de la lettre de mission : « *Les outils de contrôle de gestion (prévision d'activité, suivi de l'exécution budgétaire, mesure de la performance économique), en cours d'élaboration par un groupe de travail constitué entre établissements publics de santé et la trésorerie générale, seront effectifs à compter de 2007 et constitueront des atouts pour la réalisation de cet objectif* [respect des équilibres financiers] ».

Contrairement à ce qui est aujourd'hui prévu, il conviendrait d’asseoir cette incitation, non sur les résultats obtenus par l’ARH, mais sur ceux du directeur au titre des objectifs contenus dans la lettre de mission, dès lors que des indicateurs homogènes et généralisés seraient formalisés.

Pièces jointes

Tableau 1 : Etat de signature des lettres de mission des directeurs d'ARH
et des contrats d'objectifs des ARH (au 14 novembre 2006)

ARH	Date signature contrat	Notification lettre de mission 2006
Alsace	signature imminente	20/09/2006
Aquitaine	juin-06	26/10/2006
Auvergne	signature imminente	26/07/2006
Basse-Normandie	juin-06	03/08/2006
Bourgogne	mai-05	signature imminente
Bretagne	mai-05	26/07/2006
Centre	signature imminente	10/10/2006
Champagne-Ardenne	juin-06	30/08/2006
Corse	signature imminente	signature imminente
Franche-Comté	juin-06	11/10/2006
Haute-Normandie	juin-06	17/10/2006
Ile-de-France	fin 2006	changement DARH
Languedoc-Roussillon	juin-06	changement DARH
Limousin	mai-05	11/10/2006
Lorraine	mai-05	changement DARH
Midi-Pyrénées	signature imminente	01/09/2006
Nord-Pas-de-Calais	signature imminente	signature imminente
Pays de la Loire	signature imminente	27/07/2006
Picardie	signature imminente	12/10/2006
Poitou-Charentes	signature imminente	17/10/2006
Provence-Alpes-Côte d'Azur	mai-05	18/10/2006
Rhône-Alpes	juin-06	changement DARH
Guadeloupe	fin 2006	18/10/2006
Guyane	fin 2006	20/09/2006
Martinique	fin 2006	25/10/2006
La Réunion	signature imminente	changement DARH

Tableau 2 : Contenu des lettres de mission adressées par la DHOS aux directeurs des ARH des régions Bretagne, Haute-Normandie, Poitou-Charentes, Alsace, Midi-Pyrénées.

Objectif	Alsace	Aquitaine	Bretagne	Haute Normandie	Poitou-Charentes	Commentaires
Date de signature de la lettre	20 septembre 2006	26 octobre 2006	26 juillet 2006	17 octobre 2006	17 octobre 2006	
Mise en œuvre de la politique et des réformes hospitalières.						
Mise en œuvre du SROS III	« *Vous porterez une attention particulière aux objectifs qui vont concourir à la reconfiguration de l'offre hospitalière, notamment la mise en œuvre du SROS 3.* *A cet égard, vos objectifs pour 2006 sont d'aboutir à la formalisation des projets médicaux de territoire ..*»	« *Vous porterez une attention particulière aux objectifs qui vont concourir à la reconfiguration de l'offre hospitalière, notamment la mise en œuvre du SROS 3.* ».	SROS « *. j'ai noté que vous aviez arrêté le SROS III le 17 mars dernier, la publication ayant été assurée dans le délai légal imparti, soit le 30 mars 2006. Il vous reste à élaborer, avec le même souci de la concertation, les trois volets complémentaires relatifs à la prise en charge des enfants et des adolescents, à la filière de soins concernant les traumatisés crâniens et les blessés médullaires et, enfin, à la télémédecine et aux systèmes d'information que vous avez choisi de développer en co-pilotage avec l'URCAM. Vous veillerez, également, à prendre en compte les nouvelles dispositions réglementaires relatives au fonctionnement de la médecine d'urgence, et dès lors que les décrets seront publiés celles relatives à l'organisation en cancérologie*	*« J'ai noté que vous aviez arrêté le SROS III le 30 mars dernier. Il vous reste à élaborer le volet « enfants et adolescents » avec le même souci de la concertation.* *Vous porterez une attention particulière aux actions qui vont concourir à la reconfiguration de l'offre hospitalière, notamment par la mise en œuvre du SROS III »*	*« Vous porterez une attention particulière aux objectifs qui vont concourir à la reconfiguration de l'offre hospitalière, notamment la mise en œuvre du SROS 3.* ».	

Objectif	Alsace	Aquitaine	Bretagne	Haute Normandie	Poitou-Charentes	Commentaires
			dans le cadre d'une révision du SROS programmée début 2007. »			
CPOM	« *vos objectifs pour 2006 sont .. d'entamer la négociation et la signature des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec les établissements de votre région selon un rythme qui devra permettre à l'ensemble de ceux-ci d'être dotés d'un contrat au 31 mars 2007.* *.. le principe de l'hôpital dit de proximité envisagé dans un format variable selon sa localisation devra trouver sa traduction dans les CPOM que vous signerez avec les établissements*	*« Vos objectifs pour 2006 sont d'entamer la négociation des contrats d'objectifs et de moyens avec les établissements de santé et d'assurer leur signature au 31 mars 2007. »*	CPOM *« Sous réserve que le décret relatif aux nouveaux contrats d'objectifs et de moyens puisse être publié avant le mois de septembre prochain, je vous remercie ainsi que vous l'avez proposé :* *- d'engager une première phase de contractualisation, sous la forme de la signature du contrat-socle, assorti de la production de l'annexe relative aux objectifs quantifiés et aux activités particulières avant la fin de l'année 2006,* *- de négocier les annexes complémentaires relatives aux orientations stratégiques, à la déclinaison du plan régional de santé publique, à la coopération et aux réseaux, à la qualité et à la sécurité des soins, au pilotage interne, au volet social et à l'accompagnement financier avant le 30 mars 2007 pour la totalité ou, à tout le moins, pour la plupart des établissements de santé bretons..*	*« la déclinaison [du SROS] au travers de la négociation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens devra permettre d'arrêter, avant le 31 mars 2007, les objectifs quantifiés pour chaque établissement.*	« *Vous entamerez les négociations sur les contrats d'objectifs et de moyens afin qu'ils soient tous signés dans les délais impartis.* »	Le contenu de la lettre de mission du DARH Aquitaine est beaucoup plus précis en particulier sur le calendrier et les priorités de négociation des CPOM

Objectif	Alsace	Aquitaine	Bretagne	Haute Normandie	Poitou-Charentes	Commentaires
Offre de soins	*« Le principe du chaînage de l'offre de soins a été posé dans le SROS d'Alsace. Il vise, pour structurer l'offre, à rendre systématique la formalisation des liens entre les différents établissements de santé. Il ménage ainsi les voies de leur adaptation selon leur localisation, leurs capacités et les besoins des populations. Votre objectif consiste à accompagner l'évolution des structures de proximité par leur mise en lien avec un établissement référent. ».*	« En matière d'offre de soins, vos priorités porteront sur l'organisation de l'aval des urgences, l'amélioration du fonctionnement de la filière gériatrique, l'optimisation de la prise en charge en périnatalité. Parallèlement, vous suivrez la mise en œuvre des plans de santé publique notamment s'agissant de la santé mentale et de la santé des détenus. Vous vous attacherez à finaliser le dossier de l'unité hospitalière spécialisée interrégionale (UHSI) [psychiatrie] pour une ouverture effective en 2006. ».	-	*« Vos objectifs en termes d'offre de soins viseront à l'optimisation des réponses aux besoins en santé mentale, l'amélioration de l'offre de soins de suite et de rééducation fonctionnelle, le développement des soins palliatifs, l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées et le maintien de l'accès à la médecine libérale dans les zones éligibles ».*	*« Vos objectifs en termes d'offre de soins porteront sur la restructuration de l'offre en psychiatrie, la constitution d'une filière gériatrique complète, le renforcement de l'offre en soins palliatifs, l'égalité d'accès en imagerie médicale, le développement du réseau en cancérologie et la structuration d'un réseau d'urgences. »*	Reprise du contenu des objectifs régionaux du contrats d'objectifs de l'ARH pour Alsace (quoique de manière peu précise) Aquitaine, Haute-Normandie, Poitou-Charentes.
Recomposi-tions hospitalières	*« Vous me tiendrez notamment régulièrement informé de l'avancement des projets suivants : à Strasbourg, de l'avancement des projets du CHU et du CMCO de Schiltigheim, de l'évolution des établissements de l'UGECAM, des cliniques (Saint-Anne à Strasbourg, Sainte-Thérèse et Saint-Joseph à Colmar) ainsi que du rapprochement des*	*« Concernant les recompositions, vous suivrez particulièrement la réorganisation de l'activité du centre hospitalier d'Orthez (fermeture de la chirurgie et transfert temporaire du site des accouchements), le regroupement public-privé à Villeneuve-sur-Lot, le projet de groupement de coopération sanitaire du pôle cardiologique de la*	« *je vous demande en outre : (..)* *de me rendre compte de l'évaluation des deux opérations de restructuration relatives aux pôles public - privé de Fougères et de Ploërmel Malestroit* »	*« Vous assurerez par ailleurs un suivi spécifique des opérations de recomposition suivantes : l'optimisation des plateaux techniques à Dieppe et au Havre, à Evreux et à Gisors, ainsi que la reconversion d'une clinique chirurgicale à Louviers ».*	*« En matière de recomposition de l'offre, vous vous attacherez à rechercher une organisation optimale de l'offre de soins dans les villes moyennes, notamment à Royan, Rochefort et Châtellerault, en veillant à l'optimisation des ressources humaines et des équipements par des regroupements de plateaux techniques. Vous assurerez un suivi particulier du centre*	Reprise du contenu de l'objectif national relatif aux recompositions hospitalières des contrats d'objectifs des ARH Alsace, Aquitaine, Bretagne, Haute-Normandie, Poitou-Charentes.

Objectif	Alsace	Aquitaine	Bretagne	Haute Normandie	Poitou-Charentes	Commentaires
	équipes médicales (Haguenau, Wissenbourg, Sélestat, Obernai, Mulhouse, Thann et Altkirch). ».	*Côte Basque ainsi que les plateaux techniques réalisant moins de 2000 interventions annuelles »*			*hospitalier Nord Deux-Sèvres, pour lequel la restructuration du plateau technique sur un site unique devra être arrêtée pour la fin de l'année, de manière à finaliser le projet d'organisation du site et ses conséquences éventuelles en termes de construction et d'investissement en 2007. »*	
Situation financière	*« Vous mettrez également en œuvre un suivi et un accompagnement adaptés des situations financières des établissements qui garantissent leur équilibre (mise en place et suivi de l'état des prévisions de recettes et de dépenses, mise en place d'un programme de soutien visant à l'optimisation de la gestion, mesure de l'effectivité des contrats de retour à l'équilibre). Ce suivi concernera en particulier les établissements suivants : établissements de l'UGECAM d'Alsace, centre hospitalier d'Altkirch, clinique Adassa (Strasbourg), groupe hospitalier St Vincent (Strasbourg), clinique St Damien à (Mulhouse) et*	*« Dans le cadre du suivi financier des établissements de santé, vous mettrez en œuvre un programme de soutien visant à optimiser la gestion financière des établissements et à favoriser leur équilibre, en développant notamment des outils de veille financière au niveau régional. Ce suivi concernera tout particulièrement les établissements concernés par un contrat de retour à l'équilibre. Vous vous appuierez, ainsi que vous le proposez, sur la commission de veille financière chargée de suivre les équilibres financiers, l'observatoire régional de la tarification à l'activité et la mission d'expertise économique et financière du Trésor*	*« Outre le dialogue permanent que vous entretenez avec les établissements de santé, j'ai noté que vous aviez veillé à la sensibilisation de ces derniers, aux enjeux de l'EPRD et à la nécessaire maîtrise budgétaire. ».*	« *Au titre de l'accompagnement des réformes, outre le dialogue permanent que vous entretenez avec les établissements, vous veillerez à sensibiliser ceux-ci aux enjeux de l'EPRD et à la nécessaire maîtrise budgétaire. Vous serez particulièrement attentif à la situation du CHU de Rouen avec lequel vous conclurez un plan de retour à l'équilibre. ».*	*« S'agissant des équilibres financiers des établissements de santé, vous contribuerez à la mise en place et au suivi de l'état des prévisions de recettes et de dépenses, à la mise en œuvre par l'ARH et son réseau d'un programme de soutien visant à l'optimisation de la gestion et vous veillerez particulièrement à la mesure de l'effectivité des contrats de retour à l'équilibre. Les établissements identifiés en difficulté (Cognac, Ruffec, Sud Charentes, Royan, Rochefort, Mauléon, Loudun, La Gandillonnerie et Nord Deux-Sèvres) devront signer un contrat de retour à l'équilibre établissant les modalités de résorption des déficits selon un échéancier triennal. ».*	Reprise du contenu de l'objectif national « *veiller aux équilibres financiers* » du contrat d'objectifs des ARH pour les 5 lettres. A noter toutefois que la lettre du DARH Aquitaine mentionne le recours à l'appui du Trésor public.

Objectif	Alsace	Aquitaine	Bretagne	Haute Normandie	Poitou-Charentes	Commentaires
	centre de rééducation fonctionnelle à Mulhouse ».	*Public. ».*				
Contrôle médicalisé	*« Vous veillerez également à la mise en œuvre du contrôle de gestion personnalisé des établissements et des premiers éléments de contrôle médicalisé (en particulier les contrats de bon usage des médicament). L'accord national de bonne pratique relatif aux antibiotiques sera transposé dans un accord local au plus tard au 1er octobre 2006. Des actions de sensibilisation et d'incitation au libellé en dénomination commune internationale des prescriptions effectuées à l'hôpital pour être exécutées en ville seront engagées dans l'ensemble des établissements de santé. Elles prépareront la conclusion d'un accord d'initiative locale sur ce thème début 2007. L'Observatoire du médicament et des dispositifs médicaux implantables constitué au 1er septembre 2005 a achevé*	*« Vous conforterez le développement de la démarche d'amélioration et de la mesure interne de la qualité des soins, par la poursuite des travaux relatifs à l'expérimentation « évaluation des pratiques professionnelles » en vue du passage à la certification et par la promotion des bonnes pratiques professionnelles via le comité régional du médicament et des dispositifs médicaux et le réseau de cancérologie. J'ai bien noté que vous proposez de généraliser à l'ensemble des établissements MCO et SRR de la région, publics et privés, la mise en place d'un tableau de bord (GINQA) d'indicateurs de performance déclinés à partir de l'outil COMPAQH, en lien avec le comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en aquitaine. ».*	« *je vous demande, en outre : (..)de promouvoir les contrôles sur le PMSI, avec un souci de pédagogie auprès de l'ensemble des établissements afin d'éviter d'éventuelles sanctions financières au-delà des indus notifiés par les CPAM ».*	« *Vous veillerez aussi à la mise en œuvre du contrôle de gestion personnalisé des établissements et des premiers éléments de contrôle médicalisé (contrats de bon usage des médicaments, en particulier). ».*	« *Vous veillerez aussi à la mise en œuvre du contrôle de gestion personnalisé des établissements et des premiers éléments de contrôle médicalisé (contrats de bon usage des médicaments en particulier). ».*	Le contenu est très variable : complet pour l'Alsace et l'Aquitaine, il reflète les initiatives locales en particulier en matière de qualité des soins en Aquitaine (indicateurs de performance dérivés de COMPAQH), liminaire pour la Haute-Normandie et Poitou-Charentes, en se bornant à la mise en œuvre de la réglementation. Pour la Bretagne, le souci de « pédagogie » sur le contrôle du codage est mis en avant.

Objectif	Alsace	Aquitaine	Bretagne	Haute Normandie	Poitou-Charentes	Commentaires
	l'état des lieux en novembre dernier. Les contrats établis aussitôt ont été adressés aux établissements et devront tous avoir été signés avant la fin 2006 ».					
Gestion des risques	« *Vous veillerez à favoriser la mise en place d'une politique de gestion des risques dans les établissements. Les contrats d'objectifs et de moyens devront systématiquement comporter une référence au taux d'infections d'une part et au scorage résultant de l'indicateur composite des actions de lutte contre les infections nosocomiales d'autre part, pour définir l'objectif cible de progrès. ».*	*« S'agissant de la politique de gestion des risques, je prends acte de vos engagements sur la définition d'un programme d'action - formation des établissements à la gestion des risques, l'évaluation des programmes de gestion du risque pour un tiers des établissements de santé et l'organisation d'une journée régionale sur le thème du risque. Par ailleurs, vous prolongerez les actions engagées en matière de gestion des plaintes. ».*	-	-	-	Seule 2 lettres comportent l'item « gestion du risque » : Alsace et Aquitaine avec l'initiative intéressante de l'Alsace pour inclure dans les CPOM un scorage systématique d'ICALIN avec des objectifs de progrès.
Nouvelle gouvernance	« *Vous veillerez également à accompagner et favoriser la mise en place dans les établissements concernés de la nouvelle gouvernance hospitalière. La situation particulière des centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie devra faire l'objet de toute votre attention et pourra justifier la mise en place de*	-	« *Je vous demande en outre : (..)d'accompagner les établissements sur la mise en œuvre de la nouvelle gouvernance et la structuration des pôles. ».*	« *J'ai aussi noté les actions collectives en direction des établissements que vous entendez conduire notamment en matière de politique des achats, de ressources humaines et d'organisation hospitalière. ».*	-	Le contenu est soit inexistant soit peu développé à l'exception de la lettre du DARH Alsace, qui préconise le recours à l'appui des missions nationales pour améliorer

Objectif	Alsace	Aquitaine	Bretagne	Haute Normandie	Poitou-Charentes	Commentaires
	missions d'assistance et d'accompagnement avant la fin de l'année 2006. ».					l'efficience des centres de psychiatrie.
		Management de l'agence.				
Fonction-nement du réseau	« *Le fonctionnement de l'agence doit traduire un partenariat étroit et équilibré avec les services de l'Etat et les organismes de l'assurance maladie que vous vous emploierez à conforter. Il vous appartient de veiller particulièrement à l'optimisation du réseau de l'ARH et de ses ressources. En interne, (..) vous attacherez à optimiser l'organisation de l'équipe rapprochée et du réseau. J'ai pris note de votre intention de procéder à une refonte de l'organisation de l'équipe rapprochée en deux pôles : l'un consacré à l'organisation de l'offre de soins et l'autre aux moyens supports. »*	« *Le fonctionnement de l'agence doit traduire un partenariat étroit et équilibré avec les services de l'Etat et les organismes de l'assurance maladie que vous vous emploierez à conforter. A cet égard, il vous appartient de veiller particulièrement à l'optimisation du réseau de l'ARH et de ses ressources Vous impliquerez de manière étroite les membres de la commission exécutive dans la conduite de votre action. Vous conforterez l'implication des DDASS dans le pilotage et le suivi local de la politique régionale. Dans cette perspective, j'ai pris bonne note de votre volonté d'organiser une réunion de l'ensemble des membres de la commission exécutive en séminaire pour proposer, à partir d'un bilan des forces et faiblesses et le rappel des principales réformes et actions à conduire, une organisation de travail plus efficiente. »*	« *Sur ce point particulier, je vous engage à poursuivre les efforts consentis depuis plusieurs années. J'ai pu constater, lors de ma visite le 13 juin dernier, que la Commission Exécutive était un lieu d'échanges et de décision collégiale où les deux Conseillers régionaux, membres à titre consultatif de la Commission Exécutive, peuvent faire valoir leur point de vue d'élus et mieux appréhender les opportunités et les contraintes caractérisant la mise en œuvre de la politique hospitalière en région. »*	*« Le fonctionnement de l'agence doit traduire un partenariat étroit et équilibré avec les services de l'Etat et les organismes de l'assurance maladie que vous vous emploierez à conforter. A cet égard, il vous appartient de veiller particulièrement à l'optimisation du réseau de l'ARH et de ses ressources. ».*	« *Le fonctionnement de l'agence doit traduire un partenariat étroit et équilibré avec les services de l'Etat et les organismes de l'assurance maladie que vous vous emploierez à conforter. A cet égard, il vous appartient de veiller particulièrement à l'optimisation du réseau de l'ARH et de ses ressources. ».*	Contenu peu précis mais qui renvoie toutefois aux limites du systèmes du fonctionnement de l'ARH (GIP). A noter toutefois les initiatives Alsace et Aquitaine pour revoir l'organisation.

Objectif	Alsace	Aquitaine	Bretagne	Haute Normandie	Poitou-Charentes	Commentaires
Chargés de mission	*«. En interne, vous veillerez à l'intégration des chargés de mission interrégionaux «systèmes d'information» et «efficience des organisations hospitalières»* » *et vous attacherez à optimiser l'organisation de l'équipe rapprochée et du réseau.. ».*	*« En interne, vous veillerez au déploiement des chargés de missions « systèmes d'information » et « efficience des organisations hospitalières » et vous attacherez à optimiser l'organisation de l'équipe rapprochée et du réseau ».*	-.	« *En interne, vous veillerez au déploiement des chargés de missions « systèmes d'information » et « efficience des organisations hospitalières » et vous attacherez à optimiser l'organisation de l'équipe rapprochée et du réseau. ».*	« *En interne, vous veillerez à l'intégration des chargés de « systèmes d'information » et « efficience des organisations hospitalières » et vous vous attacherez à optimiser l'organisation de l'équipe rapprochée et du réseau ».*	Contenu identique mais pas de précision de la DHOS sur le rôle attendu des chargés de mission
Dialogue social	« *A l'échelon de votre région, vous veillerez à formaliser les bases du dialogue que vous conduisez avec les responsables hospitaliers, les professionnels de santé, les usagers et les organisations syndicales. Vous continuerez d'accorder une attention particulière à la régularité et à la qualité de vos échanges avec les préfets et les élus.* ».	« *A l'échelon de votre région, vous veillerez à formaliser les bases d'un dialogue social que ce soit avec les responsables hospitaliers, les professionnels de santé, les usagers, les organisations syndicales, notamment en institutionnalisant les rencontres trimestrielles entre l'agence et les fédérations hospitalières, en formalisant les réunions semestrielles avec les organisations syndicales représentatives au plan régional et en développant les échanges thématiques avec le groupe d'animation des hôpitaux d'Aquitaine. Vous accorderez par ailleurs une attention particulière à la régularité et la qualité de vos échanges avec le préfet et les élus* ».	« *Je vous saurais donc gré de me rendre compte du travail réalisé au sein de diverses instances de concertation avec les établissements et les fédérations que vous avez mises en place, de poursuivre le travail réalisé en Comité régional des usagers, avec un souci constant de la pédagogie, et de développer les relations tant avec les Préfets qu'avec les élus de votre région. »*	« *A l'échelon de votre région, vous veillerez à formaliser les bases d'un dialogue social que ce soit avec les responsables hospitaliers, les professionnels de santé, les usagers et les organisations syndicales. Vous accorderez par ailleurs une attention particulière à la régularité et à la qualité de vos échanges avec les préfets et les élus. »*	Idem Haute-Normandie	

Objectif	Alsace	Aquitaine	Bretagne	Haute Normandie	Poitou-Charentes	Commentaires
Communi-cation	« *Vous développerez une politique de communication active qui explique et fasse connaître le rôle et l'action de l'ARH. D'une manière générale, vous affirmerez la place de l'agence dans la vie publique.* ».	Idem Alsace	-	Idem Alsace	Idem Alsace	
Système d'informa-tion	« *Vous veillerez à ce que le système d'information de l'agence réponde aux nouveaux enjeux liés à l'accompagnement des réformes (tableau de bord sur les établissements notamment) et à la montée en charge du dispositif de contractualisation (remontée des indicateurs du contrat, de Prodige et du tableau de bord social).* ».	Idem Alsace	-	Idem Alsace	Idem Alsace	
Contrat d'objectifs ARH	*« Le suivi et la réalisation du contrat constituent un outil de pilotage et de management de l'agence. A ce titre, il vous appartient de proposer les modalités selon lesquelles le contrat sera mis en œuvre par l'ensemble des composantes de l'agence. Vous êtes en effet le garant de la bonne exécution du contrat, de la répartition*	Idem Alsace	-	Idem Alsace	Idem Alsace	

Objectif	Alsace	Aquitaine	Bretagne	Haute Normandie	Poitou-Charentes	Commentaires
	des objectifs, au travers du programme de travail, entre les différents membres du GIP, de l'information régulière de la commission exécutive et de l'organisation de la collecte des données. ».					
Bilan et évaluation						
	-	-	Bilan de réalisation des objectifs et difficultés éventuelles avant le 15 février 2007.	-	-	Processus d'évaluation peu précis (ex : absence de calendrier).

Tableau 3 : Indicateurs figurant dans les lettres de mission adressées par la DHOS aux directeurs des ARH

Thème	DARH Pays de Loire	DARH Champagne-Ardenne	DARH Limousin (région expérimentatrice du contrat DHOS-ARH)	DARH Bretagne (région expérimentatrice du contrat DHOS-ARH)
Mise en œuvre de la politique et des réformes hospitalières.	**Indicateurs de l'objectif de suivi Financier :** - nombre et taux d'établissements suivis par l'observatoire régional ; - nombre et taux d'expertises et d'audits Financiers par la Mission régionale d'analyse budgétaire et Financière et par le réseau du Trésor (TPG ou MEEF) à la demande de l'ARH, pour les établissements en difficulté Financière ; - nombre et taux d'établissements avec lesquels un point d'étape a été fait dans le cadre du suivi quadrimestriel ; - élaboration d'une note de conjoncture quadrimestrielle pour les 7 établissements tête des 7 territoires de recours + Cl Jules Verne (PSPH) ; - taux de diminution des reports à nouveau déficitaires des établissements. **Indicateurs relatifs à l'objectif de contrôle de gestion :** - nombre et taux d'établissements participant aux sessions de formation de la mission d'accompagnement régionale pour la tarification à l'activité (MARTAA) ; - nombre et taux de CPOM prévoyant la mise en place d'une comptabilité analytique médicalisée opérationnelle.	Indicateur de l'objectif offre de soins **SROS :** - nombre de CPOM signés dans les délais légaux ; - mise en place effective avant la Fin de l'année 2006 d'un comité de concertation avec les établissements sur les objectifs quantifiés ; - nombre de réunions de présentation du SROS avec les représentants des syndicats dans les conseils d'administration des EPS, avec les usagers, avec les organismes d'assurance maladie **Démographie médicale :** - déFinition d'un projet à caractère expérimental sur l'Ouest champenois.	- taux de signature des contrats d'objectifs et de moyens ; - signature de conventions répartissant les compétences en cardiologie et en pneumologie ; - mise en place d'astreintes chirurgicales ; - signature d'une convention de partenariat entre le CH de Guéret et le CHU ; - nombre de conventions signées entre le CHU et les autres établissements de santé ; - nombre et taux d'établissements de santé, sièges d'un SAU, disposant d'un service de court séjour gériatrique et pourvus d'une équipe médicale mobile ; - nombre et taux d'établissements sièges d'un service des urgences et d'un service de pédiatrie ayant mis en place une organisation spécifique de la prise en charge des enfants aux urgences ; - publication régulière des cartes d'installation des médecins libéraux et des para-médicaux ; - signature d'une convention avec le conseil régional et les conseils généraux, formalisant un dispositif d'incitation au maintien dans la région des para-médicaux formés dans les instituts et écoles de la région ; - répartition du nombre d'internes ; - réduction du délai de vacance des postes ; - nombre d'agents inscrits en formation professionnelle ;	**Indicateurs :** **SROS :** - Arrêté de publication du SROS III avant le 30 mars 2006 ; - Arrêté portant révision du SROS III – début 2007 ; - Arrêté du schéma interrégional d'organisation des soins – avril 2007. **CPOM :** - 130 contrats-socles assortis de l'annexe « objectifs quantifiés », signés avant le 30 décembre 2006 ; - 30 CPOM comportant l'ensemble des annexes avant le 31 décembre 2006 ; - 100 CPOM comportant l'ensemble des annexes avant le 31 mars 2007. Sous réserve de la publication du décret relatif au CPOM avant le 30 septembre 2006. **Modernisation des établissements de santé :** - Evolution 2005 / 2006 des résultats des établissements publics et PSPH bretons ; - Pourcentage des établissements en déficit par catégorie CHU, CH, établissements PSPH, hôpitaux locaux, à rapprocher de leurs indices de productivité comparés à ceux enregistrés à l'échelon national ; - Nombre et résultats des contrôles

Thème	DARH Pays de Loire	DARH Champagne-Ardenne	DARH Limousin (région expérimentatrice du contrat DHOS-ARH)	DARH Bretagne (région expérimentatrice du contrat DHOS-ARH)
			- taux d'établissements couverts par un CRE ayant fait l'objet d'un diagnostic partagé avec l'ARH ; - taux de diminution des reports à nouveau déficitaires (compte 119) et évolution des charges sur exercices antérieurs (compte 672-8) pour les établissements ayant signé un contrat de retour à l'équilibre ; - signature des CBUM ; - mise en place d'une procédure de suivi des contrats.	externes du PMSI en 2006.
Management de l'agence	**Indicateurs relatifs à l'objectifs fonctionnement de l'agence :** - nombre et taux d'agents de l'assurance maladie participant à la négociation des CPOM - proportion des équipes territoriales effectivement épaulées par l'assurance maladie pour la négociation des CPOM. - Etablissement d'un programme de formation-action - Nombre et taux d'agents du réseau ayant participé à au moins une session de formation **Indicateurs relatifs à l'objectifs dialogue social :** - nombre de réunions du comité régional paritaire - nombre de réunions avec les organisations syndicales de personnel hospitalier et avec les syndicats de praticiens hospitaliers	**Indicateurs relatifs à l'objectif fonctionnement de l'agence :** - tenue d'une réunion hebdomadaire avec l'équipe rapprochée ; - constitution effective de l'équipe au sein de la DRASS pour le pilotage économique des établissements rencontres mensuelles de l'équipe de l'ARH avec l'équipe de l'URCAM ; - déFinition avec chacun des conseils généraux des modalités de coopération. **Indicateurs relatifs à l'objectif dialogue social :** - nombre de réunions avec le bureau de l'union hospitalière sur les questions budgétaires, la situation économique des	**Indicateurs relatifs à l'objectif fonctionnement de l'agence :** - tenue d'une réunion hebdomadaire - nombre de réunions de travail formalisées avec les deux vice-présidents - évolution du nombre de délégations de signature accordées aux responsables des services déconcentrés. - participation à la CAR - nombre de réunions de travail avec les préfets de département et les services de l'Etat - nombre de réunions périodiques programmées, formalisées par un ordre du jour et un compte rendu.	**Fonctionnement du réseau ARH :** - bilans quantitatif et qualitatif de l'exécution du programme de travail de l'ARH. **Participer au fonctionnement de la mission régionale de santé :** - bilan de la MRS 2006.

Thème	DARH Pays de Loire	DARH Champagne-Ardenne	DARH Limousin (région expérimentatrice du contrat DHOS-ARH)	DARH Bretagne (région expérimentatrice du contrat DHOS-ARH)
	- nombre de réunions avec la FHF, avec la FEHAP, avec la FHP - nombre de visites d'établissement - nombre d'entretiens avec les préfets de la région. **Indicateurs relatifs à l'objectifs communication :** - nombre de publications de la « lettre de l'ARH » - nombre de communiqués et d'interviews (presse écrite ou audiovisuelle).	établissements, la mise en place des réformes ; - nombre de réunions avec les organisations syndicales.		

ANNEXE IX

LE FONCTIONNEMENT DES ARH ET DE LEUR RÉSEAU

SOMMAIRE

I. LE RÉSEAU DES ARH FAIT FACE A DES DIFFICULTÉS DE FONCTIONNEMENT 1

A. LA RÉPARTITION DES MISSIONS OBÉIT À UNE ORGANISATION RELATIVEMENT HOMOGÈNE 1

1. « L''équipe rapprochée » des ARH assure une fonction de pilotage ainsi que la gestion directe de certains dossiers 1

2. La répartition Etat – assurance maladie recoupe le schéma antérieur à 1996 3

3. La répartition des compétences au sein des services de l'Etat obéit le plus souvent à un même modèle 3

B. LE FONCTIONNEMENT DU RÉSEAU PRÉSENTE CERTAINES LIMITES 4

1. En commission exécutive, l'assurance a souvent une position plus harmonisée que l'Etat 4

2. La mise en place d'équipes mixtes de terrain permet d'assurer un travail commun entre l'Etat et l'assurance maladie 5

3. L'animation du réseau est contrastée.....6

4. La mise à disposition de services n'apparaît pas comme une organisation satisfaisante 6

5. La position des directeurs de DDASS suscite des difficultés dans certains cas.....7

II. L'UTILISATION DES MOYENS DE L'ARH POURRAIT ÊTRE AMELIORÉE.....8

A. DES MOYENS SOUVENT SUFFISANTS EN VOLUME MAIS INÉGALEMENT RÉPARTIS 8

1. La contribution au réseau de l'Etat et de l'assurance maladie est équitable mais contrastée ..8

2. Les ARH disposent de moyens humains inégaux.....9

B. UNE ACTIVITÉ À HAUTE TECHNICITÉ QUE NE FAVORISE PAS LA PARCELLISATION DU RÉSEAU ...12

1. Une activité mobilisatrice d'agents de catégorie A.....12

2. La parcellisation du réseau 13

III. LE FONCTIONNEMENT DU RÉSEAU DES ARH DOIT ÊTRE RÉAMÉNAGÉ.....14

A. REPENSER L'ORGANISATION DU RÉSEAU 14

1. Repenser la position des agents au regard de l'ARH.....14

2. Adapter l'organisation territoriale aux spécificités régionales 16

3. Synthèse des combinaisons envisageables 16

4. Envisager des collaborations interrégionales.....17

B. AMÉLIORER L'ANIMATION DU RÉSEAU 18

1. Clarifier les procédures.....18

2. Clarifier la position des directeurs de DDASS.....18

LE FONCTIONNEMENT DES ARH ET DE LEUR RÉSEAU

Les agences régionales de l'hospitalisation, groupements d'intérêt public constitués par l'Etat et l'assurance maladie, ont été constituées sous formes de structures légères se rapprochant d'équipes de projet. Elles disposent d'une équipe rapprochée (financée aux deux tiers par l'Etat et au tiers par l'assurance maladie). Leur particularité est de reposer sur un réseau constitué d'agents des services déconcentrés de l'Etat (DRASS et DDASS) et des services de l'assurance maladie (CRAM, direction régionale du service médical – DRSM – et échelons locaux du service médical – ERSM-).

Les agents du réseau restent placés sous l'autorité hiérarchique de leur chef de service mais répondent à un double commanditaire :

- d'une part leur chef de service ;

- d'autre part le directeur de l'ARH au titre des missions dont ils ont la charge.

Cette situation complexifie la gestion de la politique hospitalière, tandis que le champ des politiques d'offre de soin reste éclaté (la DRASS restant pilote des politiques de santé publique tandis que l'assurance maladie est compétente en matière de médecine de ville), alors même que les membres du réseau interviennent directement pour la mise en œuvre des réformes hospitalières (analyse et suivi budgétaire, contractualisation avec les établissements notamment).

À partir des investigations conduites dans cinq régions et nourries par des questionnaires adressés à l'équipe rapprochée de l'ARH, à la DRASS et aux DDASS, la mission a donc examiné en quelle mesure les adaptations du réseau peuvent contribuer à l'amélioration du pilotage de l'efficience par les ARH. Elle n'a pas intégré dans ses réflexions la mise en place d'agences régionales de santé, exclues du champ de la mission qui lui était impartie. Elle a pris en compte les réflexions préalables sur l'évolution de l'organisation territoriale dans le domaine sanitaire et social et s'est concertée avec la mission en cours relative à l'adéquation des missions et moyens du ministère chargé de la santé et des solidarités[1].

I. LE RÉSEAU DES ARH FAIT FACE A DES DIFFICULTÉS DE FONCTIONNEMENT

A. La répartition des missions obéit à une organisation relativement homogène

Les ARH et leur réseau présentent, quelles que soient les régions visitées, un schéma d'organisation présentant de nombreux points communs.

1. « L''équipe rapprochée » des ARH assure une fonction de pilotage ainsi que la gestion directe de certains dossiers

Les agences régionales de l'hospitalisation exercent quatre missions définies par l'article L 6115-1 du code de la santé publique (modifié en dernier lieu par l'ordonnance 2003-850 du 4 septembre 2003) :

[1] Rapport IGAS relatif à l'évolution de l'organisation territoriale de l'Etat dans le domaine sanitaire et social présenté par Emmanuèle Jeandet-Mengual et Marie-Ange du Mesnil du Buisson, 2003.

- « *définir et mettre en œuvre la politique régionale d'offre de soins hospitaliers* » (définition du schéma régional d'organisation des soins, impulsion des redéploiements, coopération, fusion de service, autorisations ou retrait d'autorisations d'activité) ;

- « *analyser et coordonner l'activité des établissements de santé publics et privés* » (pilotage) ;

- « *contrôler leur fonctionnement* » (tutelle des établissements) ;

- « *déterminer leurs ressources* » (fonction budgétaire d'allocation des ressources).

Le pilotage global est assuré par l'équipe rapprochée de l'ARH. Ses modalités d'intervention s'exercent de deux manières :

- d'une part la gestion directe de dossiers, pouvant impliquer plus ou moins le service hospitalier de la DRASS. Elle intervient ainsi fortement sur l'allocation de ressources (DAC[2], DAF[3], MIGAC[4] dont MERRI[5], crédits liés aux plans de santé publique). Sa marge de manœuvre pour la définition d'une politique d'allocation est cependant en réduction dans le contexte de mise en place de la T2A. Elle assure le plus souvent le travail méthodologique relatif à la planification et effectue la production de données chiffrées. Elle suit directement les dossiers d'investissement, comme elle l'a fait notamment pour la mise en œuvre du plan hôpital 2007.

- d'autre part une fonction d'animation pour des missions restant essentiellement assumées par les acteurs du réseau, pour laquelle elle agit plutôt comme une administration de projet : coordination des services, définition de procédures et d'une méthodologie de travail. A titre d'exemple, la mise en œuvre des contrats de bon usage du médicament a fortement impliqué les inspections régionales de la pharmacie ainsi que les professionnels souvent associés à la définition d'une méthodologie tandis que la négociation des contrats repose largement sur les DDASS.

Par ailleurs, sont rattachés à l'ARH des chargés de mission qui relèvent des missions chargées de la mise en œuvre des réformes : chargé de mission efficience (MEAH), chargé de mission investissement (MAINH) qui agissent dans un cadre interrégional. L'ensemble des équipes rencontrées ont souligné qu'un chargé de mission ne pouvait correctement assumer sa mission lorsqu'il devait l'assurer sur deux, voire trois régions en même temps. Plusieurs directeurs de DDASS ainsi d'ailleurs que les équipes de certaines ARH ont indiqué ne disposer que d'une faible visibilité sur l'activité de des chargés de mission efficience et des sujets sur lesquels ils pouvaient être sollicités.

Enfin, il convient de souligner que l'équipe rapprochée est le plus souvent désignée comme principal interlocuteur des établissements de santé, ces derniers ne déclarant que rarement s'adresser aux membres du réseau.

---

[2] La DAC (dotation annuelle complémentaire) correspond à la part garantie des recettes MCO non soumises à l'activité. Cette ressource a vocation à s'éteindre avec la montée en charge de la tarification à l'activité.

[3] La DAF (dotation annuelle de fonctionnement) englobe les ressources allouées aux secteurs psychiatrie, soins de suite ou réadaptation et aux hôpitaux locaux, qui n'entrent pas dans la réforme de la tarification à l'activité.

[4] La dotation MIGAC (missions d'intérêt général et aide à la contractualisation) permet de financer soit des missions non directement reliées à la production de soins. Elle comprend notamment les MERRI, la participation à des actions de santé publique ou à des activités de soins destinées à certaines populations spécifiques (veille épidémiologique, centres antipoison, équipes mobiles de gériatrie ou de soins palliatifs, permanence des soins, dépistage anonyme du VIH, aide médicale urgente, prise en charge des détenus…)

[5] Missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation.

2. La répartition Etat – assurance maladie recoupe le schéma antérieur à 1996

La répartition des champs couverts par l'Etat et l'assurance maladie respecte dans la majorité des régions visitées le schéma antérieur à 1996 :

- suivi des établissements publics de santé par les services de l'Etat

- suivi des établissements privés par la CRAM.

Les compétences médicales (des DDASS et des DRASS d'une part, de la DRSM d'autre part) répondent également à une certaine spécialisation :

- les médecins des DDASS et DRASS fortement sollicités pour les visites de conformité comme leurs homologues de l'assurance maladie sur les dossiers d'autorisation, interviennent plus particulièrement au titre de leur mission d'inspection et de contrôle ;

- les médecins du service médical de l'assurance maladie ont fréquemment développé une activité dans le domaine des études, qu'elles soient thématiques ou médico-économiques. Ils participent également aux contrôles des établissements. Ils assurent le contrôle du PMSI (codage).

3. La répartition des compétences au sein des services de l'Etat obéit le plus souvent à un même modèle

Les DRASS assurent le plus souvent une coordination des services de l'Etat. A ce titre, le service hospitalier des DRASS agit souvent comme un référent des agents des DDASS.

Elles gèrent directement les dossiers suivants :

- préparation de la campagne tarifaire, pour le compte de l'ARH

- participation à la définition de la politique de planification, secrétariat du CROS

- traitement quadrimestriel des données PMSI en vue de la facturation (bien que cela ne soit pas systématique)

- élaboration et suivi des contrats de bon usage du médicament (inspection régionale de la pharmacie) ainsi qu'animation régionale sur ce thème.

Les DDASS se voient confier le suivi des établissements et le volet territorial de la politique hospitalière :

- examen, approbation et suivi des EPRD

- préparation et suivi des contrats d'objectifs et de moyens

- tutelle des établissements (contrôle de légalité, marchés) ainsi que présence lors du conseil d'administration (CA)

- politique de territoire : préparation des projets médicaux de territoire, animation de conférences de territoire dans le cadre de la préparation du SROS.

Par ailleurs, les directeurs de DDASS suivent personnellement certains sujets lourds (difficultés de rapprochement entre hôpitaux, fermeture de certaines unités).

Tableau 1 : La répartition des missions - synthèse

Programme et action	Type d'activité	Activité	Services les plus impliqués
Offre de soins et qualité du système de soin	Pilotage régional	Participation à la commission exécutive de l'ARH	Equipe rapprochée DRASS DDASS CRAM DRSM
	Etudes	Etudes thématiques au niveau régional	DRSM Equipe rapprochée
		Etudes médico-économiques relatives aux établissements de soins	DRSM
		Suivi des données sur l'activité	Equipe rapprochée
	Planification	Autorisation des équipements matériels lourds (EML) et activités de soins	Equipe rapprochée DRASS
		Elaboration et mise en œuvre des SROS	Equipe rapprochée DRASS
		Secrétariat du CROS	DRASS
		Projets médicaux de territoire	DDASS échelons locaux de l'assurance maladie
	Allocation de ressources et contrôle budgétaire	Examen et suivi des EPRD	DDASS Equipe rapprochée
		Suivi budgétaire des établissements de soins	DDASS Equipe rapprochée
		Arrêtés de tarification de l'activité et enveloppes (MIGAC, DAC…)	Equipe rapprochée (avec DDASS)
		Contrôle des marchés et contrôles de type financier	DDASS
	Tutelle et pilotage des établissements	Participation CA des hôpitaux	DDASS Equipe rapprochée
		COM/CPOM	Equipe rapprochée DDASS
		Projets d'établissement	DDASS
	Contrôle des établissements	Contrôle du codage PMSI	DRSM
		Contrôle de cohérence PMSI (si existe)	DRASS
		Contrôle sur place (qualité des soins)	DRASS DDASS

B. Le fonctionnement du réseau présente certaines limites

1. En commission exécutive, l'assurance-maladie a souvent une position plus harmonisée que l'Etat

En application de l'article L.6115-7 du code de la santé publique, la commission exécutive (COMEX) comprend, outre le directeur de l'ARH (DARH), des représentants de l'Etat et de l'assurance maladie (URCAM, CRAM). Deux représentants du conseil régional ont voie consultative.

Les commissions exécutives (COMEX)[6] sont le plus souvent préparées par des groupes techniques (allocation de ressources notamment).

Les représentants de l'assurance maladie rencontrés ont indiqué à la mission définir une position « assurance maladie » unique avant le déroulement des COMEX, ce que perçoivent fortement les membres des services de l'Etat qu'a rencontrés la mission.

[6] Elles délibèrent sur les autorisations, les orientations relatives à l'allocation de ressources aux établissements de santé, les CPOM, les sanctions financières aux établissements.

A contrario, les services déconcentrés de l'Etat ont indiqué ne pas toujours formaliser de position des services de l'Etat avant le passage en COMEX et ont indiqué que la politique de l'agence n'était que rarement évoquée en CTRI[7]. Ils estiment ce défaut de coordination de nature à fragiliser la position de l'Etat sur la politique hospitalière.

Les relations entre les directeurs des services de l'Etat et l'ARH sont parfois tendues. Un précédent rapport de l'IGAS a souligné la tension fréquente entre DRASS et ARH, que la répartition du pilotage entre politique hospitalière et politique de santé publique ne contribue pas à apaiser[8]. D'autre part, plusieurs directeurs de DDASS ont souligné un positionnement difficile entre une autorité hiérarchique préfectorale et l'ARH agissant comme commanditaire.

Par ailleurs, plusieurs représentants des services de l'Etat ont souligné leur crainte d'un désengagement de l'assurance maladie sur le pilotage de la politique hospitalière. En Poitou-Charentes l'assurance maladie a ainsi souligné qu'elle entendait se désinvestir des activités de l'ARH, pour se concentrer sur le contrôle du codage de l'activité, « *conformément aux orientations prises par la direction générale* » de la CNAM-TS. Bien qu'isolé, ce cas illustre la fragilité des moyens des ARH, dont le fonctionnement dépend des priorités locales des services et de la qualité des relations interpersonnelles.

2. La mise en place d'équipes mixtes de terrain permet d'assurer un travail commun entre l'Etat et l'assurance maladie

Dans la plupart des régions visitées ont été mises en place, sur une base territoriale, des équipes de secteur composées d'agents de l'Etat et de l'assurance maladie. Ces équipes de secteur assurent notamment le suivi des projets médicaux de territoire et de la mise en place de la contractualisation. Les agents se sont déclarés satisfaits de ce mode de fonctionnement et ont souligné qu'il a permis le développement d'un travail harmonisé et d'une culture commune entre l'Etat et l'assurance maladie sur le terrain.

A contrario, l'absence de structuration du réseau en Poitou-Charentes (qui s'explique partiellement par le fait que la CRAM, basée à Limoges, couvre à la fois le Limousin et Poitou-Charentes) entrave le travail de terrain : les agents de l'Etat indiquaient ainsi ne pas connaître leurs homologues de l'assurance maladie et éprouver des difficultés à élaborer une position commune avec elle.

Cependant, les représentants des établissements de santé rencontrés n'ont que peu fait référence aux équipes de secteur. Ils estiment le plus souvent que leur interlocuteur privilégié se situe à l'ARH, soit qu'il s'agisse pour eux du niveau décisionnel, soit qu'ils estiment que celle-ci est seule à détenir la compétence technique nécessaire. Ils privilégient, dans leurs relations avec l'ARH, la technicité à la proximité géographique.

---

[7] Comité technique régional et interdépartemental. Instance territoriale regroupant, au sein d'une région, les directeurs de la DRASS et des DDASS.

[8] Rapport IGAS relatif à l'évolution de l'organisation territoriale de l'Etat dans le domaine sanitaire et social présenté par Emmanuèle Jeandet-Mengual et Marie-Ange du Mesnil du Buisson, 2003.

3. L'animation du réseau est contrastée

L'animation du réseau fait l'objet d'appréciations contrastées de la part des agents du réseau des ARH. La mission relève que les agents rencontrés ont exprimé une insatisfaction dans deux des cinq régions visitées, bien que cette insatisfaction relève pour une part non négligeable de facteurs plus larges : difficultés éprouvées par les agents des DDASS dans un contexte d'évolution importante de leurs missions (décentralisation du RMI puis de la politique du handicap, articulation avec le niveau régional dans le cadre de la mise en place de la LOLF notamment). Dans les autres régions visitées, les agents s'estimaient satisfaits de l'animation du réseau (mise en place de groupes de travail, association dans la définition des méthodes, mise à disposition de documents méthodologiques, guides de procédures).

Les groupes techniques mis en place par l'ARH dans la plupart des régions (groupe allocation ressources, groupes de projet sur l'élaboration du SROS, etc.) et associant des membres de l'équipe rapprochée et des membres du réseau sont appréciés. Ils permettent la diffusion d'information, la formalisation de positions et de méthodologies et l'entretien des compétences.

Dans toutes les régions visitées, des formations concernant les réformes hospitalières récentes ont été mises en place : formation à la T2A, analyse des EPRD, nouvelle gouvernance notamment ; mais il s'agit le plus souvent de formations courtes (moins de deux jours). La région Rhône-Alpes a par ailleurs mis en place un « cercle de compétences », dont les agents ne se sont toutefois pas fait l'écho. Cependant, nombre d'agents des DDASS ont fait part de besoins importants de formation en analyse financière. La cellule régionale de formation continue (CEREFOC) de la DRASS n'est, au vu des entretiens et des questionnaires, que peu sollicitée sur les besoins en formation spécifiques des agents chargés de la politique hospitalière.

La mission a par ailleurs noté un fossé important entre les outils et systèmes d'information élaborés en ARH et ceux qu'utilisent les agents de terrain. Certes, la plupart des ARH indiquaient avoir mis en place un intranet. Cependant les outils d'analyse de l'activité ou permettant de disposer de ratios financiers ne sont que peu diffusés en DDASS d'après les entretiens menés. Aucun agent de DDASS rencontré n'a indiqué à la mission connaître l'existence de SIHNAT. Les outils dont disposent les DDASS (Icare, Cabestan, Finess…) sont essentiellement des outils de remontée d'information.

La formalisation des rôles et des procédures n'est pas systématique. Par ailleurs, la répartition des rôles n'est pas toujours optimale : la navette entre le niveau régional et le niveau départemental pour la production d'arrêtés de notification d'enveloppes n'apporte pas de plus-value, cette mission pouvant être régionalisée.

4. La mise à disposition de services n'apparaît pas comme une organisation satisfaisante

Le réseau des ARH repose sur la mise à disposition de services[9], et donc de « temps homme[10] ». Les agents du réseau sont donc des agents des DDASS, des DRASS ou de l'assurance maladie, soumis à l'autorité de leur chef de service mais exerçant leur mission pour un autre commanditaire que celui-ci, parfois d'ailleurs pendant une partie de leur temps de travail seulement. Ils peuvent en effet être affectés conjointement à plusieurs missions. C'est le cas de certains agents appartenant à un service de tutelle compétent sur le secteur sanitaire comme sur le secteur médico-social. C'est aussi souvent le cas des médecins inspecteurs de santé publique (MISP), situation inévitable lorsque la DDASS ne compte qu'un ou deux MISP. Le code de la santé précise que les instructions de l'ARH sont adressées aux chefs de service et non aux agents des services.

---

[9] Les services départementaux et régionaux de l'Etat compétents en matière sanitaire et dont l'intervention est nécessaire à l'exercice des pouvoirs et responsabilités dévolus aux agences régionales de l'hospitalisation sont mis à la disposition de

Les agents des DDASS se sont fréquemment déclarés insatisfaits de ce mode de fonctionnement, dépendant d'une hiérarchie qui les évalue et les gère et un commanditaire qui définit les modalités de leur travail. Dans l'une des régions visitées, les agents du service hospitalier estiment même avoir subi des conséquences négatives de leur participation aux travaux de l'ARH en termes de notation ou d'attribution des primes.

Par ailleurs, la plupart des directeurs d'ARH rencontrés ont souligné la difficulté d'une agence dont le fonctionnement repose pour une large part sur des moyens dont ils ne disposent pas. En termes de gestion des ressources humaines, ils ne sont pas sollicités pour l'évaluation des agents ou la gestion des congés. Un directeur d'ARH indiquait même ne pas disposer de la liste des agents affectés à la politique hospitalière dans le réseau. En ce qui concerne les moyens dont ils disposent, ils dépendent des choix d'affectation effectués par les chefs de service du réseau. Ils estiment également avoir vu leurs moyens diminuer en termes qualitatifs, les conventions constitutives comportant le nombre d'agents mais non le niveau de ces agents. Plusieurs d'entre eux ont ainsi fait part de leur inquiétude sur l'évolution du réseau dans un contexte de réflexion sur l'allocation des moyens à l'occasion de la mise en place de la LOLF. Ils s'inquiètent également de la disponibilité des agents de l'assurance maladie face aux priorités définies par la direction nationale.

En Rhône-Alpes, le choix entre polyvalence et spécialisation des agents pose problème. Alors que le directeur de l'ARH a demandé aux directeurs de DDASS de désigner un « référent EPRD » dans chaque service, les directeurs rencontrés estiment dans l'intérêt des agents et du service d'assurer un mode de fonctionnement polyvalent et se refusent à nommer un tel référent. Ce cas illustre par ailleurs les limites du fonctionnement actuel du réseau des ARH, entre des directeurs d'ARH responsables des politiques menées et des directeurs de services déconcentrés responsables de l'organisation de leurs services.

5. La position des directeurs de DDASS suscite des difficultés dans certains cas

Les directeurs de DDASS rencontrés ont indiqué participer à la politique menée par l'ARH. Il s'agit notamment :

- management des agents participant au réseau de l'ARH ;
- de la présence au conseil d'administration des établissements de leur ressort[11], du moins pour les plus importants, bien que celle-ci ne soit pas systématique ;
- la participation à la COMEX de l'ARH ;
- la participation à l'évaluation des directeurs d'hôpitaux ;
- en fonction des cas, l'intervention directe sur des dossiers lourds de leur département, notamment en cas de recomposition (rapprochement de structures, fermeture de services, etc.).

Ils interviennent également au titre des activités préfectorales (missions d'inspection et de contrôle, sécurité sanitaire, santé environnementale : déchets d'activités de soin à risque infectieux et lutte contre les légionelloses notamment).

---

celles-ci. Le directeur de l'agence adresse directement aux chefs de service concernés les instructions nécessaires à l'exécution des tâches qu'il confie auxdits services (art. L6115-8 CSP).

[10] Il convient de préciser que la mise à disposition de services correspond à l'affectation d'un service, de façon globale, aux missions de l'ARH, et non d'une mise à disposition nominative.

[11] Ni l'ARH, ni les membres de son réseau (services de l'État et de l'assurance-maladie) ne sont membres du conseil d'administration des centres hospitaliers (art. L.6143-5 du code de la santé publique). L'ARH est cependant invitée.

Certains directeurs rencontrés ont fait part d'une demande de clarification de leur rôle par rapport à l'ARH et indiqué que leur double source d'intervention, pour le compte du préfet ou du directeur de l'ARH, pouvait être source d'ambiguïté. Ils insistent notamment sur la nécessité de disposer d'instructions et d'une vision de l'étendue de la délégation de compétences claires.

Dans la plupart des cas, les directeurs de DDASS rencontrés (soumis par ailleurs à l'autorité hiérarchique du Préfet) n'ont pas fait part de réticence sur la compétence dont dispose le DARH de leur adresser des instructions. Cependant, la situation est apparue conflictuelle en Rhône-Alpes, les directeurs estimant que l'organisation de leurs services pour l'exécution des missions de l'ARH relevait de leur compétence propre (cf. supra).

II. L'UTILISATION DES MOYENS DE L'ARH POURRAIT ÊTRE AMELIORÉE

A. Des moyens souvent suffisants en volume mais inégalement répartis

1. La contribution au réseau de l'Etat et de l'assurance maladie est équitable mais contrastée

D'après les données communiquées par la DHOS, la participation de l'Etat et de l'assurance maladie au fonctionnement du réseau des ARH est dans l'ensemble paritaire. L'Etat fournit ainsi 48% des membres du réseau, contre 52% pour l'assurance maladie, avec une situation contrastée selon les régions. Dans les régions visitées par la mission, la participation respective de l'Etat et de l'assurance maladie n'a pas été évoquée comme un problème.

Tableau 2 : Participation respective de l'Etat et de l'assurance maladie à l'ensemble du réseau

Caractéristique	Nombre de régions
Nombre de régions dans lesquelles la part de l'Etat est supérieure à 50%	15
dont régions où la participation de l'Etat est supérieure ou égale à 60%	*6*
Nombre de régions dans lesquelles la part de l'Etat est égale à celle de l'assurance maladie	1
Nombre de régions dans lesquelles la part de l'assurance maladie est supérieure à 50%	10
dont régions où la participation de l'assurance maladie est supérieure ou égale à 60%	*2*

Cette répartition varie fortement selon les profils des agents. Ainsi, l'assurance maladie fournit 70% des médecins du réseau des ARH. Dans certaines régions, cet apport est supérieur aux modalités prévues par la convention constitutive (par exemple en Bretagne). Au-delà de leur participation aux inspections et visites de conformité, ces professionnels remplissent désormais une mission importante d'enquête et d'étude, généralement assurée par la DRSM. Les effectifs en médecins mis à disposition par l'assurance maladie représentent donc une ressource cruciale pour les ARH et un retrait représenterait donc pour celles-ci une fragilité importante.

Tableau 3 : Participation respective de l'Etat et de l'assurance maladie pour les médecins

Caractéristique	Nombre de régions
Nombre de régions où la participation de l'Etat est supérieure à 50%	1
Participation de l'assurance maladie comprise entre 45 et 60%	4
Participation de l'assurance maladie entre 61 et 70%	12
Participation de l'assurance maladie supérieure à 70%	9
Médiane de la participation de l'assurance maladie	66%

A contrario, c'est l'Etat qui fournit 60% des autres cadres du réseau :

Tableau 4 : Participation respective de l'Etat et de l'assurance maladie pour les autres agents de catégorie A

Caractéristique	Nombre de régions
Participation de l'assurance maladie supérieure à 50%	5
Participation égale de l'Etat et de l'assurance maladie	1
Participation de l'Etat supérieure à 50% et inférieure ou égale à 60%	3
Participation de l'Etat supérieure à 60ù et inférieure ou égale à 70%	12
Participation de l'Etat supérieure à 70%	5
Médiane de la participation de l'État	62%

2. Les ARH disposent de moyens humains inégaux

La mission a analysé les moyens dont dispose le réseau des ARH (équipe rapprochée, Etat, assurance maladie). Les ARH visitées, bien qu'ayant fait part d'inquiétudes sur la pérennité des moyens du réseau, n'ont dans leur majorité pas fait état d'insuffisances majeures en personnel. Les équipes rapprochées rencontrées font pour la plupart d'entre elles preuve d'un niveau de technicité élevé. Il est d'ailleurs à noter que certaines ARH ont développé des outils sensiblement plus élaborés que les outils mis à disposition par le niveau national (Rhône-Alpes et Bretagne).

Certaines ARH ont une équipe rapprochée très restreinte. Au vu des informations fournies par la DHOS, huit ARH disposent de 10 agents ou moins[12]. Six disposent de cinq cadres ou moins (sans compter le directeur)[13], ce qui est susceptible de susciter des difficultés en regard de l'étendue et de la technicité de leurs missions.

La mission s'est efforcée d'analyser la répartition du personnel des ARH (réseau compris). Elle l'a mis en regard des établissements publics de la région (les données relatives aux établissements privés par région ne lui ayant pas été fournies par la DHOS). Il en ressort les constats suivants :

- le ratio établissements publics rapporté à l'effectif total de l'agence est compris dans une fourchette allant de 1 à 8, concentré pour l'essentiel de la cohorte dans un rapport de 1 à 2.

- On n'observe pas de corrélation systématique entre le nombre d'établissements dans la région et ce ratio : le ratio n'est pas plus faible[14], ce qui apparaîtrait logique, dans les régions comportant un petit nombre d'établissements.

Tableau 5 : Nombre d'établissements publics de santé rapporté au nombre d'agents (réseau compris)

Région	Nombre d'EPS	Rang	EPS/nb total agents	Rang	Région	Nombre d'EPS	Rang	EPS/nb total agents	Rang
Guyane	2	1	0,09	1	Picardie	41	14	0,50	15
Corse	6	2	0,13	2	Lorraine	54	19	0,51	16
Réunion	6	3	0,17	3	PACA	75	24	0,51	17
Ile-de-France	76	25	0,20	4	Midi-Pyrénées	55	20	0,51	18
Nord-Pas-de-Calais	49	18	0,34	5	Poitou-Charentes	31	9	0,54	19

[12] Guyane, Corse, Martinique, Champagne-Ardenne, Guadeloupe, Réunion, Haute-Normandie, Poitou-Charentes.
[13] Guyane, Corse, Martinique, Champagne-Ardenne, Poitou-charentes, Picardie
[14] A l'exception de certaines régions d'outre mer et de la Corse

Région	Nombre d'EPS	Rang	EPS/nb total agents	Rang	Région	Nombre d'EPS	Rang	EPS/nb total agents	Rang
Guadeloupe	11	4	0,34	6	Pays de la Loire	61	23	0,58	20
Languedoc	40	13	0,36	7	Basse-Normandie	34	11	0,58	21
Martinique	14	5	0,37	8	Alsace	42	15	0,59	22
Limousin	21	6	0,40	9	Haute-Normandie	37	12	0,60	23
Franche-Comté	27	7	0,40	10	Bretagne	59	21	0,61	24
Rhône-Alpes	112	26	0,45	11	Champagne-Ardenne	33	10	0,64	25
Auvergne	27	8	0,45	12	Bourgogne	60	22	0,74	26
Aquitaine	47	16	0,48	13	**Total**	**541**		0,43	
Centre	47	17	0,49	14					

Une hiérarchie similaire est relevée lorsqu'on examine le ratio d'établissements publics de santé par rapport à l'effectif total de médecins.

Tableau 6 : Nombre d'établissements publics de santé de la région rapporté au nombre de médecins (réseau compris)

Régions	Nombre d'EPS rapporté à l'effectif total de médecins	Régions	Nombre d'EPS rapporté à l'effectif total de médecins
GUYANE	0,46	GUADELOUPE	2,26
ILE – DE - FRANCE	0,88	BASSE-NORMANDIE	2,55
CORSE	0,93	MIDI-PYRENEES	2,68
REUNION	1,08	PICARDIE	2,72
NORD - PAS -DE-CALAIS	1,78	ALSACE	2,80
LANGUEDOC-ROUSSILLON	1,81	HAUTE-NORMANDIE	2,81
FRANCHE-COMTE	1,82	BRETAGNE	2,82
PACA	1,90	POITOU-CHARENTES	2,82
RHONE-ALPES	1,99	LORRAINE	2,86
AQUITAINE	2,02	MARTINIQUE	3,17
France entière	**2,08**	PAYS DE LA LOIRE	3,34
AUVERGNE	2,09	BOURGOGNE	3,35
LIMOUSIN	2,20	CHAMPAGNE-ARDENNE	3,40
CENTRE	2,20		

Cependant, ces données doivent être nuancées, au regard de la taille des établissements, analyse que la mission n'a pas été en mesure de mener. C'est pourquoi la mission a tenté d'apprécier ces éléments au vu de l'ampleur des dépenses des établissements publics de santé par rapport au nombre d'agents participant à la tutelle. Si l'ensemble des agents ne participent pas à la tutelle en matière financière, ces données fournissent une indication quant à la taille des établissements. Il en ressort une grande variabilité entre les agences, notamment lorsque la situation est examinée du point de vue des agents de catégorie A.

Tableau 7: Comparaison entre le volume des dépenses des établissements publics de santé (données 2005) et le nombre d'agents

Région	Dépense / cadre adminis-tratif réseau	Dépense / cadre équipe rapprochée	Dépense / total agents (réseau+ équipe rapprochée)	Région	Dépense / cadre adminis-tratif réseau	Dépense / cadre équipe rapprochée	Dépense / total agents (réseau+équipe rapprochée)
Alsace	96 284	205 807	23 190	Languedoc	77 443	218 777	15 882
Aquitaine	91 781	294 501	23 837	Limousin	77 534	113 311	15 180
Auvergne	84 779	137 766	18 400	Lorraine	81 894	166 450	18 760
Basse-Normandie	105 132	124 247	23 463	Martinique	84 371	101 582	13 405
Bourgogne	70 408	204 285	17 578	Midi-Pyrénées	79 626	201 135	18 764
Bretagne	88 176	420 746	25 964	Nord-Pas-de-Calais	75 169	275 598	21 057
Centre	87 929	315 077	19 662	PACA	167 853	407 697	24 878
Champagne-Ardenne	90 459	238 089	23 145	Pays de la Loire	102 980	269 580	23 171
Corse	11 086	59 031	5 072	Picardie	143 579	335 976	20 587
Franche-Comté	105 720	145 289	15 252	Poitou-Charentes	116 020	287 730	25 064
Guadeloupe	74 173	57 855	12 683	Réunion	73 232	79 718	16 109
Guyane	61 092	71 885	10 101	Rhône-Alpes	64 191	389 158	18 613
Haute-Normandie	96 264	194 453	21 990	**Moyenne France**	**94 859**	**264 170**	**21 421**
Ile-de-France	163 572	941 223	29 971				

Le croisement de ces données révèle des situations variées selon les agences. Certaines se caractérisent cependant par un montant de dépenses par agent et un nombre d'établissements par agent élevés (Alsace, Basse-Normandie, Bretagne, Champagne-Ardenne, Poitou-Charentes) ou faible (Corse, Franche-Comté, Guadeloupe, Guyane, Languedoc-Roussillon, Limousin, Martinique, Réunion).

Tableau 8 Rang des régions pour les ratios examinés

Région	EPS/nb total médecins	EPS / total cadres adminis-tratif réseau + équipe rapprochée	EPS/total agents réseau + équipe rapprochée	Dépense / cadre adminis-tratif réseau	Dépenses / cadre équipe rapprochée	Dépenses / total agents réseau + équipe rapprochée
Alsace	18	17	22	19	14	20
Aquitaine	10	12	13	17	20	22
Auvergne	11	9	12	13	8	10
Basse-Normandie	15	13	21	21	7	21
Bourgogne	25	24	26	4	13	9
Bretagne	20	18	24	15	25	25
Centre	13	19	14	14	21	14
Champagne-Ardenne	26	22	25	16	16	18
Corse	3	1	2	1	2	1
Franche-Comté	7	16	10	22	9	6
Guadeloupe	14	4	6	6	1	3
Guyane	1	2	1	2	3	2
Haute-Normandie	19	20	23	18	11	17
Ile-de-France	2	5	4	25	26	26
Languedoc – Roussillon	6	10	7	8	15	7
Limousin	12	7	9	9	6	5
Lorraine	22	14	16	11	10	12
Martinique	23	8	8	12	5	4
Midi-Pyrénées	16	15	18	10	12	13
Nord-Pas-de-Calais	5	6	5	7	18	16
PACA	8	25	17	26	24	23
Pays de la Loire	24	23	20	20	17	19
Picardie	17	26	15	24	22	15
Poitou-Charentes	21	21	19	23	19	24
Réunion	4	3	3	5	4	8
Rhône-Alpes	9	11	11	3	23	11

Au vu de ces éléments, et bien que la mission n'ait pu disposer de toutes les données qui lui auraient permis de mener une analyse exhaustive de la répartition des moyens humains, il ressort que les ARH apparaissent inégalement dotées. Cette situation contrastée est susceptible de résulter de plusieurs facteurs : inégalités territoriales dans l'allocation des moyens humains des deux réseaux (Etat et assurance maladie), inégalités au sein des services du réseau dans l'allocation de leurs moyens aux différentes politiques dont ils ont la charge, rendant complexe une évolution en la matière.

B. Une activité à haute technicité que ne favorise pas la parcellisation du réseau

1. Une activité mobilisatrice d'agents de catégorie A

Les réformes récentes en matière de politique hospitalière conduisent à une évolution notable des compétences et de la répartition des besoins au sein du réseau des ARH. Elle implique un développement du besoin en expertise, notamment financière, et en compétence d'évaluation et de négociation.

La politique hospitalière est ainsi fortement mobilisatrice d'agents de catégorie A. Selon les données recueillies par une autre mission[15] auprès des services déconcentrés de l'Etat, la fonction de tutelle, de planification et de tarification est assurée par 40% de catégorie A dans ces services (contre 30% en moyenne sur les autres missions de ces services). La planification est assumée à 50% par des agents de catégorie A.

Selon les données fournies par la DHOS, les équipes rapprochées et les autres agents du réseau comprennent 52% d'agents de catégorie A (pour une part allant de 39% à 68%), poids sensiblement accru par la participation des médecins. La mission ne relève pas de corrélation entre la taille de la région et la part d'agents de catégorie A.

Tableau 9 : La part des cadres dans les moyens humains de l'ARH

Région	Cadres administratifs et médecins/total réseau et équipe rapprochée	Région	Cadres administratifs et médecins/total réseau et équipe rapprochée
Corse	68%	Lorraine	52%
Basse-Normandie	64%	Total	52%
Réunion	58%	Limousin	51%
Aquitaine	58%	Guyane	51%
Bretagne	57%	Centre	51%
Auvergne	57%	Poitou-Charentes	49%
Alsace	56%	Pays de la Loire	49%
Rhône-Alpes	56%	Languedoc	48%
Bourgogne	56%	PACA	48%
Haute-Normandie	55%	Franche-Comté	47%
Nord-Pas-de-Calais	55%	Ile-de-France	44%
Guadeloupe	54%	Martinique	41%
Champagne-Ardenne	54%	Picardie	39%
Midi-Pyrénées	52%		

2. La parcellisation du réseau

La mission a évalué la répartition des effectifs entre l'équipe rapprochée et le réseau. Elle a constaté, sans surprise, que les organisations sont d'autant plus concentrées qu'il s'agit de petites régions. L'ARH concentre, dans plus de la moitié des régions, plus de 15% des effectifs totaux, ce taux dépassant les 20% dans deux régions métropolitaines.

Tableau 10 : Part de l'équipe rapprochée dans les moyens de l'ARH

Région	Equipe rapprochée/total moyens ARH	Région	Equipe rapprochée/total moyens ARH
Ile-de-France	5%	Pays de la Loire	16%
Rhône-Alpes	8%	Alsace	17%
Nord-Pas-de-Calais	10%	Corse	17%
PACA	11%	Poitou-Charentes	17%
Aquitaine	12%	Champagne-Ardenne	17%
Bretagne	12%	Franche-Comté	18%
Centre	12%	Auvergne	18%
Languedoc	13%	Limousin	21%
Midi-Pyrénées	13%	Martinique	21%
Picardie	13%	Basse-Normandie	24%

[15] Mission relative à l'adéquation des missions et des moyens du ministère en charge de la santé et de la solidarité.

Région	Equipe rapprochée/total moyens ARH	Région	Equipe rapprochée/total moyens ARH
Bourgogne	15%	Réunion	26%
Lorraine	16%	Guyane	28%
Haute-Normandie	16%	Guadeloupe	28%
Moyenne	**13%**	**Médiane**	**16%**

L'organisation du réseau (reposant sur l'équipe rapprochée, la DRASS, les DDASS, la CRAM, la DRSM et les ERSM) conduit à un morcellement des services en charge de la politique hospitalière. En ce qui concerne les services de l'Etat, le nombre moyen d'agents par service de l'Etat chargés de la politique hospitalière[16] est inférieur à 7 dans 10 régions. En Limousin, les 22,8 ETP de l'Etat affectés à la politique hospitalière sont rattachés à quatre services (la DRASS et trois DDASS). En Auvergne, 12,9 ETP sont affectés à la politique hospitalière, selon les données communiquées par la DHOS, sur cinq services (quatre DDASS et la DRASS).

Tableau 11 Nombre d'agents en charge de la politique hospitalière rapporté au nombre de services de l'Etat dans la région (DDASS+DRASS)

Nombre moyen d'agents par service	Nombre de régions
inf. ou égal à 5	2
sup. à 5 et inférieur ou égal à 7	8
sup. à 7 et inf. ou égal à 10	7
sup. à 10 et inf. ou égal à 15	6
sup. à 15	3

Alors que les équipes rapprochées (amont) concentraient traditionnellement une large part de la technicité, les équipes DDASS, chargées de l'analyse et du suivi des EPRD ainsi que de la préparation de la contractualisation se trouvent directement impliqués la mise en œuvre de réformes requérant des compétences en analyse financière, en évaluation et en négociation.

Cette parcellisation est de nature à fragiliser, dans les régions les plus petites, la conduite de la politique hospitalière et la mise en œuvre des réformes : risque pour la continuité du service lié au faible nombre d'agents susceptibles d'assumer les missions, exigence de polyvalence accrue limitant la spécialisation attendue dans un contexte de complexification des missions de politique hospitalière

III. LE FONCTIONNEMENT DU RÉSEAU DES ARH DOIT ÊTRE RÉAMÉNAGÉ

A. Repenser l'organisation du réseau

1. Repenser la position des agents au regard de l'ARH

Le fonctionnement actuel des ARH (mise à disposition de temps homme, l'ARH étant commanditaire pour les services de l'assurance maladie et de l'Etat) est jugé insatisfaisant par la majorité des interlocuteurs de terrain rencontrés par la mission ; cette insatisfaction est toutefois plus fortement exprimée par les ARH et les agents de l'Etat.

[16] Il s'agit de moyennes et non du nombre effectif d'agents par service, la mission ne disposant pas de ces données. Il s'agit de données toutes catégories d'agents confondues (cadres administratifs, agents de catégories B et C, médecins).

La mission a, sur la base de ce constat et des propositions effectuées par de précédents rapports, envisagé plusieurs scénarii. Elle n'a pas examiné le scénario des ARS, hors du champ de ses travaux.

La première option consisterait à clarifier le dispositif en l'aménageant a minima avec un système de mise à disposition fonctionnelle.

Elle consisterait en une mise à disposition fonctionnelle et nominative des agents des services auprès de l'ARH. L'ARH pourrait donc disposer directement des agents des services[17]. Par ailleurs, il serait logique que l'ARH soit consultée pour la gestion de ces agents (évaluation, formation, congés…).

Cette option présente l'avantage d'une plus grande acceptabilité. Cependant, elle ne résout pas le problème de la dissociation entre commanditaire et supérieur hiérarchique. Elle conduit toutefois à dessaisir le chef de service de ses prérogatives sur ce champ de politique publique. Elle ne semble pas pouvoir constituer une solution de long terme.

La deuxième option serait de mettre les agents à disposition des ARH.

Cette option clarifierait la situation des agents à l'égard de l'ARH. Elle respecte le principe de la participation de chacune des institutions du GIP. Elle ne pose pas de problème statutaire et permet un maintien des rémunérations. Elle permet également à l'ARH d'organiser son réseau en fonction des besoins du service.

Cette option présente toutefois plusieurs inconvénients. Elle impose, d'une part, de clarifier le rôle attendu des différents chefs de service (directeurs de DDASS notamment). Ceux-ci pourraient le cas échéant être sollicités sur des dossiers particuliers par lettre de mission. Le second problème réside en la participation à temps partiel de certains services techniques aux travaux de l'ARH, et ce de façon souvent saisonnière. C'est notamment le cas de l'inspection régionale de la pharmacie. Un fonctionnement par lettre de mission pourrait également être retenu. Cette option risque également d'être plus difficilement acceptée, notamment de la part de l'assurance maladie. Enfin, le cadre de la mise à disposition est susceptible d'engendrer des difficultés en terme de gestion (notamment due à la possibilité des agents de demander leur réintégration dans leur service d'origine à tout moment).

La troisième option consisterait à détacher les agents auprès de l'ARH.

Cette solution nécessiterait les mêmes aménagements que la seconde. Elle semble cependant plus difficile à mettre en œuvre. Elle est susceptible d'induire une différence de rémunération importante entre les médecins qui seraient détachés auprès de l'ARH et ceux qui seraient maintenus dans les services de l'Etat, ce qui serait susceptible de poser des difficultés aux services de l'Etat. La mise à disposition comme le détachement ne seraient pas compatibles avec un travail à temps partiel sur la politique hospitalière.

De façon plus générale, il apparaît que l'opportunité d'une évolution de la situation des agents du réseau ARH doit être évaluée par rapport à la décision, positive ou négative, de création d'agences régionales de santé.

Elle privilégie, à court terme, la mise à disposition fonctionnelle, plus simple à mettre en œuvre et qui préserve toutes les possibilités d'évolution future.

[17] A l'heure actuelle le DARH adresse ses instructions au directeur du service.

2. Adapter l'organisation territoriale aux spécificités régionales

La deuxième question est celle du morcellement des services dans un domaine à technicité croissante, notamment pour les services de l'Etat, chargés de l'analyse et du suivi des EPRD. La question se pose toutefois de façon très différenciée entre les régions. En Rhône-Alpes par exemple, le nombre d'établissements et la taille des services justifient sans doute la déconcentration des missions. Dans d'autres régions, la taille des DDASS rend critique le mode de fonctionnement actuel (cf. supra). C'est pourquoi la mission se contente d'identifier différentes organisations susceptibles d'être adoptées par les régions en fonction de leur contexte et de leurs besoins.

La première option consiste à regrouper l'ensemble des agents au sein de l'ARH.

Elle permettrait d'accroître la spécialisation des agents et d'atteindre une taille critique sur chacun des thèmes de travail, ainsi que d'éviter la déperdition dans la gestion du réseau. Elle permettrait aussi de poursuivre le rapprochement déjà opéré au cours des dix dernières années entre les agents de l'Etat et de l'assurance maladie.

Elle conduirait cependant à une perte de lien avec le secteur médico-social. Cependant, la tutelle des établissements n'a pas le même degré de technicité entre les établissements du secteur sanitaire et ceux du secteur médico-social[18]; la valeur ajoutée d'une gestion simultanée de la tutelle sur les deux secteurs n'est donc pas évidente, notamment en regard du besoin d'accroissement de compétence sur le secteur hospitalier. En terme de planification, l'articulation entre le sanitaire et le médico-social implique de façon croissante les conseils généraux. Une bonne coordination entre DDASS et ARH serait en tout état de cause souhaitable.

Cette option serait plus pertinente dans les petites régions que dans les grosses régions, où peut se faire sentir un besoin de déconcentration.

La seconde option consisterait à positionner à l'ARH les agents des structures régionales (CRAM, DRSM, DRASS) – à l'exception de ceux intervenant plus ponctuellement, tels que les pharmaciens inspecteurs.

Elle permettrait de limiter le morcellement du réseau et d'améliorer la répartition des tâches au sein d'une équipe plus concentrée, sans pour autant renoncer à une présence territoriale. Du côté des DRASS, cette option permettrait de mettre en adéquation l'organisation avec les compétences dans le secteur sanitaire : à la DRASS le pilotage en matière de santé publique, à l'ARH en matière hospitalière. Il pourrait aussi s'agir d'une étape vers un regroupement plus important.

La troisième option, qui n'est pas exclusive de la deuxième, consisterait à maintenir les services sur place, mais à induire une certaine spécialisation par service, non plus territoriale mais par champ de compétences (budgétaire, sanitaire par exemple).

Elle permettrait d'enclencher une forme de mutualisation. Cependant, elle conduirait à cloisonner le traitement des différents dossiers relatifs à un même établissement. C'est pourquoi la mission ne la privilégie pas.

3. Synthèse des combinaisons envisageables

Les différentes options, institutionnelles et géographiques peuvent se combiner différemment. Cependant, un haut degré d'intégration géographique combiné avec un faible degré d'intégration institutionnel semblerait peu pertinent, tout comme l'inverse. La mission a identifié les combinaisons qui lui sembleraient les plus compatibles.

---

[18] Notamment : activités de tarification, de répartition de dotations et d'approbation de comptes pour le secteur médico-social ; approbation et suivi des EPRD et contractualisation pour le secteur sanitaire.

Tableau 12 : Synthèse des options

Institutionnel / **Territorial**	**Statut quo**	**Mise à disposition fonctionnelle**	**Mise à disposition**	**Détachement**
Statu quo	X	X	X	
Maintien dans les services existants mais spécialisation fonctionnelle	X	X	X	
Regroupement des agents des services régionaux à l'ARH, maintien des services en département		X	X	X
Regroupement de tous les agents à l'ARH			X	X

4. Envisager des collaborations interrégionales

Au-delà du morcellement du réseau, la petite taille des régions ne permet pas toujours aux ARH de disposer d'une équipe atteignant la taille critique. Quel que soit le nombre d'établissements de santé dans la région, il existe un volume plancher d'activité exigeant un niveau minimum de technicité, auquel certaines agences ont du mal à faire face.

Le développement de coopérations interrégionales, permettant de disposer de référents techniques répartis dans les agences est à promouvoir. Elle ne dispense cependant pas d'une réflexion quant à l'utilisation des moyens du réseau (cf. supra). Les chargés de mission « finances » de régions proches pourraient développer un travail en équipe (par exemple en échangeant sur les options envisagées sur la répartition des différentes enveloppes ou sur les méthodes d'analyse des EPRD). La mutualisation permettrait également de renforcer la compétence en audit, qu'il s'agisse de mener des « diagnostic flash » ou des audits médico-économiques.

Il serait par ailleurs souhaitable que la DHOS favorise la mutualisation des bonnes pratiques, par exemple par l'intermédiaire du site Parhtage, par la mise à disposition de tous des documents ou méthodologies élaborés par les agences. Le réseau santé environnement (RESE) illustre l'apport méthodologique de ce type de site : cet intranet permet aux services santé environnement de disposer d'une veille réglementaire et scientifique, d'accéder à des dossiers thématiques recensant la réglementation et les bonnes pratiques et de prendre connaissance des réponses apportées par l'administration centrale aux questions des différents services. Surtout, les supports réalisés par les services déconcentrés (guides de contrôle, grilles d'enquête, modèles de courriers, fiches de procédure et retour d'expérience sont mis à la disposition du réseau. Un tel outil de mutualisation permettrait par exemple à l'ensemble des agences de disposer du guide méthodologique d'aide à la contractualisation réalisé par l'ARH de Bretagne ou des outils de *scoring* réalisés par l'ARH d'Ile-de-France ou l'ARH Rhône Alpes pour le contrat de bon usage du médicament.

B. Améliorer l'animation du réseau

1. Clarifier les procédures

Certaines agences visitées par la mission témoignent, selon les agents du réseau, d'un manque de formalisation et de clarification des procédures (c'est le cas notamment en Poitou-Charentes). Les réformes récentes rendent plus nécessaires ce type de mise à plat. La mission recommande ainsi l'élaboration de guides ou de fiches de procédure simples, comme la région Languedoc-Roussillon en a élaboré pour le passage à l'EPRD, ou l'élaboration de guides de procédures, tels qu'ils existent à l'ARH Bretagne.

Elle recommande également la suppression des pratiques de navette sans plus value, telles que pour l'élaboration d'arrêtés de notification d'enveloppes.

2. Clarifier la position des directeurs de DDASS

Certains directeurs de DDASS ont souhaité voir clarifier leur relation avec le directeur de l'ARH. Le rôle des directeurs dépend de la configuration retenue pour l'organisation des services.

A configuration inchangée, la mission recommande cependant le recours, en tant que de besoin, à des lettres de mission portant sur la gestion de certains dossiers et précisant l'étendue des responsabilités attribuées au directeur. Cela permettrait en effet de préciser de façon explicite et incontestable le positionnement du directeur et l'identité de son commanditaire sur le dossier.