Inspection Générale des Affaires Sociales

Rapport 2012

L'HÔPITAL

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

La documentation Française

Inspection Générale
des Affaires Sociales

Rapport 2012

L'HÔPITAL

Remis au Président de la République, au Parlement et au Gouvernement

La **documentation** Française

© Direction de l'information légale et administrative, Paris, 2013
ISBN : 978-2-11-009064-5

Préface

Jamais l'hôpital ne laisse indifférent. Si politiques et citoyens y sont unanimement attachés, les débats sont en revanche multiples : portant sur la qualité, la disponibilité, l'efficience…

L'essentiel ne doit cependant pas être perdu de vue : l'hôpital sauve des vies. Dès lors, il est infiniment précieux et les acteurs du monde de la santé se doivent d'avoir à son égard le plus haut degré d'exigence.

Depuis maintenant plusieurs années, l'Inspection générale des affaires sociales a renforcé son implication dans le domaine hospitalier. De multiples « coups de sonde » ont ainsi été donnés à travers des missions de contrôle liées à des dysfonctionnements, des missions d'évaluation mettant en exergue tel ou tel aspect des problématiques hospitalières et, notamment, les meilleures pratiques, des missions d'administration provisoire ou de conseil aux agences régionales de santé.

Ce rapport trouve sa matière dans une sélection de vingt-cinq missions réalisées entre 2009 et 2012. Il nous est apparu utile, pour les décideurs, les professionnels de santé, les gestionnaires ou les usagers de faire la synthèse de ces travaux qui ont mobilisé les compétences médicales, administratives, juridiques et financières des membres du service.

Tout n'est certes pas traité ; un certain nombre de sujets font encore débat, y compris au sein de l'Inspection. La réalité hospitalière ne se résume pas en quelques centaines de pages et la diversité des spécialités médicales, des territoires, des relations avec la médecine de ville, des statuts juridiques, fait qu'il n'existe pas plus de réalité unique de l'hôpital que de vérité unique sur l'hôpital. Il existe une multiplicité de situations à observer, à analyser, à comprendre, appelant diverses formes d'actions privées ou publiques.

Pour autant, pour ne pas se perdre dans la complexité des problèmes, il faut rappeler quelques principes, quand bien même il s'agirait d'évidences.

Les établissements de santé doivent allier, en permanence, les préoccupations de gestion et l'exercice d'un professionnalisme de pointe, porteur de lourdes responsabilités. Dès lors, il ne peut y avoir de rupture entre professionnels de santé et gestionnaires : les premiers doivent comprendre l'économie de la structure dans laquelle ils exercent, les seconds doivent avoir toujours présent à l'esprit le fait que la valeur de l'entité qu'ils dirigent est médicale. Les médecins de ville le savent d'ailleurs bien lorsqu'ils adressent leurs patients à l'établissement qui a leur confiance ; le déficit des comptes est assez souvent un déficit de confiance.

La santé est un métier de service, c'est-à-dire d'hommes et de femmes. Autant dire que la gestion humaine est essentielle : cela impose de la part des décideurs des stratégies claires, partagées, stables ; de l'information et de l'écoute ; de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.

La sécurité sanitaire, l'efficience hospitalière, sont des sujets sensibles, difficiles à appréhender, appelant des solutions souvent complexes et longues à mettre

en œuvre. Ce sont pourtant les seuls véritables objectifs des établissements de santé. La décision dans le domaine hospitalier ne devrait dès lors jamais laisser d'autres paramètres prendre le pas : considérations urbanistiques, équilibres politiques locaux, pressions diverses… L'hôpital ne saurait être le « grand œuvre » ou l'otage de quiconque : il est le lieu où l'on soigne nos concitoyens.

La gestion hospitalière peine à se stabiliser. Budget global, tarification à l'activité, convergence ou non, charges de service public… Tout cela fait encore l'objet de débats. Pourquoi ? Rappelons-nous simplement ce que disait un économiste français : « les tarifs sont faits pour dire les coûts comme les horloges pour dire l'heure » ; et plus simplement encore la règle selon laquelle une charge de service public s'évalue et se compense par subvention. Ce sont quelques repères utiles à l'heure où l'on réalise qu'on ne peut indéfiniment être déficitaire.

Dans ce rapport, nous poserons des questions, nous tenterons d'apporter quelques éléments de réponse. L'IGAS souhaite qu'il contribue à faire comprendre et aimer le sujet et à apporter quelques pistes pour la décision publique.

Pierre BOISSIER,

Chef de l'Inspection générale des affaires sociales

La première partie de ce rapport a été rédigée par Anne BURSTIN, Hubert GARRIGUE-GUYONNAUD, Claire SCOTTON, avec la contribution de Pierre-Louis BRAS.

Ont également participé à l'élaboration de ce rapport :

Pierre ABALLEA
Dominique ACKER
Anne AUBURTIN
Françoise BAS-THÉRON
Anne-Carole BENSADON
Jean-Louis BONNET
Michelle BRESSAND
Patrick BROUDIC
Anne BRUANT-BISSON
Christian CAHUT
Michel CALMON
Paul CASTEL
Muriel DAHAN
Hubert DE BEAUCHAMP
Jean-Claude DELNATTE
Marie-Ange DESAILLY-CHANSON
Gilles DUHAMEL
Marc DUPONT
Laurence ESLOUS
Francis FELLINGER
Élisabeth FÉRY-LEMONNIER
Alain GARCIA
Loïc GEFFROY
Véronique GUILLERMO
Marine JEANTET
Jean-Yves LAFFONT
Françoise LALANDE
Christophe LANNELONGUE
Gilles LECOQ
Hervé LÉOST
Carole LÉPINE
Pierre LESTEVEN
Vincent LE TAILLANDIER DE GABORY
Alain LOPEZ
Bruno MAQUART
Vincent MARSALA
Michel-Henri MATTERA
Vincent MAYMIL
François MAURY
Jacques MÉTAIS
Alain MORIN
Céline MOUNIER
Daniel NIZRI
Pascal PENAUD
Sylvain PICARD
Maurice-Pierre PLANEL
Christian PLANES-RAISENAUER
Françoise SCHAETZEL
Frédérique SIMON-DELAVELLE
Jean-Jacques TRÉGOAT
Guy VALLET
Jean-Luc VIEILLERIBIÈRE
Huguette VIGNERON-MELEDER
Isabelle YÉNI

Précision méthodologique

Les rapports de l'IGAS sur l'hôpital, qu'ils constituent une réponse à une commande ministérielle ou qu'ils relèvent de son programme d'activité, n'ont pas vocation à couvrir l'ensemble du champ et de ses problématiques. Ainsi, le secteur de la psychiatrie et celui des soins de suite et de réadaptation ont fait l'objet d'investigations moins nombreuses que le secteur de la médecine, de la chirurgie et de l'obstétrique. De ce fait, les développements qui suivent sont centrés sur ce dernier, ce qui ne reflète pas l'importance relative des secteurs et, le cas échéant, des réformes à y mener. De même, les réflexions portent principalement sur les hôpitaux publics et les cliniques privées ; les spécificités des établissements de santé privés à but non lucratif ne seront pas abordées.

Fin de rédaction : Novembre 2012

L'Inspection générale des affaires sociales en bref

L'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) est le service interministériel de contrôle, d'audit et d'évaluation des politiques sociales, dont les travaux concourent à éclairer la décision publique.

Trois types de missions

Sur le champ des ministères chargés notamment de la Sécurité sociale, de la Santé, de la Cohésion sociale, du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et de la Lutte contre l'exclusion, mais aussi des Finances, du Logement, ou sur sollicitation directe du Premier ministre, l'IGAS assure des missions :

- d'inspection et de contrôle des services ou organismes publics ou privés bénéficiant de concours d'un organisme public ou financés par des cotisations obligatoires, ainsi que d'audit interne des services placés sous l'autorité des ministres ;
- d'enquête et d'évaluation des politiques publiques, qui permettent notamment d'éclairer le gouvernement sur l'existant et de suggérer des évolutions souhaitables ;
- de conseil, d'appui, d'administration provisoire.

En 2011, sur 181 missions menées par l'IGAS, 43 missions (soit 24 %) l'ont été dans le domaine de la santé.

200 rapports élaborés chaque année selon une démarche qualité rigoureuse

Dans chacun de ses rapports, l'IGAS analyse les fonctionnements et dysfonctionnements des services, évalue les effets et la pertinence des politiques publiques et élabore des recommandations opérationnelles.

Plus de 200 rapports sont élaborés chaque année par les 130 membres du service de l'IGAS (jeunes fonctionnaires issus notamment de l'ENA, anciens responsables d'administration et directeurs d'hôpital, médecins, pharmaciens…), selon une démarche qualité rigoureuse : rencontres et investigations sur pièces et sur place, pendant plusieurs semaines, menées par des équipes de deux à quatre inspecteurs, rédaction d'un rapport, relecture collégiale de l'analyse et des préconisations, procédure contradictoire pour certains rapports, processus de suivi des recommandations, signalement à l'autorité judiciaire si nécessaire.

POUR EN SAVOIR PLUS SUR L'IGAS, SON ORGANISATION, SES MÉTIERS, SES MISSIONS, SES RAPPORTS PUBLICS… : WWW.IGAS.GOUV.FR

Sommaire

DIX QUESTIONS SUR L'HÔPITAL 9

1. Quel rôle et quelle place pour l'hôpital dans le système de santé en France ? 13

2. Le tissu hospitalier est-il satisfaisant ? 21

3. L'exigence économique à l'égard des établissements de santé est-elle trop forte ? 36

4. La contrainte financière est-elle bien répartie ? 43

5. La tarification à l'activité pousse-t-elle les hôpitaux à délivrer trop de soins ? 55

6. Les réformes du financement et de la gouvernance ont-elles eu des effets bénéfiques sur les hôpitaux ? 63

7. Comment connaître et promouvoir la qualité des soins ? 74

8. Comment améliorer la sécurité et la maîtrise des risques dans les établissements de santé ? 90

9. Quelle place pour l'usager de l'hôpital ? 101

10. Sait-on mettre à profit tout le potentiel des ressources humaines hospitalières publiques ? 112

Conclusion : quelle gouvernance de la politique hospitalière ? 126

PRÉSENTATION DE 25 RAPPORTS DE L'IGAS : ÉVALUATION, CONTRÔLE ET APPUI 129

- Modes de prise en charge des patients et qualité 131
- Gouvernance 165
- Aspects financiers 183
- Contrôles et mission d'appui-conseil 223
- Régulation 253

DÉFINITIONS ET CHIFFRES CLEFS 269

- Le champ hospitalier 271
- La régulation/le pilotage 278
- Le financement 279
- La gouvernance à l'hôpital public 282
- La qualité et la sécurité des soins 283
- Les ressources humaines 284

Liste des sigles utilisés 287

Liste des cartes, des diagrammes, des graphiques et des tableaux 291

Table des matières 293

Première partie

DIX QUESTIONS SUR L'HÔPITAL

Dans cette première partie, le parti a été pris de focaliser l'analyse sur une dizaine de questions d'actualité. L'objectif est d'éclairer, de façon objective, la réflexion sur des sujets complexes. Si ces fiches-questions se lisent de façon autonome, elles se font naturellement écho, témoignant du caractère complémentaire des différentes approches employées pour rendre compte de la complexité du monde hospitalier et de la diversité des entrées possibles pour l'appréhender.

Dans un contexte de tensions financières et d'indispensable maîtrise des dépenses, l'hôpital a naturellement attiré l'attention : pièce essentielle du système de soins, représentant plus de 35 % de la dépense de santé, employant plus de 1,2 million de personnes, il se place nécessairement au cœur de la réflexion économique. Cela conduit à interroger son rôle, dans un système français souvent taxé d'hospitalocentrisme. C'est le point de départ obligé de notre analyse : **Quel rôle et quelle place pour l'hôpital dans le système de santé en France ?** De la part respective de la ville, de l'hôpital ou du secteur médico-social dans certaines prises en charge (personnes âgées, maladies chroniques), du poids des formes traditionnelles d'hospitalisation au regard des alternatives dépend l'emprise hospitalière sur les dépenses de santé. C'est en précisant cette place que l'on peut s'interroger, d'une part : **Le tissu hospitalier est-il satisfaisant ?** ; d'autre part : **L'exigence économique à l'égard des établissements est-elle trop forte ?**

Au cours des années passées, l'hôpital a fait l'objet de réformes majeures intéressant son financement et sa gouvernance. Sept ans après une première réforme de la gouvernance à l'hôpital public, quatre ans après la généralisation de la tarification à l'activité (T2A), trois ans après la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST), plusieurs rapports de l'IGAS ont tenté un bilan de leur mise en œuvre, dont ce rapport fait la synthèse. Ce bilan ne prétend pas être exhaustif : en particulier, les réformes de pilotage et de gouvernance introduites par la loi HPST sont encore trop récentes. Il est d'ailleurs difficile de se faire une idée générale sur la bonne organisation et le bon fonctionnement de l'hôpital au quotidien tant sont différentes les situations d'un établissement à un autre. Toutefois, certaines leçons peuvent d'ores et déjà être tirées.

Le bilan des réformes financières conduit à une première question : **La contrainte financière est-elle bien répartie ?** L'objectif d'équité présidait en effet à la recherche de nouvelles modalités financières. Globalement bien perçue, la T2A reste cependant controversée sur certains points et notamment sur son éventuel effet inflationniste. Cela amène l'IGAS à soulever la question suivante : **La tarification à l'activité pousse-t-elle les hôpitaux à délivrer trop de soins ?** Le bilan de moyen terme souligne aussi que les réformes ne sont pas allées totalement au bout de leurs ambitions à ce stade et que les établissements n'en ont pas toujours tiré le parti attendu. Cela conduit à s'interroger : **Les réformes du financement et de la gouvernance ont-elles eu des effets bénéfiques sur les hôpitaux ?**

L'attention soutenue aujourd'hui accordée à l'efficience économique de l'hôpital ne doit toutefois pas faire oublier d'autres dimensions de la performance d'un hôpital. La nécessité de combiner pilotage de la performance économique et pilotage de la qualité dans un contexte fortement contraint conduit l'IGAS

à s'interroger : **Comment connaître et promouvoir la qualité des soins ?** Il s'agit non de nier les démarches déjà entreprises mais de pointer la nécessité d'un discours aussi volontariste et d'une politique aussi structurée dans ce champ que dans celui de l'efficience. Dans le domaine de la qualité, l'efficacité et la pertinence des prises en charge constituent un point central, comme la sécurité des soins. Sur cette dimension, le rapport cherche à éclairer : **Comment améliorer la sécurité et la maîtrise des risques dans les établissements de santé ?** Plus largement, la qualité dépend aussi de la prise en compte des besoins et des attentes des patients, de leurs proches et plus globalement des usagers. Dix ans après la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, il importe de se demander : **Quelle place pour l'usager de l'hôpital ?**

La performance des établissements de santé ne se joue plus seulement dans une combinaison heureuse de l'efficience et de la qualité. Comme le soulignent certains travaux [1], les acteurs de l'hôpital admettent à présent que celui-ci doit également être jugé sur sa cohésion en tant qu'organisation professionnelle et sur la qualité de ses relations humaines. Dans le prolongement des analyses conduites aux États-Unis ou en Belgique sur les hôpitaux attractifs, il est largement acquis que qualité de vie au travail, qualité des soins et efficience peuvent et doivent progresser conjointement et que la qualité des dynamiques humaines au sein d'un établissement est un gage d'adaptation aux réformes. C'est pourquoi le rapport pose la question : **Sait-on mettre à profit tout le potentiel des ressources humaines hospitalières publiques ?**

1 E. Minvielle, C. Sicotte, F. Champagne, A.-P. Contandriopoulos, M. Jeantet, N. Preaubert, A. Bourdil, C. Richard, "Hospital performance : Competing or shared values ?", *in Health Policy*, 2008.

1. Quel rôle et quelle place pour l'hôpital dans le système de santé en France ?

L'hôpital a une histoire longue ; son rôle et sa place dans le système de santé évoluent en permanence. Il s'est vu confier au fil des années, dans notre pays, un rôle si large qu'il est parfois remis en cause.

De fait, les comparaisons internationales mettent en lumière que l'hôpital a, en France, une place plus grande que dans la moyenne des pays comparables en termes de résultats de santé. L'hôpital y représente plus de 35 % de la dépense de santé contre 29 % en moyenne dans les pays de l'OCDE. Il y a en France 17,88 ETP hospitaliers pour 1 000 habitants contre 10,99 en Allemagne. Le terme d'*hospitalocentrisme* est utilisé pour décrire, et déplorer, cette situation. La pression économique joue un rôle dans cette interrogation, l'hôpital étant considéré comme plus coûteux que des formes de prise en charge ambulatoires ou moins techniques.

La recherche permanente de prises en charge adaptées aux besoins différenciés des patients conduit aussi à cette remise en cause, l'hôpital pouvant ne pas être l'acteur du système le mieux placé pour assurer le parcours de soins adéquat. Le débat sur la place de l'hôpital est donc essentiel : il faut le mener à partir d'une analyse différenciée selon les thématiques d'action de l'hôpital.

Des évolutions nombreuses et diversifiées modifient le rôle et la place de l'hôpital

Des évolutions nombreuses viennent modifier les conditions dans lesquelles le travail de l'hôpital s'effectue. Les modalités et le périmètre de son action en sont impactés. Les éléments présentés ci-après ont été constatés dans différentes missions dont celles d'appui et de conseil au management ou encore d'administration provisoire réalisées par l'IGAS[2].

L'évolution des conditions dans lesquelles le travail de l'hôpital s'effectue

■ *Les progrès de la médecine* sont constants et rapides, imposant à l'hôpital des adaptations continues en termes :

– de ressources humaines : de nouveaux métiers apparaissent (radiophysiciens, spécialistes de la circulation extracorporelle…), la formation continue

2 *Cf.* également les synthèses de missions de contrôle, d'appui et de conseil au management présentées en deuxième partie du rapport.

s'avère indispensable au maintien d'un bon niveau de compétence dans un secteur où les connaissances évoluent très vite ;

– d'équipements utilisant des technologies toujours plus sophistiquées : robot chirurgical, cyber-knife, dispositifs implantables, utilisation grandissante de la télé-médecine… Autant de nouveautés technologiques qui conduisent à repenser les processus de prise en charge ;

– de nouvelles répartitions des soins et des patients entre spécialités : le développement de l'endoscopie a par exemple fait passer en gastro-entérologie, discipline médicale, des patients auparavant traités en chirurgie viscérale ; de même, le développement de la cardiologie interventionnelle a permis le traitement en médecine ou en services d'imagerie de patients pris en charge en chirurgie cardiaque.

■ *L'exercice médical* s'effectue différemment. Davantage spécialisés, les médecins exercent davantage en équipe, au sein d'une spécialité (analyse des dossiers difficiles à plusieurs, répartition en surspécialités) mais aussi entre spécialités. La prise en charge du cancer en est l'illustration la plus aboutie : les réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) sont le cadre d'une analyse thérapeutique conjointe, associant chirurgiens, radiothérapeutes et oncologues. Le même constat peut se faire dans d'autres types de prise en charge : le traitement de l'obésité, des addictions… La présence d'une équipe est aussi essentielle pour le recrutement des jeunes médecins et l'organisation de la permanence des soins. Les jeunes professionnels privilégient dans leur choix la possibilité d'exercer en équipe, ce qui rend difficile le recrutement de médecins dans les structures hospitalières de petite taille. De même, la permanence des soins est une contrainte lourde de l'exercice médical à l'hôpital ; le rythme des gardes est un élément du choix d'installation, accentuant la difficulté de recrutement dans les structures de petite taille[3].

■ *Les mouvements de la population* vers les zones urbaines et périurbaines, les évolutions différenciées de la population selon les régions, certaines étant en croissance démographique, d'autres en perte. Ces mouvements de population ont un réel impact sur l'offre hospitalière qui peut devenir surdimensionnée ou, au contraire, être insuffisante. L'inadaptation de l'offre peut être globale mais elle porte plus souvent sur des segments d'activité hospitalière[4] : une offre chirurgicale trop importante sur un territoire donné alors que les besoins en médecine, plus particulièrement dans le domaine des maladies chroniques, ne sont pas satisfaits.

■ *Le rôle grandissant du patient*[5] ; ainsi qu'en témoigne une demande accrue d'informations sur le système hospitalier. Il se constate aussi avec l'attente d'une relation rénovée avec les professionnels de santé, tout particulièrement en matière d'information. Le patient demande à être associé à la réflexion du médecin sur le rapport bénéfice-risque d'une stratégie thérapeutique ou d'un acte invasif. Enfin, le patient est désireux d'une évolution des modes de prise en charge privilégiant le maintien au domicile. À cet égard, à l'arrivée du SIDA il y a une trentaine d'années, la pression forte exercée par les patients a conduit les hôpitaux à apprendre à mieux tenir compte des avis des malades.

3 C. Aubin, C. Daniel, Dr F. Schaetzel pour l'IGAS, et A. Billon, P. Blemont, A. Eliot, J. Veyret pour l'IGAENR, *Le post-internat, constats et propositions*, Rapport IGAS-IGAENR, juin 2010.
4 *Cf.* fiche « Le tissu hospitalier est-il satisfaisant ? »
5 *Cf.* fiche « Quelle place pour l'usager de l'hôpital ? »

De même, c'est à la demande des patients, privilégiant les prises en charge en ambulatoire, que les établissements ont développé des alternatives à l'hospitalisation complète.

■ *La transition épidémiologique* ; les maladies aiguës sont stables alors que les maladies chroniques sont en développement. Cette évolution a un impact sur l'hôpital qui est l'un des acteurs de la prise en charge chronique, pour des patients nécessitant que se coordonnent les différents professionnels du système de soins. Ce besoin de coordination dépasse largement le cadre des maladies chroniques, mais cette problématique le met particulièrement en exergue. Comme l'augmentation des pathologies chroniques, le vieillissement de la population est un nouveau défi pour le système de santé. Les besoins des personnes âgées sont multiples et nécessitent également une bonne coordination des différents intervenants soignants et sociaux relevant d'institutions multiples. L'hôpital ne doit pas être le seul ou même le principal intervenant dans la prise en charge des personnes âgées. L'enquête nationale sur les inadéquations hospitalières en établissement de santé [6] établit que la proportion de séjours et journées inadéquats augmente avec l'âge [7]. C'est une indication du fait que les séjours à l'hôpital ne sont pas toujours justifiés pour les personnes âgées. L'IGAS fait le constat que l'organisation de l'hôpital par spécialité ne facilite pas l'approche globale et transversale nécessaire à une bonne prise en charge des polypathologies des personnes âgées fragiles [8].

■ *L'exigence et la vigilance accrue en matière de qualité et sécurité des soins* ; l'attente est forte en ce domaine, amenant l'hôpital à mettre en place des organisations de plus en plus structurées par l'impératif de sécurité. L'exemple des infections nosocomiales illustre cette exigence qui, si elle n'est pas satisfaite, entamera la confiance de la population dans le système hospitalier. L'action en ce domaine est exigeante en ce sens qu'elle doit trouver l'équilibre entre le renforcement des normes dans un souci de sécurisation des soins et l'autonomie laissée aux professionnels sans laquelle il n'y a pas de vraie sécurité [9].

■ *La pression économique* ; bien que l'ONDAM soit en progression constante, cette progression est inférieure à l'évolution tendancielle des dépenses [10]. La différence doit être comblée par des gains de productivité ou des économies. L'hôpital est mis en demeure d'améliorer son efficience pour continuer de dispenser des soins de qualité. Cette efficience porte sur la bonne utilisation des ressources existantes mais interroge également la pertinence des actes réalisés. Enfin, le périmètre d'action de l'hôpital est à redéfinir de façon à n'y recourir que dans les situations qui l'exigent. L'enjeu est aussi de faire en sorte que la recherche d'efficience ne conduise pas à une dégradation de la qualité des soins [11].

---

6 Étude lancée par la DGOS en 2009 avec l'appui méthodologique de la DREES et réalisée par la société SANESCO.
7 *Panorama des établissements de santé*, DREES, 2011, p. 40.
8 A. Fouquet, P. Sitruk, J.-J. Trégoat, *L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge*, Rapport IGAS, mai 2011.
9 *Cf.* fiche « Comment améliorer la sécurité et la maîtrise des risques dans les établissements de santé ? »
10 D. Giorgi, H. Garrigue-Guyonnaud, M. Jeantet, V. Cayre pour l'IGAS, V. Lidsky, P.-E. Thiard, M. Le Brignonen, J. Thomas, M. Olivier pour l'IGF, *Propositions pour la maîtrise de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) 2013-2017*, Rapport IGAS-IGF, juin 2012.
11 *Cf.* fiche « Comment connaître et promouvoir la qualité des soins ? »

■ *L'évolution des ressources humaines à l'hôpital*[12] ; le rôle des personnels à l'hôpital est majeur et s'y posent les questions habituelles de gestion des équipes. Des éléments plus particuliers sont cependant à souligner : le travail de chacun dépend de la coopération de métiers différents, aux cultures parfois éloignées mais avec souvent des contraintes lourdes pour chacun, un impératif de transmission de l'information, une prestation à assurer 24 h/24, une confrontation quotidienne à la souffrance et à la mort. Simultanément, des signaux d'alerte sont présents : en témoignent un absentéisme élevé, un turn over rapide et un climat social souvent difficile. Des missions de l'IGAS ont été réalisées à la suite d'épisodes susceptibles de révéler des difficultés à maîtriser les risques psychosociaux en milieu hospitalier, comme c'est le cas dans d'autres secteurs d'activité. La pertinence des modes de gestion des ressources humaines à l'hôpital est évaluée à cette aune. Enfin, les difficultés de recrutement que rencontrent certaines professions (kinésithérapeutes, anesthésistes, radiologues…), peuvent aussi avoir un impact sur le rôle et la place de l'hôpital.

Ces éléments de contexte, largement interdépendants, affectent l'hôpital de manière importante. Les effets de certains d'entre eux se cumulent, quand d'autres, au contraire, témoignent de forces opposées.

L'évolution des modalités de l'action hospitalière

Une profonde transformation des formes de prise en charge à l'hôpital résulte de ces évolutions. De plus en plus d'activités hospitalières ne nécessitent pas de garder le patient plusieurs jours, diminuant d'autant l'importance de l'hébergement, qui marque pourtant encore fortement la culture des professionnels et de la population. Entre 1998 et 2009, le nombre de lits d'hospitalisation à temps complet, toutes disciplines et tous secteurs confondus, est passé de 489 000 à 427 000[13]. Ce mouvement a vocation à se poursuivre. Le développement des alternatives à l'hospitalisation complète a des conséquences non seulement sur les surfaces et sur l'agencement architectural des hôpitaux mais aussi sur les organisations et les conditions de travail, marquées par une diminution importante des postes de nuit et en fin de semaine ; ces évolutions impactent également les revenus des professionnels dans la mesure où les horaires de nuit et de fin de semaine donnent lieu à une rémunération majorée.

La notion de proximité et de facilité d'accès aux soins est par ailleurs à redéfinir pour tenir compte des évolutions induites par la contrainte de moyens et l'exigence de sécurité[14]. C'est ainsi par exemple que l'activité chirurgicale nécessite un regroupement d'équipes pluridisciplinaires et des équipements nécessaires. De telles évolutions, parfois mal comprises, imposent un effort constant de pédagogie vers la population et leurs représentants élus.

12 *Cf.* fiche « Sait-on mettre à profit tout le potentiel des ressources humaines hospitalières publiques ? »
13 *Panorama des établissements de santé*, DREES, 2011.
14 *Cf.* fiche « Le tissu hospitalier est-t-il satisfaisant ? »

L'évolution du périmètre de l'action hospitalière

La question du périmètre de l'action hospitalière se pose avec une acuité accrue. Une illustration s'en trouve dans le débat autour de la place prise par les urgences hospitalières ces dernières années, que d'aucuns considèrent trop élevée. De même, le parcours de soins des personnes âgées et des patients ayant une pathologie chronique n'est pas organisé de la meilleure façon possible. L'IGAS souligne qu'une organisation coordonnée, au sein de l'hôpital et également entre les acteurs médico-sociaux, permettrait d'améliorer la prise en charge globale des personnes âgées. L'article 70 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 a retenu le principe d'expérimenter de nouveaux modes de financement à cette fin et une évaluation de ces expériences par la HAS. De même, l'éducation thérapeutique et les actions en matière de santé publique sont des exemples de sujets qui conduisent à interroger la place de l'hôpital. Accroître l'offre ambulatoire de proximité en éducation thérapeutique pourrait permettre aux patients d'accéder à un programme proche de leur domicile, sans qu'il soit nécessaire de se rendre dans un établissement de santé [15].

Une évolution du rôle de l'hôpital doit être accompagnée d'une évolution du rôle des autres acteurs du système pour que le besoin de la population soit toujours satisfait. La prise en charge du diabète en offre un exemple. Pour organiser le parcours de soins des patients atteints de cette pathologie, et plus largement des patients atteints de maladies chroniques, l'IGAS recommande de concentrer les efforts sur l'organisation du système de soins de premier recours [16].

Des enjeux de réorganisation prioritaires

Plusieurs réformes sont intervenues ces dernières années pour adapter l'hôpital aux évolutions constatées. Elles ont principalement porté sur l'organisation de l'offre de soins et sur la gouvernance de l'hôpital. Des arbitrages sont cependant encore à rendre pour préciser le rôle et la place de l'hôpital aussi bien pour les professionnels qui l'animent que pour les patients qui ont recours à lui.

Des réformes importantes sont intervenues

Le financement des activités de court séjour a été modifié en 2004 et la gouvernance des établissements de santé publics a été réorganisée en 2005 d'abord, en 2009 ensuite. De même, l'exercice de la tutelle sur les établissements de santé et les modalités d'intervention de l'autorité publique ont également été revus en 1995, 2005 et 2009. Les conséquences de ces réformes sont examinées ci-après [17]. Elles ont un impact fort sur les acteurs puisque ceux-ci

15 M. le député D. Jacquat, avec la participation d'A. Morin, membre de l'IGAS, *Éducation thérapeutique du patient : Propositions pour une mise en œuvre rapide et pérenne,* Rapport au Premier ministre, juillet 2010.
16 D. Jourdain-Menninger, Dr G. Lecoq, A. Morel, *Évaluation de la prise en charge du diabète*, Rapport IGAS, avril 2012.
17 *Cf.* fiches « Les réformes du financement et de la gouvernance ont-elles eu des effets bénéfiques sur les hôpitaux ? », « L'exigence économique à l'égard des établissements de santé est-elle trop forte ? » et « La contrainte financière est-elle bien répartie ? »

agissent toujours en fonction du système dans lequel ils sont placés. En particulier, l'IGAS a pu constater une modification des relations internes à l'établissement de santé, en particulier entre médecins et directeurs [18].

Rôle du public et rôle du privé

Avant 2009, le service public était de la seule responsabilité des établissements publics et privés participant au service public. Depuis la loi HPST, des structures privées lucratives peuvent le mettre en œuvre sur un ou plusieurs aspects : la permanence des soins, l'enseignement universitaire ou postuniversitaire, la recherche…

Simultanément, le secteur des cliniques privées à but lucratif a connu des évolutions fortes. L'IGAS montre qu'elles occupent une position importante dans l'offre de soins [19]. Avec 25 % des capacités totales d'hospitalisation en France, elles réalisent 28 % des entrées et venues sur l'ensemble des disciplines, 36 % en court séjour, 54 % pour la seule chirurgie. Leur portefeuille d'activités est cependant plus resserré que celui des hôpitaux publics. Un tiers des cliniques était en déficit en 2010 [20].

Le rapprochement progressif des règles régissant les deux secteurs pose la question de leurs rôles respectifs : quelles sont les missions dévolues à chacun ? Les agences régionales de santé (ARS) peuvent-elles s'appuyer de la même manière sur le secteur privé pour garantir l'accès aux soins alors même que le risque de faillite existe ? Les pratiques de dépassements d'honoraires sont également plus importantes dans ce secteur [21], pouvant poser problème en termes d'accès aux soins [22].

Des arbitrages demeurent indispensables

L'hôpital est complexe. Il ne doit discriminer personne et, lorsqu'il est public, être toujours ouvert. Il tient une place considérable dans le système de soins et répond à des besoins multiples et pour partie contradictoires. Il est le lieu des techniques les plus avancées mais aussi celui du soin dans sa dimension humaine. Il doit tout à la fois être proche et sûr. Selon les spécialités, selon les types de soins concernés, l'hôpital doit assurer simultanément technique et soin relationnel, proximité et sécurité, lien entre le soin et le social. Cette complexité, les attentes multiples exprimées envers l'hôpital peuvent rendre confus le message adressé par la société aux professionnels de l'hôpital.

De ce fait, l'hôpital est difficile à piloter. Et pourtant, il a su s'adapter rapidement sous la pression de la médecine, des patients et des évolutions législatives. Ces changements génèrent des tensions et certaines prises de position publiques

18 A. Bruant-Bisson, P. Castel, M.-P. Planel. *Évaluation des effets de la tarification à l'activité sur le management des établissements de santé,* Rapport IGAS, mars 2012.
19 F. Bartoli, H. De Beauchamp, N. Destais, I. Yéni, *Évaluation de la place et du rôle des cliniques privées dans l'offre de soins,* Rapport IGAS, septembre 2012.
20 Un tiers des établissements publics de santé était aussi en déficit en 2010.
21 Dr P. Aballea, F. Bartoli, L. Eslous, I. Yéni, *Les dépassements d'honoraires médicaux,* Rapport IGAS, avril 2007.
22 *Cf.* fiche « Le tissu hospitalier est-il satisfaisant ? »

sur des sujets hospitaliers peuvent donner l'impression aux professionnels de l'hôpital qu'ils reçoivent des injonctions paradoxales.

Le message envoyé aux professionnels sur les urgences est ainsi perçu comme contradictoire : la croissance quantitative des urgences hospitalières ces quinze dernières années a été subie par l'hôpital qui s'est trouvé dans l'obligation de répondre à une situation de fait créée par d'autres acteurs du système de santé. Cette demande de la population se maintient. Simultanément, le poids de l'hôpital dans les urgences et son coût sont dénoncés. Avant de chercher à inverser cette tendance, il convient d'organiser une réponse alternative aux besoins exprimés, de s'assurer qu'elle est moins coûteuse et d'apprécier avec soin la nature du besoin.

Enfin, l'hôpital est amené dans ce domaine, comme dans d'autres, à compenser des règles qui s'appliquent à d'autres professionnels ; c'est le cas de la liberté d'installation des médecins qui entraîne pour l'hôpital un rôle différent selon la situation de la démographie médicale.

De même, l'attente légitime de proximité doit être déclinée différemment selon les besoins des patients : un accès proche au système de soins avec une permanence de médecin, une hospitalisation proche lorsque c'est possible (médecine polyvalente, gériatrie, soins de suite et de réadaptation, psychiatrie…). Lorsque la situation du patient requiert la compétence d'équipes médicales et soignantes diversifiées et une permanence des soins (chirurgie, radiothérapie, greffes…), c'est alors un transfert qui est à organiser vers un plateau technique complet.

Par ailleurs, le rôle attendu de l'hôpital en matière de santé publique doit être clarifié. Il est aujourd'hui ambigu. De façon simultanée, l'interventionnisme de l'hôpital est dénoncé et le reproche selon lequel il n'en fait pas assez est exprimé. Il est probable qu'une part importante de ces questions trouverait une réponse adaptée dans une meilleure coordination des différents intervenants du processus de soins. Mais qui doit assurer ce rôle de coordination ? La prise en charge des addictions illustre cet impératif de coordination entre les professionnels qui sont au contact des patients comme les médecins généralistes, et l'hôpital, indispensable lors de certaines phases de la prise en charge. Il n'est pas possible et pas souhaitable d'attendre de l'hôpital qu'il compense les carences éventuellement constatées dans certaines zones géographiques dans ce domaine. La réponse peut être différente dans les zones riches en professionnels de santé et dans les zones en difficulté ; en effet, il est possible de confier à l'hôpital, dans des territoires connaissant une pénurie de professionnels, un rôle d'accueil, de regroupement de compétences rares et de coordination afin d'utiliser au mieux les ressources disponibles.

Ces contradictions peuvent s'atténuer avec la mise en débat public du rôle et de la place de l'hôpital. L'hôpital peut être aidé à surmonter ces tensions et contradictions grâce à des arbitrages rendus sur la base de valeurs communes, avec l'objectif affirmé de donner des soins sûrs et de qualité et en mettant

l'accent sur la coordination des actions et des professionnels concernés. Le rôle toujours plus grand du patient, de l'usager permet de traiter ces questions avec les intéressés eux-mêmes, soulageant ainsi les professionnels : ils n'ont pas à porter seuls le poids de ces dilemmes. Nous citerons, à titre d'exemple et à la suite d'un rapport de l'IGAS sur la mort à l'hôpital[23], la demande implicite faite par la société à l'hôpital et ses professionnels en la matière. L'hôpital et ses professionnels ne peuvent pas être les seuls dépositaires des questions que chacun se pose sur la mort.

Ces questions sont à traiter par notre société pour que les professionnels sachent ce qui est attendu d'eux et sur l'atteinte de quels objectifs ils seront évalués.

CONCLUSION

Le rôle et la place de l'hôpital dans le système de santé doivent être réinterrogés. Une structure hospitalière a, avant tout, vocation à prendre en charge les urgences vitales et à diagnostiquer et traiter les phases aiguës des pathologies ne pouvant pas être conduites en ville ou dans des structures plus légères. Pour ce faire, elle dispose d'un plateau technique de pointe utilisé par des professionnels compétents. Il convient de permettre à l'hôpital de se recentrer sur son cœur de compétences et aux patients d'en être moins tributaires. Parallèlement, ils doivent être assurés d'une prise en charge de haute qualité et avoir des durées de séjour plus courtes.

Le désengorgement des urgences suppose d'abord que puisse être garanti un accès permanent aux soins de premier recours, incluant l'accès à un médecin de garde, par exemple au sein d'une maison médicale de garde. Les alternatives à l'hospitalisation complète, comme la chirurgie ambulatoire, l'hospitalisation à domicile et la pratique de certains soins à domicile ou en ville, doivent continuer à être encouragées. Enfin, le parcours de soins, notamment celui des personnes âgées devrait être repensé, en développant la coordination ville/hôpital et les structures en aval de l'hospitalisation. Plus largement, la prise en charge des maladies chroniques par la médecine de ville est une évolution à accompagner.

23 F. Lalande, O. Veber, *La mort à l'hôpital*, Rapport IGAS, novembre 2009.

2. Le tissu hospitalier est-il satisfaisant ?

Précision liminaire : pour des raisons liées au champ des missions réalisées par l'IGAS ces dernières années, les développements qui suivent porteront principalement sur les établissements publics de santé et les établissements privés à but lucratif, et non sur les établissements privés à but non lucratif. De même, l'IGAS ayant mené de nombreuses missions sur le champ MCO, les problématiques propres à ce champ seront ici privilégiées.

Le tissu hospitalier doit être suffisamment dense pour répondre aux besoins de santé. Cependant, l'accès aux soins hospitaliers de l'ensemble de la population doit s'articuler avec d'autres impératifs. En particulier, il convient de garantir la qualité des soins, enjeu potentiellement contradictoire dans certaines spécialités avec la proximité des soins. La recherche de l'efficience est un autre impératif de la dépense hospitalière, afin de garantir une soutenabilité financière des établissements pris individuellement, et de la dépense hospitalière considérée au niveau national. Au total, il importe donc de lutter aussi bien contre les surcapacités hospitalières que contre les « déserts médicaux ».

Par ailleurs, la concurrence du public et du privé sur des mêmes segments de l'offre de soins, notamment en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), amène à s'interroger sur la façon dont le régulateur doit en tenir compte pour structurer l'offre de soins sur un territoire.

Des enjeux potentiellement contradictoires entre proximité des soins, sécurité des soins et efficience

Les enjeux inhérents au tissu hospitalier sont potentiellement contradictoires. Un tissu hospitalier satisfaisant doit permettre à l'ensemble de la population d'accéder à des soins de proximité. Cependant, il est établi que pour un certain nombre d'actes, notamment chirurgicaux, la proximité des soins équivaut à une baisse de qualité des soins, qui se manifeste par une hausse des complications et des événements indésirables dans des petits établissements isolés notamment[24].

Il peut ainsi exister une contradiction entre la volonté d'avoir des équipements et des équipes entraînées pour la qualité, et la volonté de maintenir un maillage fin des établissements sur le territoire. De plus, il importe de souligner que des conflits peuvent apparaître entre les impératifs d'aménagement du territoire, l'objectif (notamment porté par les élus locaux) de préserver l'emploi, la qualité, la sécurité des soins, et l'efficience. Enfin, il convient de s'interroger sur le prix

24 L. Com-Ruelle, Z. Or, T. Renaud, « Volume d'activité et qualité des soins dans les hôpitaux : quelle causalité ? Enseignements de la littérature », *in Questions d'économie de la santé,* Irdes, septembre 2008.

que la collectivité, à travers les financements de l'assurance maladie, est prête à payer pour garantir une telle proximité.

Si la sécurité des soins paraît prioritaire, les enjeux potentiellement contradictoires de proximité et d'efficience sont également légitimes. L'articulation de ces impératifs est d'autant plus complexe en chirurgie, lorsque le soin repose sur une équipe et un plateau technique complexe. C'est la raison pour laquelle il importe d'organiser une gradation des soins. En particulier, il convient de distinguer l'impératif d'accès à un médecin de proximité, dans le cadre des soins de premier recours, de l'accès à un plateau technique, pour lequel une distance plus importante ne menace pas l'accès aux soins.

Parallèlement à ces enjeux, l'IGAS[25] a pu constater que l'organisation des soins est aujourd'hui tributaire des choix d'exercice (géographique, discipline, secteur) des professionnels de santé, en premier lieu des médecins. Dans certaines zones, les choix d'activité et de coopérations réalisés par les établissements sont surdéterminés par les difficultés à recruter des praticiens : les zones déjà sous-dotées en médecins sont moins attractives, car elles ne permettent pas un exercice en équipe et supposent une charge de garde plus contraignante. C'est l'un des éléments de la concurrence entre public et privé.

Un tissu satisfaisant en termes d'accès aux soins, mais non en termes d'efficience

Un accès géographique aux soins satisfaisant, des inégalités territoriales en baisse

Rendre accessible des soins d'urgence à toute la population à moins de 30 minutes est un objectif quasiment déjà atteint : aujourd'hui, 94,7 % de la population a accès à un SMUR rapide en moins de 30 minutes de son domicile, et 99,2 % à moins de 45 minutes[26].

92,4 % de la population a accès à une structure d'urgence à moins de 30 minutes de son domicile, près de 99 % à moins de 45 minutes.

Au-delà des temps d'accès aux services et aux structures de soins, l'offre hospitalière peut se mesurer par la densité de lits de court séjour par habitant.

Cette densité est de 35 lits pour 10 000 habitants au niveau national en 2010[27], chiffre en diminution depuis dix ans grâce au développement d'autres formes d'exercice : développement d'hôpitaux de jour, chirurgie ambulatoire, hospitalisation à domicile (HAD). Ce chiffre situe la France parmi les pays dont l'offre hospitalière est la plus dense, même si les différences dans l'organisation des soins rendent difficiles les comparaisons avec d'autres pays.

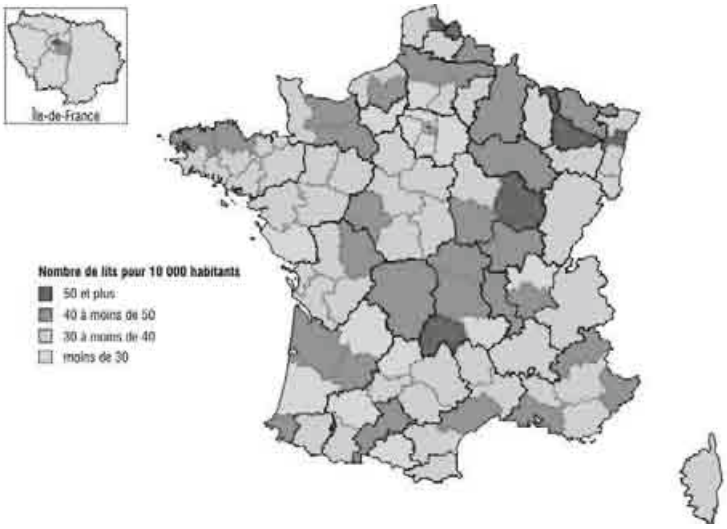
---

25 Missions d'appui et de conseil au management détaillées dans la deuxième partie du rapport ; J.-L. Bonnet, P.-Y. Bocquet. Dr F. Lalande, C. Scotton, *Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les quinze dernières années ?*, Rapport IGAS, mars 2012.
26 Source : DGOS.
27 Base de données sur la santé 2012, OCDE.

Les disparités se réduisent entre régions. Elles sont très faibles en court séjour mais plus importantes en psychiatrie et en moyen séjour[28]. Toutefois, la densité de lits pour 10 000 habitants varie de 19 à 73 lits selon le territoire de santé[29].

La répartition des équipements, autre composante de l'accès aux soins, connaît également des disparités territoriales : une étude[30] montre que le temps d'accès pour deux spécialités (l'ophtalmologie et la pneumologie) à l'hôpital dépend largement de la répartition des équipements sur le territoire. Dans le cas étudié, l'ophtalmologie est davantage pratiquée dans les cliniques privées que la pneumologie. Or, les cliniques privées étant concentrées dans les grandes villes, les patients de zones rurales et périurbaines doivent se déplacer davantage.

Carte 1 - **Densité de lits de court séjour en France en 2010**

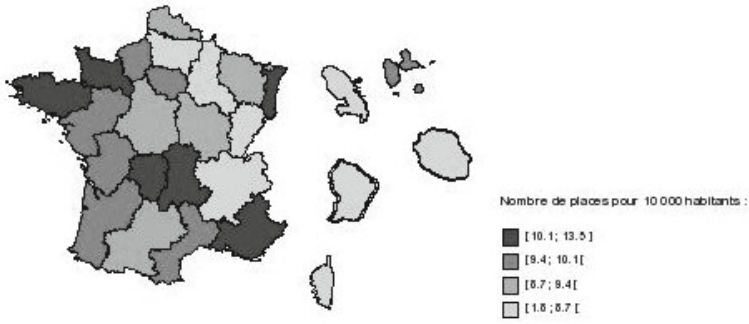


Source : INSEE-DREES ; SAE 2010.

Le temps d'accès aux soins hospitaliers courants est globalement satisfaisant : 95 % de la population française peut y accéder en moins de 45 minutes, les trois quarts en moins de 25 minutes[31]. Comme l'illustre le diagramme ci-dessous, pour la quasi-totalité des séjours, un patient sur deux est hospitalisé à moins de 21 minutes de son domicile, à l'exception des séjours pour les grands brûlés, pour lesquels le temps d'accès est de 55 minutes pour un patient sur deux.

28 *Le panorama des établissements de santé*, DREES, 2011.
29 *INSEE Première*, « Une hospitalisation sur deux en court séjour a lieu à moins de vingt minutes du domicile », INSEE, mars 2012.
30 « Les disparités territoriales d'accès aux soins hospitaliers : comparaison de deux spécialités », *in Études et résultats*, DREES, mars 2012.
31 *Études et résultats*, nº 764, DREES, juin 2011.

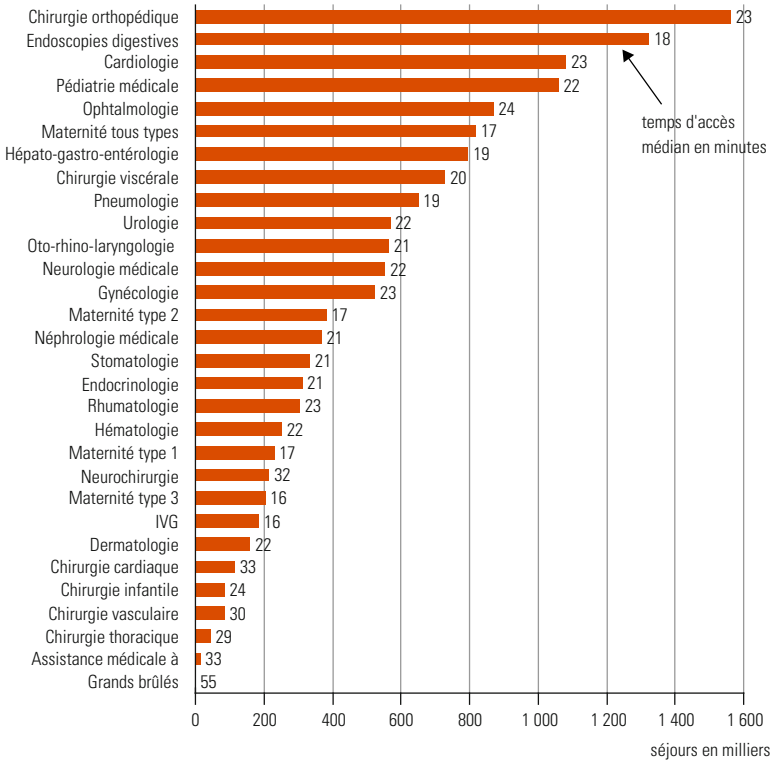
Carte 2 - **Densité de places en France en 2009**



Champ : France métropolitaine et DOM.

Source : DREES.

Diagramme 1 - **Temps d'accès médian par spécialité (en minutes)**



Lecture : en 2010, la chirurgie orthopédique représente 1,6 million de séjours ; un patient concerné sur deux a été accueilli à moins de 23 minutes de son domicile.

Champ : France, hospitalisations en court séjour en 2010.

Source : INSEE-DREES.

Enfin, il est satisfaisant de constater que le temps nécessaire à un patient pour se rendre de son domicile à un établissement de santé est généralement plus court pour les pathologies les plus fréquentes. Celles-ci peuvent être prises en charge dans davantage d'établissements que les pathologies inhabituelles, qui exigent souvent le déplacement dans un établissement de pointe[32].

Une utilisation des lits et des blocs opératoires qu'il est possible d'améliorer

L'utilisation des lits est un enjeu important, à la fois du point de vue de l'équilibre financier d'un établissement et de l'efficience globale du système. À cet égard, deux problèmes sont identifiés : l'utilisation inadéquate des lits, d'une part (c'est-à-dire lorsqu'un patient ne reçoit pas de soins ou ne fait pas l'objet d'une surveillance particulière un jour donné), un taux d'occupation des lits trop faible, d'autre part.

■ Au niveau national, 10 % des lits de médecine et chirurgie sont occupés de manière inadéquate un jour donné (5 % en chirurgie, 17,5 % en médecine). En termes de séjours, 7 % des séjours présentent une inadéquation soit dès l'admission, soit au cours du séjour ; la part d'admissions inadéquates est estimée à 3 %[33]. L'impact financier de ces inadéquations serait estimé à 2 milliards d'euros[34]. Ce chiffre doit toutefois être relativisé, car il est construit sur l'hypothèse non démontrée qu'une journée inadéquate coûte aussi cher à l'hôpital qu'une journée dite adéquate. De plus, d'un point de vue global, il n'est pas certain que la prise en charge de ces patients dans d'autres structures soit moins coûteuse pour l'assurance maladie. Enfin, ce taux est relativement équivalent dans les autres pays développés, y compris ceux dont la dépense de santé est plus faible.

■ Le taux d'occupation des lits de soins curatifs offre de réelles marges de progrès : il s'établit à 74,4 %, ce qui est inférieur à la moyenne des pays de l'OCDE, de 76,1 % en 2009[35]. On estime à 11 000 le nombre de lits de chirurgie occupés à moins de 50 %[36].

La performance de certains blocs opératoires, particulièrement dans le public, peut être améliorée[37]. 25 % des blocs opératoires étudiés par la MEAH en 2007 avaient un taux d'occupation inférieur à 58 %, quand le taux recommandé est de 85 % pour une utilisation optimale, et de 65 % minimum. Si les urgences rendent nécessaire le maintien d'un bloc disponible dans les établissements avec un service d'urgence, ce sont en grande partie des causes organisationnelles qui expliquent des taux d'occupation très bas : démarrage tardif par rapport à l'heure prévue, temps important entre les interventions, temps d'ouverture réduit.

---

32 *INSEE Première*, « Une hospitalisation sur deux en court séjour a lieu à moins de vingt minutes du domicile », INSEE, mars 2012.
33 *Le panorama des établissements de santé*, DREES, 2011.
34 Étude Sanesco, Étude d'impact auprès des établissements de santé de la mise en place du tableau de bord sur les infections nosocomiales, août 2008.
35 *Panorama de la santé 2011 : les indicateurs de l'OCDE*, OCDE, 2011.
36 D. Giorgi, H. Garrigue-Guyonnaud, M. Jeantet, V. Cayre pour l'IGAS ; V. Lidsky, P.-E. Thiard, M. Le Brignonen, J. Thomas, M. Olivier pour l'IGF, *Propositions pour la maîtrise de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) 2013-2017,* Rapport IGAS-IGF, juin 2012.
37 La Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (Meah) a conduit une étude en 2007 sur la performance des blocs opératoires dans dix régions pilotes.

Des dépassements d'honoraires dans les hôpitaux publics comme dans les cliniques privées menaçant l'accès aux soins dans certaines zones

Parmi les diverses composantes du reste à charge pesant sur le patient, l'IGAS s'est intéressée aux dépassements d'honoraires facturés dans les cliniques privées et dans le cadre de l'exercice libéral en secteur public, lorsque les médecins exercent en secteur 2[38].

La liberté tarifaire donnée par le secteur 2 s'exerce théoriquement avec « tact et mesure », conformément aux obligations qui résultent du Code de déontologie médical (art. 4.4.3.). Pourtant, en 2007, un rapport de l'IGAS[39] a établi que les dépassements d'honoraires étaient un obstacle à l'accès aux soins, et ce à un double titre :

– ils ont contribué à freiner une répartition plus équilibrée des médecins sur le territoire français, en permettant à des spécialistes de s'installer dans des zones déjà sur-dotées en médecins : en effet, les dépassements compensent financièrement le volume plus faible d'activité ;

– dans les zones sur-dotées, leur montant parfois important peut induire des difficultés financières d'accès aux soins.

Le phénomène des dépassements est toujours actuel, voire s'aggrave. Les estimations des dépassements d'honoraires facturés en établissements de santé publics et privés atteignent 1,1 milliard d'euros en 2011, soit une hausse de 50 % en six ans, pour une hausse de la masse d'honoraires de 30 %[40].

Dans les cliniques privées, si les praticiens qui pratiquent des dépassements ne constituent pas la majorité au niveau national, cette pratique est massive dans certains territoires. En 2011 comme en 2005, l'Île-de-France et la région Rhône-Alpes concentrent plus de la moitié des dépassements d'honoraires. Les montants les plus élevés sont le fait des anesthésistes et des chirurgiens.

En ce qui concerne les praticiens hospitaliers publics, si le nombre de médecins pratiquant des dépassements est très faible[41], ils peuvent atteindre des montants très élevés. Le total des dépassements pratiqués par les praticiens hospitaliers temps plein est de 71 millions d'euros en 2011, pour un montant d'honoraires de 380 millions d'euros. Ces pratiques excessives sont d'autant plus préoccupantes en termes d'accès aux soins qu'elles se concentrent sur les mêmes régions et disciplines que dans les établissements privés. Par ailleurs, en 2005, ils étaient en moyenne deux fois plus élevés que dans les établissements privés.

L'IGAS a essayé de mesurer l'impact de ces pratiques sur l'accès aux soins, en analysant des épisodes de soins complets, c'est-à-dire incluant l'ensemble

38 L'impact des forfaits et tickets modérateurs sur l'accès aux soins n'ayant pas été traité dans des rapports de l'IGAS, il ne sera pas abordé ici.
39 Dr P. Aballea, F. Bartoli, L. Eslous, I. Yéni, *Les dépassements d'honoraires médicaux*, Rapport IGAS, avril 2007.
40 Source : CNAMTS. Le montant total des dépassements d'honoraires facturés en établissements de santé publics et privés en 2005 était estimé à 530 millions d'euros sur une masse totale de 3 milliards d'euros d'honoraires.
41 Ainsi, 12 % des PH publics avaient une activité libérale en 2005 et un peu plus d'un tiers de ceux-ci l'exerçaient en secteur 2, soit 4 % des praticiens hospitaliers publics.

des consultations et actes réalisés pour une même pathologie, en ville et en établissement de santé. Une série de constats a ainsi été mise en lumière :

– la probabilité pour un patient de se voir demander un dépassement d'honoraires au cours de l'épisode de soins est supérieure à 50 % ;

– cette probabilité est plus élevée pour certains actes réalisés dans le privé et dans certaines régions (accouchement, chirurgie du cristallin, coloscopie…) où le nombre de praticiens en secteur 2 est particulièrement élevé ;

– le cumul de dépassements demandés à un patient conduit à des montants élevés, pouvant atteindre en valeur médiane plus de 300 euros pour la chirurgie de la hanche ;

– la prise en charge à 100 % de soins comme l'accouchement ou des actes chirurgicaux lourds n'est plus garantie, alors que la collectivité avait fait le choix de couvrir intégralement ces soins.

L'IGAS avait appelé à une refonte du dispositif de dépassements, et *a minima*, à une meilleure information des patients, ainsi qu'à la mise en œuvre d'un dispositif de contrôle plus étoffé. En particulier, les DGARS devraient pouvoir recourir davantage à la contractualisation, voire au panel de sanctions existant.

La réforme des dépassements d'honoraires a été considérée comme prioritaire par le nouveau gouvernement qui a demandé à l'assurance maladie, aux régimes complémentaires et aux représentants des médecins de négocier pour réformer le dispositif.

L'accord conclu le 23 octobre 2012, formalisé dans l'avenant n°8 de la convention médicale, renforce le dispositif de sanction des médecins libéraux pratiquant des dépassements jugés abusifs, qu'ils exercent en ville ou en établissements. En parallèle, la possibilité de pratiquer des dépassements est ouverte à certains médecins du secteur 1, en échange de conditions diverses. Les médecins du secteur 2 sont également incités à geler le montant de leurs dépassements. La question de la surdensité médicale dans certaines zones, liée à la pratique des dépassements, ne rentrait pas dans le champ de la négociation. Une évaluation devra être faite de ce dispositif.

Des réformes à mener tant en termes de restructuration du tissu hospitalier que de recrutement médical

Structurer l'offre de soins en amont et en aval de l'hospitalisation afin d'améliorer le parcours du patient

Les critères d'un bon maillage hospitalier du territoire sont liés au rôle attendu des établissements de santé. En conséquence, l'organisation des soins de premier recours en amont, tout comme la possibilité d'accueillir les patients en aval de l'hospitalisation, sont déterminants. À cet égard, il convient de mener

une réflexion approfondie sur l'organisation des soins la plus pertinente possible, tant en termes de qualité de prise en charge que d'efficience[42].

C'est la démarche entreprise par la CNAMTS concernant différents processus de soins. Ainsi, la chirurgie des hernies inguinales et crurales pourrait être efficacement réalisée en ambulatoire. Autre exemple, les varices des membres inférieurs devraient davantage être traitées par de nouvelles techniques non invasives. Concernant le cancer colorectal, l'assurance maladie souhaite développer le dépistage précoce, renforcer la qualité de la prise en charge chirurgicale en instaurant des seuils d'activité notamment, et améliorer le bon usage des médicaments anticancéreux.

Concernant le parcours des personnes âgées, le maintien à domicile est aujourd'hui souhaité par les patients[43] et l'IGAS a pu constater que l'hospitalisation à domicile s'était effectivement développée, mais de façon inégale dans les territoires[44].

Parallèlement, la création d'établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes a été encouragée, tout comme la conversion de structures existantes : de structures MCO ou psychiatriques vers le médico-social, ou du MCO vers les soins de suite et de réadaptation (SSR).

Si aucune estimation du potentiel de conversion ni du gain financier n'a été réalisée, il existe aujourd'hui un consensus sur l'utilité de ces opérations, afin de limiter les risques pour les personnes âgées notamment d'inadéquations dans les hospitalisations, d'une part, et afin d'accompagner les fermetures d'activité de court séjour, d'autre part.

Sans mener une évaluation complète de cette politique, l'IGAS a pu constater qu'une partie de ces conversions, du MCO vers le médico-social, paraissent de fait très limitées[45] : elles concernent principalement les unités de soins de longue durée, et correspondent davantage à une requalification de services qu'à une véritable restructuration.

Le rôle des ARS en la matière doit être réaffirmé : elles ont encore trop peu investi leur mission d'articulation des secteurs sanitaire et médico-social.

En tout état de cause, une organisation des soins pertinente et adaptée au parcours des patients suppose l'organisation des professionnels en réseaux, un partage d'informations plus systématique qu'aurait pu faciliter le dossier médical partagé, et une meilleure articulation entre la ville, l'hôpital et le médico-social[46].

---

42 *Cf.* fiche « Quel rôle et quelle place pour l'hôpital dans le système de santé en France ? »
43 A. Fouquet, P. Sitruk, J.-J. Tregoat, *L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge*, Rapport IGAS, mai 2011.
44 N. Durand, C. Lannelongue, P. Legrand, Dr V. Marsala, *L'hospitalisation à domicile*, Rapport IGAS, novembre 2010.
45 C. Hesse, V. Maymil, V. Le Taillandier de Gabory, *Conversions des structures hospitalières en structures médico-sociales*, Rapport IGAS, février 2011.
46 D. Giorgi, H. Garrigue-Guyonnaud, M. Jeantet, V. Cayre pour l'IGAS ; V. Lidsky, P.-E. Thiard, M. Le Brignonen, J. Thomas, M. Olivier pour l'IGF, *Propositions pour la maîtrise de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) 2013-2017*, Rapport IGAS-IGF, juin 2012.

Poursuivre les restructurations de l'offre de soins, notamment en médecine

Les orientations adoptées ces dernières années pour améliorer l'organisation des soins au cours de l'hospitalisation ont pu se traduire par une évolution du tissu hospitalier : à titre d'exemple, la baisse du nombre de lits en hospitalisation complète correspond en partie au développement de l'hospitalisation de jour[47]. En revanche, le développement de la chirurgie ambulatoire ne se traduit pas toujours par une baisse du nombre de lits en hospitalisation complète dans les établissements concernés[48].

En médecine, les restructurations restent à mener. Elles dépendent largement de l'existence d'une offre de soins de premier recours et de structures d'aval (*cf.* ci-dessus). Elles paraissent nécessaires : même si le taux d'inadéquations se situe dans la moyenne des pays de l'OCDE, elles sont malgré tout particulièrement fortes dans les services de médecine (17,5 % des lits un jour donné). *A minima*, l'IGAS[49] recommande d'approfondir la connaissance des séjours médicaux et de mener des études sur l'organisation des services. Sur cette base, les établissements pourraient proposer des modifications d'organisations permettant de rationaliser l'offre de soins par une diminution des lits d'hospitalisation.

En parallèle, les établissements devraient être encouragés à créer des hôpitaux de jour ou de semaine, dans des créneaux d'activité différents des domaines habituels des hôpitaux de jour, comme la médecine de diagnostic et d'évaluation ou les réglages de traitements chroniques.

Une réflexion sur les moyens d'améliorer le taux d'occupation des lits, ainsi que l'efficience des blocs opératoires, doit parallèlement être menée.

Résoudre les problèmes de recrutement médical qui obèrent les capacités d'adaptation de l'offre hospitalière

Les déficits de la démographie médicale jouent fortement sur certaines disciplines et dans certaines régions. À l'heure actuelle, ce n'est pas tant le nombre de spécialistes que leur répartition sur le territoire qui pose problème[50].

Tout d'abord, il faut souligner qu'une rationalisation de l'offre hospitalière *via* des restructurations permettrait de diminuer le nombre de postes vacants.

Surtout, l'organisation de la formation initiale au sein des centres hospitaliers universitaires (CHU) est déterminante. En effet, il existe une forte corrélation entre le lieu d'installation d'un jeune médecin, et la localisation du CHU où il réalise son internat. La répartition des postes d'internes et, à l'issue de l'internat, des postes de chefs de clinique, est à cet égard primordiale. Or, elle n'est pas réalisée en fonction des besoins en termes de postes sur un

47 Drees, *Panorama des établissements de santé 2011*.
48 P.-Y. Bocquet, J.-L. Bonnet, Dr F. Lalande, C. Scotton, *Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les quinze dernières années ?* », Rapport IGAS, mars 2012.
49 *Ibid.*
50 La question se pose également pour d'autres professionnels de santé, comme les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et orthophonistes, davantage attirés par l'exercice libéral que par l'exercice salarié en établissement.

territoire donné[51]. Ainsi, un tiers des postes de chefs de cliniques se situent en Île-de-France, alors même que la population y représente moins de 20 % de la population française. Ces postes, prisés par les internes, ne débouchent que dans 11 % des cas sur ce à quoi ils sont destinés à l'origine, à savoir des carrières hospitalo-universitaires. L'enjeu d'assurer une recherche de pointe ne saurait donc justifier une répartition aussi déséquilibrée sur le territoire.

En conséquence, les jeunes internes ne se dirigent pas nécessairement vers la spécialité ou la région qui en a le plus besoin. Certaines régions dans leur ensemble (Picardie, Champagne-Ardenne, Centre…) ou certains départements au sein de régions bien fournies (Ardèche, Lot, Seine-et-Marne), peinent à assurer la relève minimale.

De telles inadéquations témoignent notamment d'un manque de coordination entre autorités sanitaires et universités. À titre d'exemple, en 2011, au moment où une université annonçait la création d'un poste supplémentaire de professeur des universités - praticien hospitalier de chirurgie cardiaque sur un site de l'AP-HP, les autorités sanitaires annonçaient la fermeture du service de chirurgie cardiaque concerné en application du SROS[52]. De son côté, l'université concernée programmait un renforcement d'un centre de recherche et d'enseignement chirurgical fonctionnant depuis 1976 qui sera peu compatible avec l'éventuelle disparition du service de chirurgie cardiaque.

Ce risque de contradiction entre la logique de la planification sanitaire régionale et l'autonomie des universités, qui confère à celles-ci un réel pouvoir d'initiative, impose qu'une cohérence soit recherchée.

Garantir la qualité des soins chirurgicaux en instaurant des seuils d'activité

En 2006, le rapport dit « Vallancien[53] » souligne que la chirurgie pratiquée dans certains petits hôpitaux n'est guère satisfaisante en termes de sécurité. Il évaluait à 113 le nombre d'hôpitaux dans lesquels l'équipe de chirurgiens réalise moins de 2 000 actes par an. Se basant sur les études mentionnées plus haut qui établissent un lien entre le nombre d'actes réalisés par une même équipe et la qualité des soins, il préconisait la publication de recommandations de seuils d'activité chirurgicale, et l'affichage dans les hôpitaux des types et du nombre d'opérations par an de chaque service de chirurgie public à partir des données du PMSI.

Toutefois, comme il est développé plus loin, il est difficile de porter une appréciation sur la qualité des soins dans les hôpitaux, les données nécessaires, comme le nombre de complications post-opératoires, n'étant pas produites en routine[54].

---

51 C. Aubin, C. Daniel, Dr F. Schaetzel pour l'IGAS, et A. Billon, P. Blemont, A. Eliot, J. Veyret pour l'IGAENR, *Le post-internat, constats et propositions*, Rapport IGAS-IGAENR, juin 2010.
52 Dr S. Picard, P. Legrand, *Rapport sur la chirurgie cardiaque à l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris*, Rapport IGAS, octobre 2011.
53 Pr Guy Vallancien, *L'évaluation de la sécurité, de la qualité et de la continuité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux publics en France*, Rapport au ministre de la Santé et des Solidarités, 2006.
54 *Cf.* fiche « Comment connaître et promouvoir la qualité des soins ? »

L'IGAS préconise de reprendre le travail réalisé depuis la publication du rapport Vallancien, qui avait donné lieu à des projets de décrets fixant un seuil d'activité minimale dans les blocs opératoires et les plateaux techniques chirurgicaux et obstétricaux[55]. Ceux dont l'activité serait insuffisante au regard des exigences de qualité et de sécurité des soins devraient être fermés.

Ces seuils pourraient d'abord être fixés pour quelques actes traceurs, comme la cholécystectomie, la prothèse totale de hanche, etc., dont on connaît la durée de séjour et les complications « habituelles » en fonction de l'âge des malades.

Pour certains territoires isolés, la possibilité d'introduire des « exceptions géographiques » doit cependant être étudiée au cas par cas[56], en tenant compte de la présence d'une offre privée[57].

Par ailleurs, une telle politique de seuil ne saurait être menée sans un suivi régulier de la pertinence des soins[58].

Un rôle décisif du régulateur et des ARS, malgré des contraintes

La T2A ne peut être le seul moteur des restructurations

Outre ses limites en matière d'orientation des pratiques et des choix stratégiques des établissements[59], la T2A ne doit pas avoir vocation à être le seul moteur du changement en matière d'organisation des soins sur un territoire. La T2A vise à mettre en place une structure de financement cohérente avec les coûts de production. Elle incite les établissements à être efficients, et donc à optimiser l'utilisation de leurs moyens ou à les adapter au volume d'activité.

Un outil comptable visant à faire converger les coûts sur des coûts standards peut générer des comportements visant à réduire la dépense à volume constant, à abandonner les activités structurellement déficitaires, mais aussi à rechercher une augmentation des volumes afin d'améliorer la couverture des coûts fixes. Dès lors, comme a pu le constater l'IGAS, en cas de concurrence directe de deux établissements sur des activités, dans le même bassin de vie, cet outil financier ne conduit pas au développement de coopérations, ou de partage d'activités. Chaque établissement a en effet intérêt à augmenter son volume d'activité, pour recevoir plus de recettes. L'intervention du régulateur peut alors s'avérer nécessaire pour encourager une répartition plus optimale de l'offre de soins sur le territoire. Son action est délicate : le retrait d'autorisation peut profondément déséquilibrer l'activité d'un établissement ; la fusion entre deux établissements, qui devrait limiter *de facto* les aspects

55 Rapport sur les fusions, IGAS, *op. cit.*, et rapport IGAS-IGF sur l'ONDAM, *op. cit.*
56 Rapport sur les fusions, 2012.
57 *Cf.* ci-dessous pour la question des monopoles sur un territoire. Rapport IGAS sur les cliniques privées, *op. cit.*
58 *Cf.* fiche « La tarification à l'activité pousse-t-elle les hôpitaux à délivrer trop de soins ? »
59 *Cf.* fiche « La contrainte financière est-elle bien répartie ? »

concurrentiels de la T2A, ne garantit pas un projet médical cohérent entre les deux anciens établissements[60].

Un rôle des ARS à affirmer en matière de restructuration de l'offre hospitalière[61]

Les limites de la T2A rendent ainsi nécessaire une implication forte des ARS en matière d'organisation des soins sur un territoire.

En tant que responsables de la planification des soins, les ARS se doivent d'assumer la politique des restructurations hospitalières, notamment lorsque des coopérations, voire des fusions entre établissements de santé, s'avèrent nécessaires pour adapter l'offre de soins aux évolutions de l'environnement, préserver la qualité des soins, résoudre les problèmes de recrutement de médecins en partageant du temps médical, ou encore optimiser les équipements en imagerie et les plateaux techniques.

Pour mener cette politique, les leviers à leur disposition sont nombreux, tant incitatifs (contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens – CPOM -, moyens de l'aide à la contractualisation – AC) que coercitifs (retrait d'autorisation, imposition de fusion ou de coopération).

Pourtant, il ressort des missions réalisées par l'IGAS que les ARS, concernant les hôpitaux publics, ont trop souvent tendance à déléguer aux directeurs d'établissements la charge de la mise en œuvre des décisions de réorganisation des soins, en premier lieu concernant la relation avec les élus. Pourtant, l'implication souvent forte des élus dans la défense de « leur » hôpital peut rendre les évolutions difficiles sans soutien régional, voire national.

À ce titre, l'IGAS rappelle une triple responsabilité des ARS, trop souvent insuffisamment exercée :

- dans leur mission de planification, elles doivent non seulement analyser les inadéquations dans l'organisation hospitalière sur les territoires de santé de leur ressort, mais surtout utiliser leurs compétences juridiques et financières pour y remédier ;
- dans leur mission de suivi général des établissements, elles doivent avoir une vigilance particulière pour les établissements publics et privés confrontés à une réorganisation, afin de mesurer l'impact de cette réorganisation sur l'offre de soins locale : activité, coûts, taux de fuite, satisfaction des usagers, indicateurs financiers, qualité des soins ; il faut noter que la vigilance s'impose aussi bien dans les programmes de modernisation (l'IGAS a constaté à plusieurs reprises que des programmes d'investissements trop ambitieux conduisaient à des surcapacités), que dans les restructurations visant à des réductions d'activité ;
- sans se substituer à eux, elles ont un rôle d'appui à jouer aux côtés des directeurs d'établissement dans la conduite des projets de réorganisation eux-mêmes. En particulier, il est de leur responsabilité de gérer l'interface avec les élus.

60 Rapport sur les fusions, IGAS, 2012, *op. cit.*
61 *Ibid.*

La concurrence entre établissements de santé publics et privés soulève plusieurs difficultés pour le régulateur

La concurrence entre établissements ne se réduit pas à la concurrence entre hôpitaux publics et cliniques privées : en MCO, la T2A peut, indifféremment du statut de l'établissement, générer comme on l'a vu une concurrence sur les volumes pour capter plus de financement. Cependant, l'IGAS[62] a pu établir que la concurrence entre cliniques privées et hôpitaux publics soulève des questions spécifiques.

Au-delà de la diversité du secteur des cliniques, l'IGAS[63] invite à distinguer plusieurs cas de figure en fonction des territoires.

■ Dans les grands bassins de population, les ARS doivent faire en sorte que les stratégies de filières internes aux groupes ne compromettent pas l'équilibre des territoires. La logique de filière est un défi pour le régulateur : d'un côté, elle contribue à la logique de gradation des soins, qui permet d'ajuster les moyens aux besoins. De l'autre, elle renforce la concurrence entre public et privé et limite les coopérations entre ces deux secteurs, même lorsque ces coopérations seraient dans certains cas plus pertinentes du point de vue de l'organisation des soins. De plus, le jeu des autorisations à la main des directeurs généraux d'ARS est complexe. Le risque existe que les ARS ne fabriquent dans certains territoires des situations inextricables : partage d'autorisations impraticable, coopérations hospitalières de territoire (CHT) ou groupement de coopérations sanitaires (GCS) de façade…

■ Dans les petits bassins de population, face à la nécessité de limiter les surcapacités, l'ARS doit souvent choisir quel plateau technique (public ou privé) doit perdurer. L'option privilégiée aujourd'hui est d'initier les regroupements ou recompositions entre équipes médicales pour faciliter la fermeture d'un établissement, public ou privé. Cette solution doit permettre de maintenir une attractivité suffisante de l'établissement, tant pour les médecins que pour les patients. La politique menée pendant la décennie précédente consistait à rapprocher deux établissements public et privé de taille modeste, souvent relocalisés sur un même site avec une aide financière publique. Elle s'est révélée coûteuse, sans toujours produire les résultats escomptés : elle n'a permis ni de maintenir des équipes médicales de taille et d'ouverture suffisantes, ni de réduire le taux de fuite des patients. Elle n'a pas eu non plus pour résultat de rationaliser les équipements, alors même que des réductions de capacités sont inévitables.

■ Dans ce contexte de concurrence, il existe toutefois des situations de monopoles dans certains territoires. Lorsque le monopole est détenu par une clinique privée, des questions spécifiques se posent, à la fois en termes d'accès financier aux soins (les dépassements d'honoraires sont surtout pratiqués dans les cliniques[64]) et de pérennité de l'établissement.

62 Rapport IGAS sur les cliniques, *op. cit.*
63 *Ibid.*
64 Rapport IGAS sur les dépassements d'honoraires, *op. cit.*

Afin d'éviter les problèmes financiers d'accès aux soins, trop peu d'ARS prévoient dans les CPOM conclus avec les cliniques privées des clauses stipulant que si l'établissement est en situation de monopole sur son territoire (pour une discipline ou un mode de prise en charge donné), il s'engage à garantir un accès au secteur I, et, pour les cliniques reconnues sites d'urgence, qu'aucun dépassement ne peut être appliqué aux patients hospitalisés après un passage aux urgences.

Par ailleurs, le régulateur peut être confronté à une situation complexe lorsque l'actionnaire de la clinique décide sa fermeture, alors même que des questions de santé publique sont en jeu. Au niveau national, il conviendrait de déterminer si la réponse appropriée est la contractualisation, ou une tarification modulée, *via* l'instauration d'un coefficient de majoration des tarifs dans certaines zones, pour le public comme le privé, comme cela existe pour le coût de l'immobilier dans certaines zones. L'IGAS préconise une aide directe, afin de ne pas complexifier la grille tarifaire.

La régulation accrue de la répartition géographique des médecins passe par une réorganisation de la période « post-internat »

Le lieu d'installation des médecins se destinant à une carrière hospitalière à l'issue de leurs études est déterminant pour assurer une répartition équilibrée des praticiens hospitaliers sur le territoire. L'attractivité plus forte des zones déjà sur-dotées s'avère donc particulièrement problématique.

Des mesures ont d'ores et déjà été prises, mais elles s'avèrent insuffisantes.

En premier lieu, la réforme du concours de l'internat de 2004 a permis un rééquilibrage démographique des internes entre régions. Elle instaure des épreuves classantes nationales (ECN) ; de plus, le nombre de postes ouverts aux ECN dans les différentes disciplines correspond au nombre de candidats (même si la possibilité de redoubler, saisie par 10 % des étudiants, limite la contrainte), et sont répartis en fonction des besoins identifiés dans les régions. Cependant, cet effort de rééquilibrage est mis à mal par la répartition des postes de post-internat, notamment concernant les postes de chefs de clinique. De ce fait, certains hôpitaux peinent à pourvoir des postes de post-internat, notamment dans les zones déjà sous-dotées en médecins.

Pour remédier à ces difficultés de recrutement, deux mesures ont été adoptées :

– *Le développement du temps partagé*. Expérimenté initialement dans le Nord, le post-internat à temps partagé permet de pallier les vacances de postes de praticiens hospitaliers dans les centres hospitaliers périphériques et d'anticiper les départs à la retraite de praticiens n'ayant pas de remplaçant. Une telle mesure permet également de lutter contre la « fuite » des internes dans des régions permettant un accès au clinicat. Cependant, les centres hospitaliers les plus éloignés du CHU ne sont pas suffisamment attractifs pour bénéficier de ce système qui peut nécessiter de surcroît de modifier des organisations de travail pour prendre en compte les jours de présence des nouveaux médecins.

– *Les incitations financières à réaliser le post-internat dans des zones sous-dotées.* Malgré ces mesures, les inégalités régionales persistent en matière de recrutement d'internes et, en conséquence, de praticiens hospitaliers. L'IGAS suggère qu'*a minima*, une instance de coordination régionale entre autorités sanitaires, universitaires et de recherche soit mise en place afin de permettre la prise de connaissance du contenu de leurs procédures de programmation respectives. La commission sur l'avenir des CHU présidée par le professeur Marescaux préconisait en 2009 de « *mieux formaliser les objectifs et les modalités du partenariat CHU-université en matière d'enseignement et de recherche, en complétant les conventions HU actuelles d'un nouveau vecteur contractuel entre l'université et le CHU, le "contrat d'objectifs et de moyens HU", cosigné par le Président de l'université et le Président du directoire du CHU en cohérence avec les contrats pluriannuels respectifs de l'université et du CHU* ».

Au-delà de ces mesures de coordination, l'IGAS[65] a mené des réflexions sur la réforme du post-internat, et notamment du clinicat (meilleure répartition des postes, voire suppression de ce statut[66]). Il convient de poursuivre ces réflexions.

CONCLUSION

Si l'accès géographique à l'offre de soins est globalement satisfaisant aujourd'hui, les impératifs d'efficience et de qualité imposent de poursuivre les réorganisations hospitalières.

À cet effet, l'IGAS préconise de définir une stratégie de conversion des structures hospitalières, notamment vers des structures d'aval sur chaque territoire.

En ce qui concerne les services de chirurgie, il est nécessaire d'affiner les analyses pour fixer des seuils minimaux d'activité indispensables à une qualité suffisante, en tenant compte du type d'intervention, de l'expérience du praticien et de celle de l'équipe.

La question des modalités de recrutement des jeunes médecins comme des praticiens hospitaliers est un enjeu fort en termes d'offre de soins. Une réflexion préalable à une réforme tenant compte des inégalités territoriales en la matière serait souhaitable.

Enfin, les ARS jouent un rôle clef dans l'organisation de l'offre de soins, tant publique que privée. Elles doivent fixer des critères précis de contractualisation avec les cliniques privées en matière de dépassements d'honoraires, d'activité, de pertinence des actes, et suivre, voire accompagner, les restructurations dans les deux secteurs pour anticiper les fermetures dans certains territoires qui pourraient poser problème en termes d'accès aux soins.

65 Rapport IGAS sur le post-internat, *op. cit.*
66 *Ibid.*

3. L'exigence économique à l'égard des établissements de santé est-elle trop forte ?

Les déficits des établissements de santé amènent régulièrement à se poser la question de la rigueur de la contrainte financière qui leur est appliquée. Les hôpitaux sont-ils sous-financés ? La pression exercée sur leurs conditions d'activité les met-elle en danger d'asphyxie financière ?

Un niveau de contrainte financière fixé indépendamment des évolutions du secteur hospitalier

Si chaque établissement de santé (du moins pour le secteur MCO) est individuellement financé en fonction de son activité, les établissements de santé, dans leur globalité, disposent des ressources déterminées par le Gouvernement et le Parlement lorsqu'ils fixent, à travers la loi de financement de la sécurité sociale, le montant de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et des sous-objectifs qui le composent, dont ceux relatifs à l'hospitalisation.

La tarification à l'activité ne détermine pas le niveau des ressources allouées aux établissements de santé. Elle n'est qu'un outil parmi d'autres (missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, MIGAC, listes en sus, forfait urgence, enveloppe globale pour les établissements autorisés en psychiatrie et les établissements de soins de suite et de réadaptation, SSR) qui permet de répartir l'enveloppe ONDAM entre les établissements en ce qui concerne l'activité MCO. Les coûts issus de l'étude nationale de coûts (ENCc) n'ont pas vocation à déterminer les tarifs mais à étalonner les unes par rapport aux autres les charges des différents groupes homogènes de séjour (GHS) pour répartir les financements en fonction de la quantité et de la lourdeur des cas pris en charge.

L'enveloppe globale allouée aux hôpitaux n'est pas fixée par référence à une analyse de la situation des établissements (activité, tension interne, réserve de productivité) mais essentiellement en fonction des contraintes générales des finances publiques. Ainsi, les annonces d'évolution de l'ONDAM sont bien souvent formulées dans le cadre d'engagements pluriannuels sur les finances publiques.

Une nuance doit être apportée à ce constat : parallèlement à la fixation de l'ONDAM, la DGOS se livre à un exercice qui permet de mesurer l'effort demandé aux hôpitaux, pour le secteur antérieurement financé par la dotation globale. Elle

part d'une hypothèse de reconduction des moyens (personnels, médicaments…) en volume qu'elle valorise pour l'année à venir en fonction des données sur l'évolution du coût des facteurs (point fonction publique, glissement vieillesse technicité – GVT –, prix du médicament…). Elle y ajoute l'augmentation en volume de la production prise en compte à 100 % pour les charges médicales mais seulement à hauteur de 15 % pour ce qui concerne les charges salariales. L'hypothèse sous-jacente est que la production supplémentaire est marginale et ne pèse qu'à hauteur des coûts directs. Elle ajoute enfin l'impact estimé de mesures nouvelles, par exemple listées dans des plans de santé publique, pour aboutir à une enveloppe tendancielle pour l'année à venir. La différence entre cette enveloppe tendancielle et l'ONDAM permet de calculer un montant censé représenter les gains de productivité exigés du secteur.

Cette modalité d'estimation de l'effort repose sur des hypothèses fortes. Tout particulièrement, partir d'une reconduction des moyens en volume revient à faire l'hypothèse qu'aucun progrès de productivité n'est possible pour l'essentiel de l'activité. Si, au niveau global, l'augmentation d'activité peut être considérée comme marginale, il n'en est pas nécessairement de même au niveau microéconomique.

Cet exercice de projection ne permet pas de mesurer de façon pertinente l'effort imposé aux hôpitaux. Par ailleurs, le terme utilisé « économies » relève du lexique de la gestion budgétaire classique avec les connotations associées de « privation de moyens », de « réduction du service ». On peut penser que cette notion d'économies a peu de sens dans un secteur où l'on peut envisager de réaliser des progrès de productivité, par la voie de réorganisations, de revue des processus, de rationalisation du parcours du patient.

Au total, les ressources des hôpitaux ne sont ainsi fixées ni à partir des données de coûts utilisées dans le cadre de la T2A, ni à partir d'une analyse de la situation des hôpitaux mais relèvent d'une décision (le vote de l'ONDAM) qui elle-même dépend pour l'essentiel de la situation des finances publiques.

Ce mode de détermination « à l'aveugle » de l'enveloppe consacrée aux établissements de santé peut faire naître des craintes contradictoires :

– l'exigence est trop faible : les réserves d'efficience (productivité interne aux établissements, restructuration) des établissements ne sont pas mises à profit ;

– l'exigence est trop forte : l'équilibre financier des établissements est mis en péril, la qualité des soins et les conditions de travail se dégradent.

De ce point de vue, la tarification à l'activité pour le secteur MCO, dès lors qu'elle peut inciter chaque établissement à accroître son activité, a un double effet : elle évite qu'une exigence trop forte se traduise par une restriction de l'activité, des dénis de prise en charge (crainte majeure sous budget global) ; mais l'on peut craindre une dégradation de la qualité ou une tension excessive sur les personnels.

Le respect de l'enveloppe est assuré par une régulation tarifs/volumes et par des gels de crédit

Dans ces conditions, on peut s'interroger sur les mécanismes qui permettent d'assurer le respect de cette enveloppe.

Les tarifs des groupes homogènes de séjour (GHS) sont la principale variable d'ajustement. En simplifiant, le processus qui préside à chaque campagne budgétaire consiste à évaluer les montants nécessaires pour les enveloppes hors T2A (mission d'intérêt général, aides à la contractualisation, liste en sus…) afin de déterminer l'enveloppe disponible pour financer les activités de soins. En appliquant une prévision en volume (le prolongement de la tendance de l'année antérieure) et en respectant plus ou moins [67] la hiérarchie des coûts qui ressort de l'ENCc, il est possible de fixer pour chaque GHS un tarif compatible avec le niveau de l'enveloppe soins. C'est ainsi que si chaque tarif est fixé relativement aux coûts du GHS, le niveau général des tarifs dépend moins du niveau des coûts qui ressort de l'ENCc que du montant de l'enveloppe allouée à l'hôpital.

Si d'une année sur l'autre, c'est le niveau des tarifs qui sert de variable d'ajustement, en cours d'année, ce sont les crédits d'aide à la contractualisation qui permettent de s'assurer du respect de l'ONDAM [68]. Une part de ces crédits est gelée en début d'année et n'est débloquée que s'il est établi que la croissance des volumes sera conforme aux prévisions et l'ONDAM respecté.

Par la conjonction de ces moyens (ajustement du niveau des tarifs d'une année sur l'autre, gel des crédits en cours d'année), le dispositif permet de s'assurer du respect d'une contrainte budgétaire dont le niveau est exogène à l'hôpital.

Tableau 1 - **L'Ondam et le sous-objectif des dépenses relatives aux établissements de santé financés à l'activité depuis 2006 (en milliards d'euros)**

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Évolution 2006-2011
ONDAM voté	140,7	144,8	152	157,6	162,4	167,1	18,8 %
Sous-objectif T2A voté	45,8	47,5	48,9	50,9	52,4	53,9	17,7 %
Dont ODMCO *	40,2	41,3	42,2	43,1	44,2	45,5	13,2 %
Dont MIGAC	5,4	6,2	6,7	7,6	8,1	8,2	51,9 %

* Objectif des dépenses d'assurance maladie relatif aux activités MCO.

Source : lois de financement de la sécurité sociale pour 2006, 2007, 2008, 2009, 2010 et 2011 ; arrêtés portant détermination pour les mêmes années de la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation.

En 2012, les tarifs progressent de 0,19 %, ce qui équivaut à une légère diminution en euros constants. En 2011, établissements hospitaliers publics et établissements de santé à but non lucratif ont enregistré une baisse des

67 *Cf.* fiche « La contrainte financière est-elle bien répartie ? »
68 R. Briet, *Rapport du groupe de travail sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie*, rapport pour la Présidence de la République, mai 2010.

tarifs de 0,2 % et les cliniques privées de 0,9 %, après une diminution de 0,8 % pour les premiers et une hausse de 1 % pour les secondes en 2010.

Les établissements de santé parviennent au plan économique à faire face au niveau de contrainte financière

La rigueur de l'exigence qui pèse sur la gestion des établissements antérieurement financés par dotation globale à travers la fixation de l'ONDAM peut s'apprécier à partir du résultat et de la capacité d'autofinancement (CAF). Ces données révèlent, du moins au plan financier, si les établissements sont en capacité de faire face aux contraintes de l'ONDAM.

Par ailleurs, il faut lire les données agrégées en ayant à l'esprit qu'à la différence d'une structure privée qui a intérêt à dégager des résultats au profit des actionnaires, un établissement public, s'il vise l'équilibre ou un niveau de CAF, a plutôt intérêt, dès lors qu'il les atteint, non à dégager des résultats mais à augmenter la qualité des prestations ou les conditions de travail.

Tableau 2 - **Résultat et capacité d'autofinancement (CAF) des établissements financés antérieurement par dotation globale**

	2008	2009	2010	2011 (p)
Résultat en Mds €	– 0,3	– 0,2	– 0,2	– 0,3
Résultat en % des produits	– 0,5	– 0,3	– 0,2	
CAF en Mds €	3,3	3,9	3,9	4,6
CAF en % des produits	5,2	5,9	5,8	

Source : DGFIP, ATIH pour 2011 ; P : provisoire.

Le niveau de déficit reste relativement stable et celui de la CAF progresse sur la période. En 2011, 497 établissements sur 1 361 seraient déficitaires, 20 CHU sur 31 et 212 CH sur 448. Le déficit total des établissements déficitaires s'élèverait à 661 millions d'euros. Une majorité d'établissements arrive à l'équilibre ; le secteur reste toutefois sous tension avec une forte proportion d'établissements présentant des résultats déficitaires.

Si malgré la persistance d'une forte contrainte (augmentation de l'activité et du coût des facteurs sans augmentation proportionnelle des enveloppes), la situation globale ne se dégrade pas, c'est bien parce que les hôpitaux sont parvenus sur la période récente à améliorer leur productivité. Deux études de la DREES estiment l'augmentation de la productivité globale à environ 15 % sur la période 2003-2009[69]. Ces études montrent également un resserrement des niveaux de productivité ; elle progresse plus dans les hôpitaux où elle était la plus faible. Il

69 Voir N. Studer, « Quelles évolutions récentes de la productivité hospitalière dans le secteur public ? », DREES, doc. de travail, nº 114, mars 2002.

s'agit d'un résultat logique dans le cadre de la T2A : dès lors qu'elle aligne les ressources financières de chaque établissement sur son activité, les hôpitaux les moins productifs sous l'ancien mode de rémunération doivent réaliser plus de progrès que les autres. Ces progrès de productivité sont d'ailleurs conformes à ce qui a été observé dans d'autres pays ; la pression financière en période de croissance de l'activité se traduit par des progrès de productivité [70].

En ce qui concerne les cliniques privées à but lucratif, la rentabilité économique (résultat net sur CA) après avoir atteint un point haut à 3,1 % du CA en 2005 a décliné à 1,9 % en 2010 avec une situation contrastée entre le secteur MCO (1,6 %) et le secteur hors MCO (3,1 %). La situation des cliniques est toutefois fortement hétérogène : plus d'un quart d'entre elles sont en perte, alors que 10 % de ces établissements affiche une rentabilité économique de plus de 11,5 % [71]. Ce niveau de rentabilité économique permet toutefois en moyenne d'assurer une rentabilité correcte des capitaux investis ; pour les seules cliniques à capitaux propres positifs, la rentabilité financière des cliniques (résultat net sur capitaux propres) s'élève en 2010 à 10,1 % pour les cliniques MCO et à 16,5 % pour les cliniques hors MCO. Ce niveau de rentabilité semble suffisant pour maintenir un flux d'investissement régulier dans le secteur MCO. Il apparaît procurer un niveau de retour très favorable pour les investisseurs dans le secteur hors MCO.

Au total, les données sur la situation financière des établissements de santé montrent qu'une partie du secteur est sous tension. Certains acteurs sont appelés, par le niveau de leurs résultats, à accroître encore leur efficience. Pour autant, il n'y pas de dégradation sensible de la situation et les données globales semblent montrer que les établissements parviennent à dégager progressivement des progrès de productivité qui leur permettent de s'adapter au niveau de la contrainte financière.

Les difficultés financières de certains établissements de santé renvoient à des problèmes spécifiques

L'IGAS est amenée à intervenir auprès d'hôpitaux en difficulté financière, notamment à travers des « administrations provisoires » ou par sa participation au comité de suivi des risques financiers [72]. Ces modalités d'intervention permettent une approche des difficultés financières des hôpitaux qui ne peut prétendre à l'exhaustivité ou à la représentativité.

Toutefois ces missions révèlent que les problèmes rencontrés renvoient au positionnement des établissements sur le territoire, ainsi qu'aux conditions de gestion de chacun des hôpitaux concernés et ne valident pas la crainte d'une pression globale excessive sur le financement des hôpitaux.

---

70 J. Hurst, S. Williams, *Can NHS hospitals do more with less*, Nuffieldtrust Research Trust, janvier 2012.
71 Rapport IGAS sur les cliniques, *op. cit.*
72 Un comité des risques financiers des établissements de santé a été institué le 5 février 2010, avec pour objectif de suivre l'évolution de la situation d'établissements présentant des indicateurs financiers particulièrement dégradés.

L'IGAS[73] a pu constater que les difficultés sont souvent de deux ordres :

Tout d'abord, elles ont trait à des difficultés relatives à des surcapacités.

Dans les établissements en difficulté financière, les pratiques et organisations médicales sont souvent mal calibrées par rapport à l'activité, notamment en termes de surcapacités et de mauvaise répartition entre les sites. Plus précisément, il s'agit :

– du développement parfois encore insuffisant des alternatives à l'hospitalisation complète ;

– de durées moyennes de séjour excessives et non justifiées, en lien à la fois avec les habitudes de prise en charge, mais aussi l'absence d'anticipation de la sortie ;

– d'une sous-utilisation et d'une programmation défaillante des blocs opératoires, avec le constat d'un nombre excessif de salles rapporté à l'activité réelle ;

– d'une permanence médicale surdimensionnée ;

– de la désorganisation des entrées et de l'accueil des consultations externes (appels sans réponse, absence de relance des rendez-vous, délais de rendez-vous trop importants, non-respect des horaires par les praticiens, etc.) ;

– des amplitudes quotidiennes et hebdomadaires d'ouverture inadéquates pour certains services (radiothérapie par exemple) ;

– d'un positionnement mal défini dans l'offre de soins du territoire.

De plus, des difficultés relatives au management interne sont constatées, notamment en matière d'outils de pilotage. Les compétences et pratiques comptables et financières sont également à conforter. Ainsi, les établissements en difficulté se caractérisent par :

– un déficit managérial dans plusieurs cas, qui se traduit par l'absence de dynamique collective et de projet partagé, une organisation en pôles balbutiante ou peu efficiente, une communauté médicale divisée ou démobilisée et l'absence de véritable projet médical ;

– un déficit en matière de systèmes d'information pouvant induire des problèmes de facturation et d'exhaustivité du codage ;

– un manque de structuration des compétences de gestion ;

– des difficultés à maîtriser les dépenses de personnel, qui peuvent être dues à l'inadéquation des effectifs au regard de l'activité, des conditions trop avantageuses, ou encore un coût excessif du remplacement et de l'intérim ;

– une évolution mal maîtrisée des dépenses hôtelières et médicales parfois liée à la dispersion des lieux de prises en charge ;

– des investissements parfois surdimensionnés, reposant sur des développements d'activité trop optimistes, voire irréalistes.

---

73 A. Bruant-Bisson, P. Castel, M.-P. Planel, *Évaluation des effets de la tarification à l'activité sur le management des établissements de santé*, Rapport IGAS, mars 2012.

D. Acker, Dr A.-C. Bensadon, P. Legrand, C. Mounier, *Management et efficience hospitalière : une évaluation des déterminants*, Rapport IGAS, avril 2012.

D. Acker, B. Bonnici, T. Breton, P. Broudic, M. Buisson, C. Dardé, G. Dumont, C. Lannelongue, H. Leost, D. Marie, Dr V. Marsala et P. Mordelet, *Le contrôle des mesures prises dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) par des hôpitaux « perdants » à la T2A*, Rapport IGAS, janvier 2008.

CONCLUSION

Au plan économique (sans préjuger d'effets qualité/conditions de travail), la contrainte financière exercée à travers l'ONDAM sur les établissements de santé MCO semble avoir engagé une dynamique positive de recherche d'efficience au sein des établissements. Si elle fait apparaître des problèmes spécifiques à certains établissements, elle s'avère « vertueuse » car elle permet d'engager les actions correctives.

Toutefois, il est difficile d'apprécier aujourd'hui si cette adaptation à la contrainte financière ne se fait pas au détriment de la qualité des prises en charge et des conditions de travail des personnels[74].

Pour les établissements en difficulté financière, l'origine des difficultés a deux causes principales : d'une part, des surcapacités et, d'autre part, des lacunes dans le management interne notamment en matière d'outils de pilotage.

74 *Cf.* fiches « Comment connaître et promouvoir la qualité des soins ? » et « Sait-on mettre à profit tout le potentiel des ressources humaines hospitalières publiques ? »

4. La contrainte financière est-elle bien répartie ?

Précision liminaire : conformément aux sujets investigués par l'IGAS, la présente fiche porte sur les établissements tarifés à l'activité, soit les établissements qui assurent des soins de médecine-chirurgie-obstétrique, et non sur les établissements psychiatriques et de soins de suite et de réadaptation qui demeurent financés par dotation globale. Par ailleurs, il n'est pas porté de jugement sur la répartition de la contrainte financière globale imposée à l'enveloppe hospitalière au regard des autres enveloppes de l'ONDAM. La question de la rémunération des médecins exerçant en établissement de santé ne sera pas abordée ici[75].

L'instauration d'un financement des hôpitaux directement corrélé à l'activité déclarée par chaque établissement dans le champ MCO vise notamment à répartir de façon équitable l'enveloppe financière destinée aux hôpitaux concernés[76]. Plus exactement, au regard des déficits structurels de l'assurance maladie, il s'agit bien de répartir la contrainte financière équitablement ; entre autres objectifs, les tarifs sur lesquels se fonde le financement des activités sont construits de telle sorte que cette répartition incite les établissements les moins efficients à se rapprocher de l'efficience moyenne constatée. Les missions des établissements de santé dont le financement ne peut être relié à l'activité sont financées par d'autres mécanismes, comme les dotations. Enfin, des aides ponctuelles régionales ou nationales peuvent être apportées à certains établissements.

Dès l'origine, trois types de difficultés sont apparus. Tout d'abord, la mise en place de la réforme s'est heurtée au souci de maintenir les ressources historiques des établissements, souci qui perdure encore aujourd'hui. De plus, des rapports de l'IGAS font état des difficultés techniques à l'œuvre à quatre niveaux : la construction des tarifs, la détermination des dotations finançant les missions d'intérêt général, le financement des médicaments et dispositifs médicaux onéreux, ainsi que l'élaboration de forfaits rémunérant spécifiquement certains éléments de l'activité hospitalière. Concernant la partie de la T2A liée à l'activité, le principe de neutralité tarifaire[77] par rapport à la hiérarchie des coûts moyens est également mis à mal pour d'autres raisons, comme la volonté d'introduire des distorsions volontaires de tarifs, au nom de priorités de santé publique, d'objectifs d'organisation des soins (développement de la chirurgie ambulatoire), ou encore dans le cadre de la politique de convergence ciblée entre l'hôpital public et les cliniques privées.

Qu'en est-il aujourd'hui de ces difficultés à répartir au mieux la contrainte financière entre établissements de santé ?

---

75 Elle est abordée dans les fiches : « Sait-on mettre à profit tout le potentiel des ressources humaines hospitalières publiques ? » et « Le tissu hospitalier est-il satisfaisant ? »
76 Soit le sous-ONDAM des établissements tarifés à l'activité.
77 La neutralité tarifaire consiste à fixer le tarif en fonction des coûts constatés sans intervention volontariste visant à utiliser les tarifs pour modifier les comportements des acteurs.

Qu'est-ce que la bonne répartition de la contrainte financière ?

La répartition de la contrainte financière dans le champ MCO s'effectue :

- entre le public et le privé, en tenant compte de différences notables comme les modes de rémunération et les charges de personnel ;
- entre les différentes activités : actes de soins, enseignement, recherche… ;
- entre régions.

L'objectif de la bonne répartition est d'atteindre l'efficience sans pénaliser certaines activités spécifiques ou certains territoires.

Plus précisément, une bonne répartition de la contrainte financière doit permettre de :

- fonder l'allocation des ressources sur des critères les plus objectifs possibles pour une question d'équité entre fournisseurs de soins, et également éviter que la réponse aux besoins sanitaires ne soit biaisée par des considérations relatives au caractère plus ou moins rentable de telle ou telle activité ou de tel patient ;
- ne pas pénaliser des activités spécifiques dont les coûts sont difficilement estimables *a priori*, comme l'innovation (financement des médicaments et dispositifs médicaux onéreux), l'enseignement et la recherche ;
- permettre le financement d'investissements lourds nécessaires ;
- prendre en compte des contraintes de santé publique : l'accès aux soins qui impose de financer la sous-activité, la permanence des soins, les urgences, voire la qualité des soins[78, 79].

La mise en œuvre de la T2A dans les secteurs MCO a permis une répartition plus équitable des financements, mais la tarification reste perfectible

Une amélioration notable au regard de la situation antérieure

Dans le secteur public[80], le système antérieur à la T2A, de financement par dotation globale, ne tenait pas suffisamment compte de l'évolution du niveau et de la structure de l'activité des établissements : la dotation globale offrait ainsi une rente aux établissements dont l'activité était en déclin relatif et pénalisait les établissements dont l'activité était en croissance.

La T2A, appliquée aux cliniques privées en 2005, n'a pas représenté une rupture aussi forte dans ce secteur rémunéré antérieurement par des forfaits déjà liés

78 Il existe un projet de transformer des indicateurs de qualité en points, qui permettrait de fixer un score d'un établissement, converti en impact financier pour les établissements.
79 *Cf.* fiche « Comment connaître et promouvoir la qualité des soins ? »
80 Établissements publics de santé et établissements privés à but non lucratif.

à l'activité. Une amélioration notable tient au fait que la construction des tarifs est désormais davantage liée aux réalités économiques que ne l'étaient les forfaits, fixés par négociation.

Au total, la T2A permet d'éviter les rentes de situation, en offrant une répartition plus équitable en fonction de l'activité réelle et non de l'activité historique. La précision croissante de la grille tarifaire[81] est à cet égard une évolution positive.

Il demeure des écarts à la neutralité au regard des coûts relatifs des activités, dans le privé et le public

Afin de mettre en œuvre progressivement la T2A, une démarche de convergence intrasectorielle a été initiée depuis 2004, reposant sur l'idée de faire peser un effort équivalent d'efficience de la part des établissements d'un même secteur soumis à des règles de fonctionnement identiques. Des coefficients de transition ont été déterminés pour éviter un impact trop fort de la tarification à l'activité dans les établissements « perdants » à la T2A. En mars 2011, le processus de convergence intrasectorielle a pris fin dans les secteurs public et privé, en avance sur l'objectif fixé à 2012.

Cependant, malgré ce processus, la tarification des séjours hospitaliers n'est toujours pas satisfaisante[82].

Elle s'appuie sur leur description par une classification en groupes homogènes de malades (GHM) ; les coûts de ces GHM sont établis par enquête sur un échantillon. La hiérarchie des tarifs doit respecter la hiérarchie des coûts pour garantir une allocation neutre des ressources entre activités.

Les tarifs T2A actuels s'écartent de cette neutralité pour plus d'un milliard d'euros. Ces écarts ne se résorbent pas. Ils sont plus marqués, relativement, pour les cliniques privées que pour les établissements publics.

Ces écarts tiennent notamment au conflit entre le principe de neutralité tarifaire inhérent à la T2A et le souci de ménager les ressources historiques des établissements. Depuis 2011, la stabilité des tarifs paraît prioritaire.

Or, comme on l'a vu[83], les tarifs des GHM hospitaliers sont fixés dans le cadre d'une enveloppe fermée au sein de l'ONDAM. En conséquence, un avantage tarifaire d'une activité a pour contrepartie la pénalisation d'une autre activité. Ces avantages/pénalisations relatifs sont importants pour les cliniques privées. Les séances (chimiothérapies, dialyse) et l'opération de la cataracte bénéficient d'avantages tarifaires importants. Dans le secteur public, la gynécologie est particulièrement pénalisée [84].

81 De 800 GHS à 2 300 dans la dernière version.
82 P.-L. Bras, J.-L. Vieilleribière, P. Lesteven, *Évaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux*, Rapport IGAS, mars 2012.
83 *Cf.* fiche « L'exigence économique à l'égard des établissements de santé est-elle trop forte ? »
84 Rapport sur la T2A, *op. cit.*

Les sources de financement des établissements de santé : les différentes composantes de la T2A

Les tarifs par séjours
Chaque acte réalisé sur un patient donne lieu à un résumé d'unité médical (RUM), l'ensemble des données issues des RUM étant agrégées au sein du résumé de sortie standardisé (RSS), émis pour chaque séjour d'un patient.

Ce RSS est ensuite traité selon un algorithme qui prend en compte le diagnostic principal, l'existence d'actes opératoires, et d'autres informations en tant que de besoin (âge, diagnostics associés, etc.).

Le séjour ainsi traité est affecté à un groupe homogène de malade (GHM).

Pour la tarification, le GHM est traité pour tenir compte de la particularité de certains séjours, et donne lieu à la définition d'un groupe homogène de séjour (GHS).

Chaque GHS fait l'objet d'une tarification forfaitaire fixée annuellement par le ministère chargé de la Santé, dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale, tarification fondée sur l'étude nationale de coûts à méthodologie commune (ENCC).

La version 11 de la tarification (V11) a introduit au sein du même type de séjour un critère de sévérité (4 niveaux). On compte désormais près de 2 300 GHS.

Les tarifs par prestations
Ce sont les prestations des activités non couvertes par les GHS : consultations et actes externes, urgences, prélèvements d'organes, hospitalisation à domicile. Elles font l'objet d'un tarif spécifique.

Les tarifs dits de responsabilité des consommables : médicaments (molécules onéreuses) et dispositifs médicaux figurant sur une liste et facturés « en sus ».

Les missions d'intérêt général et aides à la contractualisation (MIGAC) : dotations qui financent les missions d'enseignement et de recherche, les missions d'intérêt général figurant sur une liste, et l'aide spécifique et contractualisée aux hôpitaux.

La part des tarifs des séjours représente de 60 à 65 % des recettes des hôpitaux publics.

Cette évolution qui vise à prioriser la stabilité des tarifs sur la neutralité est risquée. Certes, pour atteindre la neutralité tarifaire, il importe de lisser l'évolution des tarifs afin de donner une certaine stabilité et prévisibilité aux établissements ; il convient toutefois de ne pas confondre la nécessaire stabilité de la méthode, compatible avec une perspective pluriannuelle claire, avec une stabilité des financements, de plus en plus déconnectée de la réalité évolutive des coûts. Certaines difficultés techniques pour atteindre la neutralité tarifaire sont indéniables, notamment pour intégrer les innovations ou les changements de

modes de prise en charge venant impacter les coûts. Cependant, l'objectif doit demeurer la neutralité tarifaire, sans quoi les signaux économiques risquent d'être faussés : la rentabilité plus ou moins grande des activités peut simplement provenir de tarifs fixés sans rapport avec les coûts relatifs et non de la plus ou moins grande efficience des services ou des établissements ; les déficits constatés au niveau des établissements peuvent être majorés ou minorés par ces distorsions tarifaires ; la signification économique de ces déficits en est relativisée au risque d'induire des décisions de régulation erronées.

La tarification des actes et consultations externes réalisés dans les hôpitaux publics ne repose pas sur les coûts

La tarification des actes et consultations externes réalisés dans les hôpitaux publics repose sur les tarifs pratiqués en ville. Rien ne garantit que ces tarifs rendent compte des coûts hospitaliers. Cette activité est de fait sous-rémunérée. Dans l'enveloppe fermée des financements hospitaliers, cela est sans impact sur les ressources totales allouées aux hôpitaux, mais pénalise les établissements qui ont une importante activité externe par rapport aux autres. Cet état de fait n'est pas satisfaisant[85].

La convergence entre les tarifs du public et ceux du privé en débat[86]

La convergence intersectorielle consiste à rapprocher les deux échelles tarifaires applicables aux établissements publics et privés hors écarts de charges justifiés. À l'heure actuelle, les tarifs des cliniques sont inférieurs à ceux du public. Ce sous-tarif des cliniques indique implicitement qu'elles sont considérées comme les plus efficientes.

La convergence menée jusqu'en 2012 a consisté principalement à rapprocher progressivement les tarifs des deux secteurs. Le principal indicateur de l'avancement de la convergence est l'écart facial tarifaire. Entre 2010 et 2011, l'écart a été réduit d'environ 2,4 points. Il est désormais de 21,6 % sur la base de l'activité du secteur public, et de 14,6 % sur celle du secteur privé[87]. À titre de comparaison, il était, respectivement, de 40,1 % et de 28,6 % en 2006[88]. L'écart de la valeur des tarifs entre les deux secteurs a donc été approximativement réduit de moitié en cinq ans.

La convergence intersectorielle nécessite de clarifier progressivement les écarts de charges « justifiés » qui recouvrent deux notions différentes :

- Les différences de périmètre qui résultent de la réglementation. À titre d'exemple, la rémunération des médecins est incluse dans les tarifs des

85 *Idem.*
86 Dr P. Aballea, P.-L. Bras, S. Seydoux, *Mission d'appui sur la convergence tarifaire public-privé,* Rapport IGAS, janvier 2006.
87 Deux valeurs sont présentées car le calcul de l'écart facial des tarifs dépend de la référence d'activité sur laquelle son évaluation est basée.
88 À nuancer du fait des ruptures de série liées aux changements de la classification.

hôpitaux, mais pas dans ceux des cliniques à but lucratif. Or, les différents acteurs des établissements publics (administratifs et personnels soignants notamment), sur lesquels s'exerce l'impératif d'efficience via la T2A, n'ont pas tous les leviers en main pour maîtriser ces charges de personnel[89]. En particulier, ils ne décident pas de l'évolution du point fonction publique, de diverses réformes comme l'application de la réforme Licence Master Doctorat (LMD) aux infirmiers, ou encore de l'évolution du GVT. Ces éléments induisent une hausse mécanique des charges qui n'est pas forcément compensée par les tarifs. L'importance des charges de personnel à l'hôpital public est certes l'un des enjeux de l'organisation des soins hospitaliers, tant en termes de qualité des soins, d'accès aux soins que d'efficience, mais cette question doit être traitée de façon spécifique.

■ Les différences dues à la nature des missions ou à des obligations diverses. Des études complémentaires sont nécessaires pour évaluer précisément les coûts imputables à ces différences, par exemple concernant le profil social des patients, plus défavorisés socialement dans le public, caractéristique corrélée à une durée moyenne de séjour plus longue[90].

Au total, la convergence ne peut être fixée comme un but en soi, avant d'avoir clarifié au préalable les différentiels de charges entre les deux secteurs, par activité. Cette question au fort contenu polémique accapare les discours sur le financement des établissements de santé, au détriment des enjeux que représentent les gisements d'efficience et l'allocation plus rationnelle des ressources à l'intérieur de chacun des secteurs.

Les limites du financement à l'activité en termes de stratégies hospitalières et d'évolution des pratiques

La nécessaire péréquation entre activité déficitaire et excédentaire au sein d'un même hôpital public

La réforme de 2005 organisant l'hôpital public autour de pôles médico-économiques a modifié les modalités de financement des activités hospitalières : le budget de l'établissement est désormais suivi par pôle. Au sein d'un même établissement, certains pôles dégagent un excédent budgétaire au vu de leur activité, quand d'autres sont déficitaires. Cependant, les recettes de T2A dégagées par un pôle ne lui reviennent pas nécessairement l'année suivante. Une péréquation est effectuée au niveau de l'établissement entre les services excédentaires et les services déficitaires. Ce mécanisme peut paraître désincitatif pour les professionnels des pôles excédentaires, qui perdent le bénéfice d'un volume d'activité important. Toutefois, il paraît nécessaire de maintenir ce mécanisme de péréquation. En effet, les pôles ne doivent pas

89 *Cf.* fiche « Sait-on mettre à profit tout le potentiel des ressources humaines hospitalières publiques ? »
90 Mission d'appui sur la convergence, *op. cit.*

être envisagés exclusivement sous l'angle économique, avec le postulat qu'ils seraient des entités économiques autonomes. La diversité des découpages de pôles montre que ce n'est pas le cas : certains pôles obéissent à une logique de spécialités médicales, d'autres permettent une amélioration de la prise en charge du patient, d'autres enfin, montrent que l'on a dû composer avec de nombreuses contraintes, de gestion, architecturales, de compatibilité, etc[91].

Par ailleurs, les cliniques privées ne fondent pas leur choix de portefeuille d'activité en fonction des tarifs de la T2A[92]. À l'exception des cliniques n'ayant qu'une seule activité, elles privilégient souvent le « subventionnement croisé » entre activités, par exemple entre réanimation et chirurgie, ou encore au sein de la chirurgie, entre chirurgie de la main et chirurgie digestive.

Un outil tarifaire à utiliser avec mesure pour faire évoluer les pratiques

L'une des raisons expliquant les écarts des tarifs par rapport à l'échelle des coûts est l'utilisation de la T2A pour favoriser l'évolution des modes de prise en charge, par exemple pour désinciter le recours aux césariennes, ou encourager le développement de la chirurgie ambulatoire. Cet usage annexe de la tarification a des limites.

Tout d'abord, la T2A n'est pas un outil adapté à la régulation de la pertinence des actes[93]. Elle est aujourd'hui utilisée pour limiter les césariennes, sous-rémunérées, pour favoriser le recours à l'accouchement par voie basse. Dès lors, les césariennes pertinentes sont sous-tarifées, à l'instar des césariennes non pertinentes[94]. Même si l'on sait que les taux de césariennes présentent de fortes variations interrégionales qui laissent douter de la pertinence médicale de cette prestation dans certains cas, toutes ne sont pas injustifiées au plan sanitaire. D'autres outils sont plus adaptés pour favoriser la pertinence des soins : les recommandations de bonne pratique [95], la publication de données sur les pratiques pour amener les professionnels à se positionner les uns par rapport aux autres, la contractualisation avec les ARS sur des objectifs de qualité de prise en charge fondés sur des référentiels [96] [97].

Les tarifs sont également modulés pour inciter au développement de la chirurgie ambulatoire : cette incitation prend la forme, pour un certain nombre d'activités ciblées, d'une modulation concomitante du tarif des séjours d'hospitalisation complète de niveau 1 (niveau de sévérité le plus faible) et du tarif de la prise en charge en ambulatoire. L'établissement a théoriquement intérêt à encourager la chirurgie ambulatoire afin d'économiser sur les coûts d'hébergement, inclus dans le tarif. Dans les faits, ce « signal-prix » n'est pas suffisant pour faire évoluer les pratiques. Au vu de la complexité du dispositif, il est même douteux que ce

91 G. Vallet, H. Zeggar, *Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé*, Rapport IGAS, février 2010.
92 Rapport IGAS sur les cliniques, *op. cit.*
93 Rapport IGAS sur la T2A, *op. cit.*
94 *Ibid.*
95 Rapport IGAS sur les cliniques, *op. cit.*
96 Cf. également la fiche « La tarification à l'activité pousse-t-elle les hôpitaux à délivrer trop de soins ? »
97 Rapport IGAS sur la T2A, *op. cit.*

signal-prix soit effectivement perçu. Un changement de culture est nécessaire, et nécessite de convaincre les patients, voire les médecins parfois réticents ; à l'inverse, la chirurgie ambulatoire se développe parfois sous l'impulsion des médecins, ou à la demande des patients[98, 99]. La mise sous entente préalable a d'ailleurs pu jouer un rôle au moins aussi important dans le développement de la chirurgie ambulatoire à l'hôpital public.

Le financement de la recherche, de certaines missions d'intérêt général, et de l'innovation reste à affiner

En ce domaine, les objectifs des réformes menées ou à mener sont divers. Il s'agit avant tout de rompre avec la logique de stabilisation des ressources historiques de chaque établissement. Pour chaque allocation, il convient de définir les besoins, établir des priorités, contractualiser avec chaque établissement sur le niveau mais aussi sur la qualité des activités, et enfin moduler les financements en fonction des résultats. Il est également nécessaire de distinguer les MIG pouvant être calibrées à partir de l'activité réalisée, celles pour lesquelles la dotation régionale doit être constituée à partir d'un indicateur de besoins, et enfin celles qui doivent être financées à partir des dépenses engagées par les établissements dès lors que leur pertinence a été validée par les ARS. Au regard de ces divers objectifs, de nombreuses voies d'amélioration demeurent.

Le financement de l'enseignement est aujourd'hui satisfaisant

Le financement de l'enseignement est désormais adapté aux charges réelles supportées par les établissements. En 2009, l'IGAS[100] avait fait le constat que la sous-enveloppe « enseignement-recherche » n'avait pas évolué avec la progression de la charge d'enseignement dans les établissements, alors que le *numerus clausus* avait doublé depuis la fixation de la norme. De plus, les dotations aux établissements ne dépendaient pas directement du nombre d'étudiants et d'internes formés. Une amélioration significative est intervenue : la dotation à tous les établissements recevant des internes est désormais élaborée en fonction du nombre d'internes en médecine, pharmacie et odontologie présents et modulée en fonction de leur ancienneté, conformément aux préconisations faites par l'IGAS en 2009.

Le financement de la recherche peut être encore amélioré

Lors de la mise en place de la T2A en 2004, la dotation consacrée à la recherche et à l'enseignement a été calibrée à 13 % de l'enveloppe globale des dépenses

98 Rapport IGAS sur les déterminants de gestion, *op. cit.*
99 Rapport IGAS sur les fusions, *op. cit.*
100 *Ibid.*

de façon quasi uniforme pour les établissements concernés. Rien ne garantissait que les sommes consacrées à l'enseignement et à la recherche correspondaient effectivement aux coûts de ces missions pour les établissements. De plus, ce mode de fixation de l'enveloppe conduisait de fait à considérer la recherche clinique comme une charge proportionnelle aux dépenses de soins. Or la recherche clinique constitue un investissement stratégique : l'enveloppe qui lui est consacrée devrait être calibrée non en fonction des dépenses de soins, mais en fonction des opportunités et donc des projets de recherche.

La réforme engagée depuis 2008 consiste à intégrer des critères relatifs à la dynamique de la recherche et à la valorisation de ses résultats. Cette démarche n'est pas contestable lorsqu'elle prend en compte et valorise la production de la recherche, mais elle continue à poser problème car elle est susceptible de pénaliser la recherche lorsque l'intégralité des surcoûts n'est pas financée.

Un nouveau modèle cible pourrait être adopté [101] : il s'agirait de financer à leur coût les structures transversales supports de la recherche, sous la réserve de leur évaluation régulière, et de compenser intégralement les établissements des surcoûts par rapport au processus « normal » de dispensation des soins induits par la recherche clinique, et ce, projet par projet. Le financement par projet, grâce à une évaluation préalable par les pairs, donne de meilleures garanties que les financements sont dirigés vers des projets pertinents, conduits par des équipes qui ont la capacité de les faire aboutir. Au niveau macroéconomique, l'enveloppe pourrait être constituée par sommation des surcoûts des projets pertinents ce qui permettrait de calibrer l'investissement en recherche clinique en fonction des opportunités de recherche.

Les critères de financement des missions d'intérêt général doivent être revus [102]

Les « autres missions d'intérêt général » étaient jusqu'en 2009 gérées pour l'essentiel par les agences régionales de l'hospitalisation (ARH). Elles répartissaient une enveloppe entre les différentes missions et les établissements de leur région. Malgré des directives de l'administration centrale les invitant à adapter les moyens aux besoins identifiés dans les établissements, les ARH reconduisaient année après année les dotations issues du processus de retraitement comptable utilisé pour calibrer les dotations initiales en 2005. Dans ce contexte, il n'était pas possible de savoir si les missions d'intérêt général étaient sur- ou sous-financées. Historiquement, la délégation des crédits de la dotation nationale se faisait par voie de circulaire sous forme de base budgétaire reconductible rassemblant l'ensemble des dotations sans distinction entre les missions. Dorénavant, certaines MIG font l'objet d'une délégation de crédits en « base zéro » avec obligation de justification au premier euro, ce qui permet la mise à plat des dotations et facilite les comparaisons entre crédits alloués et crédits consommés ainsi que les possibilités de redéploiement. Toutefois

101 P.-L. Bras, G. Duhamel, *Le financement de la recherche, de l'enseignement et des missions d'intérêt général dans les établissements de santé*, Rapport IGAS, novembre 2009.
102 *Ibid.*

le nombre de MIG et les montants concernés par cette nouvelle disposition, hormis ceux relatifs à l'enseignement et à la recherche, restent très limités.

Parallèlement, la modélisation des éléments de gestion à prendre en compte (critères de besoin, de file active, d'activité…) a progressé. Sa mise en œuvre s'opère au niveau national, avec fléchage des crédits par mission et par établissement, pour un petit nombre de MIG (9 sur 85 en 2010) et pour des montants correspondant à 36,4 % du total.

Cependant, des recalibrages et des rééquilibrages interétablissements ne sont intervenus que dans un nombre limité de régions, alors que de grosses hétérogénéités d'allocations subsistent pour nombre de MIG non indexées à l'activité réelle.

Plus largement, concernant les MIG, les voies de progrès reposent essentiellement sur trois éléments :

– la constitution de référentiels nationaux de gestion avec les professionnels pour certaines activités très coûteuses. À cet égard, l'aboutissement des travaux en cours concernant les SMUR et SAMU devrait constituer un impératif ;

– la poursuite au niveau national des rééquilibrages entre régions ;

– la plus grande mobilisation des ARS pour évaluer la pertinence des financements sur des critères à la fois de besoin, d'activité et de qualité des services rendus.

Réviser les mécanismes de la liste en sus et les modalités de fixation des prix des médicaments onéreux [103]

Le dispositif de financement des médicaments innovants et onéreux dans les établissements de santé a pour objectif de garantir à tous les patients un accès à ces médicaments (et à certains dispositifs médicaux), car les tarifs des groupes homogènes de séjours ne pouvaient les prendre en compte de façon satisfaisante. Le dispositif doit être maintenu, car il offre de multiples avantages : il conditionne le financement de produits coûteux à leur bon usage, il favorise une politique intégrée du médicament dans les établissements de santé, et en cancérologie, il sert l'articulation entre recherche translationnelle et soins. Toutefois, la gestion de la liste en sus est insuffisamment dynamique et transparente. Surtout, il importe de s'interroger sur les modalités d'évaluation, de fixation des prix et de régulation des médicaments innovants, particulièrement onéreux.

103 Dr G. Duhamel, Dr A. Morelle, *Évaluation du dispositif de financement des médicaments en sus des prestations d'hospitalisation dans les établissements de santé,* Rapport IGAS, avril 2012.

Des aides ponctuelles dont l'usage reste à clarifier

L'utilisation délicate des aides à la contractualisation

Des objectifs très précis doivent être fixés concernant les aides à la contractualisation (AC), pour leurs divers usages. En particulier, les AC ne doivent pas servir à résorber des déficits sans que l'ARS ne pose de conditions sur l'amélioration de la gestion de l'établissement, comme l'IGAS a pu le constater au cours de ses missions d'appui auprès des établissements de santé.

Dans des zones géographiques isolées, une compensation financière peut s'avérer nécessaire au maintien d'un établissement de santé confronté à une faible activité, et donc connaissant un déficit financier structurel. Dès lors que le maintien d'une offre sanitaire apparaît indispensable dans ce type de zone, il convient de définir si elles doivent bénéficier d'une surtarification (qui éloignerait de l'objectif de neutralité tarifaire), ou si cette compensation doit être déterminée par les ARS, *via* les AC. Dans ce second cas de figure, le possible gel des AC décidé en cours d'année pour garantir le respect de l'ONDAM peut poser problème.

Le principe de surtarification est d'ores et déjà appliqué dans certaines zones, afin de compenser des surcoûts géographiques supportés par l'établissement, par exemple en Outre-mer ou en Île-de-France. L'IGAS préconise au contraire de maintenir un tarif identique pour tous afin de tendre vers une neutralité tarifaire, et d'utiliser d'autres instruments pour atteindre ces autres objectifs.

Les AC sont également utilisées pour financer des investissements lourds, ce qui laisse parfois peu de marges de manœuvre aux ARS pour financer d'autres actions [104].

Il faudrait enfin s'interroger sur le calibrage et le rôle des AC dans l'accompagnement des réorganisations hospitalières : toute réorganisation « lourde » comporte en effet des coûts de passage qui ne devraient théoriquement pas pouvoir être pris en charge par l'établissement si la contrainte financière est correctement calibrée.

Ces divers éléments, tout comme la création d'un fonds d'intervention régional [105] par la LFSS pour 2012, invitent à clarifier le périmètre des AC et leurs modalités de suivi et d'évaluation par les ARS.

La stratégie d'investissement nécessite d'être clarifiée

Au cours de ses missions auprès des établissements de santé, l'IGAS a pu relever un certain nombre de problèmes liés aux investissements hospitaliers : projets surdimensionnés, non-respect des délais, déficits alimentés par des

104 Cf. ci-dessous sur la question du financement des investissements.
105 Visant à renforcer la capacité d'action transversale des ARS et la fongibilité des crédits, ce fonds regroupe les crédits régionaux de la permanence des soins (ambulatoires et en établissement), plusieurs dotations (fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins, fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés hors investissements, mission d'intérêt général (MIG) centres périnataux, éducation thérapeutique, centres dépistage) et les crédits de prévention État et assurance maladie relevant des ARS.

investissements inadaptés… Si investir dans le système de soins reste une nécessité, il semble qu'un renouvellement des modalités d'investissement s'impose.

En principe, depuis la mise en place de la T2A, le financement des immobilisations d'un établissement est assuré par l'activité médicale, dans le cadre du cycle d'exploitation. Dans les faits, des aides complémentaires, souvent substantielles, sont nécessaires : elles peuvent être régionales, réparties par les ARS, ou nationales, dans le cadre des plans d'investissement tels que Hôpital 2007 et Hôpital 2012.

Plusieurs questions restent posées à ce jour :

– quelles doivent être les dépenses d'investissements prévues dans la masse tarifaire et quelle doit être la place réservée aux plans d'investissement tels que Hôpital 2007 et Hôpital 2012, ainsi qu'aux aides à la contractualisation [106] ? En particulier, les plans nationaux d'investissement doivent-ils compenser les frais financiers et de l'amortissement, ou contribuer à l'apport en capital ? Certains établissements, faute de recapitalisation, connaissent des situations budgétaires préoccupantes ;

– quelles doivent être les modalités de choix des projets à financer ? L'IGAS intervient régulièrement auprès d'établissements en difficulté à cause d'investissements réalisés sur la base de stratégies de croissance et de conquête de marché infirmées finalement dans les faits.

Une mission de l'IGAS a été lancée sur ce sujet. L'enjeu est de faire la part de ce qui relève d'une prise en charge insuffisante par la tarification, de décisions d'investissements non pertinentes bien que validées à tous les niveaux, et d'une gestion défaillante par les établissements, afin de proposer des pistes pour améliorer le dispositif.

CONCLUSION

La contrainte financière est désormais globalement mieux répartie, en fonction de l'activité et des coûts supportés par les établissements, et dans une logique de soutien d'actions de santé publique, pour lesquelles un financement à l'activité serait insuffisant au regard de leur volume et de leurs coûts.

Cet équilibre doit être conforté et pérennisé, notamment en recherchant la neutralité tarifaire de la T2A.

Concernant la convergence entre les tarifs du public et ceux du privé, il importe, avant d'en faire un objectif en soi, de lancer de nouvelles études pour évaluer les différences dues à la nature des missions ou à des obligations diverses, comme la prise en charge d'une population plus précaire et isolée, dont la durée moyenne de séjour est plus longue à pathologie égale.

La question des modalités de financement des investissements hospitaliers doit enfin être clarifiée.

106 A. Bruant-Bisson, P. Castel, M.-P. Planel, *Évaluation des effets de la tarification à l'activité sur le management des établissements de santé*, Rapport IGAS, mars 2012.

5. La tarification à l'activité pousse-t-elle les hôpitaux à délivrer trop de soins ?

Depuis la mise en place de la T2A, la question de ses effets inflationnistes sur les prises en charge est posée. Dès lors que les établissements de santé sont financés à l'activité, ne vont-ils pas avoir tendance à la développer ? À cette question est logiquement associée celle de savoir si les pouvoirs publics doivent entreprendre de contrôler l'activité en volume des établissements de santé. Ils y sont poussés par le souci de respecter l'enveloppe hospitalière.

Tarification à l'activité et inflation des prises en charge

La T2A incite théoriquement chaque établissement à accroître son activité. La part des coûts fixes à l'hôpital est telle que toute prise en charge supplémentaire (marginale) améliore, en règle générale, la situation financière de l'établissement. Cette incitation à produire conduit chaque établissement à tenter d'augmenter ses « parts de marché ». Cette attitude peut être à l'origine d'un élargissement global du marché, ce qui justifierait les craintes sur les effets inflationnistes de la T2A.

Dès lors que l'on s'intéresse à l'inflation des prises en charge induites par la T2A, il faut distinguer plusieurs phénomènes :

a) une inflation apparente du fait d'un meilleur codage des prises en charge. Celle-ci peut être due à des progrès dans l'exhaustivité, ou à l'optimisation progressive de la classification des séjours (meilleur recensement des comorbidités par exemple). Ainsi, l'ATIH évaluait l'effet codage à 2,9 % pour mars-décembre 2009 (pour une augmentation totale d'activité de 3,7 % sur l'année 2009). Dès lors qu'il ne va pas jusqu'à la fraude, ce phénomène est bénéfique. S'il n'est pas correctement anticipé, il crée un problème financier ponctuel quant au respect de l'ONDAM ; mais d'une année sur l'autre, l'évolution des tarifs permet de compenser cet effet inflationniste qui devrait d'ailleurs s'atténuer avec le temps ;

b) une inflation des prises en charge pour répondre aux demandes et aux besoins. Dans le cadre du budget global, les hôpitaux n'avaient pas intérêt à augmenter leur activité. Ils étaient même conduits, en fin d'année, lorsqu'une prise en charge était très coûteuse (mise en place de certaines prothèses par exemple) à la refuser ou à la reporter. Avec la T2A et surtout avec le dispositif de la « liste en sus », les incitations sont inverses. Cette inflation, même si elle est problématique au plan financier à court terme, est positive dans la mesure où elle aboutit à diminuer les dénis de prise en charge et conduit à réduire les listes d'attente ;

c) une inflation résultant d'un comportement d'induction [107]. Cette induction consisterait, sans que cela soit bénéfique pour le patient, à susciter des prises en charge, à fractionner des séjours [108] ou à pratiquer certains actes dans le but de faire classer la prise en charge dans un GHS mieux rémunéré. En particulier, les médecins peuvent être tentés d'accepter des patients qui pourraient relever d'autres modes de prise en charge (ville, hôpital de jour, SSR…). Une circulaire dite « frontière » de 2010 [109] liste bien les actes relevant des différents modes de prise en charge, mais le contrôle de sa mise en œuvre n'est pas aisé.

Seule la dernière forme d'inflation est réellement problématique dans la mesure où elle va à l'encontre des intérêts des patients et aboutit à un gaspillage des ressources de la collectivité et cela même si la régulation par les prix permet d'en annuler l'impact sur les comptes. Seule cette forme d'inflation (avec la fraude au codage) mérite de faire l'objet d'une vigilance du régulateur.

Avant d'inférer que l'incitation à produire dans le cadre de la T2A aboutit à cette forme d'inflation, il faut noter que :

– l'induction de la demande est plus complexe dans le cadre de l'hôpital qu'en médecine de ville : induire une hospitalisation est moins anodin pour le patient qu'induire une consultation. À cet égard, les actes classants qui conditionnent l'inscription dans tel ou tel GHS ont été choisis de telle manière qu'ils ne puissent pas être pratiqués sans risques, ce qui rend l'induction problématique au regard de la déontologie des praticiens ;

– dans les cliniques privées à but lucratif, l'incitation à « produire » s'exerçait avant la T2A. En effet, le mode de financement antérieur, basé sur des forfaits liés à l'activité, introduisait déjà un lien entre rémunération et activité ;

– dans les structures où les médecins sont salariés, ils n'ont pas d'intérêt direct à induire des prises en charge ou des actes, sauf si un intéressement significatif à l'activité était mis en place. La situation est différente dans les cliniques privées où l'intérêt des médecins payés à l'acte est davantage congruent avec celui des établissements. Toutefois, il ne s'y limite pas : les dépassements d'honoraires peuvent faire « perdre » des patients ou influer sur le choix des prestations de type « chambre seule » ; de plus, la rémunération de l'établissement, basée sur la T2A, est indépendante de celle des médecins, dont les actes sont rétribués sous forme d'honoraires basés sur la CCAM, ce qui induit une relative irresponsabilité des médecins en cas d'erreur de codage ;

– dans toutes les structures, la déontologie des médecins constitue un frein à l'induction ; ce frein étant d'autant plus fort que le médecin n'a pas d'intérêt direct à l'induction. Il est vrai toutefois que la nouvelle gouvernance et notamment la mise en place des pôles dotés de comptes de résultats vise à

107 L'induction de la demande désigne le fait qu'un patient peut être, à l'instigation du médecin, incité à des « consommations » de soins qu'il n'aurait pas réalisées s'il avait disposé du même niveau d'information que le médecin. L'asymétrie d'information entre patient et médecin permet à ce dernier de faire prévaloir ses intérêts propres (accroître son activité).

108 À cet égard, les politiques d'incitation à la réduction des réadmissions conduites dans certains pays mériteraient certainement d'êtres expertisées. Voir notamment R. Berenson *et al.,* « Medicare's readmissions-reduction program. A positive alternative » et K. Joynt, A. Jha, « Thirty-day readmission. Truth and consequences » ; *N Eng. J Med 366*; 15, 2012.

109 Instruction N° DGOS/R/2010/201 du 15 juin 2010 relative aux conditions de facturation d'un groupe homogène de séjour (GHS) pour les prises en charge hospitalières de moins d'une journée ainsi que pour les prises en charge dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD).

créer un lien plus fort entre les intérêts de l'établissement et ceux des équipes médicales. Il est dès lors possible que le médecin épouse plus étroitement les intérêts de la structure qui l'emploie ou qu'il puisse avoir, même avec un statut d'agent public, un intérêt direct à le faire. Ce peut être le cas d'un service dont la pérennité est menacée par sa sous-activité. Cependant, à l'heure actuelle, les contrats de pôles sont loin d'être systématiquement ciblés sur des objectifs d'activité, d'une part, et un mécanisme de financements croisés entre activités peut exister, d'autre part [110].

Il existe donc des limites fortes, variables selon les secteurs, aux effets d'induction que peut susciter la T2A. En outre, l'absence d'études qui permettraient de distinguer les différentes formes d'inflation liées à la T2A et donc d'établir si celle-ci s'est traduite par l'induction d'une demande non justifiée pénalise l'évaluation de l'application de la T2A. Mais au final, l'évolution du nombre de séjours ne permet pas de suspecter un effet inflationniste massif lié à la T2A.

Tableau 3 - **Évolution du nombre de séjours (séjours sans nuitées, hospitalisation complète, séances)**

	2008/2007	2009/2008	2010/2009
Secteur ex-Dotation globale*	2,6 %	1,6 %	1,7 %
Secteur ex-Objectifs quantifié national**	– 0,1 %	0,7 %	0,5 %

*Secteur ex-Dotation globale : établissements de santé publics et établissements de santé privés d'intérêt collectif.

** Secteur ex-Objectif quantifié national : établissements de santé privés.

Source : ATIH.

La progression plus importante des séjours dans le secteur public que dans le secteur privé peut être attribuée au fait que, dans le cadre de la T2A, les établissements publics sont désormais davantage incités à développer le recrutement de patients et à mieux répertorier et coder leur activité [111], à l'instar des établissements privés.

L'augmentation des séjours retracée dans le tableau précédent peut s'expliquer, sans faire l'hypothèse d'une demande induite importante, par l'accroissement et le vieillissement de la population, par des progrès résiduels dans l'exhaustivité du codage, par la diffusion de certaines interventions, par exemple la cataracte. Et cela d'autant plus que la dynamique des séjours s'explique pour l'essentiel par le développement des séances et, en leur sein, des séances de chimiothérapie et de radiothérapie, activité dont on peut penser légitimement, du fait de leurs effets sur les patients, qu'elles ne font pas l'objet d'induction de la demande.

110 Rapport IGAS sur l'organisation en pôles, *op. cit.*, *cf.* aussi la fiche « La contrainte financière est-elle bien répartie ? »

111 F. Évain, « Évolution des parts de marché dans le court séjour entre 2005 et 2009 », *in Études et Résultats*, n° 785, novembre 2011.

Tableau 4 - **Évolution du nombre de séjours par type d'hospitalisation en 2010**

	Secteur ex-Dotation globale	Secteur ex-Objectif quantifié national
Séjours sans nuitées	1,0 %	2,9 %
Hospitalisation complète	0,5 %	– 1,7 %
Séances	4,2 %	– 0,3 %
Total	1,7 %	0,5 %

Source : ATIH.

L'effet structure traduit l'évolution de la lourdeur de l'activité prise en charge, une fois neutralisée l'inflation des actes due à l'évolution du nombre de séjour.

Tableau 5 - **Évolution de l'activité due à l'effet structure à classification constante (hors effet changement de classification)**

	2008/2007	2009/2008	2010/2009	2011/2010
Secteur ex-Dotation globale	0,3 %	2,1 %	1,4 %	0,7 %
Secteur ex-Objectif quantifié national	1,6 %	1,9 %	0,8 %	0,6 %

Source : ATIH.

Là encore, cet effet structure, imputable en partie à l'optimisation du codage (notamment lors du passage à la version V11 de la tarification), ne semble pas traduire d'effet inflationniste massif.

Les limites du contrôle des volumes

Les pouvoirs publics s'inquiètent d'un développement injustifié de l'activité qui serait motivé par les incitations financières de la T2A. Ainsi la circulaire relative à la campagne tarifaire pour 2012, au chapitre « la nécessité de mieux réguler l'activité hospitalière », indique aux ARS qu'une « vigilance constante sur l'évolution de l'activité de vos établissements de santé au sein de chacune de vos régions est indispensable ».

Il est à noter qu'il n'est pas demandé aux ARS d'être vigilantes sur la pertinence de l'activité, ce qui serait parfaitement légitime dès lors qu'elles auraient les moyens de l'évaluer, mais sur l'évolution de l'activité d'un établissement. L'idée sous-jacente serait qu'une activité en évolution dénote un comportement suspect. Pourtant, un établissement qui développe son activité peut être un établissement qui répond à des besoins et qui est apprécié de la population recourant à ses prestations. Il est vrai qu'une hausse ou une baisse importante de l'activité de soins sur un territoire doit être de nature à alerter le régulateur. Mais il s'agit ici non pas de contrôler la pertinence des actes, mais le volume d'activité d'un établissement pour assurer le respect de l'enveloppe hospitalière, à côté d'autres outils comme l'ajustement des tarifs et/ou le gel des certaines dotations discrétionnaires.

Dès l'origine du projet T2A, la crainte des conséquences inflationnistes du dispositif et la tradition planificatrice de l'administration hospitalière se sont conjuguées pour faire émerger des projets d'encadrement des volumes d'activité.

Pourtant, dès 2006, la Cour des comptes soulignait que : *« reconfigurer l'offre hospitalière par le truchement d'une cartographie idéale et quantifiée des prises en charge à confier à chaque structure est par nature assez antinomique avec le fait d'inciter les établissements, par le biais des tarifs à adopter leur activité à leur performance économique (générer des gains de productivité, repérer les activités déficitaires, développer les activités rentables) »* [112].

Ce projet de cartographie idéale et quantifiée s'est notamment concrétisé à travers les objectifs quantifiés d'offre de soins (OQOS). Les ARH devaient négocier, par catégorie fine de prise en charge, établissement par établissement, des fourchettes d'activité. Les dépassements des bornes maximales et minimales étaient susceptibles de donner lieu à des sanctions.

Ce dispositif n'a pas fonctionné. Il était impossible d'évaluer les perspectives d'activité de chaque établissement : par exemple, le recrutement d'un chirurgien peut radicalement changer le niveau d'activité d'un établissement. Il est tout aussi illusoire de prétendre quantifier les besoins de manière fine et, le pourrait-on, la liberté de choix des patients empêcherait de déduire du niveau de besoin, le niveau d'activité souhaitable de tel ou tel établissement. Si la procédure avait été effective, elle aurait pu conduire, dans le cas d'un établissement en passe de dépasser sa borne optimale, à des dénis de soins, à un rationnement que la T2A vise précisément à éviter. Heureusement, il s'est vite avéré que la menace de sanctions inscrite dans le dispositif n'était que virtuelle.

Si le dispositif OQOS est abandonné, il est toujours prévu que les ARS se voient fixer des objectifs globaux en volume d'activité pour ce qui concerne leur région, sous formes d'indicateurs de pilotage d'activité (IPA). Ces IPA sont déclinés en un volume d'activité cible par territoire, et non plus par établissement, et ne sont pas opposables aux établissements. Ils sont définis non pas de façon « descendante » comme les OQOS, mais en partant de la consommation de soins sur le territoire. L'intérêt de ces IPA viendra largement de l'usage qui en sera fait : s'ils sont utilisés par les DGARS pour détecter des taux de recours anormaux dans certains territoires, leur impact sera positif en termes de lutte contre la non-pertinence des actes ; s'ils sont utilisés comme repère pour appréhender le caractère justifié ou non de l'augmentation globale du nombre de lits en fonction des besoins du territoire, ils peuvent être utiles ; en revanche, s'ils sont utilisés pour réguler le volume des établissements, leur pertinence sera limitée, particulièrement dans certaines régions qui ne connaissent pas une suroffre médicale. À cet égard, le fait que les DGARS soient évalués sur le respect de ces indicateurs constitue un risque [113]. Par ailleurs, les aides à la contractualisation (AC) sont gelées en cas de dépassement des IPA. Ce gel est justifié lorsque la consommation de soins d'une région correspond aux besoins de la population (définis en fonction du nombre d'habitants domiciliés et de leurs

112 Cour des Comptes : rapport 2006 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2006.
113 Il est intéressant de constater que lors de son audition devant la MECSS du Sénat le 20 juin 2012, le président du collège des directeurs généraux des ARS n'a pas mentionné le contrôle des taux de recours dans les usages possibles des IPA.

caractéristiques). Il ne l'est pas lorsqu'il pénalise une région sous-consommatrice de soins qui viendrait dépasser ses IPA. Le calcul des IPA est ici déterminant : il ne doit pas se baser uniquement sur l'historique de consommations de soins, mais être pondéré avec les besoins de la population.

Une autre proposition qui consiste à prévoir, par établissement, un tarif dégressif à partir d'un certain volume d'activité [114] est de nature plus contraignante pour les établissements ; elle oblige à définir un volume cible par établissement.

Il semble raisonnable, pour les raisons évoquées plus haut, d'abandonner toute tentative contraignante de régulation/planification en volume au niveau des établissements. Il faut laisser jouer, lorsqu'elle existe, la concurrence entre établissements ; le choix des patients mériterait certainement d'être mieux éclairé [115] mais il l'est certainement plus que celui qui pourrait résulter d'une planification régionale en volume. Les ARS, à travers le contrôle des autorisations et les incitations à la coopération peuvent d'ailleurs éviter que ne se développe une concurrence « destructrice ». Elles doivent aussi se concentrer sur les situations où il faut susciter une offre pour répondre à des besoins (désert hospitalier sur telle ou telle spécialité) ce qui passe par une capacité de soutien à une offre naissante (crédits d'aide à la contractualisation) et non par une régulation de l'ensemble de l'activité des établissements. Dans les territoires connaissant une offre hospitalière excédentaire au regard des besoins, leur rôle de régulateur doit les amener à accompagner les conversions de structures, voire les fermetures de services [116].

Des interrogations sur la pertinence des prises en charge

Si un contrôle des volumes ne semble pas justifié, il appartient toutefois aux ARS, dans la mesure du possible, de veiller à la pertinence des prises en charge.

La question de la pertinence et celle des volumes sont parfois confondues alors même qu'il s'agit de deux manières très différentes d'aborder l'analyse de l'activité hospitalière. Vouloir contrôler l'activité en volume conduit à se concentrer sur les établissements dont l'activité augmente. À environnement constant, une hausse d'activité peut traduire une augmentation d'actes non pertinents, mais aussi être due au recrutement d'un bon praticien par exemple. À l'inverse, il peut y avoir des prises en charge non pertinentes dans des établissements dont l'activité n'évolue pas. Un établissement connaissant une baisse d'activité pourrait également chercher à induire davantage de prises en charge ou d'actes.

Pour ce qui concerne le niveau actuel de non-pertinence des prises en charge, une étude réalisée pour la DGOS [117] relève un taux d'inadéquation à l'admission

114 P. Pascal, F. Varnier, J. Coutard, E. Dupuy, G. Welter, M. Olivier, B. Durieux, *Évaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux*, Rapport IGF, avril 2012.
115 *Cf.* fiche « Comment connaître et promouvoir la qualité des soins ? »
116 *Cf.* fiche « Le tissu hospitalier est-il satisfaisant ? »
117 Les inadéquations au cours du séjour renvoient à des problèmes de nature distincte (*cf.* fiche « Le Tissu hospitalier est-il satisfaisant ? »).

de près de 4 %. Malgré une admission inadéquate, la journée d'hospitalisation peut se révéler adéquate (taux de à 0,4 %), les inadéquations à l'admission se réduisent alors à 2,5 % avec des taux très faibles en chirurgie mais plus élevés en médecine (taux d'inadéquation de 6,4 % dans les établissements publics en médecine hors CHU). Les principales raisons invoquées pour ces hospitalisations inadéquates en médecine sont la demande expresse du médecin de ville (39 %), l'attente d'un avis diagnostique (32 %), un retour au domicile transitoirement impossible (14 %)[118]. Les raisons invoquées suggèrent des progrès possibles par une meilleure communication entre l'hôpital et le médecin de ville et une meilleure organisation des prises en charge.

De plus, le concept d'inadéquation utilisé dans cette enquête nationale pour l'évaluation des inadéquations hospitalières, précédemment citée, ne rend pas compte de toutes les situations où une prise en charge peut être non pertinente. Dès lors que le patient reçoit des soins, même s'ils correspondent à une mauvaise indication ou à une indication abusive, l'admission sera considérée comme adéquate. Un tel séjour, pour être adéquat au sens de l'étude, n'en est pas moins non pertinent. Il n'existe pas d'étude qui permettrait de quantifier de manière globale la non-pertinence.

L'hypothèse que certaines prises en charge sont non pertinentes est sous-tendue par les études qui montrent, notamment pour les séjours chirurgicaux, des écarts importants de recours selon les territoires[119]. Par exemple, la probabilité de se faire opérer de l'appendicite avant 20 ans est deux fois plus élevée dans un tiers des départements français qu'à Paris[120].

Pour autant, la mise en exergue de ces différences ne permet pas, à elle seule, de trancher sur le niveau souhaitable d'intervention. Elles doivent susciter une réflexion pour déterminer si les différences repérées dans les pratiques au sein des établissements et des équipes correspondent à des hospitalisations abusives ou à des insuffisances de prise en charge. Ni la moyenne, ni le point haut, pas plus que le point bas ne peuvent être assimilés à une norme.

Il n'est possible de porter une appréciation valide que si l'on dispose d'un référentiel qui permet de définir précisément le spectre des indications pertinentes. La construction de tels référentiels est engagée à la HAS[121]. Un groupe de travail a été lancé en juin 2011 sur ce sujet, afin de produire des outils d'amélioration des pratiques adaptés de façon plus rapide que précédemment.

La publication de ces référentiels peut en elle-même contribuer à modifier les comportements des équipes soignantes.

Ces outils à destination des médecins doivent être complétés par des outils de pilotage à destination des ARS. Un référentiel ne peut servir d'outil de régulation externe de la non-pertinence que si l'on peut en déduire soit des indicateurs,

118 Sanesco : Enquête nationale pour l'évaluation des inadéquations hospitalières, 2011.
119 Voir la série d'études d'E. Vigneron publiées dans la *RHF* (nº 525, 528, 530) sur les césariennes, les appendicectomies, les libérations du canal carpien, les poses de drain transtympaniques, les interventions sur la prostate et sur la cataracte. Voir aussi *Le point d'information de l'assurance maladie*, du 29 septembre 2009 sur l'appendicectomie et la césarienne programmée.
120 Assurance maladie, « Améliorer la pertinence des actes : *focus* sur deux interventions courantes. Appendicectomie et césarienne programmée ».
121 Voir HAS, « Indications de la césarienne programmées à terme. Argumentaire scientifique », janvier 2012.

accessibles en routine, permettant de caractériser la non-pertinence, soit des « points de contrôle » qui permettent à des « inspections » extérieures de porter des appréciations elles-mêmes pertinentes sans avoir à mobiliser des moyens disproportionnés. La définition de tels outils est d'autant plus délicate que la conception de toute action entreprise pour lutter contre la non-pertinence doit prendre en compte le risque d'aboutir à une insuffisance de prise en charge. Les ARS doivent pouvoir repérer les atypies en termes de taux de recours par type d'actes notamment, et utiliser éventuellement la voie contractuelle, par le biais des CPOM, pour y remédier. Une expérimentation réunissant, outre la DGOS, des ARS, la CNAMTS, l'ATIH et la HAS est actuellement en cours. L'association des professionnels paraît indispensable pour une bonne appropriation des outils. La transparence des informations est une première étape qui peut amener à modifier les pratiques, et à expliciter les changements aux patients. Cette démarche semble nécessaire au vu d'un récent sondage[122] réalisé auprès des médecins : pour les médecins hospitaliers, 26 % des actes et examens ne seraient pas pleinement justifiés ; c'est principalement à la demande des patients que les médecins réaliseraient ces actes et examens. Les médecins hospitaliers évoquent également la peur du risque judiciaire, des problèmes de formation et, enfin l'absence de contrôle des pratiques.

Les certifications établies par la HAS pourraient tenir compte de cet objectif, en introduisant un item sur la pertinence des thèmes choisis dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles, en fonction des atypies détectées dans l'établissement.

CONCLUSION

Il faut être prudent avant de conclure que l'incitation à l'activité portée par la T2A induit une inflation « perverse » des actes. Les éléments disponibles en ce domaine ne plaident pas pour que les pouvoirs publics s'engagent, sur la base de cette crainte, dans un contrôle de l'évolution de l'activité au niveau des régions et des établissements. Ces tentatives de contrôle de l'activité risquent fort de s'avérer inefficaces, voire contre-productives en causant le rationnement de soins pertinents. Il n'en reste pas moins qu'il y a matière à s'interroger sur la pertinence des actes à l'hôpital. Le suivi par les ARS des taux de recours par territoire et le déclenchement de mesures contractuelles en cas d'anomalies détectées, sont à systématiser.

122 « Les médecins et la réforme du système de santé », Sondage TNS réalisé auprès de médecins pour la FHF, mai 2012.

6. Les réformes du financement et de la gouvernance ont-elles eu des effets bénéfiques sur les hôpitaux ?

Les nouvelles modalités de financement, avec le déploiement de la T2A, comme la réforme de la gouvernance de l'hôpital et notamment la mise en place des pôles, ont vocation à conforter un pilotage médico-économique des établissements de santé et à accroître les responsabilités des échelons les plus proches de la production du soin. Ces évolutions ont pu être en partie bénéfiques, mais mettent parfois en lumière des difficultés ou insuffisances dans l'adaptation des établissements. Si une partie des délais d'ajustement tient à la progressive montée en charge des outils ou au fait que certaines démarches ne sont pas encore totalement déployées, des freins à l'adaptation résideraient aussi, selon les établissements, dans l'insuffisante lisibilité des modalités de mise en œuvre de ces réformes.

Il importe d'aller au bout de la logique des réformes pour en tirer tous les bénéfices attendus et clarifier le jeu des acteurs

L'IGAS a pu constater la progressive appropriation des réformes du financement et de la mise en place des pôles par une partie de la communauté hospitalière, et leur absence de remise en cause sur le fond. La mise en place de la T2A et l'affirmation progressive de la nouvelle gouvernance participent d'une même vision qui, liant la rémunération à l'activité, affirme une priorité au pilotage médico-économique et implique une association plus étroite des médecins aux décisions structurant la vie de l'établissement, même si cette logique a été infléchie par la loi HPST. Les bénéfices à attendre d'une rémunération liée à l'activité – et donc plus équitable –, comme d'un renforcement de la solidarité managériale entre gestionnaires et médecins sont bien perçus : levée des inéquités historiques de répartition des moyens entre établissements et des entraves antérieures aux développements nécessaires de l'activité, communauté hospitalière plus fédérée [123] sont des avancées reconnues. Il n'en demeure pas moins que les modalités ou lenteurs de mise en œuvre suscitent des inquiétudes ou des contestations.

123 A. Bruant-Bisson, P. Castel, M.-P. Planel, *Évaluation des effets de la tarification à l'activité sur le management des établissements de santé*, Rapport IGAS, mars 2012 ; G. Vallet et H. Zeggar, *Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé*, Rapport IGAS, février 2010.

Le manque de lisibilité, réel ou ressenti, de la T2A est considéré comme un frein à l'adaptation des établissements

Au-delà d'un relatif assentiment à l'esprit des réformes persistent cependant des inquiétudes sur leurs modalités de mise en œuvre. Les modalités d'ajustement des outils tarifaires de la T2A suscitent notamment un débat sur la nécessité d'une plus grande transparence et d'une meilleure prévisibilité des outils financiers. Sans remettre en cause le principe de la T2A en tant que système d'allocation des ressources, les acteurs de terrain dénoncent la complexité et l'instabilité du système, la confusion des objectifs qui lui sont assignés, le manque de lisibilité qui en découle ; la communauté hospitalière ne perçoit pas la T2A comme une règle du jeu claire [124], et ce manque de lisibilité est considéré comme nuisant à la définition d'une stratégie à moyen terme des établissements.

L'impact des outils tarifaires sur des stratégies de moyen terme qui relèvent de bien d'autres déterminants (organisation locale de l'offre de soins, réputation et secteurs d'excellence d'un établissement, possibilité de constituer les équipes médicales…) ne doit cependant pas être surestimé. Comme on l'a vu [125], ce n'est pas la T2A qui fait l'activité. La meilleure connaissance des coûts financiers et du suivi de l'activité médicale obtenus avec l'instauration de la T2A n'a pas conduit à ce jour à des modifications brutales des activités médicales et de la stratégie des établissements. Très peu d'établissements auraient délibérément modifié leur profil d'activité et l'éventail des cas traités (*case mix)* pour améliorer leurs résultats de gestion [126].

Certains établissements de petite taille ou plus spécialisés peuvent cependant être plus sensibles aux aléas des outils tarifaires. Et quoi qu'il en soit, le manque de lisibilité, réel ou ressenti, du modèle T2A est considéré comme un obstacle à l'adaptation des établissements et tout particulièrement à la pédagogie nécessaire à l'égard des équipes hospitalières. Ainsi, dans le cadre de la démarche de contractualisation qui accompagne la mise en place des pôles, il est difficile de discuter de résultats qui risquent d'être bouleversés d'un exercice à l'autre ; leur instabilité complique l'élaboration de contrats et de formules d'intéressement [127]… De même, les déficits constatés au niveau des établissements peuvent être majorés ou minorés par ces distorsions tarifaires ; la compréhension et la signification économique de ces déficits en est relativisée, au risque de démobiliser les équipes et d'induire des décisions de régulation erronées [128].

---

124 *Ibid.*
125 Cf. fiche « La contrainte financière est-elle bien répartie ? »
126 D'après l'enquête de la mission sur les déterminants de gestion, cela concernerait moins de 16 % des établissements. La mission mettant d'ailleurs en doute la notion de *case mix* « rentable ».
127 « *Alors même que l'une des avancées fortes attribuée à la T2A est le renouveau d'un dialogue entre direction et équipes médicales et soignantes autour des outils de gestion dans les établissements publics, ces outils de gestion risquent d'être décrédibilisés si leur interprétation est rendue douteuse par les manipulations tarifaires* », P.-L. Bras, P. Lesteven, J.-L. Vieilleribière, *Évaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux*, Rapport IGAS, mars 2012.
128 *Ibid.*

Ces retours des établissements témoignent des conséquences sans doute inévitables de la mise en œuvre accélérée d'une réforme financière majeure, qui s'est accompagnée d'adaptations importantes des outils (V11 notamment) mais aussi d'une démarche controversée de convergence public-privé. L'ensemble des mesures d'ajustement de l'outil T2A a généré un sentiment d'instabilité et une méfiance, accrus par le manque de transparence accompagnant ces évolutions. Les ajustements ont été complexes, obéissant à des logiques potentiellement contradictoires et brouillant la neutralité que l'on peut attendre d'un instrument de rémunération à l'activité [129] : convergence public-privé focalisant les débats, changements de périmètre entre MIG et tarifs perçus comme arbitraires, changement de nomenclature (V11) entraînant des effets de seuils, dans un contexte de marges d'évolution financière de plus en plus contraintes et de tarifs pouvant baisser pour compenser partiellement des hausses de volume… Tous ces éléments alimentent un discours négatif des acteurs sur l'instabilité tarifaire et fragilisent l'utilisation des informations issues de la T2A dans la gestion et l'organisation des établissements.

Dans un univers hospitalier où cherche à s'affirmer le raisonnement médico-économique, le manque de confiance dans les règles tarifaires et la crainte d'ajustements brutaux peut peser sur les choix de développement d'activité ou d'équipement. Ces contestations expliquent probablement que les pouvoirs publics se soient récemment préoccupés plus de stabilité que de neutralité tarifaire et qu'ils aient fait du lissage des effets revenus de la T2A un des axes – trop ? – forts de leur action. La neutralité des tarifs doit rester l'objectif [130]. Les signaux économiques risquent sinon d'être faussés : la rentabilité plus ou moins grande des activités peut simplement provenir de tarifs fixés sans rapport avec les coûts relatifs et non de la plus ou moins grande efficience des services ou des établissements.

Au terme des adaptations encore nécessaires pour parvenir à un outil neutre [131], une relative stabilité serait atteinte, l'échelle tarifaire ne devant ensuite évoluer que pour intégrer les impacts sur la hiérarchie des coûts des évolutions significatives de prise en charge ou de technologie. Cet effort d'actualisation, indispensable pour préserver la pertinence de la grille tarifaire, n'a cependant pas vocation à produire des à-coups violents et inattendus et ne devrait donc pas brouiller les choix des établissements dès lors que la lisibilité globale du dispositif aura été instaurée.

Une gouvernance réformée, mais à renouveler

Alors que la réforme financière provoque encore des remous liés aux inévitables ajustements de transition, l'autre réforme importante et articulée, celle de la gouvernance interne des établissements peut paraître marquer une pause dont il est essentiel qu'elle ne se prolonge pas, sous peine de fragiliser les acquis positifs de la mise en place des pôles. Les premières années de la nouvelle

129 P.-L. Bras, P. Lesteven, J.-L. Vieilleribière, *Évaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux*, Rapport IGAS, mars 2012.
130 *Cf.* fiche « La contrainte financière est-elle bien répartie ? »
131 *Cf.* fiche « La contrainte financière est-elle bien répartie ? »

gouvernance ont permis de convertir la communauté médicale à l'importance des enjeux de la gestion médico-économique et d'obtenir un consensus relatif sur la pertinence du mouvement général de subsidiarité et d'association des médecins au pilotage de l'institution [132]. Cependant, à l'heure actuelle, l'évolution de la relation direction-médecins et du processus de décision est loin d'être aboutie et reste à consolider face à la crainte toujours présente d'une approche trop financière [133]. Demeure de surcroît un décalage entre ceux qui maîtrisent les mécanismes de la T2A, membres du directoire, chefs et cadres de pôles, médecins DIM, d'une part, et les autres praticiens hospitaliers ou personnels soignants, d'autre part. L'IGAS a pu constater au cours de diverses missions que la mise en œuvre de la réforme est graduelle et inégale selon les établissements.

En dépit d'un mouvement globalement partagé de lancement de la nouvelle gouvernance, celle-ci aborde une phase cruciale où il s'agit de convertir plus profondément les fonctionnements et d'aller au bout de la logique de proximité et subsidiarité. Il s'agit d'atteindre un équilibre dans le partage des rôles entre équipes de direction et corps médical que la loi HPST a infléchi par rapport à la logique des réformes de 2005. Il importe aussi de mobiliser plus largement la communauté hospitalière, en dépassant un discours purement gestionnaire pour mettre en lumière les potentialités de qualité et d'organisation des soins contenues dans les nouvelles modalités de gestion et de gouvernance. Certains établissements hésitent à franchir le pas de certaines innovations managériales ; il existe des risques d'épuisement des équipes initialement les plus mobilisées, faute d'aboutissement complet des démarches engagées.

Ainsi, la mise en place des pôles a abouti à un décalage certain entre, d'une part, les efforts considérables d'acculturation de la communauté médicale aux enjeux de gestion, de découpage des pôles et de construction des outils nécessaires à cette nouvelle organisation et, d'autre part, la portée opérationnelle réelle de la subsidiarité ; les pôles demeurent à ce stade davantage fondés sur une logique médico-soignante que sur une réelle logique médico-économique, et fonctionnent encore avec un minimum de délégations de gestion et peu de délégations de moyens. De nombreux pôles ne sont pas maîtres de la conception des tableaux de bord censés guider leur action, la grande majorité n'a pas de budget ou d'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) de pôle et pilote donc en aveugle la réalisation de leurs objectifs. Enfin, le partage de l'information est encore un enjeu de pouvoir fort entre les directions d'établissement et les équipes de pôles.

Les équipes de direction et particulièrement les directions supports sont en effet partagées sur l'opportunité de conduire la réforme à son terme avec une véritable responsabilisation des pôles, d'aller plus loin dans la refonte des organisations et des circuits de décision (sites/pôles ; directions métiers/équipes de pôle ; réflexion de fond sur la ligne managériale). Pourtant, il n'est pas souhaitable que perdure la confusion actuelle des rôles entre responsables de pôles et directions métiers [134].

---

132 G. Vallet et H. Zeggar, *Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé*, Rapport IGAS, février 2010
133 A. Bruant-Bisson, P. Castel, M.-P. Planel, *Évaluation des effets de la tarification à l'activité sur le management des établissements de santé,* Rapport IGAS, mars 2012.
134 Rapport IGAS-CNG de D. Toupillier et M. Yahiel, *op. cit.*

Certaines directions estiment que la réunion des conditions favorables à la subsidiarité – comptabilité analytique, systèmes d'information… – est un préalable avant toute délégation de gestion aux pôles. En dépit de la nécessaire solidarité de pilotage entre directeur, président de CME et chefs de pôle, le poids de la responsabilité pesant sur le directeur en matière d'équilibre financier peut expliquer une hésitation au moment de lancer une délégation audacieuse. L'IGAS considère malgré tout que la réunion de ces conditions doit accompagner plutôt que précéder les délégations de gestion et de moyens aux pôles. Dès lors, le passage à la deuxième étape de l'organisation polaire doit être facilité en clarifiant les processus de décision à l'hôpital, en veillant à maintenir les grands équilibres sociaux et économiques par la réaffirmation de l'unité institutionnelle, et en amenant les équipes de direction à modifier en profondeur la vision de leur métier, leur positionnement et leur organisation.

Des cliniques moins impactées par les réformes

Les réformes récentes ont un impact plus modeste sur le management des établissements privés dont le mode de gouvernance n'a pas été modifié réglementairement, bien que dans cet univers, également, les rapports entre directions et médecins soient en évolution [135]. Dans les établissements privés, la T2A n'a véritablement fait évoluer ni le management global ni le processus de décision lui-même, les choix stratégiques relatifs à l'établissement demeurant du ressort de la direction. Cette absence d'évolution significative tient pour l'essentiel au mode de rémunération des médecins, qui n'a pas été modifié par le passage à la T2A. C'est désormais l'établissement qui est rémunéré sur la base de tarifs au lieu de forfaits à la journée ; mais les médecins demeurent rémunérés à l'acte, leurs honoraires découlant de la classification commune des actes médicaux (CCAM). Dans les structures où les médecins sont détenteurs de tout ou partie du capital, ils participent de ces choix à la mesure de l'importance de leur actionnariat, sans pourtant que la T2A n'ait modifié le fonctionnement d'ensemble.

Progressivement intégrées au quotidien de l'hôpital, les réformes récentes n'ont pas éteint toutes les contestations. Elles sont cependant mieux comprises et ont provoqué une véritable mobilisation d'une partie de la communauté hospitalière. Il convient de conforter leur lisibilité en allant au bout de leur logique. Il importe dès lors aussi que les outils nécessaires à leur plein déploiement soient au rendez-vous et que nul flottement ne vienne interrompre des démarches parfois bien amorcées.

Au-delà du nécessaire renforcement des outils, les organisations doivent être repensées

Que ce soit pour tirer meilleur parti des nouvelles modalités financières ou pour aller au bout des ambitions de la nouvelle gouvernance, les hôpitaux doivent

135 Comme le montre le rapport de l'IGAS sur les cliniques privées, *op. cit.*

disposer d'outils efficaces. Ils doivent surtout savoir reconsidérer leurs modes d'organisation, tant en termes de pilotage que de production de soins.

Sur ces différents aspects, des progrès incontestables ont été accomplis, mais des fragilités demeurent. La systématisation du calcul médico-économique qui s'amorce, achoppe parfois, au-delà des difficultés évoquées liées aux imperfections tarifaires, sur l'inégal déploiement des outils (insuffisances de la comptabilité analytique ou des systèmes d'information…). Par ailleurs, ce type de raisonnement, de plus en plus mobilisé au moment d'investir ou de déployer de nouvelles activités, impacte plus faiblement les organisations existantes et n'a pas encore conduit à un réexamen approfondi des organisations de soins. Surtout, tous les établissements n'ont pas adopté le même rythme d'évolution et ne sont pas égaux pour optimiser les effets des réformes.

Des outils en progression

La T2A a servi de catalyseur pour accélérer la mise en place d'outils de gestion et de nouvelles pratiques de suivi de l'activité médicale jusqu'alors très inégalement développés, notamment dans le secteur public. Cette évolution s'accompagne de l'émergence de nouvelles compétences autour du contrôle de gestion. En focalisant dans un premier temps l'attention sur la réalisation des recettes de l'établissement plutôt que sur les dépenses qu'ils avaient l'habitude de suivre en budget global, la T2A a généré une modification des tableaux de suivi de l'activité habituellement utilisés et comportant, par service, des données comme les entrées, les journées, le taux d'occupation et la durée moyenne de séjour. Désormais, le suivi de l'activité est réalisé à partir des groupes homogènes de séjours et donne lieu à une valorisation immédiate par le département de l'information médicale (DIM)[136]. L'IGAS a pu observer que ces tableaux de bord étaient de plus en plus perfectionnés et adaptés aux réalités locales et qu'ils représentaient les outils de suivi les plus consultés, notamment par les cadres soignants.

Le codage et la facturation des actes ont acquis une dimension stratégique et les établissements se sont dans l'ensemble organisés pour tenir compte de cette situation. La recherche de l'exhaustivité du codage est un enjeu majeur ; la perspective de la facturation individuelle les a en outre incités à être plus vigilants sur les délais de transmission. Le rôle et le positionnement du DIM ont été renforcés ; il est désormais impliqué dans la saisie, la valorisation et le contrôle du codage, mais aussi dans les analyses médico-économiques préalables à des réorganisations ou à l'élaboration de nouveaux projets.

Les autorités de tutelle sont intervenues selon plusieurs modalités – mise à disposition d'outils méthodologiques, recours à la contractualisation, intervention de l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) – pour favoriser l'homogénéisation et l'utilisation de ces

136 D. Acker, Dr A.-C. Bensadon, P. Legrand, C. Mounier, *Management et efficience hospitalière : une évaluation des déterminants.* Rapport IGAS, avril 2012.

nouveaux instruments. Leur déploiement, leur appropriation, leur pertinence et leur utilisation varient pourtant d'un établissement à l'autre [137].

C'est le cas de la comptabilité analytique hospitalière (CAH) [138]. La mise en place de la CAH a été largement imposée par la T2A et la nouvelle gouvernance qui impliquent toutes deux de définir la contribution de chacun aux résultats financiers et d'asseoir la contractualisation interne sur des objectifs. Pourtant, le déploiement de la CAH est encore inégal. Si la mise en place et la maintenance d'un fichier commun de structure est *a priori* une étape réussie, l'interopérabilité des logiciels de l'établissement fait défaut et la faiblesse de l'offre des éditeurs constitue un réel point de faiblesse, comme la relative instabilité des équipes chargées du contrôle de gestion. Le déploiement de la CAH était très dépendant de la taille des établissements comme de la dynamique de contractualisation avec les pôles. L'IGAS préconise de :

– lancer un appel d'offres sur performance pour renforcer et clarifier l'offre des éditeurs ;

– renforcer le système d'appui et de conseil des ARS aux établissements en matière de CAH ;

– faire des choix de méthodes notamment en fiabilisant les données de la base d'Angers et en faisant du compte de résultat analytique (CREA) un outil majeur de reporting totalement intégré au dialogue de gestion ;

– positionner le contrôle de gestion dans le top management, travaillant en étroite coopération avec le DIM.

Une enquête menée auprès des établissements [139] montre que seuls 67 % d'entre eux produisent des comptes de résultats analytiques qui permettent de statuer sur le caractère bénéficiaire ou déficitaire d'une unité interne (ces chiffres étant toutefois plus élevés pour les établissements ayant des résultats financiers moins satisfaisants). Certains acteurs de terrain ont relevé que l'outil CREA était lourd, pas toujours fiable, et son instrumentation délicate dans un dialogue de gestion soucieux de garantir la transversalité et la cohérence globale des choix d'activité. 30 % des établissements disposent de tableaux coûts *case mix* (TCCM) qui permettent d'explorer plus finement les composantes du résultat de l'unité étudiée ; ce chiffre est plus élevé pour les établissements présentant les résultats les plus satisfaisants. Leur appropriation est néanmoins encore loin d'être réalisée et les établissements préfèrent construire leur propre tableau de bord. D'après l'enquête, 90 % des établissements disposent de tableaux de bord spécifiques, témoignant d'une réelle innovation gestionnaire.

Les conséquences de cet inégal avancement sont multiples ; par exemple, mis à part certains établissements bénéficiant d'une comptabilité analytique leur permettant d'associer un coût au groupe homogène de séjour, les études médico-économiques actuellement menées sont basées sur les coûts standardisés de l'étude nationale des coûts [140] et non sur les coûts réels de l'établissement,

137 Même rapport : 86 % des établissements disposent d'un contrôleur de gestion, majoritairement positionné auprès de la direction des affaires financières (74 %) alors que le DIM est positionné auprès du chef d'établissement dans 44 % des cas, dans un pôle médico-administratif (31 %), dans un pôle médical (25 %).
138 J.-C. Delnatte, F. Schechter, *Pratiques de la comptabilité analytique dans les établissements de santé*, Rapport IGAS, décembre 2010.
139 Rapport sur le management et efficience hospitalière.
140 Élaborés à partir des coûts de l'échantillon de l'étude nationale.

donnant une vision approximative du résultat [141]. L'absence de comptabilité analytique fragilise dès lors l'approche médico-économique et la stratégie qu'elle doit sous-tendre.

L'adaptation des pratiques de gestion dépend de la capacité d'ajustement des systèmes d'information

Les systèmes d'information constituent une autre fragilité du dispositif hospitalier. Les systèmes d'information sont particulièrement faibles en matière d'organisation des soins [142]. Un récent appel à projets de la DGOS vise à mieux cerner la création de valeur (bénéfices pour les patients, les professionnels de santé, pour les établissements et, plus globalement, pour l'organisation des soins) apportée par l'usage des systèmes d'information dans la production des soins.

L'adaptation des systèmes d'information n'a par ailleurs pas toujours été menée à son terme pour permettre la délégation de gestion dans le cadre des pôles. Pourtant, l'existence d'un système décisionnel est devenue un élément clé dans la capacité des établissements à accompagner les réformes et à maîtriser leur équilibre financier. Les équipes qui pilotent les pôles doivent pouvoir disposer d'indicateurs fiables et partagés. Il importe de pouvoir travailler sur un seul et même système, auquel accèdent tant le directoire que le chef de pôle ou n'importe quel médecin ou cadre [143]. Cette attention au pilotage interne de l'établissement grâce à un système d'information cohérent est confirmée dans les orientations nationales et constitue le principal objectif de la stratégie ministérielle « Hôpital numérique » [144].

Une remise à plat encore timide des processus de soins

L'attention accordée aux outils ne doit cependant pas détourner de l'objectif ultime des réformes : optimiser les organisations et les parcours de prise en charge pour à la fois garantir leur pertinence en termes de qualité et maîtriser leurs coûts. Seule cette dimension est réellement susceptible de conduire à une mobilisation plus large des équipes et de légitimer de façon plus solide les réformes.

L'analyse des parcours de prise en charge, comme le réexamen des organisations de travail demeurent relativement peu avancés [145]. Si l'outillage de gestion a fait l'objet d'efforts accentués, ces instruments restent peu appropriés ; l'évolution des prises en charge demeure peu marquée et l'évolution de l'organisation interne des services et pôles n'a encore qu'un faible impact sur l'organisation

141 Rapport sur les déterminants de gestion, *op. cit.*
142 M. Khennouf et V. Ruol, *Évaluation du développement de l'offre en matière de systèmes d'information hospitaliers et d'analyse stratégique du positionnement des filières publiques du SIH*, Rapport IGAS, mars 2011.
143 Rapport sur les déterminants de gestion, *op. cit.*
144 La stratégie hôpital numérique définit un plan de développement et de modernisation des systèmes d'information hospitaliers et a pour but de fixer des priorités et des objectifs à 5 ans, en mobilisant tous les acteurs concernés et en accompagnant les établissements de santé dans leur transformation par les technologies de l'information et de la communication.
145 Les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des ES, J.-C. Moisdon et M. Pépin, doc. de travail, DREES ; mai 2010 ; A. Bruant-Bisson, P. Castel, M.-P. Planel, *Évaluation des effets de la tarification à l'activité sur le management des établissements de santé*, Rapport IGAS, mars 2012.

du travail (horaires, effectifs, planification d'activité, coordination des acteurs…). En dépit des actions de l'ANAP notamment, des progrès importants restent nécessaires.

Les établissements ont généralement étudié, dans un premier temps, l'amélioration de l'efficience des fonctions supports ou logistiques. La T2A conduit également à des évolutions ciblées des pratiques et des organisations médicales. Sur ce point, le suivi de la durée moyenne de séjour (DMS) est l'impact le plus fréquemment cité et des réductions sont constatées dans le public et le privé. Comme on l'a vu, la T2A est également utilisée pour inciter les établissements publics à développer certaines pratiques, dont la chirurgie ambulatoire est un des exemples les plus nets, bien que d'autres incitations aient clairement joué [146]. Mais, au total, son impact reste modeste sur les organisations et la prise en charge médicale. « *Très peu d'opérations visent l'organisation du travail au niveau des processus de soins eux-mêmes, c'est-à-dire les modes de coordination entre les professionnels de soins, la gestion des flux des malades, des informations, du matériel, l'adéquation de la charge de travail à l'activité* […]. *Force est de constater que les réformes en cause ne parviennent que difficilement à atteindre le "cœur d'activité" et à déstabiliser un fonctionnement apparemment très résistant…* » [147]. Si l'effort de refonte des organisations s'est accéléré, il reste encore davantage porté, dans le secteur public, par les gestionnaires et le directoire que par les responsables de pôle ou les chefs de services [148].

Il est vrai que le passage des instruments (CREA, TCCM) à l'analyse des processus concrets de soins n'est en rien évident et nécessite des explorations supplémentaires. Il est difficile de construire un lien contrôlable entre organisation et efficacité économique. La diffusion d'analyses nationales sur les coûts à partir des indicateurs existants ou à partir de travaux spécifiques peut aider les établissements dans leurs démarches [149]. Les travaux sur les blocs opératoires ou sur les urgences jouent par exemple un rôle majeur. Mais l'évolution des organisations de soins ne s'improvise pas. La réussite de projets de développement ou de réorganisation suppose de mettre en place une organisation *ad hoc*, de repenser les manières de soigner et de structurer les circuits de prise en charge et nécessite parfois une configuration architecturale adaptée. À titre illustratif, la fermeture plus tardive du bloc suppose une admission retardée dans les services, une contre-visite effectuée plus tard, des repas également servis plus tardivement [150]… Si tous les acteurs sont susceptibles de partager un diagnostic fondant la nécessité d'augmenter l'amplitude d'ouverture d'un bloc opératoire, une forme de résistance au changement pourra néanmoins se mettre en place compte tenu des contraintes sous-jacentes [151].

---

146 E.Cash, R.Cash, C.Dupilet : « Etude sur la réactivité des établissements de santé aux incitations tarifaires », in *Dossiers solidarité et santé*, n°21, 2011. Cette étude montre que la contrainte réglementaire et la démarche organisationnelle au sein de l'établissement jouent un rôle important dans le développement de la chirurgie ambulatoire.
147 J.-C. Moisdon, « Le paradoxe de la boîte noire. Réformes hospitalières et organisation », *Droit et Société*, 2012.
148 A. Bruant-Bisson, P. Castel, M.-P. Planel, *Évaluation des effets de la tarification à l'activité sur le management des établissements de santé*, Rapport IGAS, mars 2012.
149 « Piloter l'activité, mesurer l'efficience », *Répertoire d'indicateurs*, ANAP, février 2010.
150 D. Acker, Dr A.-C. Bensadon, P. Legrand, C. Mounier, *Management et efficience hospitalière : une évaluation des déterminants*, Rapport IGAS, avril 2012.
151 *Ibid.*

Sans renoncer à des analyses médico-économiques ciblées, il est essentiel d'encourager une réflexion approfondie sur les parcours de prise en charge en développant les compétences organisationnelles liées aux activités médicales et en renforçant la valorisation et la diffusion des innovations organisationnelles [152]. Il convient de mener les études de trajectoires de prises en charge au-delà des analyses aujourd'hui dominantes en termes de DMS et de gestion des sorties de malades.

La conversion d'une démarche perçue comme gestionnaire en analyse approfondie des processus de prise en charge et des organisations de soins et de travail suppose une adhésion large des équipes et partant un discours managérial soulignant, au-delà des gains d'efficience, la portée potentiellement forte des nouvelles démarches de gestion sur la qualité des prises en charge et, de façon souvent liée, sur la qualité du travail. La véritable réussite des réformes financières et de gouvernance résidera dans la capacité à obtenir l'implication des professionnels des pôles dans des projets locaux de transformation et à ne pas se cantonner à un simple vernis gestionnaire. Un tel aboutissement nécessite sans doute plus de temps que celui dont on dispose aujourd'hui pour apprécier l'impact des réformes et un travail national de capitalisation organisée notamment par l'ANAP entre la multitude d'unités confrontées aux mêmes questions ; il suppose aussi de la part des managers une véritable aptitude à susciter des évolutions en profondeur et à soutenir les démarches de changement dans la durée.

Des marges de manœuvre et d'autonomie à conforter ?

Au-delà du développement des outils de gestion et d'une réflexion approfondie sur les organisations, l'adaptation des établissements de santé, surtout publics, pose la question des freins éventuels aux ajustements nécessaires.

La gestion des ressources humaines de l'hôpital apparaît comme un enjeu majeur de la capacité d'adaptation des établissements de santé : est-on allé assez loin pour optimiser la gestion du directeur d'hôpital ? Quelles sont ses marges de manœuvre en matière de gestion des médecins ? À titre d'exemple, un chef d'établissement n'a pas nécessairement les moyens de réagir rapidement à une situation de difficulté financière car ses moyens d'action en termes de gestion des ressources humaines, notamment médicales, sont très limités [153].

De plus, le système de rémunération des praticiens hospitaliers est largement déconnecté de l'activité et des résultats [154]. Les formules d'intéressement collectif, à l'instar des pratiques des Hospices civils de Lyon [155], sont à ce titre intéressantes ; l'IGAS recommande leur usage, tant en termes de sanction que de valorisation. Dans le prolongement du décret modulant la rémunération des chirurgiens, la piste de la rémunération des médecins à la performance est à

152 J.-C. Moisdon et M. Pépin, « Les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des ES », doc. de travail, DREES, mai 2010.
153 Cf. fiche « Sait-on mettre à profit tout le potentiel des ressources humaines hospitalières publiques ? »
154 L. Chambaud, M. Khennouf, C. Lannelongue, avec le concours de P. Mordelet, E. Dusehu, L. Geffroy, *Enquête sur la rémunération des médecins et chirurgiens hospitaliers*, Rapport IGAS, janvier 2009.
155 *Cf.* le rapport IGAS sur l'évaluation des effets de la tarification à l'activité sur le management des établissements de santé, *op. cit.*

explorer [156], mais les difficultés de mise en œuvre, voire d'effets pervers, ne doivent pas être sous-estimées : difficulté à évaluer la performance, importance du travail d'équipe et de l'organisation, possible inflation des actes en cas d'objectifs quantitatifs en termes d'activité [157].

CONCLUSION

Les dernières réformes ont misé sur la responsabilisation des acteurs hospitaliers et sur leur investissement collectif dans la recherche d'efficience. Pour permettre aux établissements de s'adapter pleinement aux nouvelles règles du jeu définies par la T2A et la nouvelle gouvernance, il faut améliorer la lisibilité des règles tarifaires et aller au bout de la logique de la réforme des pôles, en déconcentrant réellement la gestion et en clarifiant les responsabilités au niveau des pôles. La compréhension des règles du jeu et leur cohérence sont deux conditions majeures de l'adaptation du jeu des acteurs.

Il est aussi décisif de conforter les outils de gestion, les processus de délégation et les systèmes d'information encore insuffisants et pourtant indispensables aux changements que les réformes entraînent. Lever certains freins existants en matière de GRH est également essentiel [158].

Des règles claires comme des outils affinés ne dispenseront pas d'un appui aux établissements pour un travail de fond sur leurs organisations de soins comme de pilotage, seuls leviers véritablement efficaces pour gagner en efficience sans nuire à la qualité des prises en charge. Une approche managériale apte à mobiliser l'ensemble de la communauté et à créer un esprit collectif dans la durée est enfin indispensable.

156 V. Forest, A. Verchère, « L'individualisation des modes de rémunérations dans le secteur public hospitalier français : portée et limites d'une pratique gestionnaire » (à paraître prochainement dans la revue *Management international*).
157 *Cf.* fiche « La tarification à l'activité pousse-t-elle les hôpitaux à délivrer trop de soins ? »
158 *Cf.* fiche « Sait-on mettre à profit tout le potentiel des ressources humaines hospitalières publiques ? »

7. Comment connaître et promouvoir la qualité des soins ?

La qualité des soins est d'abord dans les mains de l'équipe de soins ; elle résulte – outre leur compétence et leur professionnalisme – de protocoles de soins identifiés et mis en place. Mais au-delà de cette exigence première à l'égard des établissements, la qualité peut s'appréhender de façon plus globale : contribue à la qualité « tout aspect du service qui bénéficie au patient durant sa prise en charge ou améliore l'issue du traitement » [159]. Par ailleurs, la transparence à ce sujet est nécessaire à deux niveaux : d'une part, vis-à-vis des médecins de ville qui sont, à certains égards, les prescripteurs de l'hôpital dans un certain nombre de cas et, d'autre part, vis-à-vis des usagers.

Au moment où les nouvelles modalités de financement du secteur hospitalier comme la contrainte budgétaire accrue font craindre à certains une menace sur la qualité des soins, le dispositif français semble insuffisamment armé pour apporter des éléments de réponse sur l'évolution qualitative des soins hospitaliers. En dépit d'initiatives des pouvoirs publics depuis un peu plus de dix ans, qui ont largement reposé sur des dynamiques incitatives, y compris au travers de la certification, la France est moins avancée que d'autres pays tant en termes de pilotage de et par la qualité que de transparence à l'égard des usagers. Il apparaît aujourd'hui indispensable de progresser significativement en la matière et de rééquilibrer la vigilance apportée à ces deux dimensions majeures de la performance hospitalière que sont la qualité et l'efficience.

De quelle qualité parle-t-on ?

La sécurité des soins constitue un socle minimal exigible : avant même de bénéficier au patient, sa prise en charge ne doit pas lui nuire. Cette dimension a pris une importance accrue au cours des dernières années, avec un axe fort de gestion et de maîtrise des risques. Cette facette spécifique de la qualité des soins fait l'objet d'une fiche *ad hoc* dans ce rapport [160]. Au-delà d'une approche en termes de sécurité, la qualité signifie aussi pertinence des soins : il s'agit de délivrer des actes utiles et nécessaires dans de bonnes conditions de sécurité. Dans un contexte de raréfaction de moyens, cette notion de pertinence acquiert aujourd'hui une portée supplémentaire. Au-delà encore, l'efficacité des soins se mesure à l'atteinte des résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnelles du moment. De plus en plus, l'appréciation de cette efficacité se fait au terme d'un parcours global de prise en charge et non simplement à l'issue de chacun des épisodes de soins. C'est pourquoi garantir une bonne coordination entre intervenants, dans

159 Z. Or et U. Hakkinen, « Diagnosis related groups (DRGs) et qualité : pour le pire ou le meilleur ? », *DRGs in Europe*, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, Open University Press, 2011.
160 *Cf.* fiche « Comment améliorer la sécurité et la maîtrise des risques ? »

et hors l'hôpital, pour s'assurer d'une prise en charge solide à moyen terme, est une autre composante majeure de la qualité. Mais les patients attendent plus de soins de qualité, qui englobent la sécurité et la performance clinique sans s'y réduire : une information précise et transparente, une attention à leurs besoins (humains, sanitaires et sociaux) et à leur dignité, une sollicitude selon l'expression usitée par le collectif interassociatif sur la santé (CISS)… autant de pratiques aujourd'hui regroupées sous le terme de bientraitance en opposition à ce qui a parfois été qualifié de maltraitance ordinaire [161].

Une ambition forte de qualité [162] renvoie à des pratiques conformes aux standards, à des professionnels bien formés, mais aussi à une organisation pensée globalement dans cette perspective et favorable à des parcours de prise en charge performants. La qualité des soins implique les professionnels de santé dans et hors l'hôpital mais elle mobilise aussi nécessairement les autres professionnels de l'hôpital (service social [163], équipes administratives et logistiques…). Au-delà des prises en charge directes, des éléments apparaissent de plus en plus déterminants comme la conception des lieux ou la qualité de vie au travail des équipes de soins sans laquelle la qualité des soins est rarement acquise. C'est pour atteindre à cet ensemble exigeant que doivent être conçues les démarches internes de qualité comme les outils nationaux de pilotage.

L'enjeu n'est en effet pas ici de porter un jugement sur la qualité des soins dans les établissements de santé français [164], mais de s'interroger sur la façon dont la qualité est un élément de pilotage interne et externe de l'hôpital : quelle connaissance a-t-on des performances d'un établissement, d'une équipe ? Quel usage fait-on de ces connaissances lorsqu'elles existent ?

Les enjeux d'un suivi de la qualité

Des éléments d'insatisfaction persistants et des risques plus conjoncturels liés à la contrainte économique

La question de savoir quelle est la meilleure façon de promouvoir la qualité au sein du système de soins demeure aujourd'hui un sujet de vifs débats internationaux [165]. La nécessité d'efforts soutenus en faveur de la qualité des soins est en revanche mieux établie dans la plupart des pays étudiés : tant les écarts persistants des pratiques aux standards internationaux [166] que le niveau

161 M. Bressand, M. Chriqui-Reinecke, M. Schmitt, *Promouvoir la bientraitance dans les établissements de santé*, Rapport remis au ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé, janvier 2011.
162 *Crossing the quality chasm : a new health system for the twenty-first century*, Institute of medicine, Washington, 2001.
163 Voir à cet égard l'apport majeur d'un service social performant dans D. Acker, Dr A.-C. Bensadon, P. Legrand, C. Mounier, *Management et efficience hospitalière : une évaluation des déterminants*, Rapport IGAS, avril 2012.
164 La fiche « Comment améliorer la sécurité et la maîtrise des risques ? » donne quelques repères à cet égard en matière de sécurité des soins.
165 Comme en témoignent les multiples interventions de l'International forum qui s'est tenu en avril à Paris à l'initiative du *New England Journal of Medecine*.
166 *Idem* et R. M. Wachter, "Patient safety at ten : unmistakable progress, troubling gaps", *Health affairs*, 2010, L. Leape, D. Berwick, "Transforming healthcare : a safety imperative", supplément du *BMJ, Quality and Safety in Health Care*, 2009.

toujours élevé d'évènements indésirables liés aux soins [167] indiquent que des progrès majeurs sont encore possibles dans tous les pays. En dépit de politiques engagées parfois depuis de nombreuses années dans certains pays, la réalité des prises en charge reste rétive à la pleine diffusion des bonnes pratiques.

Des éléments plus conjoncturels ont de surcroît suscité des craintes de dégradation. Dans un contexte d'évolution profonde des modalités de financement du secteur hospitalier et de contrainte budgétaire accrue, des inquiétudes se sont exprimées de plus en plus nettement sur une possible menace sur la qualité des soins qui en résulterait. Multiplication d'actes non pertinents, recherche de minimisation des coûts de prise en charge, moindre disponibilité des personnels affecteraient la qualité des soins.

Deux mécanismes agissant aujourd'hui de façon simultanée sont de fait susceptibles d'influer sur les pratiques professionnelles et les organisations de façon délétère si leurs effets ne sont pas anticipés et régulés :

– la logique de la T2A incitant à la minimisation des coûts des prises en charge, ce qui peut générer des effets indésirables ;

– la contrainte budgétaire forte et les exigences de retour à l'équilibre, qui en renforçant l'impératif de productivité, pourraient, au-delà de certaines limites, peser sur la qualité des prises en charge en réduisant la disponibilité des personnels ou les moyens techniques mobilisés.

Les modalités de rémunération à l'activité associent de façon notoire des incitatifs puissants à l'amélioration des prises en charge et de possibles effets pervers en cas de réponses trop faciles aux incitations à la maîtrise des coûts. Leurs possibles effets indésirables [168] sont bien connus et répertoriés depuis le lancement de tels modes de paiement aux États-Unis et sont en partie indissociables des bénéfices espérés. La dissymétrie d'informations entre payeurs et prestataires des soins peut faciliter le paiement injustifié de prestations et ne permet pas d'apprécier la pertinence des actes.

La régulation prix/volume peut induire une contrainte budgétaire forte, notamment en cas de niveau d'activité incompatible avec l'objectif national de dépenses, ce qui fait craindre des menaces potentielles sur la qualité. L'approche aujourd'hui sous-jacente à la maîtrise des dépenses hospitalières est toutefois qu'il demeure possible de les freiner sans porter atteinte à la qualité en dégageant des marges de productivité (réduction non préjudiciable des surcapacités hospitalières en lien avec le développement des prises en charge ambulatoires, amélioration des organisations…) [169]. Les missions de l'IGAS réalisées au sein d'établissements en déséquilibre financier attestent de marges de manœuvre réelles. Certaines analyses mettent en outre en avant les gains d'efficience possibles par la recherche de la qualité [170]. Des travaux

---

167 ENEIS, comparaison des deux études 2004 et 2009, doc. de travail, série « Études et Recherches », DREES, septembre 2011.

168 Il peut s'agir de réduction indue des séjours, de sélection des patients, de restriction sur les intrants du processus de soins ou de prises en charge injustifiées… F. Cots, P. Chiarello, X. Salvador, X. Castellis, W. Quentin, "DRG-based hospital payment : Intended and unintended consequences", *DRGs in Europe*, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé 2011.

169 *Cf.* fiche « L'exigence économique à l'égard des établissements de santé est-elle trop forte ? »

170 Dr J. Overvreit, "Does improving quality save money ? A review of evidence of which improvements to quality reduce costs to health service providers", *The Health Fondation*, septembre 2009.

récents sur les surcoûts de la non-qualité [171] illustrent à l'inverse qu'efficience et qualité peuvent et doivent aller de pair dans une logique vertueuse.

Quoi qu'il en soit, la question de la productivité à l'hôpital ne peut pas s'analyser de manière statique. En effet, les protocoles de soins, les techniques médicales sont évolutives. Une évolution majeure de productivité peut être simplement liée à un changement de pratique médicale. De plus, la productivité est nécessairement liée à un processus de travail. On peut rendre ce processus plus productif ou bien le changer par un autre processus lui-même plus productif. À l'hôpital, il s'agit de comparer les protocoles de soins. Pour un même résultat clinique, des processus différents sont affectés d'une productivité différente. La question de l'adaptation des organisations est dès lors au carrefour des compétences de la HAS, des sociétés savantes et de l'ANAP.

Ce n'est qu'en cas – non avéré à ce stade – d'exigences de productivité trop fortes ou de dégradation majeure de la situation financière d'un établissement qu'un impact négatif sur la qualité est envisageable par différents canaux : réduction des personnels nuisant à leur disponibilité, relâchement éventuel des pratiques… Dans cette ligne, différents travaux [172] soulignent la corrélation entre satisfaction des patients, particulièrement attentifs à la qualité de la relation, et présence des soignants. Quelques études explorent les liens effectifs/sécurité/qualité [173]. L'existence de normes définissant l'effectif plancher souligne bien qu'en-deçà d'un certain nombre de professionnels, certaines organisations de soins sont vulnérables. Enfin, des travaux récents soulignent de plus en plus nettement les liens établis entre dégradation de la satisfaction au travail et qualité des soins mais également le caractère contre-productif en termes d'efficience [174] d'un mauvais climat de travail par le biais, par exemple, d'un absentéisme trop élevé.

Dans un contexte où tant les modes de financement que la contrainte de moyens sont susceptibles d'induire des effets pervers à côté des effets bénéfiques attendus et souhaités, il importe naturellement de limiter les effets indésirables des réformes [175] et d'encourager les adaptations des organisations contribuant tant à la qualité de soins qu'à l'efficience, ce qui est tout particulièrement la mission de l'ANAP, mais aussi celle de la HAS et des sociétés savantes en matière de processus et protocoles de soins, indépendamment des considérations économiques. Il est surtout primordial de disposer d'un système performant de régulation de la qualité des soins.

---

171 L'IRDES a récemment publié une étude sur les surcoûts des évènements indésirables associés aux soins à l'hôpital (C. Nestrigue, Z. Or, « Surcoûts des évènements indésirables associés aux soins à l'hôpital. Premières estimations à partir de neuf indicateurs de sécurité des patients », IRDES, *Questions d'économie de la santé*, n° 171, décembre 2011). L'étude montre que 0,5 % des séjours hospitaliers sont associés à l'un ou l'autre de ces évènements. Pour l'année 2007, le surcoût est estimé à près de 700 millions d'euros pour ces neuf évènements indésirables et quatre évènements indésirables représentent plus de 90 % du surcoût total : désordres physiologiques et métaboliques post-opératoires, septicémies post-opératoires, escarres, embolies pulmonaires post-opératoires.
172 Vahey *et al.*, "Nurse burnout and patient satisfaction", *Medical Care*, 2004.
173 Aiken, Clarke, Sloane, "Hospital staffing, organization, and quality of care : cross-national findings", 2002.
174 « Qualité de vie au travail et qualité des soins dans les établissements de santé », Séminaire HAS, octobre 2010.
175 Le mécanisme de T2A est ainsi assorti de garde-fous qui visent à prévenir certains contournements ou certaines formes de sur- ou sous-prise en charge.

La recherche de modes de régulation efficaces

Les travaux les plus récents interrogent l'efficacité des modèles de régulation par le haut, édiction de normes ou pilotage imposé aux acteurs, qui conduisent parfois à une disjonction mal appréhendée entre travail prescrit et travail réel. La part jouée par les organisations et l'inégal investissement des professionnels dans la démarche qualité ne permet cependant pas de se reposer sur le seul volontarisme des professionnels de santé. Les conditions requises pour une amélioration réelle des pratiques et pour une mobilisation des professionnels sont encore en construction et en débat mais il est clair qu'il importe de mobiliser une gamme de méthodes, plus ou moins prescriptives/incitatives, et surtout de veiller à leur cohérence.

Certains éléments émergent :

– l'implication de la direction doit être forte. Elle doit ainsi définir la politique qualité, les objectifs et les plans d'actions ;

– la nécessaire appropriation des critères de qualité par les professionnels comme socle de toute utilisation efficace par le régulateur et, partant, la nécessité que les indicateurs de qualité choisis fassent sens pour les professionnels, soient élaborés avec eux, centrés sur le processus de soins, et basés sur des preuves, afin qu'ils soient enfin utiles à ces professionnels dans leur pratique quotidienne [176] ;

– la nécessité d'une pleine intégration des préoccupations de qualité dans une gamme d'outils de régulation complémentaires et articulés, avec un jeu d'acteurs coordonnés (alignement des incitatifs) ;

– la transparence qui conduit à une mobilisation supérieure à celle obtenue par la seule diffusion de résultats entre professionnels (*cf. infra*).

Il est désormais acquis que la prescription de règles et la mise en place de systèmes de sanction/incitation par les autorités régulatrices ne suffisent pas à lancer la dynamique de la qualité dans le système de soins. Il est également clair qu'aucune progression n'est possible sans un minimum de connaissances sur la réalité des pratiques et des résultats des soins.

Il est difficile aujourd'hui de porter en France une appréciation étayée sur la qualité à l'hôpital

Des dispositifs français de suivi de la qualité des soins peu développés au regard d'expériences étrangères

En dépit des enjeux structurels d'amélioration de la qualité et des craintes plus circonstancielles liées à la contrainte sur les dépenses d'assurance maladie, force est de constater la relative faiblesse tant des études françaises dédiées à la qualité des soins que des dispositifs de suivi en routine. Il existe peu d'études formelles sur l'impact des rémunérations à l'activité sur la qualité

176 P. Von Ostenberg, « Clinical relevance », *JCI*, intervention à ISQUA, 2009.

dans la plupart des pays et singulièrement en France. À la différence d'autres pays, la France n'a de surcroît pas mis en place d'indicateurs de routine issus du PMSI qui permettraient de déceler des réadmissions excessives ou des taux de complication trop élevés ainsi que de repérer des évolutions problématiques [177]. Pourtant, lorsqu'un aspect des prises en charge est non contractualisé et non visible, le risque est fort de relâchements sur ce point en dépit de la protection apportée par la déontologie des professionnels.

Les dispositifs français de suivi de la qualité sont relativement pauvres au regard d'expériences étrangères beaucoup plus systématiques et outillées, en particulier le dispositif porté par la *Care Quality Commission* britannique [178]. Plus récemment, l'Allemagne a, elle aussi, mis en place une démarche ambitieuse de suivi de la qualité des établissements de santé.

À la suite d'une série de publications très critiques quant au niveau de qualité au sein du NHS [179], une démarche volontariste a été engagée en Grande-Bretagne pour doper les initiatives améliorant les prises en charge. Le niveau de qualité des établissements britanniques de santé fut dès lors annuellement coté en quatre niveaux, par la *Care Quality Commission,* en combinant, d'une part, une appréciation du respect de « standards », d'autre part, la position de l'établissement au regard d'indicateurs de processus et de résultats. Des indicateurs de résultats en matière de mortalité, au niveau global pour l'établissement et plus spécifiquement pour certaines interventions, sont désormais établis et publiés. La satisfaction des usagers et leur expérience en matière de prise en charge, ainsi que celles des personnels, sont évaluées par sondage sur une base homogène, ce qui permet des comparaisons. Les délais d'attente sont également mesurés et publiés. L'information ainsi constituée est rassemblée sur un site de référence « *NHS Choice »,* évolutif et conçu en fonction des besoins d'un usager qui veut pouvoir comparer les établissements qui lui sont accessibles.

Ce dispositif national a été complété dans une perspective un peu différente par « des comptes qualité » ; il s'agit là moins de favoriser le choix de l'usager que de rendre des comptes aux membres de la « communauté locale » sur la qualité des prestations des établissements, de les mettre en position de peser sur leur amélioration dans un contexte de démocratie sanitaire renforcée au niveau local. L'utilisation du terme « comptes » vise à signifier que les établissements de santé doivent rendre des comptes en matière de qualité comme en matière financière. Publiés depuis 2010, ils doivent présenter un état de la qualité dans l'établissement, une description des actions entreprises pour l'améliorer, des réponses aux questions posées par les autorités de régulation et par les représentants des usagers.

En Allemagne, un programme national ville/hôpital d'amélioration de la qualité (*Sektorübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitwesen* SQG) a progressivement été déployé ; initialement destiné à apporter aux professionnels

177 Z. Or, V. Häkkinen, « Diagnosis related groups (DRGs) et qualité : pour le pire ou le meilleur ? », *DRGs in Europe*, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, 2011.
178 P.-L. Bras, P. Gohet, A. Lopez, *L'information des usagers sur la qualité des prises dans les établissements de santé*, Rapport IGAS, juillet 2010.
179 « NHS High quality care for all », rapport de Lord Darzi 2008 et travaux préparatoires en amont.

des informations sur leurs pratiques, pour les inciter à améliorer leur performance, et à permettre aux régulateurs d'améliorer leur suivi de la qualité, ce projet a pris un tour plus net de transparence à l'égard des usagers, d'abord par la publication d'un rapport national annuel sur la qualité à l'hôpital puis, en vertu d'un texte de 2011, de rapports des établissements de santé désormais publics. Ce programme présente en outre une singularité intéressante qui est de tenter, en phase de test depuis 2010, un suivi qualité transectoriel au-delà de la seule hospitalisation pour quelques prises en charge [180].

Ces expériences ne sont naturellement pas exemptes d'imperfections comme en témoignent les évaluations nationales parfois critiques sur leur mise en œuvre au sein de ces pays [181]. Pour autant, elles témoignent du volontarisme existant dans d'autres pays et mettent en lumière des facettes importantes des démarches de pilotage de la qualité des soins : la production d'indicateurs variés mêlant indicateurs de process mais aussi indicateurs de résultats ; la transparence à l'égard des usagers ; un effort notamment en Grande-Bretagne de mise à disposition d'informations agrégées et comparatives pour favoriser le choix de l'usager.

Et en France ?

Le modèle français de régulation de la qualité a d'abord accordé une part limitée au pilotage par indicateurs. Centré depuis 1996 sur l'accréditation devenue certification en 2004, il a privilégié initialement l'évaluation du respect de référentiels de pratiques et de management, dans une démarche qui se voulait incitative.

La France s'est engagée plus tardivement dans la mise en place d'indicateurs qualité, tout particulièrement en ce qui concerne leur publication. En 2003, un accord-cadre regroupant la DGOS (alors la DHOS), la HAS (alors l'ANAES) et la DREES a engagé le projet COMPAQH de recherche d'indicateurs de qualité capables de mesurer de façon comparative la performance des établissements de santé en France. L'objectif était de se doter de scores composites permettant aux établissements de suivre leur propre évolution et de se comparer [182]. Cette première vague a été complétée à partir de 2009 par d'autres travaux encore en cours, les nouveaux projets COMPAQH-HPST et CLARTÉ associant plusieurs équipes [183], plus spécialisées sur les indicateurs de ressources humaines et de sécurité des soins. Ces travaux ont testé des indicateurs en fonction d'objectifs fixés par le ministère de la Santé, qui a ensuite, à partir de 2006, décidé d'en généraliser l'emploi par les établissements de santé. Un nombre relativement important d'indicateurs est aujourd'hui recueilli auprès des établissements (près d'une soixantaine).

---

180 Prothèses de hanches et genoux, obstétrique et néonatologie…
181 Par exemple, J. Gubb, "Have targets done more harm than good in the English NHS ? Yes", *BMJ*, 2009.
182 Le tableau de bord ICALIN appliquant cette méthode au domaine des infections nosocomiales est encore aujourd'hui un point fort de la démarche. Indicateur composite d'activité de lutte contre les infections nosocomiales, fourni sous forme de classe (A à E), il est initialement la seule donnée directement comparative.
183 Celles des Hospices civils de Lyon travaillant sur la sécurité du patient (« PSI » : *patient safety indicators*, extraits des données du PMSI, destinés à détecter la survenue d'événements indésirables liés aux soins et d'en quantifier l'ampleur), du CCECQA explorant les mesures de la satisfaction des usagers et plus récemment des professionnels et travaillant également sur la culture de sécurité, celles du CHU de Nantes (PIMESP) enfin développant des indicateurs liés aux ressources humaines (absentéisme et *turn over*).

La volonté de travailler avec des indicateurs non contestables sur le plan scientifique, le souci d'une appropriation de la démarche par les professionnels, la crainte d'éventuelles réactions de rejet ont contribué à ce que soient à l'origine privilégiés des indicateurs de processus [184], ne débouchant pas sur une appréciation aisée de la performance des établissements. Les débats méthodologiques parfois sensibles entourant les indicateurs de résultats ont freiné leur diffusion en France. Il est vrai que, par exemple, les controverses sont vives dans les pays qui ont développé des indicateurs en termes de mortalité, tout particulièrement en ce qui concerne l'ajustement au risque. En France, ces débats ont conduit les experts à n'envisager qu'avec circonspection la construction et la diffusion d'indicateurs de résultats. On peut, à titre d'illustration, se référer au comité d'évaluation de la T2A : « *Il n'existe pas à l'heure actuelle de méthode d'ajustement incontestable… Au total, la construction, l'interprétation et la diffusion d'indicateurs de mortalité soulèvent des difficultés méthodologiques qui nécessitent une instruction approfondie* [185]. » La réflexion a toutefois récemment progressé, pour établir un indicateur de mortalité global par établissement ; elle est moins avancée pour ce qui est des indicateurs de mortalité spécifiques par intervention ou pathologie. Les indicateurs de résultats [186] demeurent aujourd'hui encore minoritaires : en matière d'infections nosocomiales, la fréquence des infections au staphylocoque doré est aujourd'hui publiée. Les travaux en cours dans le cadre de CLARTÉ devraient apporter des indicateurs complémentaires sur la sécurité des patients (*Patient Safety Indicators*).

La logique d'information n'a par ailleurs pas constitué un objectif en soi de la politique de construction d'information sur la qualité. En effet, tant la certification que la mise en place d'indicateurs ont été fondamentalement envisagées dans la perspective de l'appropriation des résultats par les équipes des établissements sanitaires, afin qu'elles engagent, sous leur contrôle, des actions d'amélioration continue de la qualité. Mais, sous l'impulsion de la loi HPST qui a affirmé une obligation de rendre compte [187], les indicateurs qualité ont été généralisés et un double niveau de communication a été instauré, au niveau national puis au niveau local de chaque établissement, sous le contrôle de l'ARS. Le ministère de la Santé avait précédemment créé un site d'information, le site PLATINES dont les informations rendues publiques étaient supposées décrire, pour chaque établissement de santé public et privé, les principales caractéristiques en termes d'équipements, d'activités, de moyens en personnels. Son contenu a été enrichi afin de répondre à l'exigence de plus grande transparence. Certaines informations recueillies favorisent une appréciation de la qualité : les résultats de la certification, le score ICALIN (Indicateur composite d'activité de lutte contre les infections nosocomiales) et de récents indicateurs sur la pratique clinique (prises en charge des escarres, des AVC…) ; s'y ajoutent des éléments moins directement explicites pour des non-initiés sur la tenue du dossier patient, dits QUALHAS. La position d'un établissement peut être comparée à la moyenne

184 Cf. Définitions.
185 A. Coulomb (Président), Second rapport d'activité du comité d'évaluation de la T2A, DREES, doc. de travail, n° 94, septembre 2009.
186 Cf. Définitions.
187 Art. L. 6144 et L. 6161-2 CSP.

des établissements de sa catégorie. Aucun site (ministère, HAS) ne fournit cependant une appréciation synthétique de la qualité dans un établissement [188].

En dépit des avancées les plus récentes, la confrontation de l'expérience française aux démarches étrangères met en lumière une relative timidité des démarches engagées pour objectiver la qualité des soins et un moindre volontarisme des pouvoirs publics en termes de suivi. L'absence d'unité de pilotage et la faiblesse des moyens mobilisés sont dommageables [189]. Faute de volonté forte, les débats scientifiques sur la validité des indicateurs et les craintes de mésusage des professionnels l'ont longtemps emporté sur la logique de pilotage et de transparence sur la qualité des soins dans les établissements de santé. Le législateur a cependant confié dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, une nouvelle mission à la HAS : « coordonner l'élaboration et assurer la diffusion d'une information adaptée sur la qualité des prises en charge dans les établissements de santé à destination des usagers et de leurs représentants ». Comme le préconisait l'IGAS, une institution est désormais clairement responsable d'assurer une information pertinente des usagers sur la qualité des prises en charge. Elle doit s'en saisir.

A cet égard, les annonces faites par la HAS, fin novembre 2012, laissent augurer des évolutions possibles : aide à la publication d'indicateurs par les établissements, tableau de bord des infections nosocomiales plus exigeant sur les résultats et les risques graves, amélioration du site Platines, lancement de recherches…

Accorder plus de part aux indicateurs de résultats et à l'expression des patients et des professionnels

L'exigence est aujourd'hui forte de voir se développer des indicateurs de résultats diversifiés ; le débat porte moins sur le principe que sur le type d'indicateurs qu'il faudrait produire et rendre publics, en fonction des questions de pertinence et de difficultés techniques qu'ils peuvent poser. L'accélération de la mise à disposition d'indicateurs de résultats similaires à ceux présentés dans d'autres pays européens ou en France est souhaitable malgré les indéniables difficultés méthodologiques. En particulier, les indicateurs de résultats ne peuvent pas être présentés de manière brute car ils dépendent des caractéristiques des patients pris en charge et doivent donc être ajustés sur le risque.

Il est frappant que d'autres pays aient adopté des méthodes plus proactives, déployant comme en Grande-Bretagne ou en Allemagne un panel large d'indicateurs de qualité dont une fraction significative d'indicateurs de résultats, et en publiant si ce n'est l'exhaustivité mais une part conséquente, soit dans

188 Dans la présentation des résultats d'un établissement au regard des 11 thèmes suivis, il était initialement indiqué sur le site de la HAS si l'établissement « fonctionnait très bien », s'il « était invité à s'améliorer », s'il « devait s'améliorer », s'il « devait impérativement s'améliorer ». Dans le cadre de la procédure de certification V2010, la HAS a mis en place un nouveau mode de présentation graphique des résultats de la certification des établissements.
189 *Cf.* le rapport sur l'information des usagers, *op. cit.*

une synthèse nationale soit directement dans chaque établissement. La démarche française ne tranche pas tant par les méthodes adoptées (élaborer, tester les indicateurs, les utiliser d'abord parmi les professionnels pour les fiabiliser encore avant de les publier une fois les nécessaires ajustements opérés et leur robustesse garantie [190]) que par sa montée en puissance plus lente, plus prudente et son moindre systématisme. Il est difficile de faire la part, pour ce qui concerne l'insuffisance d'indicateurs de résultats en France, entre les réactions de protection, le souci de ne stigmatiser personne et les doutes légitimes sur la pertinence de ces indicateurs ; pour autant, il semble qu'un travail approfondi sur les enseignements des expériences étrangères et un débat organisé entre les parties prenantes est nécessaire pour franchir de façon consensuelle et accélérée de nouvelles étapes. La mise à disposition rapide de premiers « *patient safety indicators* » (PSI) encore en phase de test serait appréciable, comme la consolidation d'indicateurs de mortalité généraux et spécifiques, qui permettraient d'atténuer la durable prépondérance en France des indicateurs en lien avec les problèmes infectieux.

Il apparaît nécessaire de progresser également dans l'implication des patients et des professionnels dans l'évaluation de la qualité. La publication de données sur la satisfaction des usagers fait parfois l'objet de débats, comme risquant d'attirer l'attention sur l'accueil et le confort de l'établissement plus que sur ses résultats cliniques. La question du lien entre satisfaction et qualité clinique est certes controversée. Mais, outre que la qualité d'une prise en charge ne se résume pas à un résultat technique mais tient aussi à son adaptation aux aspirations du patient, la qualité des relations avec le personnel soignant, domaine que ce type d'enquête permet d'expertiser, est un axe d'intérêt particulièrement fort des usagers et sans doute un déterminant de l'amélioration de l'état de santé des patients [191]. Ces enquêtes offrent de surcroît des appréciations sur des éléments dont la contribution aux résultats cliniques n'est pas négligeable (qualité de l'information dispensée, organisation de la sortie). En Grande-Bretagne, il est établi une bonne corrélation entre le sentiment des usagers sur la propreté d'un établissement et la réalité des infections nosocomiales de cette structure. Le projet I-Satis [192], qui devrait débuter en 2013, viendra combler une lacune française dans l'association des usagers à l'appréciation de la qualité. Il permettra de mesurer de façon désormais systématique et homogène la satisfaction sur une base annuelle, une société extérieure recueillant l'avis des patients par téléphone 5 à 6 semaines après leur sortie [193].

En Grande-Bretagne, au-delà du recueil du « vécu » et de l'opinion des patients, ceux des personnels soignants sont également utilisés pour informer les usagers. On peut craindre des biais si la mesure renseigne moins sur la qualité

190 En Allemagne, les données publiées par les établissements en vertu de la loi de 2011 ne constituent qu'une partie des indicateurs existants.
191 M. Meterko *et al.*, *Mortality among patients with acute myocardial infarction : the influence of patient centered care and evidence based medicine*, Health services research, 2010.
192 Développé en collaboration par une quinzaine d'établissements et validé par le CCECQA, il a été utilisé en 2007 et 2008 pour mesurer la satisfaction des patients des CHU et des CLCC. L'agrégation des réponses permet de situer les établissements les uns relativement aux autres pour trois dimensions : soins, confort, organisation de la sortie. Elles sont relativement discriminantes et donc porteuses d'informations.
193 Selon le cahier des charges publié en 2006 par le groupe Compaqh qui a précisé la méthodologie de l'enquête, il sera procédé à un ajustement des résultats bruts (selon l'âge, la satisfaction générale par rapport à la vie, la perception de l'amélioration de l'état de santé) pour permettre les comparaisons interétablissements.

des soins que sur le sentiment d'appartenance et l'attachement des personnels à l'établissement de santé qui les emploie. Il n'en reste pas moins que les personnels soignants sont en bonne position pour apprécier la qualité des soins qu'ils dispensent et qu'il serait utile de s'y intéresser. Aucune démarche similaire n'est engagée en France ; les travaux sur la satisfaction au travail explorés dans le projet Saphora-Job inclus dans le programme CLARTÉ n'ont pas cette vocation, pas directement en tout cas.

Une transparence à accroître à l'égard des usagers

L'accentuation de la transparence de la démarche française est un autre impératif. Au-delà d'un souci de démocratie sanitaire et d'information de l'usager, la publication de données qualité constitue un levier reconnu d'amélioration des pratiques. Si les travaux conduits en France n'attestent pas de l'existence d'un consommateur avisé qui arbitrerait ses choix d'hospitalisation au vu des informations qualité qui lui sont fournies [194], différentes études confortent en revanche l'idée que la publicité des données sur la qualité influence les équipes et les établissements, sensibles à un « effet de réputation » ou à une crainte quant à leur « part de marché » future.

Ainsi, la diffusion de résultats aurait un impact plus important sur les comportements que la simple mesure de performances sans publicité [195] ; elle stimulerait les initiatives pour améliorer la qualité du processus de soins [196] mais aurait un impact plus incertain sur les résultats, du fait d'éventuels effets pervers de la mesure (sélection des patients ou abstention par rapport à des interventions risquées).

Par ailleurs, en pratique, le choix d'un établissement de santé est plus souvent le fait du médecin traitant de ville que directement de l'usager. Les missions de l'IGAS ont d'ailleurs montré l'importance de la réputation sur la communauté médicale quant à l'activité de l'établissement. La transparence s'adresse donc autant à l'usager informé qu'est le médecin de ville qu'à l'usager final. Ceci étant, un praticien ayant à la fois une activité de ville et une activité en établissement peut être incité à orienter ses patients vers l'établissement où il exerce, indépendamment de sa réputation.

En France, la publication depuis 2004 du tableau de bord ICALIN, s'est accompagnée d'un incontestable progrès dans les processus de lutte contre les infections nosocomiales. Les données sur les résultats témoignent aussi d'une réduction des infections (SARM, infections du bloc opératoire…) mais il n'est pas évident d'imputer ces progrès à la publication de données. Deux

194 Mais peut-être est-ce lié au caractère encore insuffisamment lisible par l'usager des informations qui lui sont livrées.
195 B. Fermon, P., *Lévy, La diffusion publique de données relatives à l'activité, la performance, les résultats des établissements de santé. Étude bibliographique*, Université Paris-Dauphine.
196 *Idem.*

études [197] construites à partir de déclarations des acteurs concluent toutefois que la publication des données a eu un impact positif sur l'amélioration des pratiques. Le suivi sur plusieurs années témoigne également d'amélioration dans certaines prises en charge.

Au total, il semble que l'on puisse raisonnablement espérer que la publication d'informations sur les performances des équipes et des établissements de santé ait un effet, peut-être modeste mais réel, pour stimuler les initiatives visant à améliorer la qualité des prises en charge. Leur reprise par le régulateur est de surcroît susceptible d'amplifier encore l'impact lié aux effets de réputation ou de crainte de pertes de marché. La France doit aller au-delà de la publication actuelle d'indicateurs essentiellement axés sur les processus et s'engager plus nettement dans la publication d'indicateurs de résultats y compris en termes de mortalité. Le futur programme national sur la sécurité des patients préparé par le ministère de la Santé [198] souligne légitimement la nécessité de cet effort d'information renforcée du public *via* des indicateurs de qualité et de sécurité adaptés et progressivement mieux identifiés.

Parallèlement au pilotage de l'efficience, renforcer le pilotage de la qualité

De nombreux arguments plaident aujourd'hui pour une démarche plus énergique de pilotage de la qualité des établissements de santé. Les risques de contradiction entre objectifs, évoqués précédemment, inhérents à une période de contrainte budgétaire, imposent désormais une vigilance accrue à l'égard de la qualité et la sécurité des soins prodigués dans les établissements de santé. Le pilotage étroit de l'efficience économique et du retour à l'équilibre financier des établissements doit être impérativement couplé à un pilotage de même niveau et de même exigence sur la qualité.

Plusieurs principes doivent guider la politique de pilotage de la qualité :

– intégrer plus fortement l'exigence de qualité et l'objectivation des résultats aux modalités de régulation et garantir une plus grande cohérence entre démarches (certification, évaluation des pratiques professionnelles, inspection, financement, contractualisation et planification…) ;

– associer les parties prenantes à la définition de la politique et des indicateurs ou enquêtes afin de réellement répondre aux besoins de chacun – régulateur, professionnels, usagers – et de garantir ainsi une appropriation véritable de ces instruments sinon ressentis comme une contrainte bureaucratique ;

– opter pour une plus grande transparence en instaurant des comptes qualité publics. Bien que non indispensable à un suivi exigeant de la qualité des soins, la transparence des informations sur la qualité paraît un levier managérial favorisant la mobilisation des professionnels et une exigence de démocratie sanitaire ;

197 Compaqh/INSERM, *Impact de la diffusion publique des indicateurs de qualité des soins : l'exemple d'ICALIN,* août 2007 et Sanesco/DHOS, *Étude d'impact auprès d'établissements de santé de la mise en place de tableaux de bord sur les infections nosocomiales,* août 2008.
198 Source : DGOS.

– enrichir la palette d'instruments de mesure en confortant la part des indicateurs de résultats, plus synthétiques et plus susceptibles de « parler » directement aux usagers [199], et donner plus de place à l'expression des usagers et des professionnels.

Veiller à préserver un équilibre entre volonté de connaissance et charge de recueil et production par les équipes, en mobilisant autant que faire se peut des modes de production automatiques des indicateurs [200], ce qui signifie un progrès sensible des systèmes d'information liés aux soins, aujourd'hui encore parents pauvres de l'informatisation des établissements.

Faire converger les démarches de promotion de la qualité

La montée en puissance d'une démarche de pilotage par les indicateurs venant conforter une approche antérieure basée sur la certification, ou, de façon plus circonscrite, sur l'inspection, invite aujourd'hui à examiner la cohérence d'ensemble du dispositif et son efficacité. Les travaux de l'IGAS, comme les publications récentes, mettent en lumière deux besoins majeurs : une articulation accrue des outils et des acteurs pour promouvoir la qualité, un recentrage sur les processus concrets de soins.

La mise à disposition croissante de données comparatives est en soi un progrès. Mais l'effet positif et incitatif du parangonnage a un temps… et s'infléchit dans la durée si le régulateur ne s'empare pas des résultats du suivi de la qualité. De la même façon, le seul volontarisme des pouvoirs publics est impuissant, si les démarches qu'ils proposent ne convainquent pas les professionnels.

Pour affirmer l'importance du pilotage par la qualité, les acteurs français de la régulation doivent réaliser la fusion de démarches d'esprits différents et veiller à se coordonner dans l'usage des informations qualité sur un établissement.

La certification doit ainsi s'alimenter plus nettement des indicateurs qualité et intégrer une approche « Résultats » à une approche originellement plus centrée sur le respect de bonnes pratiques et de principes de management. C'est dans cet esprit que la HAS fait aujourd'hui évoluer son dispositif de certification, afin de mieux garantir sa portée en termes de qualité et sécurité [201]. C'est l'enjeu de la V2010 du guide de certification qui a notamment introduit pratiques exigibles prioritaires et indicateurs de qualité [202] mais plus encore de la stratégie de certification en cours de définition qui vise, entre autres, à renforcer la capacité de la certification à maîtriser les risques et à rendre continue la démarche d'amélioration de la qualité [203]. Dans cette optique, la HAS reprend la proposition

199 Sur les mérites respectifs des indicateurs de process et de résultats, *cf.* partie 3 du rapport IGAS : P.-L. Bras, P. Gohet, A. Lopez, *L'information des usagers sur la qualité des prises en charge dans les établissements de santé.* juillet 2010.
200 Les fédérations ont en effet alerté la HAS et la DGOS sur la charge de travail induite aujourd'hui par le recueil des indicateurs compte tenu de leur mode actuel d'élaboration.
201 Une enquête IPSOS sur les premières phases de la certification faisait apparaître des points positifs tels l'incitation à la mise en place de démarches de gestion des risques, une approche décloisonnée du management, la diffusion de bonnes pratiques mais aussi des critiques sur la rigidité du cadre, le caractère chronophage de la procédure, la faible place dédiée aux pratiques médicales et l'approche scolaire de la démarche, source de stress et de démotivation.
202 Un bilan des 100 premiers dossiers de certification en V 2010 montrait une montée de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et des revues de morbimortalités (RMM) ; S. Cohen-Hygounenc, « Retour d'expérience sur la certification V 2010 », HAS, *Journées internationales de la qualité hospitalière et de la santé*, novembre 2010.
203 Rencontre HAS sur la qualité, 17 et 18 novembre 2011.

de l'IGAS d'un compte qualité et envisage aujourd'hui de l'insérer dans le processus de certification, en substitution des démarches d'auto-évaluation. Publié tous les 18 mois, il comprendrait une partie plan d'action à la suite du recueil des indicateurs qualité. Le compte qualité deviendrait une exigence normale de pilotage d'un établissement. La HAS n'a pas encore tranché la question de la publication. L'IGAS la recommande fortement (*cf. infra*).

Il importe aussi de mieux articuler la démarche nationale de la HAS et les actions régionales des ARS au regard de la qualité et de la sécurité. Cette coordination a deux enjeux : accompagner le travail de ciblage de la certification poursuivi par la HAS dans sa nouvelle stratégie ; ne pas laisser sans suite des signaux inquiétants issus du suivi de la qualité. Des progrès paraissent encore possibles dans la liaison établie entre procédure de certification et connaissance de proximité par les ARS, notamment en préparation des visites de certification alimentées de façon trop aléatoire par des remontées d'informations régionales[204]. Mais il s'agit aussi de s'emparer des résultats de la certification ou du suivi des indicateurs. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 conforte à cet égard la prise en compte des résultats de la certification et des indicateurs qualité dans les CPOM signés avec les établissements en prévoyant la définition d'objectifs établis à partir d'indicateurs de performance et des possibilités de sanction ou d'incitation en fonction de leur atteinte[205]. La progressive montée en puissance d'indicateurs publics confrontera plus fréquemment à la question des suites à donner à des résultats problématiques[206]. Les expériences britanniques comme allemandes montrent la difficulté de gestion des « *outliers*[207] » et des résultats dégradés. La question n'est pas nouvelle mais le systématisme des indicateurs et leur transparence avive sa portée. Le déploiement d'un suivi plus systématique de la qualité en France rend nécessaire une véritable force de frappe d'inspection. Les situations telles celle qui a conduit il y a quelques années à une intervention de l'IGAS dans un établissement présentant une surmortalité dans un service de cardiologie, pourraient être repérées en plus grand nombre et appeler à une intensification des missions d'inspection. Les travaux de l'IGAS montrent à cet égard une capacité des ARS aujourd'hui affaiblie et en partie sous-dimensionnée face à l'ampleur du champ de compétences des agences. Ils pointent l'urgence de préservation d'un effectif mimimum, d'un renforcement méthodologique et d'une clarification du positionnement des équipes inspectantes pour éviter les conflits de mission (régulation de l'offre de santé/inspection)[208].

Accroître la cohérence des dispositifs de régulation en faveur de la qualité peut aussi signifier mieux intégrer les enjeux de qualité dans la rémunération et accroître « l'intérêt » des établissements à augmenter la qualité. Des dispositifs de paiement à la performance par épisode de soins, voire par parcours de soins

204 G. Duhamel, C. Lannelongue et V. Saintoyant, *La contribution de la HAS à la sécurité des soins. Évaluation de son dispositif de contrôle interne*, Rapport IGAS, juin 2011.
205 Art. 57 de la LFSS 2012.
206 Intervention de C. Sherlaw-Johnson, Care-Quality-Commission, « Outcomes monitoring in healthcare regulation », ISQUA, 2009.
207 Valeur atypique au regard d'une moyenne ou d'une médiane.
208 M. Fourcade, M. Khennouf, F. Schaetzel, J.-J. Tregoat, D. Tricard, G. Vallet, J. Voisin, *Évaluation de la fonction « inspection-contrôle » appliquée aux champs sanitaire, social et médico-social,* Rapport IGAS, avril 2012.

ont été développés à l'étranger[209]. Le manque de maturité des instruments français de suivi de la qualité peut conduire à juger de telles expériences comme prématurées en France. Certains considèrent pourtant qu'il s'agit d'un incitatif nécessaire qu'il convient d'amorcer. C'est l'objet de travaux en cours au sein de la DGOS et de la HAS qui, à partir des résultats de la certification et des premiers indicateurs généralisés, tentent d'esquisser des scores et, sur cette base, des incitatifs financiers à la qualité à expérimenter en 2013.

L'impact des paiements à la performance, d'expérimentation encore relativement récente, reste cependant controversé. L'évaluation, en 2012[210], de l'impact sur l'indicateur de mortalité à 30 jours de démarches américaines de valorisation de la qualité engagées il y a six ans n'emporte pas la preuve de leur efficacité sur les résultats cliniques à ce stade : l'article conclut à l'absence d'efficacité vérifiée du programme le plus important de paiement à la performance « *Premier Hospital Quality Incentive Demonstration* » y compris pour les suites cliniques des actes directement pris en compte dans les incitatifs financiers et pour les établissements qui présentaient initialement les résultats qualité les plus faibles. Il en déduit que les attentes à l'égard de telles démarches doivent être mesurées. L'évaluation au travers d'un indicateur de mortalité peut toutefois poser question comme manquant de finesse.

Une plus grande focalisation sur les processus de soins pour mieux impliquer les professionnels

L'association accrue des professionnels à des démarches qualité qui mobilisent parfois plus les équipes administratives et de direction est indispensable. Elle suppose, comme le soulignent les retours d'expériences de plusieurs démarches internationales, plus de focalisation sur les pratiques cliniques et la réalité des prises en charge tant au travers du dispositif de certification que du suivi par indicateurs. Il est notoire que les indicateurs sont d'autant mieux acceptés et utilisés qu'ils ont une réelle signification pour les équipes de soins et qu'ils ont un véritable potentiel d'amélioration des pratiques cliniques. L'affirmation de pratiques exigibles prioritaires mais, surtout, la démarche de visite de certification basée sur la méthode du patient traceur, axée sur le suivi du parcours d'un patient, devraient accroître cette dimension dans les nouvelles versions de la certification.

L'implication des professionnels dans les démarches internes de qualité est également essentielle. Le recentrage de la commission médicale d'établissement sur le suivi de la qualité et de la sécurité a parfois été mal ressenti par les médecins. Pour autant, leur rôle est bien décisif dans l'affirmation d'une politique « Qualité » forte dans les établissements, avec l'aiguillon des patients et usagers au travers notamment des commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge[211] (CRUQPC). L'implication des professionnels dépendra

209 Exemples de modulation financière : pénalisation aux États-Unis en cas de comorbidités acquises, en Grande-Bretagne ou en Allemagne en cas de réhospitalisations précoces.
210 Ashish K. Jha, Karen E. Joynt, E. John Orav, and Arnold M. Epstein, "The Long-Term Effect of Premier Pay for Performance on Patient Outcomes", *New England Journal of Medicine*, avril 2012.
211 Institutions dont l'évaluation mériterait d'être faite pour voir la place réellement accordée au point de vue des usagers (*cf.* fiche « Quelle place pour l'usager de l'hôpital ? »).

aussi de l'usage qu'il sera fait du suivi des indicateurs qualité au niveau national et de l'enrichissement consécutif des politiques de santé qui doit en découler. C'est ce que montre bien l'expérience allemande : pour chacun des indicateurs de résultats suivi, une analyse de la situation globale des établissements de santé est conduite[212] et l'action publique à entreprendre définie (dialogue avec établissements, travaux de recherche, publication de référentiels…).

CONCLUSION

La contrainte budgétaire et les exigences de retour à l'équilibre pour un nombre élevé d'établissements de santé doivent impérativement aller de pair avec une prise en compte plus partagée et plus transparente de la qualité des soins. La qualité est cependant un enjeu plus structurel comme le montre dans la plupart des pays la difficulté à obtenir un haut niveau de pratiques en accord avec les standards et à réduire les évènements indésirables. Dans ce contexte, le caractère lacunaire du dispositif national de suivi de la qualité des soins est problématique. Il faut aujourd'hui donner la priorité à la production d'informations qualité en routine, dont une part importante doit être rendue publique dans des comptes qualité à l'instar d'autres pays.

Mais au-delà d'une connaissance plus précise, il importe également de faire de la qualité des soins un critère plus prégnant de régulation du système hospitalier. Le pilotage étroit de l'efficience économique et du retour à l'équilibre financier des établissements doit être impérativement couplé à un pilotage de même niveau et de même exigence sur la qualité. Cet objectif doit irriguer de façon accentuée l'ensemble des volets de la politique hospitalière.

212 Part plus ou moins importante des établissements hors cible ou présentant un évènement dit « sentinelle ».

8. Comment améliorer la sécurité et la maîtrise des risques dans les établissements de santé ?

Des enjeux bien réels

La prise de conscience que la sécurité du patient est un enjeu essentiel dans la prise en charge hospitalière s'est imposée ces dernières années. Si des travaux nord-américains ont pu contribuer à cette sensibilisation, la mobilisation effective autour de la dimension de la sécurité des soins en France tient à une série de facteurs[213].

Premièrement, du fait de dysfonctionnements majeurs et réitérés, l'opinion publique et les pouvoirs publics ont pris conscience de l'existence et de la gravité du risque médical.

Deuxièmement, au-delà des affaires liées à un risque particulier, et bien que l'on ne dispose pas de marqueurs de risque fiables et exhaustifs, plusieurs enquêtes montrent une fréquence notable d'incidents graves liés aux soins, leur persistance dans le temps et leur caractère souvent évitable. Ainsi, en 2009, 6,2 événements indésirables graves (EIG) liés aux soins étaient survenus pour 1 000 journées d'hospitalisation ; un tiers de ces événements a été jugé évitable et donc accessible à une politique de réduction des risques liés aux soins. En extrapolant les résultats, on peut estimer le nombre d'EIG à une fourchette allant de 275 000 à 395 000 par an, dont 95 000 à 180 000 EIG évitables. Les EIG évitables étaient généralement associés à l'une des expositions ou l'un des mécanismes suivants : un acte invasif (notamment les interventions chirurgicales), un produit de santé (médicament ou dispositif médical implantable), une infection associée aux soins (IAS)[214]. La dernière enquête nationale de prévalence en 2006 a montré que 4,97 % [215] des personnes hospitalisées présentaient une IAS, et une étude de 2000 que les IAS contribuaient à 2,8 % des décès hospitaliers soit 4 200 décès par an. L'opinion publique est d'ailleurs partagée mais plutôt pessimiste sur l'évolution de la qualité des soins, notamment à l'hôpital [216], et l'acceptabilité du risque dans la population générale s'est affaiblie [217].

213 G. Duhamel, E. Minvielle, V. Saintoyant, « Gestion des risques liés aux soins : état des lieux et perspectives », *in Pratique et organisation des soins*, 2012.
214 « Les évènements indésirables graves dans les établissements de santé : fréquence, évitabilité et acceptabilité », *in Études et résultats*, nº 761, DRESS, mai 2011.
215 Chiffre qui se situe dans la fourchette basse des chiffres européens.
216 « Suivi barométrique de l'opinion des Français à l'égard de la santé, de la protection sociale, de la précarité, de la famille et de la solidarité. Synthèse des principaux enseignements de l'étude », DREES/BVA, 2011.
217 R. Amalberti, C. Bruneau, A. Desplanques, L. Degos, « Viewing the safety imperative from the french policy perspective », *in Qual Saf Health Care,* 2009, et P. Michel, *Étude nationale sur l'acceptabilité des principaux types d'évènements indésirables graves associés aux soins en population générale et chez les médecins,* CCECQA, 2010.

Troisième élément, il est probable que la pression assurantielle et judiciaire ressentie par les professionnels a joué un rôle dans le développement de la place accordée à la sécurité, au moins auprès des médecins libéraux. Enfin, le surcoût des événements indésirables liés aux soins ne peut laisser indifférent[218], même si l'évaluation complète du fardeau économique des évènements indésirables est délicate[219].

Les enjeux de sécurité ne se réduisent pas à la seule sécurité des soins. La sécurité des personnels, parfois victimes d'agressions, ou encore les normes des bâtiments en font également partie. Par ailleurs, les modes d'organisation, y compris en termes de choix architecturaux, peuvent avoir un impact sur la sécurité des soins eux-mêmes. Cependant, l'IGAS ayant davantage réalisé des enquêtes sur la sécurité des soins, ces autres aspects ne seront pas traités ici.

Les principaux dispositifs de maîtrise des risques semblent avoir un impact positif, mais la politique d'ensemble reste difficile à évaluer

Des dispositifs spécifiques de lutte contre les infections nosocomiales et les accidents médicamenteux

La lutte contre les infections associées aux soins a fait l'objet de mesures spécifiques de la part des pouvoirs publics depuis de nombreuses années. Chaque établissement de santé a l'obligation réglementaire de mener une politique en la matière qui consiste :

- à définir une stratégie locale, impliquant à la fois la direction de l'établissement et les représentants du corps médical ;
- à disposer de moyens et d'une structure (équipes d'hygiène hospitalières) ;
- mettre en place un dispositif de surveillance d'indicateurs[220] définis nationalement ;
- à conduire des actions de formation auprès des professionnels de santé de l'établissement ;
- à mettre en œuvre des actions de prévention et des actions correctrices au vu des indicateurs de suivi.

Le dispositif fonctionne dans le cadre d'un réseau régional, interrégional et national de centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (CCLIN) dont l'expertise accompagne les établissements[221]. Depuis 2011,

---

218 Nestrigue C. et coll., « Surcoût des événements indésirables associés aux soins à l'hôpital », *Questions d'économie de la santé*, DREES – IRDES, nº 171, décembre 2011.
219 Alves de Rezende B. et coll., « Revue de la littérature internationale sur l'évaluation économique des politiques de réduction des événements indésirables », *Études et recherche*, DREES, nº 116, mars 2012. Shreve J. *et al.*, « The economic measurement of medical errors », *Society of actuaries*, Milliman, 2010.
220 Il s'agit essentiellement d'indicateurs centrés sur les moyens de la lutte plus que sur ses résultats : indice composite d'activités de lutte contre les infections nosocomiales (ICALIN), surveillance des infections du site opératoire (SURVISO devenu ICA-LISO), indice composite de bon usage des antibiotiques (ICATB), quantification de l'utilisation de solutions et produits hydroalcooliques pour le lavage des mains dans l'établissement (ICSHA), auxquels s'est ajoutée la surveillance d'indicateurs relatifs à la prévention des bactéries multirésistantes (ICA-BMR).
221 Au sein du réseau, sont notamment surveillés les principaux facteurs de risque des établissements et comparés leur ratio taux d'infections attendus / taux observés selon le type d'établissement et de patients pris en charge.

compte tenu de l'amélioration régulière du score des établissements centré sur les processus de maîtrise, les indicateurs évoluent vers des critères plus spécifiques et davantage centrés sur les résultats en matière d'infections graves et évitables.

Outre le programme de lutte et de surveillance local, il existe – depuis plus de dix ans – une obligation réglementaire pour les établissements de signaler, dans un but d'alerte et si besoin d'intervention, certaines infections nosocomiales rares ou particulières par leur localisation ou par le germe responsable. Mais le caractère opérationnel du dispositif de surveillance et de signalement s'avère insuffisant[222]. Il est en cours de dématérialisation de manière à en accroître la réactivité.

Même si des progrès ont été obtenus, la mobilisation reste de mise, de même qu'une optimisation des interfaces entre acteurs des dispositifs de surveillance, de contrôle et de prévention (équipes soignantes et équipes de gestion des risques dans les établissements, réseau national, Institut de veille sanitaire – InVS – et ARS)[223].

Les médicaments continuent à être source de multiples erreurs, accidents et dysfonctionnements comme en témoignent les différentes inspections diligentées soit régionalement, soit par l'IGAS, les enquêtes menées localement ou au niveau national, les systèmes de signalement ou les plaintes des usagers. Ces évènements sont susceptibles d'impacter la qualité de vie des patients, voire de mettre en jeu leur pronostic vital. Or, un grand nombre d'entre eux sont évitables.

Avec le temps, une politique en théorie assez robuste de sécurisation et de bon usage du médicament a été mise en place dans les établissements. Chaque établissement, au-delà de son obligation de signalement en cas d'accident ou d'effet indésirable notable ou grave, doit mettre en œuvre un programme d'actions pour lequel il passe contrat avec l'ARS[224]. Ces actions sont de nature multiple : actions de formation, actions de sécurisation (sécurisation du circuit dans l'établissement, sécurisation des préparations…), actions d'amélioration (retour d'expérience…), actions de communication en interne et auprès du public…

Au plan national, l'agence chargée de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé a mis en place, depuis 2005, un guichet des erreurs médicamenteuses pour recueillir, analyser et traiter les signalements d'erreurs ou de risques d'erreurs en lien direct avec le médicament (problème de présentation, d'étiquetage, de dénomination…). L'activité de ce guichet a crû avec le temps, mais reste limitée (1 702 signalements en 2011).

---

222 A. Bruant-Bisson, A. Jeannet, M. Jeantet, Dr S. Picard, *Enquête à l'Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille sur le circuit de signalement des infections nosocomiales*, Rapport IGAS, mai 2011.
223 « Alerte, investigation et surveillance des infections nosocomiales : le réseau Raisin, 2001-2010 », *BEH*, nº 15-16-17, 26 avril 2011.
224 Le contrat de bon usage du médicament (CBUM) est dorénavant intégré au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) de chaque établissement.

Des démarches globales de certification et des programmes de gestion des risques

Plus récemment, pour renforcer la sécurisation, la réglementation a été modifiée, des guides [225] et des référentiels nationaux de bon usage ont été rendus disponibles, une liste d'« évènements qui ne devraient jamais arriver » a été élaborée, inspirée de la démarche du NHS britannique (« *never events* »). Ces évènements sont des effets indésirables graves évitables si des mesures de prévention adéquates sont mises en œuvre. Un dossier support a été mis à disposition pour aider à leur mise en place [226]. L'impact de cette démarche devra être évalué.

Au niveau régional, les centres régionaux de pharmacovigilance (CRPV), et les observatoires du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique (OMEDIT) peuvent apporter un appui aux établissements. Ainsi, l'activité de recueil d'effets indésirables liés aux médicaments des CRPV [227] est en augmentation, mais elle provient essentiellement des établissements dans lesquels ils sont implantés, notamment les CHU, grâce à une sollicitation des services, facilitée par la présence de correspondants locaux. Les déclarations, souvent incomplètes, nécessitent une documentation complémentaire que les équipes médicosoignantes peinent à fournir.

Au total cependant, malgré les actions entreprises, d'importantes marges de progression subsistent [228]. Les multiples investigations menées par l'IGAS à l'occasion de l'administration d'un mauvais médicament ou d'une dose inappropriée ayant eu une conséquence grave pour les patients ont bien montré, notamment, qu'une erreur humaine individuelle, cause immédiate de l'évènement, était souvent favorisée par un contexte technique et un dysfonctionnement organisationnel « systémique » [229]. Il apparaît nécessaire d'améliorer le portage institutionnel, de développer des démarches proactives en hiérarchisant les niveaux de risque, de poursuivre le développement de l'informatisation du circuit du médicament et, plus largement, de renforcer la qualité de son organisation.

À côté des politiques ou programmes sectoriels, des approches plus globales ont été mises en œuvre. Il en est ainsi de la certification des établissements, de la conduite de programmes de gestion des risques en leur sein et, plus récemment, de la mesure d'indicateurs globaux de qualité.

---

225 Voir notamment : « Qualité de la prise en charge médicamenteuse. Outils pour les établissements de santé », *DGOS*, février 2012 ; www.who.int/patientsafety/events ; MEAH, rapport final : « Organisation du circuit du médicament dans les hôpitaux et cliniques », juillet 2008.

226 www.ansm.sante.gouv/Dossiers-thematiques/Securite-du-medicament-a-l-hopital

227 Les CRPV assurent également une activité de conseil en matière de prévention et de bon usage du médicament, notamment pendant la grossesse.

228 M.-H. Cubaynes, M. Dahan, E. Falip, D. Noury, *Le circuit du médicament à l'hôpital*, Rapport IGAS, mai 2011 ; A. Morin, J.-L. Vieillerbière, *Contrôle du circuit du médicament au centre hospitalier d'Ajaccio,* Rapport IGAS, février 2011 ; B. Joly, A. Morin, Dr S. Picard, H. Vigneron-Meleder, *Enquête sur le circuit du médicament à l'Assistance publique – Hôpitaux de Marseille*, Rapport IGAS, novembre 2010.

229 Tout comme pour les accidents médicamenteux, les différents dossiers disciplinaires de médecins hospitaliers traités par l'IGAS ces dernières années ont montré qu'à côté des problèmes relationnels, des problèmes de compétence, parfois des défauts au regard de l'éthique conduisant à la prise de risque injustifiée, coexistaient souvent des problèmes organisationnels impactant les conditions d'exercice des médecins et source d'insécurité pour les patients.

Depuis 1996, chaque établissement est dans l'obligation d'être certifié [230] tous les quatre ans, hier par l'ANAES, aujourd'hui par la HAS. Il s'agit essentiellement d'une démarche s'appuyant sur l'analyse de procédures internes visant à l'amélioration de la qualité dans les établissements (et donc ne s'adressant à la lutte contre les risques qu'indirectement) [231]. Depuis 2010, le degré d'exigence vis-à-vis des établissements s'est renforcé, notamment dans une perspective plus clinique et plus sécuritaire [232] en prenant en compte différentes démarches déjà existantes.

Bien que la procédure existe maintenant depuis plus de quinze ans, l'engagement local des professionnels demeure très variable selon les établissements, et, dans les établissements, selon et au sein des équipes. Les résultats varient également selon les établissements, mais jusqu'à très récemment, aucun refus de certification n'avait été prononcé, et le nombre de réserves majeures en lien avec un indicateur (direct ou indirect) de sécurité paraît très faible au regard du nombre d'événements indésirables survenant dans les établissements [233]. De surcroît, la prise en compte des résultats est longtemps restée très inégale au sein des établissements et très limitée de la part de la tutelle régionale (ARH puis ARS) ou nationale [234].

Pour accroître l'impact des démarches de certification, des efforts de meilleure synchronisation ont été entrepris avec les inspections conduites par les ARS ; les démarches d'évaluation de la performance des établissements intègrent dorénavant les indicateurs de qualité des établissements [235] ; l'évaluation des directeurs d'ARS doit désormais tenir compte du niveau de certification des établissements de leur région.

En ce qui concerne les perspectives d'évolution de la procédure, plusieurs mesures sont susceptibles de renforcer l'action de la certification sur la sécurité, en particulier l'utilisation d'un profil de risque propre à chaque établissement et de nouvelles méthodes de visite, notamment le « patient traceur » qui permettra d'évaluer directement le processus de prise en charge des personnes hospitalisées. La HAS cherche également le bon équilibre entre engagement interne en continu et autogestion par l'établissement, d'une part, évaluation externe par les experts missionnés par la HAS, d'autre part.

À côté de la certification, un programme de gestion des risques dans les établissements avait été recommandé en 2004. Son évaluation en 2009 avait conclu à une mise en œuvre souvent plus formaliste qu'approfondie. Aussi, la loi HPST a-t-elle rappelé l'obligation de mettre en œuvre une « politique d'amélioration continue de la qualité et sécurité des soins et une gestion des

230 L'ordonnance nº 96-346 du 24 avril 1996 a introduit la procédure d'accréditation conformément à la terminologie internationale. Son intitulé a été modifié en France par l'ordonnance nº 2010-177 du 23 février 2010 pour devenir « certification »…
231 www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1037211/manuel-de-certification-v2010-revise-2011.
232 Notamment *via* la prise en compte de pratiques exigibles prioritaires (PEP), l'introduction de revues de morbimortalité dans plusieurs disciplines ou l'utilisation obligatoire d'une check-list de sécurité au bloc opératoire.
233 Selon les indicateurs, sur 713 établissements certifiés récemment, entre 0 et 12 ont fait l'objet de réserves majeures relatives aux 13 principaux indicateurs « sécuritaires » de la certification, et entre 2 et 123 de simples réserves.
234 G. Duhamel, C. Lannelongue, V. Saintoyant, *La contribution de la Haute Autorité de santé à la sécurité des soins : évaluation de son dispositif de contrôle interne*, Rapport IGAS, juillet 2011.
235 Ces indicateurs sont intégrés dans l'outil de l'ANAP « *Hospidiag* » avec lequel chaque directeur doit mesurer la performance de son établissement.

risques visant à prévenir et traiter les évènements indésirables liés à leurs activités ». Cette politique doit être portée par un pilotage institutionnel fort, une coordination opérationnelle et un programme d'actions contractuelles, recentrées sur des risques graves et évitables ou récupérables, visant notamment les principaux risques pour les patients (la lutte contre les infections liées aux soins, le bon usage des médicaments, les risques associés aux actes invasifs), les dispositifs de vigilance et la prise en charge de la douleur. Pour accompagner cette politique, outre de multiples guides [236] et les structures d'appui et d'expertise mobilisables nationalement ou régionalement, une incitation financière gérée par les directeurs d'ARS est prévue dans le cadre des missions d'intérêt général (pour l'organisation de retour d'expérience avec analyse d'incident).

Le lancement de cette nouvelle dynamique fin 2011 est trop récent pour qu'on en connaisse l'impact.

La certification des professionnels et d'autres actions aux effets potentiellement positifs

La certification des professionnels s'inscrit dans cette démarche de gestion des risques. Le dispositif, qui existe depuis cinq ans, repose sur l'analyse des pratiques, l'identification et la recherche prédictive de situations à risque (les événements porteurs de risque), le repérage de défaillances, leur signalement – dont la gestion est sous la responsabilité des professionnels, par spécialité, en lien avec la HAS – et leur traitement local dans les établissements dans une logique de retour d'expérience.

La démarche est aboutie dans sa conception. Mais l'interface avec les dispositifs de vigilance (pilotés par l'ANSM) et avec celui du signalement des effets indésirables graves (expérimenté par l'Institut de veille sanitaire-InVS) devrait être améliorée. Surtout, sa mise en œuvre souffre de difficultés importantes. Son déploiement n'est notable que pour un petit nombre de spécialités. De plus, elle mobilise principalement les médecins libéraux, l'engagement dans le processus leur permettant de voir une partie de leur prime d'assurance en responsabilité civile professionnelle prise en charge par l'assurance maladie [237], alors qu'aucun intérêt à agir similaire n'existe pour les médecins exerçant dans les établissements publics à titre non libéral [238]. Dès lors, une grande partie des lieux où sont prises en charge les personnes malades n'est pas engagée dans la démarche, compromettant sa crédibilité et, à terme, sa pérennité.

Enfin, comme indiqué *supra* [239], des indicateurs généraux de qualité ont été développés depuis 2008 dans les établissements. De surcroît, des indicateurs centrés sur la sécurité du patient (*patient safety indicators*) [240] sont en cours

236 Voir notamment le guide méthodologique *Gestion des risques associés aux soins en établissements de santé*, HAS, avril 2012 et M*ulti-professional patient safety curriculum guide*, WHO, 2011.
237 Le lien avec l'assurance en RCP est probablement très incitatif, il reste toutefois relativement artificiel dans la mesure où l'évolution des primes n'est pas corrélée aux actions engagées ou à leur impact sur la sécurité des pratiques.
238 Rapport IGAS sur la contribution de la HAS à la sécurité des soins, *op. cit.*
239 *Cf.* fiche « Comment connaître et promouvoir la qualité des soins ? »
240 Agency for Healthcare Research and Quality, *Quality Indicators – Guide to Patient Safety Indicators*, Version 2.1, revision 3 (17 January 2005), Rockville.

d'expérimentation [241] et actuellement mis en œuvre dans les établissements volontaires [242].

Il faut également signaler les actions spécifiques mises en œuvre pour assurer la sécurité dans des circonstances particulières (sécurités transfusionnelle, anesthésique…) et souligner que, parallèlement, de nombreux professionnels pratiquant la même spécialité ont été réunis (transplantation d'organes et agence de biomédecine) ou se sont mobilisés (obstétrique, réanimation, chirurgie cardiaque [243]…) pour mesurer et comparer leur activité et notamment les complications rencontrées dans la prise en charge de leurs malades [244].

Un manque de coordination des démarches

De multiples démarches ont donc été engagées ou réorientées pour mieux prendre en compte les enjeux de sécurité et tenter de juguler des dysfonctionnements persistants bien que partiellement évitables.

Mais les politiques publiques se sont construites de façon empirique, progressive, insuffisamment coordonnée et globale ; centrées sur certains risques (notamment vis-à-vis des médicaments, des infections nosocomiales et des actes invasifs), sectorisées en fonction des produits (médicaments, dispositifs médicaux, déchets…) ; ou basées sur la mise en œuvre de procédures s'adressant aux pratiques professionnelles ou aux organisations internes des établissements (déclaration, surveillance, évaluation, accréditation, certification…), elles constituent un ensemble protéiforme insuffisamment articulé.

Les actions menées sont disparates, à géométrie variable : ici limitées à la mise à disposition d'outils (simples recommandations, guides de gestion, programmes de formation à mettre en œuvre localement sur une base volontaire) ou à un seul système de surveillance et de déclaration obligatoire isolé dont les limites sont connues [245] ; là, à une incitation ou une obligation à intervenir (intervention préventive ou correctrice) ; ailleurs, élargies à la mise en place de programmes plus complets impliquant la définition d'une stratégie locale, la mise en œuvre de formations pour les professionnels, de dispositifs d'identification et d'analyse locaux, de plans d'actions et de suivi, de retours d'expériences, et parallèlement d'une procédure régionale ou nationale de signalement, d'analyse centralisée, de suivi, voire de gestion directe.

Les différentes actions ont des calendriers décalés et restent mal coordonnées. L'absence de guichet unique pour les professionnels, les établissements et les personnes malades ou leur famille est enfin préjudiciable : d'une part, elle ne

241 Voir « Développement d'indicateurs de la sécurité des soins (PSI) à partir des bases de données médico-administratives hospitalières », *Sources et Méthodes*, DREES – HAS, 2012.
242 Voir Consortium Loire-Atlantique, Aquitaine, Rhône-Alpes pour la production d'indicateurs en santé (CLARTE) www.clarte-sante.fr
243 Dr S. Picard et F. Maury, *Évaluation de la qualité des soins et de l'organisation des quatre sites de chirurgie cardiaque de l'AP-HP,* Rapport IGAS, avril 2012.
244 Dans la continuité des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles, la loi HPST réunit désormais trois activités complémentaires obligatoires pour les professionnels dans le cadre du développement professionnel continu (DPC) : l'analyse, par les professionnels, de leurs pratiques, l'approfondissement de leurs connaissances et compétences, le suivi des actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qu'ils doivent mettre en œuvre.
245 Selon Classen, 90 % des évènements indésirables échapperaient aux outils usuels de détection. D.-C. Classen *et al.*, *Global trigger tool shows that adverse events in hospitals may be ten times greater than previously measured,* Health Affairs, 2011.

facilite pas l'adhésion et la participation des professionnels[246], d'autre part, elle limite l'effet levier que pourraient opérer les usagers pour améliorer le système. La coordination entre intervenants est insuffisante, d'où une absence de synergie dans la répartition et l'emploi des ressources et des compétences publiques. Les doublons sont trop fréquents, par exemple entre le système de déclaration des évènements indésirables graves[247] et celui des accidents médicamenteux, entre système d'alerte des infections nosocomiales vers les ARS à visée de police sanitaire et celui des CCLIN à visée épidémiologique.

Des progrès résidant dans la recherche de synergies entre acteurs et dispositifs de gestion des risques

La nécessaire recherche d'une approche globale

Après une phase de mise en place qui s'est étalée sur déjà plusieurs années, et une phase d'acculturation qui nécessite encore des efforts de la part de l'ensemble des acteurs, la politique menée pour renforcer la sécurité des patients doit être revue. Une attention particulière doit être portée à l'intégration des multiples actions existantes et des structures qui les animent dans le cadre d'une politique publique globale[248].

La qualité et la sécurité des soins dans les établissements de santé n'ont jusqu'à présent pas fait l'objet d'une approche globale fondée sur la recherche d'un dispositif idéal, du fait il est vrai de la complexité des situations et de leur rapide évolutivité.

De multiples textes normatifs se sont succédés alors que la doctrine publique – s'inspirant des dispositifs développés dans d'autres secteurs d'activités complexes et porteurs de risques potentiels graves – a mis longtemps à paraître stabilisée. La diffusion des directives ne s'est en outre pas accompagnée d'une appropriation du concept par la majorité des professionnels de santé[249].

Les différentes démarches entreprises dans les établissements sont certes de nature à avoir un impact positif sur la sécurité des patients mais la complexité du dispositif dans sa globalité nuit à sa lisibilité et interroge sur son efficacité et son efficience. D'autant que les améliorations obtenues localement peuvent

246 L'impact des améliorations réglementaires récentes qui permettent d'associer plus les usagers et leurs représentants aux procédures de déclaration reste à évaluer.
247 La loi a rendu obligatoire la déclaration des effets indésirables graves, mais prévoyait pour sa mise en œuvre des dispositions réglementaires qui n'ont toujours pas été prises. L'InVS a mené une expérimentation sur le sujet mais la question reste ouverte, notamment celle de la gestion nationale du dispositif. Voir « Expérimentation portant sur la déclaration des évènements indésirables graves (EIG) liés aux soins en établissement de santé », InVS, janvier 2012.
248 Voir L. Leape *et al.*, «Transforming healthcare : a safety imperative », *Qual Saf Health Care*, 2009 ; *Pour une politique globale et intégrée de sécurité des patients. Principes et préconisations*, Haut Conseil de la santé publique, novembre 2011.
249 Voir notamment A. Nacu et coll., *Analyse sociologique des politiques publiques de réduction des évènements indésirables graves (EIG) à travers leur perception par les acteurs sanitaires*, DREES, mars 2012 et *La culture de sécurité des soins : du concept à la pratique*, HAS, décembre 2010.

être occultées par les dysfonctionnements d'envergure nationale qui sèment le doute sur l'efficacité globale des politiques menées [250].

Cela nécessite que soient décloisonnés les différents dispositifs, guichets et circuits existants et que soient coordonnés les différents processus. Il en est de même des personnes chargées de les mettre en œuvre localement et des structures responsables de les gérer au niveau régional et national. Qualité, sécurité, gestion des risques doivent non seulement être considérées et traitées comme un tout, où l'approche produit, la gestion des accidents et l'évaluation des pratiques doivent être mieux articulées, mais également intégrées dans une approche globale de la gestion de la performance des établissements comprenant équilibre économique, ressources humaines et conditions de travail, activités cliniques réalisées et qualité – sécurité de ces interventions.

La maîtrise des risques ne doit par ailleurs pas être confiée à des spécialistes mais intégrée dans l'activité quotidienne. Au-delà d'une approche globale, un deuxième enjeu est en effet d'intégrer les actions d'amélioration de la sécurité dans les pratiques cliniques quotidiennes, c'est-à-dire à la fois dans l'organisation des tâches et dans les routines des équipes médicales (à l'instar par exemple de ce qui est fait pour la check-list en chirurgie). Mais il faut aller au-delà d'une approche découpant le parcours hospitalier en étapes (par exemple aux urgences, puis en radiologie, puis au bloc opératoire…) pour adopter une perspective plus globale et une action continue relative au séjour hospitalier dans sa totalité. Une approche plus large encore devrait être favorisée pour raisonner et agir par épisode de soins pour se rapprocher de la temporalité de la maladie concernée [251], c'est-à-dire en amont, pendant et en aval de l'hospitalisation : c'est désormais la sécurité du parcours de soins de la personne malade qu'il faut appréhender.

L'implication des acteurs doit être renforcée et leurs interrelations réciproques favorisées.

L'engagement de nombreux professionnels est insuffisant : « La bulle de sécurité […] a du mal à entraîner l'adhésion de la totalité des acteurs ; elle reste le plus souvent confinée à un travail "papier crayon" important mais "saisonnier" (rythme de quatre ans) cloisonnée à peu de "sachants", sans grand pouvoir hiérarchique » [252]. Ceci peut être en partie expliqué par une culture actuelle encore trop centrée sur la faute, la recherche de responsabilités individuelles et la perception de conditions de travail dégradées. En réponse, le juste équilibre à trouver pour la tutelle est délicat, entre contrainte et accompagnement [253] ; car la participation des professionnels, à la fois des équipes et de chacun, est centrale, et leur plus grande appropriation des dispositifs est nécessaire. Deux axes d'amélioration sont proposés : une déconnection entre gestion collective des risques et mise en cause individuelle de la responsabilité garantissant

250 R. Amalberti, « La sécurité des patients : évolution des concepts et des politiques », *ADSP*, nº 79, juin 2012, p. 18-22.
251 F. Rome et coll., *Analyse bibliographique portant sur les expériences nationales et internationales pour promouvoir ou améliorer la sécurité des patients*, Dédale, Paris, juin 2010.
252 R. Amalberti, *op. cit.*
253 Les ARS qui exercent la tutelle des établissements sur la gestion des risques, doivent à cet égard veiller à opérer une distinction entre leurs fonctions d'accompagnement et leurs missions d'inspection, de contrôle et éventuellement de sanctions.

l'immunité dans le cadre des dispositifs de signalement, et l'intégration de la maîtrise des risques – et de ses résultats – dans la politique de régulation à la fois en termes d'incitation et de sanction.

Le rôle du régulateur et des usagers

Le régulateur pour sa part doit être plus responsabilisé : à la fois le gestionnaire de l'établissement (dans le cadre de sa fonction attendue de régulateur local) et l'ARS au niveau régional. Si des réalisations notables en matière de mesure, de suivi des actions relatives à la maîtrise des risques sont intervenues ces dernières années, il faut souligner le manque de prise en compte de leurs résultats, et des défauts ou insuffisances de sécurité dans l'analyse et la valorisation de la performance des établissements. On peut déplorer à cet égard les difficultés qu'ont les chefs d'établissement et les directeurs d'ARS à mobiliser différents leviers d'action existants (fermeture de petites unités d'hospitalisation, primes individuelles, aide à la contractualisation…) ; on peut aussi préconiser la mise à disposition de leviers supplémentaires en matière d'incitation et de sanction qui peuvent s'intégrer dans les outils de gestion contractuelle existants, et souligner la nécessité d'efforts de formation pour accompagner leur mise en œuvre. D'autres pistes méritent d'être explorées : la fixation de seuils d'activité individuels dans les établissements et la recertification des professionnels.

Enfin, il importe de mieux reconnaître et de mobiliser davantage les patients et les représentants des usagers. Comme le montre la fiche sur la qualité, cela doit conduire à mettre à leur disposition une information plus transparente et plus lisible, comportant notamment des indicateurs de résultats cliniques obtenus, de service rendus relatifs à leur état de santé, et une plus grande prise en compte de leur satisfaction et de leurs insatisfactions.

Le programme national sur la sécurité des patients, lancé en 2012 à l'initiative conjointe de la DGOS et de la DGS, incluant la HAS, prévoit des avancées en la matière. En effet, il a pour objectifs de mieux coordonner les acteurs et les dispositifs et d'optimiser les moyens existants, autour de quatre priorités : l'information du patient, la déclaration des EIG, la formation des professionnels de santé, la recherche et l'innovation.

CONCLUSION

Délivrer des soins dans la sécurité est le rôle central de l'hôpital. Des progrès importants ont été réalisés ces dernières années, via des dispositifs spécifiques à certains risques, ou des démarches plus globales comme la certification des établissements par la HAS, la certification des professionnels, ou encore l'incitation à développer des programmes de gestion des risques. Cependant, les voies d'amélioration sont encore nombreuses. Il convient désormais de gérer ensemble les démarches de qualité, de sécurité et de gestion des risques, dans une approche globale d'appréciation de la performance des établissements dans toutes leurs dimensions : équilibre financier, conditions de travail, types d'activités et qualité-sécurité des soins. Pour ce faire, l'implication de la direction des établissements doit être forte et l'une des conditions est l'appropriation de la démarche qualité par l'ensemble des acteurs : les professionnels, les agences régionales de santé et, enfin, les usagers, par la mise à disposition d'une information plus lisible[254].

254 *Cf.* fiche « Comment connaître et promouvoir la qualité des soins ? »

9. Quelle place pour l'usager de l'hôpital ?

Bâti initialement pour le service d'un patient dont on ne souhaitait pas forcément l'implication, l'hôpital a appris au fil du temps à lui accorder une place plus significative tant dans sa propre prise en charge que dans la gouvernance des institutions. Par l'affirmation de ses droits individuels et collectifs, consacrés par la loi et tout particulièrement celle du 4 mars 2002, comme par la recherche de son association plus étroite au processus thérapeutique (éducation thérapeutique), par respect de son autonomie mais aussi pour des raisons d'efficacité et de sécurité, le patient a aujourd'hui acquis une place différente au sein des établissements de santé.

Ces évolutions positives restent néanmoins perfectibles. Les droits du patient et de ses proches sont mieux reconnus, des efforts d'association des usagers aux décisions structurelles ont été réalisés, mais une insatisfaction persiste en termes de respect des besoins individuels, d'information collective et individuelle, considérée comme insuffisante, et de prise en compte limitée de la parole des usagers[255].

L'usager de l'hôpital est d'abord un patient ou l'un de ses proches confrontés à la nécessité d'une prise en charge. À ce titre, il espère une prise en charge efficace et respectueuse de ses besoins, de ceux de sa famille et de sa dignité. Il revendique aussi de plus en plus souvent une véritable association au processus thérapeutique. Mais il est aussi un consommateur qui doit pouvoir opérer un choix éclairé dans sa recherche de soins et disposer pour cela d'une information adaptée. L'usager est enfin un représentant au sein des instances des établissements de santé, qui doit être en mesure de comprendre les évolutions majeures de l'établissement, notamment au regard de la qualité des prises en charge, et de faire entendre son point de vue et ses préoccupations.

Des progrès encore possibles pour répondre aux attentes individuelles des patients

À la différence d'autres pays, la France ne dispose pas encore d'un outil permettant d'apprécier la satisfaction des usagers à l'égard des établissements de santé. Cela devrait être le cas à partir de 2013 avec la mise en place d'une enquête dite I-Satis. Cette dimension a toutefois fait l'objet d'un suivi attentif des associations, notamment en ce qui concerne le respect des droits des patients. Différentes études ont de surcroît exploré la relation des patients avec les établissements[256][257], en

255 Voir les travaux notamment à l'occasion des 10 ans de la loi de 2002 (baromètre du CISS, séminaires dédiés…)
256 C. Compagnon et V. Ghadi, *La maltraitance ordinaire dans les établissements de santé. Étude sur la base de témoignages*, Rapport pour la HAS, 2009.
257 M. Bressand, M. Chriqui-Reinecke, M. Schmitt, *Promouvoir la bientraitance dans les établissements de santé*, Mission ministérielle, janvier 2011.

lien pour certains avec les travaux et manifestations organisées en 2011 à l'initiative du ministère de la Santé pour « l'année des patients ».

Les attentes en termes d'information

Le baromètre du CISS dénote une satisfaction en général assez élevée des Français à l'égard de l'hôpital. Notre système de santé et en son sein les établissements de santé sont considérés comme de bonne qualité par la population. Mais dans la confrontation concrète avec la maladie et avec les prises en charge hospitalières, des doléances s'expriment qui témoignent, qu'au-delà de la conscience de la qualité générale des prises en charge, certains besoins du patient sont inégalement pris en compte par les structures hospitalières. En dépit d'éléments positifs (communication des dossiers individuels, recherche du consentement du patient…), le CISS pointait à l'occasion des dix ans de la loi du 4 mars 2002 [258] certaines insuffisances persistantes notamment en matière d'information, trop souvent limitée à la seule recherche du consentement, des progrès encore nécessaires en matière de lutte contre la douleur et des besoins d'une plus grande « sollicitude ».

Certains travaux [259] montrent que professionnels de santé et patients convergent en général sur l'appréciation des priorités en matière de respect des droits et sur leur situation actuelle. Un point de divergence existe cependant, relatif à la qualité de l'information apportée aux patients : les professionnels ont le sentiment d'avoir bien progressé en la matière et d'apporter l'information nécessaire alors même que c'est une plainte récurrente des patients, témoignant d'une prise en compte encore insuffisante du besoin d'autonomie du patient. Comme le soulignent les travaux du CISS cités *supra*, ces divergences peuvent tenir au contenu parfois minimaliste de l'information délivrée mais aussi aux modalités et circonstances de délivrance, encore souvent jugées inadaptées par les patients. Quand, comment et pourquoi informer restent des questions centrales de l'exercice médical et de la relation complexe avec le patient. La complexité de cette question peut être illustrée par l'information donnée aux patients atteints d'un cancer. Deux types d'information sont nécessaires : l'information sur la maladie, qui doit être délivrée lors d'une consultation d'annonce pluridisciplinaire et plurimétiers, et l'information sur les modalités d'organisation pour suivre le traitement, à adapter en fonction du patient (arrêt de travail, type de traitement, éventuelles complications et retentissements psychologiques…). L'entourage du patient, tant familial que professionnel, ne doit pas être occulté. La reprise du travail, en cas de guérison, est elle aussi une étape importante à préparer.

Afin de conforter les réponses à cette attente majeure, la HAS vient de publier, à l'attention des professionnels de santé, et notamment des médecins, une recommandation de bonne pratique intitulée « Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé ». La recommandation souligne la nécessité

258 Intervention de C. Saout (CISS) lors du colloque organisé par la Chaire Santé de Sciences-Po et l'institut Droit et santé, université Paris Descartes, 6 mars 2012.
259 C. Compagnon et V. Ghadi, *La maltraitance ordinaire dans les établissements de santé. Étude sur la base de témoignages*, Rapport pour la HAS, 2009.

« de tact, de temps et de la disponibilité ainsi qu'un environnement adapté ». Le professionnel doit « détailler le déroulement et l'organisation des investigations et des soins, les actes envisagés, l'existence ou non d'une alternative ou encore leurs objectifs, leur utilité et les risques fréquents ou graves habituellement prévisibles » et prévoir un temps d'écoute. Le rapport d'évaluation du premier plan cancer réalisé par l'IGAS [260] avait dans ce même esprit souligné les bénéfiques avancées culturelles permises par le dispositif d'annonce instauré par ce plan.

Des formes plurielles de maltraitance ordinaire

Dimension importante, l'information n'est toutefois qu'une facette des causes d'insatisfaction et de ce que certains qualifient de « maltraitance ordinaire ». Comme le relève le collège de la HAS dans son introduction au rapport Compagnon-Ghadi (*cf.* note 259), « *malgré les progrès accomplis, certaines plaintes d'usagers témoignent d'attentes interminables et inexpliquées, d'entraves et de contraintes qui paraissent absurdes, d'un manque d'écoute, de considération ou d'information. C'est ce qui est appelé la maltraitance "ordinaire" parce qu'elle n'est pas hors du commun et que le risque le plus commun de maltraitance réside dans sa banalisation, son "invisibilité" et donc son acceptation passive* ». Lançant en 2007 le plan Développement de la bientraitance et renforcement de la lutte contre la maltraitance, le ministre délégué aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille en avait offert une vision très concrète : « …petites négligences quotidiennes : faire des toilettes trop rapides, ne pas répondre aux appels des personnes, servir des repas trop tôt, ne pas respecter le rythme de chacun pour le lever et le coucher… ». Certains faits sont de bons traceurs de la maltraitance passive (défaut d'information ou mauvaises conditions de sa délivrance, négation de la plainte et non-prise en charge de la douleur, atteinte à l'intimité et à la confidentialité, conditions de préservation de l'hygiène corporelle)…

Certaines situations sont des situations à risque comme la réanimation et la fin de vie. L'accompagnement des fins de vie réclame une réflexion d'ensemble qui fait souvent défaut ; trop de personnes en fin de vie meurent aux urgences dans des conditions insatisfaisantes, dans des « lits portes » et parfois sur des brancards ; l'annonce du décès mérite d'être mieux préparée [261].

Certains dysfonctionnements en psychiatrie soulignent aussi la vulnérabilité particulière des personnes hospitalisées, parfois plus en difficulté pour résister à une insuffisante prise en compte de leurs droits. Dans un univers où la maladie peut générer de fortes tensions avec les professionnels de soins, la sensibilisation à la bientraitance est une nécessité encore plus vive. Au-delà de situations avérées de maltraitance active [262], un contrôle dans un établissement [263] a ainsi montré des toilettes qui n'étaient pas faites dans le respect de l'intimité,

260 F. Bas-Théron, L. Chambaud, B. Gresy, V. Guillermo, E. Ferry-Lemonnier, *Évaluation des mesures du plan Cancer 2003-2007 relatives au dépistage et à l'organisation des soins*, Rapport IGAS, juin 2009.
261 Dr F. Lalande, O. Veber, *La mort à l'hôpital*, Rapport IGAS, novembre 2009.
262 Dr F. Lalande, C. Lepine, *Analyse d'accidents en psychiatrie et propositions pour les éviter*, Rapport IGAS, mai 2011.
263 J. Guedj, J. Métais, H. Strohl, *Inspection du CHI de Clermont de l'Oise*, Rapport IGAS, octobre 2010. *Cf.* synthèse en deuxième partie du rapport.

des conditions de bâti et d'hôtellerie contribuant à la maltraitance avec par exemple un éclairage dépendant d'un seul interrupteur central pour l'ensemble des chambres, interdisant aux malades de s'éclairer individuellement, et leur imposant un réveil brutal lors d'une intervention auprès de l'un d'eux.

La mise en place des approches de "bientraitance"

Pour pallier les relâchements, et parfois les dérapages caractérisés, se sont développées des approches qualifiées en France de « bientraitance ». La bientraitance est un concept de développement récent dans le sanitaire, ayant été initialement promu dans l'univers médico-social[264]. Cette préoccupation est longtemps restée marginale dans le domaine sanitaire, particulièrement dans le domaine hospitalier[265]. La montée en puissance de cette politique dans le champ hospitalier s'est traduite dans les politiques de formation des personnels. Une circulaire de la DGOS du 6 juin 2011 relative aux axes et actions de formation nationales prioritaires pour les agents des établissements sanitaires et médico-sociaux favorise les formations autour des droits des patients. Pour favoriser ces dynamiques, la HAS a produit un guide de la bientraitance en établissement de santé. La FHF avait, également en 2008, proposé un guide pratique dédié. Cette préoccupation a également inspiré trois critères de qualité inscrits dans la certification : la prise en compte des plaintes et réclamations, pratique exigible prioritaire, la mise en œuvre des droits des patients en fin de vie et les soins palliatifs. Pour relayer cette préoccupation sur le terrain, la loi HPST a également disposé que les ARS « contribuent à la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance ». La mise en œuvre de cette disposition reste à évaluer.

La mise en place d'une démarche de bientraitance doit reposer sur un engagement de l'ensemble des équipes de management et des instances de l'établissement, en particulier la commission de la relation avec les usagers et de la qualité des prises en charge. Il est essentiel que cette dimension soit pleinement intégrée dans le pilotage des établissements, pour que les contradictions que dénoncent certains professionnels de santé entre injonctions de bientraitance et d'efficience ne se fassent pas aux dépens de la première et que les rationalisations d'organisation nécessaires se fassent en conciliant efficacité et bonnes pratiques. En dépit du reproche qui est parfois fait aux nouveaux pôles de distendre les liens des agents avec leur unité de travail et partant, de provoquer un risque de désinvestissement préjudiciable à la relation avec les patients, c'est bien à leur niveau que doit être organisée cette conciliation.

264 Sous l'influence notamment de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.
265 Introduction du collège de la HAS au rapport : C. Compagnon et V. Ghadi, *La maltraitance ordinaire dans les établissements de santé. Étude sur la base de témoignages*, Rapport pour la HAS, 2009.

La prise de conscience des bénéfices d'une implication accrue du patient dans sa prise en charge

Dans le prolongement de l'affirmation de l'autonomie souhaitable du patient, notamment grâce à l'information, s'est exprimée depuis quelques années une attente un peu différente à son égard : celle d'un rôle actif dans sa prise en charge, au travers de l'éducation thérapeutique notamment, mais aussi comme veilleur vigilant face aux risques. Il ne s'agit plus simplement de respecter la dignité du patient, de l'informer sur les soins ou de s'assurer de l'attention à ses besoins mais bien de l'impliquer dans sa propre prise en charge pour optimiser les résultats de ses soins, améliorer sa qualité de vie, voire veiller sur sa sécurité.

La loi HPST (article 84) a introduit l'éducation thérapeutique du patient dans le droit français : « *L'éducation thérapeutique du patient s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie.* » L'Organisation mondiale de la santé (OMS) en a donné la définition suivante en 1998 : « *L'éducation thérapeutique du patient est un processus continu, intégré dans les soins et centré sur le patient. Il comprend des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'accompagnement psychosocial concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, l'hospitalisation et les autres institutions de soins concernées, et les comportements de santé et de maladie du patient. Il vise à aider le patient et ses proches à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre le plus sainement possible et maintenir ou améliorer la qualité de vie. L'éducation devrait rendre le patient capable d'acquérir et maintenir les ressources nécessaires pour gérer de manière optimale sa vie avec la maladie.* »

Toutes les études démontrent que l'éducation thérapeutique du patient (ETP) qui s'est progressivement développée depuis une vingtaine d'années est un facteur important d'amélioration de la prise en charge des patients souffrant de maladies chroniques (près de 15 millions de Français), en confortant en particulier l'observance des traitements et le respect de règles de vie nécessaires. Elle a à ce titre constitué un volet significatif du plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques (2007-2011).

L'offre s'est développée essentiellement à l'hôpital, car il est le lieu où exerçaient les professionnels initialement mobilisés et parce que *« l'établissement de santé dispose dans ses effectifs de l'ensemble des professionnels concernés par les programmes transversaux d'éducation thérapeutique (médecins, infirmières, diététiciens, pharmaciens, psychologues, masseurs kinésithérapeutes…), ce qui a ainsi facilité leur mise en œuvre »* [266]. Cependant, la formation initiale des professionnels de santé est faible en la matière, à l'exception notable des infirmières et dans une moindre mesure des masseurs kinésithérapeutes. Il

266 Rédigé par M. Denis Jacquat, député de la Moselle, établi avec la participation de A. Morin, membre de l'IGAS, *Éducation thérapeutique du patient. Propositions pour une mise en œuvre rapide et pérenne,* Rapport au Premier ministre, juin 2010.

conviendrait de renforcer les contenus de formation des médecins et pharmaciens en la matière, afin de développer cette démarche. Compte tenu de l'ampleur des besoins, la montée en charge du dispositif devra se faire de façon régulière et prolongée, les structures actuelles n'étant pas assez nombreuses pour éduquer un aussi grand nombre de patients et le nombre de professionnels de santé formés étant insuffisant.

Au-delà de cette contribution du patient et de ses proches à la prise en charge, des études, depuis une dizaine d'années, mettent en avant le rôle du patient dans la sécurisation de ses soins. Que ce soit pour participer au signalement des évènements indésirables ou pour les prévenir, par exemple en veillant à la bonne hygiène des mains des professionnels de santé qui s'occupent de lui, l'usager est considéré comme une vigie efficace susceptible de se protéger efficacement de certains risques. Les politiques de gestion des risques misent de fait sur une participation du patient parmi d'autres dispositifs de prévention. Aux États-Unis, des initiatives de la *Joint commission* ont depuis 2005 décliné de façon très opérationnelle la participation active du patient à sa sécurité. Le programme sur la sécurité des patients en préparation à la DGOS s'appuie également sur la mobilisation du patient et sur la nécessité de l'informer pour qu'il puisse jouer un rôle actif.

Des modulations doivent cependant être apportées dans les espoirs à faire porter sur cette implication accrue du patient : d'une part, les différences individuelles sont assez importantes : l'éducation joue un grand rôle[267], les femmes sont plus mobilisées. Il n'est pas toujours aisé d'interpeller les professionnels du soin, quand bien même ceux-ci vous y invitent[268]. Les médecins ne sont par ailleurs pas toujours suffisamment réceptifs à ce type d'interventions.

D'autre part, une proportion de patients assez significative ne veut pas s'engager dans des rôles actifs de sécurité ou même de participation à la décision[269]. La volonté des patients d'interagir sur leur prise en charge et de participer dans leur gestion dépend de l'urgence et la gravité perçue de leur pathologie. Plus cette gravité est perçue comme forte, moins les patients veulent participer, interagir et discuter le traitement[270]. Les notions de rôle personnel dans le traitement, de participation à l'efficacité du traitement, de prévention des incidents font sens pour les patients. Mais la réalisation au-delà des mots est parfois délicate. La mise en place des CRUQPC participant à l'analyse *a posteriori* des évènements indésirables des établissements est toutefois susceptible de nourrir à terme de telles démarches.

267 Les patients les mieux formés peuvent jouer un rôle effectif dans le lavage des mains des professionnels.
268 L'incitation à réagir ou signaler est toutefois mobilisatrice : Davis R., Sevdalis N., Vincent C., "Patient involvement in patient safety : How willing are patients to participate ? ", *BMJ Qual Saf*, 2011.
269 Longtin Y., Sax H., Leape L., Sheridan S., Donaldon L., Pitet D., "Patient Participation : Current Knowledge and Applicability to Patient Safety", *Mayo Clin*, 2010.
270 Davis R., Sevdalis N., Vincent C., "Patient involvement in patient safety : How willing are patients to participate ?", *BMJ Qual Saf*, 2011.

L'information collective des usagers peut encore être améliorée, notamment en ce qui concerne la qualité des soins

L'information est un sujet majeur pour les usagers du système de soins. Elle est déterminante de plusieurs façons :

– pour les associer au processus de soins et respecter leur autonomie et leurs choix. Ce dernier aspect plus individuel a été examiné *supra*, en lien avec la réponse plus générale aux attentes des patients ;

– pour les aider à s'orienter au sein de l'offre de soins et pour choisir un établissement de prise en charge ;

– pour leur permettre de jouer un rôle collectif au travers de leurs représentants et d'agir sur la qualité des prises en charge et le fonctionnement des établissements de santé.

Le patient doit être mieux éclairé dans son choix d'un établissement d'accueil

Avant d'entrer dans un processus de soins, le futur patient est parfois confronté au choix délicat de la structure qui va l'accueillir. Le développement d'enquêtes dans les journaux, le recours croissant à Internet témoignent d'un réel besoin de connaissance qui n'est que très partiellement satisfait par des sources publiques d'information. Les données diffusées vers le grand public à l'initiative des pouvoirs publics sont relativement pauvres[271], l'information sur la qualité ayant initialement été essentiellement conçue en direction des professionnels pour soutenir les actions d'amélioration de la qualité. L'information des usagers doit aujourd'hui devenir un objectif en soi. Le baromètre du CISS pour 2012 souligne à cet égard que 87 % des patients souhaiteraient pouvoir se référer à des critères de qualité des soins hospitaliers pour pouvoir s'orienter.

Les efforts ont été plus précoces dans d'autres pays, tout particulièrement en Grande-Bretagne, où des investissements importants ont été consentis pour diffuser des informations susceptibles d'éclairer les décisions de l'usager « consommateur », au travers notamment d'un site internet « *NHS choice* »[272].

Sans doute ne faut-il pas surestimer l'usage par les patients de systèmes d'information destinés à éclairer leurs choix[273] ; les travaux conduits en Grande-Bretagne n'attestent pas de l'existence d'un consommateur avisé qui arbitrerait ses choix d'hospitalisation au vu des informations qualité qui lui sont fournies : l'orientation par le médecin traitant reste prédominante. Il apparaît cependant souhaitable, dans une logique de démocratie sanitaire et pour promouvoir l'autonomie de la personne malade, de lui offrir des outils de décision, d'autant que les nouvelles générations seront sans doute de plus en plus aptes à

271 P.-L. Bras, P. Gohet, A. Lopez, *Rapport sur l'information des usagers sur la qualité des prises en charge dans les établissements de santé,* Rapport IGAS, juillet 2010.
272 *Cf.* fiche « Comment connaître et promouvoir la qualité des soins ? »
273 Les études britanniques montrent un rôle toujours dominant de l'orientation par le médecin traitant.

s'emparer de telles informations. L'ensemble des expériences étrangères montre toutefois qu'un effort important d'amélioration de la pertinence des informations mises à disposition est nécessaire pour qu'elles soient réellement interprétables et mobilisables par la population. En offrant des informations facilement assimilables et comparatives répondant aux attentes des usagers, il est vraisemblable que l'on impacte, de façon croissante avec le temps, les choix des patients.

En France, le dispositif PLATINES d'information sur les établissements hospitaliers alimenté par la DGOS et la HAS esquisse depuis quelques années cette démarche de transparence vers les usagers du système hospitalier [274]. Toutes ces données ne sont pas forcément significatives pour l'usager. Certaines informations recueillies favorisent cependant une appréciation de la qualité : les résultats de la certification, le score ICALIN (indicateur composite d'activité de lutte contre les infections nosocomiales) et de récents indicateurs sur la pratique clinique (prises en charge des escarres, des AVC…).

Axée encore fortement sur des indicateurs de processus insuffisamment parlants pour les usagers, cette plate-forme d'information doit évoluer pour apporter plus d'informations synthétiques et comparatives sur les performances relatives des établissements. Grâce au projet I-Satis de recueil national de la satisfaction des patients, qui devrait être généralisé en 2013, une dimension aujourd'hui manquante complétera les éléments d'appréciation fournis sur un établissement. Comme le soulignent des travaux anglo-saxons, l'enjeu est aujourd'hui de s'assurer de l'adaptation de l'information fournie aux besoins des usagers mais aussi et surtout de leur intelligibilité par eux.

En conférant à la HAS une nouvelle mission : « *coordonner l'élaboration et assurer la diffusion d'une information adaptée sur la qualité des prises en charge dans les établissements de santé à destination des usagers et de leurs représentants* » [275], le législateur l'a désignée comme le principal instigateur de cette mission. Elle doit s'en saisir pleinement. C'est l'objet des annonces faites par la HAS en novembre 2012.

Les représentants des usagers ne sont pas encore parfaitement en mesure d'apprécier les performances des établissements ni d'influer sur leurs pratiques

Les usagers prennent part à différentes instances hospitalières. Si les usagers sont appelés à intervenir en tant que promoteur et défenseur des droits des patients et de la qualité à travers l'ensemble des instances auxquelles ils participent (dont le conseil de surveillance des établissements), c'est à travers leur participation à la commission des relations avec les usagers et de la qualité des prises en charge (CRUQPC) que cette intervention est la

274 *Cf.* fiche « Comment connaître et promouvoir la qualité des soins ? »
275 Loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

plus explicitement organisée par les textes. Il est en effet prévu que cette commission « *a pour mission de veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité…* ». Pour mener à bien cette mission, il est prévu que cette commission est « *consultée sur la politique menée dans l'établissement en ce qui concerne l'accueil et la prise en charge, qu'elle fait des propositions en ce domaine et qu'elle est informée de l'ensemble des plaintes ou réclamations formées par les usagers de l'établissement ainsi que des suites qui y sont données* »[276]. Cette commission doit alimenter un débat interne aux établissements sur la qualité. Le conseil de surveillance doit en effet délibérer une fois par an sur les droits des usagers et la qualité des prises en charge sur la base d'un rapport présenté par la commission. Ainsi, il est attendu que « *le rapport joue un rôle de levier dans la définition de la politique à mener par l'établissement en matière de respect des droits des usagers et de la qualité de l'accueil et de la prise en charge* »[277].

L'intention du législateur semblait être de permettre aux usagers de recueillir une information sur les droits des patients et la qualité à travers les plaintes et les informations transmises à la commission. À partir de cette information, et au travers du rapport de la CRUQPC, les usagers pouvaient interpeller les autorités de l'établissement. La transmission des résultats au niveau régional (conférences régionales de santé et ARS) puis au niveau national devait permettre à la voix des usagers de nourrir à tous les niveaux une démarche d'interrogation et par là de promotion de la qualité. Selon le ministère : « *le rapport de la CRUQPC* […] *constitue un maillon essentiel d'une chaîne de rapports dont on peut légitimement penser qu'ils ont un impact fort sur les orientations de la politique de santé publique* »[278].

En 2010, le bilan est mitigé au regard de cette ambition[279]. Le baromètre le plus récent du CISS montre par ailleurs que les CRUQPC sont méconnues par 88 % des personnes interrogées. Les *CRUQPC* sont restées focalisées sur les missions antérieures des commissions de conciliation auxquelles elles succédaient et qui n'étaient chargées que *« d'assister et d'orienter les patients qui* [s'estimaient] *victimes d'un préjudice du fait de l'activité de l'établissement »*. Elles jouent bien leur rôle dans le traitement des plaintes et des réclamations et constituent un lieu de médiation entre l'établissement et les patients, mais la mission de promotion de la qualité a été délaissée. Le guide sur le rapport des CRUQPC a tenté de remédier à cet écueil en mettant l'accent sur leur mission au regard de l'amélioration de la qualité de la prise en charge.

Tous les établissements ne s'acquittent pas de l'obligation d'établir un rapport de la CRUQPC. Les rapports produits sont parfois succincts et peu exploitables. En 2010, toutes les ARS ne procédaient pas à la synthèse prévue par les textes. Leurs rapports n'étaient pas centralisés au niveau national. Par ailleurs, comme les usagers individuels cherchant un établissement, les représentants des

276 Art. L. 1112-3 du CSP.
277 Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, » Rédiger le rapport annuel de la CRU. Recommandations et modèle type », DICOM, mai 2008.
278 Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, « Plaintes et réclamations dans les établissements de santé : un levier pour améliorer la prise en charge des usagers », doc. non daté.
279 P.-L. Bras, P. Gohet, A. Lopez, *Rapport sur l'information des usagers sur la qualité des prises en charge dans les établissements de santé*, Rapport IGAS, juillet 2010.

usagers ne disposent pas non plus d'outils véritablement adéquats en termes d'information pour porter un regard éclairé sur la qualité des établissements dans lesquels ils siègent. L'information tirée de l'expérience des patients (plaintes, échanges avec les patients) est certes essentielle. La représentation des usagers permet l'expression d'une expertise fondée sur l'expérience vécue des prises en charge. Mais il est difficile d'opérer, sans autres données, une montée en généralité à partir de retours d'expériences qui peuvent être soit infondés[280], soit contingents.

Les représentants des usagers ne disposent pas d'une information structurée, synthétique et comparative qui leur permette d'intervenir plus efficacement pour promouvoir la qualité. Il serait souhaitable qu'ils puissent disposer comme en Grande-Bretagne de comptes qualité transparents produits par les établissements et soumis préalablement aux observations et propositions du conseil de surveillance, des associations de patients actives dans l'établissement et des autorités de tutelle[281]. L'IGAS préconise de mettre en place de tels comptes qualité en France pour alimenter de façon complète et synthétique la réflexion et les interventions des usagers des structures hospitalières. Les observations des représentants d'usagers ont de surcroît vocation à trouver réponse dans les comptes qualité de même que celles des autorités sanitaires. Le projet d'inclusion de comptes qualité dans la démarche de certification de la HAS va incontestablement dans le bon sens ; mais il faut veiller à ce que les informations fournies et les indicateurs utilisés soient suffisamment parlants et mobilisables par les usagers [282].

La difficulté des représentants des usagers à peser sur la politique de qualité des établissements ne tient cependant pas simplement à des problèmes de disponibilité de l'information. Les représentants des usagers font fréquemment état de leurs difficultés à pourvoir tous les postes pour lesquels une représentation des usagers est prévue, de leurs difficultés à assumer la charge importante liée à ces fonctions, notamment pour les usagers ayant un emploi par ailleurs. Ils s'estiment en général insuffisamment formés pour être à même de soutenir le dialogue avec les professionnels. Cette question de la formation des représentants des usagers est considérée comme un enjeu majeur par le CISS au niveau national[283], ainsi que par les CISS régionaux. Leur faible disponibilité pèse sur la capacité à multiplier les contacts avec les usagers représentés. L'information n'est donc pas la seule problématique, mais il n'en demeure pas moins qu'une plus grande transparence, tout particulièrement sur les performances qualité des établissements, leur faciliterait la tâche et leur permettrait de gagner en temps et en efficacité. Ils revendiquent aussi en général une place plus significative dans les processus de certification : l'initiative des comptes qualité intégrés dans la démarche de certification répondra en partie à cette attente. L'affirmation de la place de l'usager dans les processus d'évaluation et de décision à l'hôpital mérite en effet d'être poursuivie, parce que ce regard porté sur le monde des

280 Une part de l'activité des CRUQPC consiste à examiner si les réclamations sont fondées ou infondées.
281 *Cf.* fiche « Comment connaître et promouvoir la qualité des soins ? »
282 *Idem.*
283 S. Lacombe, « D'une légitimité de droit à une légitimité de fait : la mission formation du Ciss », *in ADSP*, nº 68, septembre 2009.

soignants impose à ceux-ci une prise de distance par rapport à leurs pratiques et un constant recentrage sur les attentes du patient.

CONCLUSION

Engagée depuis les années 1980 sous l'influence notamment des associations de lutte contre le SIDA, l'affirmation de la place du patient à l'hôpital s'est poursuivie avec de nouveaux élans, de la loi du 4 mars 2002 à l'année des patients et de leurs droits en 2011, et par la diffusion du concept de bientraitance. Les réflexions les plus récentes sur la place du patient montrent que cette évolution peut prendre de nouvelles orientations. Une véritable place pour le patient suppose toutefois deux ingrédients qui peuvent encore être confortés : une information de qualité, une réelle attention à ses besoins et à ce qu'il exprime, individuellement et collectivement.

10. Sait-on mettre à profit tout le potentiel des ressources humaines hospitalières publiques ?

Les ressources humaines constituent la principale richesse des établissements hospitaliers : plus de 200 métiers, un niveau d'engagement élevé, des compétences de pointe. Mais les ressources humaines représentent aussi la masse la plus importante des dépenses hospitalières : 68 %[284] du total des charges, faisant de ce poste l'objet d'une indispensable vigilance. C'est dans cette dualité que réside le paradoxe de la gestion des ressources humaines à l'hôpital : savoir préserver les conditions de travail et encourager l'implication de professionnels sur lesquels repose l'excellence du système de soins tout en tentant de maîtriser la dépense en recherchant constamment des gains de productivité. Ces derniers sont obtenus par des organisations du travail différentes, mais également par l'abandon d'avantages non réglementaires peu justifiés (primes, jours de congés supplémentaires…) ou manifestement plus favorables que la pratique habituelle (mise en œuvre de la RTT par exemple).

Statuts et gestion des ressources humaines à hôpital public

Les personnels des hôpitaux recouvrent une pluralité de catégories, relevant de statuts et de modalités de gestion différents.

La majorité relève de la fonction publique hospitalière, qui est l'une des trois grandes fonctions publiques : État, territoriale et hospitalière. Chaque fonction publique est régie par des dispositions particulières à caractère national. Les différentes fonctions publiques ont vu leur statut général unifié par la loi du 13 juillet 1983 (titre 1 statut général) tout en préservant les spécificités de chaque secteur, relevant du titre 4 pour les fonctionnaires hospitaliers.

La fonction publique hospitalière concerne aujourd'hui un peu plus d'un million d'agents, dont 440 000 infirmiers et 15 800 sages-femmes. Les femmes représentent les trois quarts de cet effectif. La DGOS est chargée de l'élaboration des textes réglementaires, du suivi statutaire et de la définition des politiques de ressources humaines. Les établissements publics de santé étant autonomes, le recrutement, la notation et l'avancement relèvent de l'autorité du chef d'établissement, dans le respect des textes statutaires.

284 *Panorama des établissements de santé*, DREES, 2011.

Les personnels de direction constituent une exception à cette règle : leur gestion est assurée, en application du décret du 4 mai 2007, par le Centre national de gestion (CNG). Celui-ci gère aussi les praticiens hospitaliers (38 000 médecins et 2 000 pharmaciens) qui n'appartiennent pas à la fonction publique hospitalière.

Dans un contexte de contrainte budgétaire accrue et de recherche d'efficience, se développent des craintes de pression excessive pesant sur les personnels hospitaliers ; différents travaux pointent les risques psychosociaux à l'hôpital et l'hypothèse de situations de *burn-out* plus fréquentes est parfois évoquée [285]. Ce sujet mérite une attention soutenue pour plusieurs raisons : prendre en compte la corrélation entre qualité des soins et les indices de satisfaction au travail établie par divers travaux, améliorer l'efficience de structures hospitalières potentiellement pénalisées par un fort *turn over* ou des difficultés de recrutement, ou encore garantir la qualité de vie au travail [286].

Au-delà de l'équilibre à trouver entre préservation de la qualité de vie au travail et efforts de productivité se posent des questions sur les modalités actuelles de gestion des personnels hospitaliers, médicaux ou non médicaux. Les rapports de l'IGAS interrogent les marges de manœuvre du directeur, les moyens juridiques dont il dispose pour conduire une gestion dynamique de l'institution hospitalière. La gestion du temps de travail, en particulier des médecins, le recrutement, le contrôle des cumuls d'activités ou les modes de rémunération sont des éléments importants pour une bonne gestion des ressources humaines. Se pose aussi la question de savoir si le mode de fonctionnement interne tel qu'il est prévu par la réglementation et tel qu'il est pratiqué par les hospitaliers permet de construire un sentiment d'appartenance, une implication des personnels, la création d'un collectif de travail qui enrichit les compétences et les énergies des personnels.

La mise en œuvre des réformes récentes dépend largement d'une gestion des ressources humaines renouvelée

Tarification à l'activité et gestion des ressources humaines

La T2A lie étroitement activité et recettes ; une diminution des recettes doit conduire à diminuer les charges, y compris le cas échéant les charges de personnel. En effet, les tarifs du public et du secteur des établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) incluent la totalité des charges de

285 M. Estryn-Behar, *Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe*, Presses de l'École des hautes études en santé publique, 2008.
286 Millwood, "Nurses' widespread Job Dissatisfaction, Burnout, And Frustration With Health Benefits Signal Problems For Patient Care", février 2011.

personnel médical et non médical. Dans le secteur privé commercial, les tarifs intègrent les charges de personnel non médical. La GRH est alors confrontée à l'enjeu de respecter les règles de la fonction publique dans les établissements publics, du Code du travail dans les établissements privés tout en permettant de contribuer à la réactivité indispensable aux évolutions de l'activité.

Dans les établissements publics de santé, le gestionnaire n'a pas compétence pour définir le niveau des rémunérations qui dépendent de la valeur du point et des règles d'avancement fixées par la réglementation. À titre d'exemple, l'évolution du GVT (Glissement, vieillesse, technicité) est estimée à 0,4 % par an ; la valeur du point a évolué à la hausse à hauteur de 2 % sur les quatre dernières années ; les évolutions catégorielles ont des impacts variables d'une année à l'autre ; l'effet des hausses du SMIC est difficilement mesurable. Ces effets portent sur environ 65 % du total des charges d'un hôpital. Le gestionnaire ne peut agir que sur le niveau des effectifs. Cette action sur les effectifs ne peut avoir lieu, s'agissant de personnel titulaire, qu'en fonction du *turn over* naturel.

L'activité médicale, son dynamisme, sa pérennité peuvent être contrariés dans les établissements publics par les règles statutaires applicables aux médecins : modalités de recrutement, définition des rémunérations, procédures disciplinaires… Le recrutement d'un praticien hospitalier suppose une publication de poste au niveau national par le Centre national de gestion (CNG).

Procédure de nomination des praticiens hospitaliers (PH)

L'accès aux statuts de praticien hospitalier temps plein ou temps partiel[287] se fait par concours national organisé chaque année ; les candidats admis sont inscrits sur une liste d'aptitude valable quatre ans dans une spécialité. Les postes vacants sont publiés deux fois par an.

Le recrutement intervient après l'accomplissement des étapes suivantes :

- le chef de pôle propose au directeur de l'établissement une ou plusieurs candidatures ;
- le président de la CME donne son avis ;
- le directeur de l'établissement propose une candidature au directeur général du CNG pour nomination en joignant les avis du chef de pôle et du président de la CME ;
- le directeur général du CNG notifie la nomination individuelle au PH et au directeur de l'établissement ;
- le directeur de l'établissement procède alors à l'affectation du PH.

C'est en moyenne 2 000 nominations de PH qui sont prononcées chaque année par le CNG.

287 Régis par les articles R. 152-8 du CSP pour les PH temps plein et R. 6152-208 du CSP pour les PH temps partiel.

Dans les CHU, des PH sont nommés selon la procédure décrite ci-dessus ; des professeurs des universités - praticiens hospitaliers sont aussi nommés en raison de la mission d'enseignement et de recherche de ces établissements.

Procédure de nomination des professeurs des universités - praticiens hospitaliers (PU-PH)[288]

Les deux ministres chargés respectivement de l'Enseignement supérieur et de la Santé fixent par décision commune les effectifs de chaque CHU. Une révision annuelle des effectifs a lieu chaque année entre septembre et décembre. Les emplois sont ensuite ouverts au concours. Le concours a lieu entre janvier et avril. Le jury arrête la liste d'admission. Les PU-PH sont ensuite nommés par décret du Président de la République.

En cas de difficultés rencontrées par le directeur de l'établissement public de santé dans le bon fonctionnement quotidien dues à un praticien hospitalier (conflits de personne, non-respect des contraintes collectives, temps de travail insuffisant…), seul le CNG peut donner suite en mettant en œuvre la procédure disciplinaire prévue par la réglementation. Les délais de traitement de ces situations sont toujours importants et les dossiers à constituer complexes.

La procédure de mise en recherche d'affectation peut aussi être utilisée[289], mais c'est rarement le cas : seule une centaine de praticiens hospitaliers et de directeurs d'hôpitaux sont concernés en 2010. Malgré les efforts réels du CNG, la gestion centralisée des médecins hospitaliers ne permet pas aux directeurs d'établissement une réaction rapide en cas de dysfonctionnement[290].

À l'inverse, les procédures de reclassement des agents de la FPH reconnus inaptes à leurs fonctions relèvent des établissements de santé. L'IGAS a fait le constat[291] que la gestion de ces reclassements n'était guère satisfaisante : absence de données sur les inaptitudes et l'absentéisme, pas de soutien au niveau national, une forte hétérogénéité dans la prise en compte de ces problèmes entre établissements.

Ces divers freins n'ont pas empêché une hausse de la productivité dans les établissements de santé depuis la mise en œuvre de la T2A, comme le montre l'étude de la DREES déjà citée[292]. Celle-ci indique que la grande majorité des hôpitaux ont connu une augmentation de leur productivité, estimée entre 2,2

288 Décret non codifié 84-135 du 24 février 1984 et décret non codifié 90-92 du 24 janvier 1990 modifié.
289 Un praticien hospitalier ou un directeur d'hôpital placé en position de « recherche d'affectation » est rattaché administrativement au Centre national de gestion qui le rémunère et prend en charge les frais relatifs aux dispositifs d'accompagnement. Le recours à cette position statutaire se fait compte tenu des nécessités du service, soit à la demande de l'intéressé, soit d'office, en vue de permettre son adaptation ou sa reconversion professionnelle ou de favoriser la réorganisation ou la restructuration des structures hospitalières.
290 D. Acker, B. Bonnici, T. Breton, P. Broudic, M. Buisson, C. Dardé, G. Dumont, C. Lannelongue, H. Leost, D. Marie, Dr V. Marsala et P. Mordelet. *Le contrôle des mesures prises dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) par des hôpitaux « perdants » à la T2A*, Rapport IGAS, janvier 2008.
291 B. Krynen, I. Yéni pour l'IGAS ; R. Fournales pour l'IGA, *Évaluation du dispositif de reclassement des fonctionnaires déclarés inaptes à l'exercice de leurs fonctions pour des raisons de santé*, Rapport IGAS-IGA, décembre 2011.
292 N. Studer, « Quelles évolutions récentes de la productivité hospitalière dans le secteur public », DREES, doc. de travail, série « Études et Recherches, 114, mars 2012. Voir également la fiche « La contrainte financière est-elle bien répartie ? »

et 2,8 % par an sur la période étudiée, c'est-à-dire 2002-2007. Le fait que la logique de la T2A incite à la recherche de l'efficience semble donc confirmé par cette hausse sensible de la productivité. Cependant, cette recherche d'efficience doit prendre en compte la qualité de vie au travail des personnels hospitaliers. Il est démontré que celle-ci est l'une des conditions de la qualité des soins [293].

Nouvelle gouvernance et gestion des ressources humaines

Les réformes successives de la gouvernance des établissements publics de santé ont eu un impact sur la gestion des ressources humaines. La mise en place des pôles en 2005, avait pour ambition de donner la priorité au pilotage médico-économique et de transmettre l'autorité et les marges de décision aux échelons les plus proches de la production de soins. L'instauration d'un conseil de pôle illustrait cette ambition. La loi HPST a renforcé les pouvoirs des chefs de pôles, du directeur et du directeur général de l'ARS afin de clarifier et rendre plus opérationnel le processus de prise de décision. La généralisation des contrats, entre chefs de pôles et directeurs, entre directeurs et directeur général de l'ARS, entre ces derniers et le ministère, et la diffusion de systèmes d'évaluation comportant des effets sur les rémunérations des fonctions managériales montre la volonté de renforcer la ligne exécutive. Ce renforcement est accompagné d'une évaluation et de possibilité de sanction en cas de non-atteinte des résultats attendus.

Recrutement et nomination des directeurs-chefs d'établissement [294]

Les directeurs-chefs d'établissements peuvent être des directeurs appartenant à la fonction publique hospitalière, des fonctionnaires appartenant aux autres fonctions publiques en détachement ou des contractuels de droit public. Cette dernière possibilité a été ouverte par la loi HPST qui a élargi ainsi les conditions d'accès à des professionnels ayant une expérience managériale et de direction dans le secteur privé ou public. C'est le CNG qui procède à la nomination après avoir reçu les avis du directeur général de l'ARS et du président du conseil de surveillance. Pour les postes de directeur général de CHU, la nomination s'effectue par décret du Président de la République pris sur le rapport du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de l'université et de la recherche.

La logique et les objectifs de ces réformes sont clairs mais des interrogations demeurent sur leur opérationnalité.

293 L. H. Aiken, D. M. Sloane, S. Clarke, L. Poshosyan, E. Cho, L.You, M. Finlayson, M. Kanai-Pak, Y. Aungsuroch, "Importance of work environments on hospital outcomes in 9 countries", *International Journal of Quality in Health Care, 23,* 2011, p. 357-364.
294 Décret 2007-1930 du 26 décembre 2007 ; loi 2009-879 du 21 juillet 2009.

Si le ministre a bien autorité sur le DG de l'ARS, si ce dernier a de réels moyens de pression sur le directeur de l'établissement (avis exprimé sur les candidatures reçues pendant le processus de nomination et d'évaluation, de fixation du niveau des primes, signature du contrat d'objectif et attribution des crédits MIGAC), rien n'est précisé sur le pouvoir d'agir du directeur à l'égard d'un chef de pôle qui ne respecte pas le contrat ou qui refuse de le signer, qui s'affranchit du projet d'établissement ou ne respecte pas les dispositions d'un plan de retour à l'équilibre. Il est aussi difficile de veiller à l'aptitude managériale d'un chef de pôle ; c'est ainsi par exemple que des conseils de pôle instaurés pour permettre l'expression des personnels étaient parfois de pure forme. Depuis, la loi HPST a supprimé l'obligation de tenir de tels conseils, sans malheureusement aborder la question du management au niveau des pôles.

Le directeur n'a pas de réelle autorité sur le chef de pôle dans son rôle de manager. La responsabilité du chef de pôle en tant que manager n'est pas définie. Quelle peut être l'animation des ressources humaines dans un pôle ? Peut-elle être une clause du contrat de pôle avec l'indication des lieux d'expression, d'information, de traitement des difficultés ? Les instances représentatives du personnel n'existent pas au niveau du pôle. Or, c'est là que se déroule la vie quotidienne, que s'organise le travail.

L'effet de ces réformes sur la gestion des ressources humaines a pu être très positif dans la mesure où le lieu de la prise de décision se rapproche du lieu de la mise en œuvre. La stratégie de ressources humaines [295] doit s'appuyer sur un management de proximité (chefs et cadres de pôle) [296]. Mais des conditions sont à remplir pour que cet effet positif se réalise :

- Tout d'abord, le pôle doit disposer des compétences [297] lui permettant d'agir par une juste application du principe de subsidiarité dans la répartition des compétences entre les directions fonctionnelles de ressources humaines et de coordination des soins. L'IGAS [298] fait le constat que faute de délégation de gestion et de moyens, les pôles assurent davantage un pilotage médicosoignant de portée limitée qu'un véritable pilotage médico-économique. Les chefs de pôles demandent des délégations de gestion dans le champ des ressources humaines, des outils de pilotage financier, notamment un EPRD de pôle, ainsi que des moyens humains qualifiés pour exercer ces délégations. À cet égard, l'IGAS recommande de revisiter le positionnement et les métiers des directions fonctionnelles et des directions de site, malgré les réticences de certains à voir leur cœur de métier redéployé dans les pôles.

- De plus, il est nécessaire que les responsables des pôles maîtrisent la dimension gestionnaire et managériale de ces compétences déléguées : gestionnaire avec le suivi rigoureux des effectifs et des crédits, le respect des règles statutaires, en particulier en matière de temps de travail ou de sollicitation des avis des instances représentatives des personnels, managériale

295 D. Toupillier, directrice générale du CNG, M. Yahiel, membre de l'IGAS, *Rapport sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé*, Rapport du CNG et du ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, janvier 2011.
296 *Ibid.*
297 Cf. fiche « Les réformes du financement et de la gouvernance ont-elles eu des effets bénéfiques sur les hôpitaux ? »
298 G. Vallet, H. Zeggar, *Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé*, Rapport IGAS, février 2010.

aussi avec le souci de veiller à l'information de tous, à la construction d'un sentiment d'appartenance, à l'élaboration de valeurs communes fondant le fonctionnement quotidien et à la mise en place de lieux de débat sur le contenu du travail. Cela suppose une formation des responsables de pôle pour que ces dimensions essentielles soient présentes dans leur pratique de manager. C'est aussi une recommandation du rapport déjà cité : « investir dans la formation des présidents de CME, des chefs et des cadres de pôle et des personnels de la direction des ressources humaines pour créer une culture commune et s'appuyer sur des repères, outils et méthodes partagés ». Une stratégie de détection des hauts potentiels pourrait également être mise en place, la seule aptitude à la recherche et à l'examen clinique ne permettant pas de déceler les aptitudes au management médical et à la participation à la direction d'un établissement de santé[299].

■ Par ailleurs, selon l'IGAS[300], certaines règles de gestion des ressources humaines faciliteraient la gouvernance des établissements de santé. Afin d'éviter que certaines situations ne s'enlisent, empêchant des restructurations ou des réorganisations nécessaires, la fonction d'un directeur d'hôpital pourrait utilement être limitée à six ans dans un même établissement. De plus, une évaluation des présidents de CME serait utile, même s'ils sont élus, afin de désigner à cette fonction les personnes ayant le profil le plus adapté.

La formation des directeurs d'hôpitaux doit également évoluer afin de s'adapter aux besoins réels des établissements de santé. Au vu de la diversité des postes, les compétences nécessaires pour couvrir l'ensemble du champ sont larges : compétences financières, logistique, achat, contrôle de gestion, droit hospitalier et médical, relations avec les usagers et communication, informatique médicale… Une spécialisation des cadres hospitaliers serait à envisager. De plus, une formation aux outils de performance médico-économique est indispensable pour faire en sorte que les réformes soient effectivement comprises et mises en œuvre.

Organisation des soins sur le territoire et adaptation aux besoins de santé de la population

Une réorganisation de l'offre de soins hospitalière est considérée comme nécessaire[301]. Elle se traduira par une réduction des capacités d'hébergement liée au développement de l'ambulatoire, par une centralisation des plateaux techniques chirurgicaux, liée aux exigences de la qualité et de la sécurité des soins, et par une réduction des situations de suroffre dans certains territoires en déclin démographique. L'impact de cette évolution est à anticiper et à accompagner en termes de ressources humaines. La mise en place de GCS ou de pôle de territoire par voie de convention interétablissements, soutenus par l'ARS devrait permettre de développer des compétences en matière de mobilité et de reconversion professionnelle.

299 C. Lannelongue, H. Strohl, *Bilan perspective de l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP)*, Rapport IGAS, juin 2011.
300 J.-C. Delnatte, Dr F. Fellinger, P. Legrand, *Contrôle du centre hospitalier d'Auch*, Rapport IGAS, août 2012.
301 *Cf.* fiche « Le tissu hospitalier est-il satisfaisant ? »

À l'inverse, les difficultés de recrutement, en particulier des médecins, ont des effets négatifs sur la gestion des ressources humaines. Des établissements font appel à l'intérim ou subissent des exigences financières sans rapport avec les recettes de l'activité générée. Des interprétations extensives de la réglementation sont pratiquées ; c'est ainsi que l'IGAS a pu constater dans des missions d'inspection que des anesthésistes ou des chirurgiens demandent à être rémunérés en garde pour une activité qui ne justifierait qu'une astreinte. Cela introduit des écarts de rémunération non justifiés par la charge de travail. Des cumuls d'activité sont constatés. Certains sont autorisés par la réglementation telle que la réalisation d'expertises ou le fait d'être membre du Collège de France. La pratique d'une activité libérale à l'hôpital est également possible dans des conditions et des limites fixées par la réglementation. D'autres suscitent des interrogations : rien ne s'oppose juridiquement au cumul avec des fonctions de parlementaires. Il paraît cependant difficile, en pratique, pour la même personne, de respecter l'obligation de s'acquitter des tâches relatives aux fonctions de PH ou de PU-PH et de consacrer à un mandat parlementaire le temps que cette fonction élective requiert. D'autres cumuls enfin sont interdits et parfois pratiqués. Une mission de l'IGAS a ainsi relevé que des praticiens hospitaliers temps plein dans un établissement effectuaient des « intérims » dans un autre centre hospitalier[302]. La loi HPST a introduit le dispositif de médecin contractuel avec la possibilité de mettre en place des dispositifs de rémunération innovants, dispositif dont il faudra évaluer l'impact.

La volonté de développer les coopérations entre établissements pour mieux organiser l'offre se heurte à la difficulté de reconnaître les efforts des personnels qui acceptent un exercice partagé. S'agissant des médecins, il existe une prime d'exercice partagé dont les conditions d'attribution sont peu souples, car la décision est prise non par le directeur d'établissement mais par le directeur général de l'ARS. De même, si la coordination d'un parcours de soins relève de l'activité normale des praticiens, le temps médical mobilisé dans le cadre d'actions de coopération devrait pouvoir être reconnu.

Nouveaux métiers et partage des tâches

De nouveaux métiers apparaissent en fonction des évolutions de la médecine. Ils donnent lieu à des recrutements comme agents contractuels. Citons à titre d'exemple le métier de pompiste en chirurgie cardiaque. Responsable de la machine qui assure la circulation extracorporelle pendant les interventions cardiaques, il doit disposer de compétences à la fois médicales et techniques. De même, le data-manager qui participe aux travaux de recherche clinique doit disposer de compétences statistiques, épidémiologiques et d'une approche médicale. Les échographies se sont beaucoup développées en France et sont en principe pratiquées par des médecins. En pratique, ce n'est pas toujours le cas et des manipulateurs d'électroradiologie, des ingénieurs, des sages-femmes les pratiquent. Une procédure de reconnaissance de ces répartitions

302 J.-C. Delnatte, Dr F. Fellinger, P. Legrand, *Contrôle du centre hospitalier d'Auch*, Rapport IGAS, août 2012.

de tâches entre professionnels existe et prévoit une validation par l'HAS. Elle est encore trop peu mise en œuvre.

Au total, les ressources humaines sont gérées avec des règles définies au niveau national (rémunérations, statut…), mais par des établissements autonomes. Il peut être difficile de concilier la réactivité nécessaire à la bonne gestion des établissements de santé et des règles statutaires dont la mise en œuvre est pour l'essentiel assurée au niveau national.

Des dysfonctionnements qui témoignent de problèmes structurels à résoudre

L'IGAS constate régulièrement des dysfonctionnements en matière de gestion des ressources humaines.

Un rapport de l'IGAS[303] sur le cumul d'activités dans la fonction publique hospitalière (donc hors praticiens hospitaliers) indique qu'« *au cours de l'année 2008, parmi les 359 484 agents titulaires de métiers soignants ou médico-techniques, 24 547 ont été multi-actifs ce qui représente 6,8 % de pluriactifs* ». La proportion la plus importante de multi-actifs salariés est atteinte par les infirmiers anesthésistes qui sont 19 % à cumuler tous secteurs confondus. C'est une situation potentiellement génératrice de risques pour la sécurité des patients.

Le rapport sur la gestion et l'utilisation des ressources humaines dans six établissements de santé spécialisés en psychiatrie[304] relève pour sa part « *un défaut d'articulation du projet médical avec le projet de soins et en général avec le projet d'établissement. Les moyens ne sont jamais appréciés en fonction de l'activité exercée et souhaitée. La fonction ressources humaines n'est pas bien identifiée au sein des établissements* ». Il est précisé que la DRH est responsable de la gestion statutaire, la direction de la gestion des médecins et la direction des soins de l'organisation du travail soignant. Il ajoute que « *trop de médecins, notamment les chefs de service, ne consacrent pas assez de temps à l'encadrement des unités* ». Ce rapport souligne que l'absence de ligne et de cadre est insécurisante pour les professionnels et les usagers.

Des versements d'éléments de rémunération sont constatés dans certains établissements, alors qu'ils ne reposent sur aucune base légale ou qu'ils correspondent à une mise en œuvre extensive de la réglementation. Afin de faciliter le recrutement de médecins dans des établissements peu attractifs, des rémunérations de garde sont versées sans s'assurer que la prestation attendue en contrepartie soit réelle ; il peut en être de même pour des rémunérations d'astreinte effectuées par des personnels soignants.

303 C. de Batz de Trenquelléon, P. Lesteven, *Cumul d'activités dans la fonction publique hospitalière*, Rapport IGAS, juin 2011.
304 J.-P. Bastianelli, G. Laurand, C. Planes-Raisenauer, H. Strohl, *Gestion et utilisation des ressources humaines dans six établissements de santé spécialisés en psychiatrie*, Rapport IGAS, juillet 2007.

Ces dysfonctionnements sont problématiques :

– en créant des situations d'inéquité, ils nuisent à une bonne gestion des ressources humaines. C'est ainsi que des médecins anesthésistes qui effectuent des gardes dans un établissement ayant une forte activité constatent que des confrères exerçant dans une structure voisine à faible activité perçoivent la même rémunération. Cela peut aussi les inciter à rechercher une mutation dans cette structure au détriment de celle qui répond aux besoins de la population, besoins attestés par le niveau constaté de l'activité ;

– un impact est possible sur la qualité des soins dans le cas de cumul d'activité qui empêche par exemple la prise du repos de sécurité et dans le cas de non-respect du temps de travail.

Ces situations se constatent dans des circonstances diversifiées. Le cumul d'activités est fréquent dans certaines régions qui se caractérisent par un coût élevé de l'immobilier (Île-de-France ou PACA)[305]. Des interprétations extensives de la garde médicale entraînant une rémunération non liée à l'activité réelle ont lieu dans des établissements confrontés à des difficultés de recrutement. Les causes de telles pratiques sont à clarifier pour tenter de trouver des réponses adaptées. Des mesures existent déjà, telle que la prime attribuée aux praticiens hospitaliers qui acceptent une affectation dans un établissement figurant sur une liste préétablie. Une organisation des permanences de nuit en chirurgie réduisant le nombre de sites permettrait non seulement une sécurité des soins accrue mais aussi un assainissement des pratiques en matière de rémunérations des gardes[306].

La gestion des ressources humaines doit viser à mieux concilier qualité des soins, qualité de vie au travail et efficience

La gestion des ressources humaines à l'hôpital est à rénover pour permettre aux gestionnaires hospitaliers, qu'ils soient directeurs ou médecins, de réagir rapidement aux évolutions d'activité, des techniques ou des attentes des patients. Cette gestion doit aussi être attentive à la qualité de vie au travail, condition également de l'efficience hospitalière.

Une vigilance nécessaire

Comme souligné plus haut, la productivité a progressé à l'hôpital sur la période 2002-2007 entre 2,2 % et 2,8 % par an. Il est légitime de chercher à savoir si c'est l'organisation du travail qui a changé, si des personnels étaient auparavant insuffisamment employés, ou si ces gains de productivité se sont réalisés au détriment des conditions de travail des personnels.

305 Rapport IGAS sur le cumul d'activités dans la fonction publique hospitalière, juin 2011.
306 Rapport Ondam, juin 2012.

Des travaux statistiques trop anciens

Les derniers travaux de la DREES sur les conditions de travail datent de 2003[307], et ne permettent donc pas de porter une appréciation sur l'évolution des conditions de travail depuis lors, notamment depuis la mise en place de la T2A. Il est donc difficile d'estimer par ce biais l'impact des nouvelles réformes avant la publication des résultats d'une nouvelle étude de la DREES prévue en 2013. Dans un contexte en forte évolution, il semble indispensable de se doter d'instruments plus réguliers de suivi des conditions de travail dans les établissements de santé.

Des données sont apportées par l'enquête réalisée sur une cohorte dite « ORSOSA », incluant 4 308 agents dont 2 569 infirmiers et 1 739 aides-soignants, qui s'intéresse aux contraintes psychosociales et organisationnelles en milieu de soins et s'efforce en particulier de les mesurer dans l'unité de travail de base qu'est l'unité de soins. Différentes tensions s'exercent sur le soignant : celles liées aux relations et comportements, celles liées au changement du travail et de son environnement, celles liées à la réalisation du travail. Sept CHU y ont participé : Bordeaux, Toulouse, Grenoble, Lille, Strasbourg, Limoges et Nancy. Les premiers résultats, encore à confirmer, montrent des différences marquées entre unités de travail, ce qui est intéressant pour le gestionnaire qui peut entamer des mesures correctrices. Cela doit aussi permettre d'identifier les organisations collectives qui préviennent l'apparition des troubles.

Le rapport de l'IGAS sur le CHU de Lille[308] indique que dans un établissement qui s'est doté d'un projet social ambitieux, qui dispose d'un service de médecine du travail étoffé, qui participe à l'étude ORSOSA, dont les effectifs augmentent régulièrement, l'absentéisme augmente aussi. À titre d'illustration, la seule augmentation de l'absentéisme entre 2004 et 2007 représente 200 postes de travail perdus pour l'établissement. Ce même rapport ajoute : « *le stress à l'hôpital est une réalité pour certains personnels soignants et résulte de la difficulté ressentie à tort ou à raison par ces derniers de concilier l'exigence de qualité qu'ils se donnent et les moyens d'y faire face* ».

Ces problématiques suscitent des études et des programmes de recherche. Le programme CLARTÉ associe le ministère de la Santé, l'HAS, les Hospices civils de Lyon, le CHU de Nantes et le Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine. Il a décidé de mettre au point des indicateurs de qualité et de sécurité des soins hospitaliers. L'un des six domaines prioritaires d'investigation est le management des ressources humaines. Les indicateurs correspondant à ce domaine concernent l'absentéisme des professionnels de santé, le *turn over* de ces professionnels et la satisfaction des personnels au travail.

307 DREES, « Les conditions de travail perçues par les professionnels des établissements de santé », *Études et Résultats,* août 2004.
308 J. Métais, M. Thierry, *Contrôle de la prévention des risques psychosociaux au CHRU de Lille,* Rapport IGAS, juin 2012.

Il est difficile de disposer de données fiables sur l'absentéisme des personnels hospitaliers. La DGOS a réalisé une enquête sur son évolution entre 2009 et 2010. Des précautions sont à prendre sur les limites de cette enquête qui repose sur la déclaration des établissements et qui ne porte pas sur la totalité des structures. On note cependant qu'en 2010, c'est en moyenne 18 jours d'absence par ETP qui sont constatés, dont 10 jours pour maladie ordinaire. Une hausse de 13 % a eu lieu par rapport à 2009[309]. Cette hausse peut être en partie due au vieillissement des personnels hospitaliers : l'âge moyen des personnels (hors médecins) est passé de moins de 39 ans en 1992 à 43 ans en 2010[310]. Il en découle des difficultés accrues de conditions de travail, par exemple pour les aides-soignants. Cette hausse peut en partie être due à un malaise plus général[311]. C'est aussi une perte de ressources préjudiciable au bon fonctionnement des établissements et à leur efficience.

La définition du taux de *turn over* est en cours d'expertise dans le cadre du projet CLARTÉ. Une enquête de l'ATIH sur les données 2010 établit un taux de départ des personnels de soins de 10,8 % et de 10,9 % pour les médecins, hors internes soit une stabilité dans une institution d'environ dix ans.

Les actions possibles

Il existe un lien entre qualité de vie au travail et qualité des soins. Le niveau des effectifs est souvent considéré comme permettant de garantir la qualité de vie au travail et la qualité des soins. Les pouvoirs publics ont d'ailleurs publié des textes fixant les effectifs dans certaines disciplines (réanimation, périnatalogie…). En sens inverse, la recherche de l'efficience impose de maîtriser le niveau des effectifs, et les facteurs influant qualité de vie et qualité des soins ne sont naturellement pas que quantitatifs.

Dans un contexte de stabilisation des moyens humains, il est essentiel d'explorer tous les moyens d'accroître la productivité sans peser sur la qualité de vie au travail ni sur la qualité des soins : organisation du travail, discussion collective sur le travail et les arbitrages à rendre au quotidien entre les multiples sollicitations que reçoivent les agents hospitaliers.

Le travail hospitalier est un travail d'équipe ; il suffit qu'un membre de cette équipe ne respecte pas le travail des autres, les contraintes des autres pour provoquer des dysfonctionnements qui heurtent la volonté de faire du bon travail. La capacité à travailler en équipe, le bon fonctionnement du collectif de travail sont des conditions de la qualité et de la sécurité des soins[312].

Les établissements sont actuellement confrontés à l'enjeu de concilier efficience, qualité des soins et satisfaction des professionnels. Or, la mesure de cette

309 DGOS, *Absentéisme dans les EPS. Résultats 2010*, CHSCT du 14 juin 2012.
310 Rapport IGAS-IGA sur les inaptitudes, *op. cit.*
311 *Idem.*
312 M. Leonard, S. Graham, D. Bonacum, "The human factor : the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care", *Quality and safety in health care*, 2004 ; D. P. Baker, S. Gustafson, J. Beaubien, E. Salas, P. Barach, "Medical Teamwork and Patient Safety : The Evidence-based Relation. Literature Review", *AHRQ*, Agency for Healthcare Research and Quality, April 2005.

dernière semble encore peu homogène[313]. Seuls 38 % des établissements interrogés ont répondu positivement à la question de savoir s'ils utilisaient des indicateurs de qualité de vie au travail. Les résultats de l'enquête sur la politique de modernisation des ressources humaines dans les EPS montrait « *majoritairement, les conditions de vie au travail* […] [et] *la prévention des risques psychosociaux* […] *sont considérés comme moyennement assurés* »[314].

Les établissements de santé ont pu aborder la question de la qualité de vie au travail à travers la gestion de risques et l'obligation de mettre en œuvre une politique de prévention des risques psychosociaux notamment *via* le Document unique. De façon générale, la politique de gestion des ressources humaines répond à certaines problématiques d'amélioration de la qualité de travail. La politique de formation (répondre aux demandes de formation continue, promotion professionnelle, etc.), l'organisation des reclassements professionnels, l'embauche de psychologue(s) du travail et/ou d'ergonomes rattaché(s) à la médecine du travail, la politique de mobilité interne (bourses d'emplois), la politique « sociale » (places de crèches par exemple) constituent quelques exemples dans les établissements visités.

L'indicateur de qualité de vie au travail le plus souvent suivi en routine est le taux d'absentéisme pour lequel les établissements ont mis en place des systèmes d'analyse et de réaction rapides afin de régler au plus vite les situations problématiques. Le *turn over* et les accidents de travail (AT), voire les fiches de signalements sont également suivis. 41 % des établissements utilisent des indicateurs de qualité de vie au travail[315]. Ce pourcentage est systématiquement plus élevé pour les établissements présentant des résultats financiers satisfaisants.

Le CHU de Brest a récemment mis en place un baromètre social du mal-être au travail, à travers un suivi d'indicateurs, comme la demande de souhait de changement de service, des fiches signalétiques d'événements indésirables (FSEI) faisant état de mauvaises relations entre collègues de travail, des FSEI faisant état d'agression/de maltraitance, l'intervention de la psychologue pour une médiation. Ces indicateurs sont croisés avec les accidents d'exposition au sang (AES), les déclarations d'AT, les déclarations initiales de maladie professionnelle (MP), le nombre d'arrêts maladie de 3 jours ou moins, le nombre d'arrêts maladie entre 4 et 8 jours. Une telle démarche devra être évaluée, et le cas échéant, pourrait être utilement généralisée.

De façon plus générale et lorsqu'on traite de la qualité de vie au travail à l'hôpital, des questions de fond sur le travail à l'hôpital sont à aborder : le travail hospitalier a pour caractéristique d'être confronté quotidiennement à la souffrance, au vieillissement, à la mort. Est-ce pris en compte dans l'organisation du travail, l'organisation des équipes et des relations entre membres de l'équipe, médecins compris ? Les équipes des services de réanimation, des services de soins

313 D. Acker, Dr A. C. Bensadon, P. Legrand, C. Mounier, *Management et efficience hospitalière : une évaluation des déterminants,* Rapport IGAS, avril 2012.
314 D. Toupillier, directrice générale du CNG, M. Yahiel, membre de l'IGAS, *Rapport sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé*, Rapport du CNG et du ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, janvier 2011.
315 Source : DGOS.

palliatifs ont réfléchi à ces questions et ont défini les réponses à apporter[316]. C'est ainsi par exemple que les services de réanimation discutent collectivement, en présence des médecins, des situations de fin de vie. Les établissements de soins devraient avoir une obligation de prévention des deuils pathologiques et de suivi des soignants confrontés régulièrement à la mort[317].

CONCLUSION

La réforme du mode de financement des établissements de santé, de la gouvernance des établissements publics de santé avec la mise en place des pôles, du directoire et du conseil de surveillance, et de l'organisation de l'offre de soins avec les ARS visent à améliorer l'efficience du secteur hospitalier.

La gestion des ressources humaines à l'hôpital est également à rénover afin qu'elle soit en cohérence avec l'objectif de ces réformes. Des rigidités doivent être réduites afin de mettre fin à des situations abusives telles que constatées par l'IGAS et de permettre aux établissements de santé une recherche constante d'une bonne utilisation des ressources existantes. Cela concerne le recrutement, la rémunération et la gestion de la vie professionnelle, non seulement des équipes de direction et administrative mais également des professionnels de santé.

Une attention accrue est à porter parallèlement aux conditions de travail et à la santé des personnels hospitaliers. Réduire l'absentéisme, améliorer l'attractivité des métiers hospitaliers à l'entrée dans la vie professionnelle mais aussi pendant le déroulé de celle-ci améliorera l'efficience des établissements de santé. Il est établi que qualité des soins et qualité de vie au travail sont liées. Les ressources humaines sont donc essentielles à l'atteinte de l'objectif assigné aux établissements de santé : assurer une prise en charge sûre et de qualité aux patients et à leurs proches. Les dépenses de personnel représentant 68 % des charges des établissements de santé en moyenne, les ressources humaines et leur gestion méritent une attention particulière.

Une gestion rénovée est à construire autour de thèmes peu abordés : l'organisation du travail dans l'unité de soins, le fonctionnement en équipe et la construction d'un collectif de travail intégrant les médecins, la possibilité de débats d'équipe sur le contenu du travail, les modalités d'arbitrage entre les sollicitations multiples et des discussions sur les situations de souffrance et de fin de vie, la formation continue.

316 Rapport IGAS sur la mort à l'hôpital 2009, *op. cit.*
317 *Idem.*

Conclusion : quelle gouvernance de la politique hospitalière ?

Selon un sondage réalisé pour la Fédération Hospitalière de France (FHF), l'hôpital donne aujourd'hui satisfaction à 86% des Français[318]. Cependant, des améliorations sont souhaitables, tant en termes de pilotage de la qualité des soins que d'efficience de la dépense. L'adaptation aux nouveaux besoins liés aux évolutions épidémiologiques, aux changements démographiques ou technologiques, est également un enjeu. Au vu des missions réalisées, l'IGAS pose un certain nombre de constats, et propose des pistes d'amélioration pour définir une offre hospitalière correspondant aux besoins de santé de la population, dans les contraintes financières actuelles. Ces pistes d'amélioration nécessitent une gouvernance adéquate de la politique hospitalière.

Tout en conservant le principe d'autonomie des établissements de santé, et en substituant à l'administration déconcentrée de la santé des agences régionales disposant du statut d'établissement public, leur garantissant théoriquement une autonomie plus grande, la loi HPST a entendu renforcer les lignes hiérarchiques au sein du monde hospitalier. La responsabilisation de chaque niveau a été renforcée : chefs de pôle, directeur d'établissement, DGARS, comité national de pilotage. Matérialisée par la contractualisation, cette responsabilisation prend forme dans la fixation d'objectifs, dont l'atteinte peut être mesurée par des indicateurs.

Pourtant, l'IGAS a pu constater que le schéma de gouvernance laisse ouvertes certaines questions.

Au niveau de l'établissement de santé, la réforme de la gouvernance de 2005 et la mise en place de la T2A sur le champ MCO ont contribué à renforcer l'incitation des acteurs, notamment les directeurs et chefs de pôle, à suivre l'activité de l'établissement, et à adapter l'offre en fonction des besoins, le cas échéant en réorientant les activités de l'établissement. Mais il convient de ne pas surestimer l'impact de la T2A sur les décisions stratégiques d'organisation des soins : il semble que peu d'établissements, tant publics que privés, déterminent leur choix d'activité en fonction des tarifs T2A des différentes activités. L'existence de synergies entre activités, dont l'une peut être déficitaire mais indispensable à une autre excédentaire, mais aussi la variabilité des tarifs, en sont des facteurs explicatifs.

De plus, le choix des activités est largement contraint par l'offre disponible sur le bassin de vie, et par le statut de l'établissement. En particulier, l'objectif d'accès aux soins impose aux hôpitaux de proximité d'offrir la gamme de soins la plus large possible, d'autant plus s'ils sont isolés, alors même que les données disponibles montrent que la spécialisation est source de profit[319].

318 Sondage FHF, TNS - Sofres, février 2012.
319 DREES, *Panorama des établissements de santé 2012*.

Par ailleurs, la responsabilisation des acteurs ne peut se faire que sur les leviers d'action dont ils disposent. Or, certains leviers de productivité ne se situent pas à ce niveau : en particulier, la gestion du personnel médical et non médical comme des rémunérations relèvent en grande partie du niveau national.

Au niveau régional, s'il est trop tôt pour porter une appréciation sur la mise en place des agences régionales de santé, notamment en termes de synergies souhaitables entre médecine de ville, établissements de santé et médico-social, il apparaît d'ores et déjà que deux questions demeurent posées.

Tout d'abord, quelles sont les marges de manœuvre dont doivent disposer les ARS, dans la gestion de leurs personnels, de leurs moyens financiers, ainsi que dans la définition de leurs priorités et des moyens pour les mettre en œuvre ? Le statut d'établissement public devait permettre d'accueillir à la fois des personnels de l'État et de l'assurance maladie, mais également de donner une marge de décision et d'action supérieure à celle dont disposent des services déconcentrés de l'État[320]. À cet égard, l'introduction d'une fongibilité complète des enveloppes sanitaires et médico-sociales est une piste de réflexion, afin de favoriser le développement de structures d'aval, nécessaires pour améliorer le parcours du patient[321]. Le nombre et la teneur des directives émanant du niveau national, *via* le comité national de pilotage, sont également source d'interrogations. Souvent des circulaires d'instruction, rentrant dans les détails de la mise en œuvre, elles sont rarement des circulaires d'objectifs, laissant les modalités de mise en œuvre aux acteurs de terrain[322].

Au-delà de ces questions de marge de manœuvre et d'autonomie, les objectifs assignés aux nouvelles agences s'avèrent difficiles à concilier. Est-il souhaitable de donner au même acteur un rôle de régulation de l'offre de soins, de contrôle/inspection de tous les établissements de santé et de redressement financier des seuls hôpitaux publics ?

Une attention particulière doit ainsi être portée à l'articulation entre les fonctions de régulateur et celles d'inspection, sans que celles-ci ne soient incompatibles par principe.

La fonction de régulation et celle de tutelle des seuls établissements publics sont plus délicates à concilier. En effet, concernant les établissements publics, l'ARS participe au conseil de surveillance, réalise le suivi budgétaire de ces établissements, et met en œuvre les directives, par exemple sur la fonction publique hospitalière. Pour les établissements privés, l'ARS n'intervient que dans le cadre du suivi des financements contractualisés et des autorisations. Ainsi, les ARS peuvent être accusées, notamment par les cliniques privées, d'être « juge et partie ». Enfin, les agences doivent-elles se concentrer sur la sécurité et la gestion des risques, ou sont-elles amenées à s'impliquer plus avant dans la nouvelle politique liée à la pertinence des soins délivrés dans les établissements ? Le flou actuel est illustré par le fait que le président du collège des DGARS, lors de son audition devant la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale du Sénat le 20 juin 2012, renvoie à l'assurance

320 C. Courreges, A. Lopez, « Les ARS, un an après », in *Droit social*, nº 11, novembre 2011.
321 Rapport IGAS-IGF sur l'ONDAM 2012, *op. cit.*
322 C. Courreges, A. Lopez, « Les ARS, un an après », *op. cit.*

maladie le contrôle de la pertinence des soins à l'hôpital, alors que la qualité des soins relève d'une compétence de l'ARS. Dans le contexte d'un financement à l'activité, un tel contrôle est indispensable ; il importe donc de clarifier le rôle des ARS en la matière – rôle que l'IGAS considère comme nécessaire[323].

Ces questions doivent également être traitées *au niveau national*.

La question des marges de manœuvre des ARS et de leurs compétences est à traiter avec la question du rôle du centre national de gestion et celui du conseil national de pilotage des ARS. À organisation inchangée, il conviendrait notamment de clarifier les conditions d'évaluation des ARS et des DGARS, en recentrant la contractualisation sur des objectifs sur lesquels les ARS ont effectivement des leviers. Concernant la construction des indicateurs de pilotage, un travail serait nécessaire afin de recenser, d'évaluer et de développer des indicateurs stratégiques, par exemple sur le retour à l'équilibre structurel des établissements, la pertinence des investissements au regard de la recomposition de l'offre de soins sur un territoire, ou encore des indicateurs organisationnels et économiques relatifs à la comptabilité analytique[324]. De plus, un appui du niveau national aux ARS peut s'avérer utile dans certains domaines, par exemple en matière d'autorisations d'activités de soins[325].

En élargissant la réflexion au mode de pilotage des ARS et à son organisation, il apparaît souhaitable d'expliciter et de renforcer le rôle de suivi du secrétariat général sur les directions métiers, notamment la DGOS, et sur la CNAMTS, chargées quant à elles de suivre la mise en œuvre des politiques[326].

Au-delà des questions de pilotage, d'autres enjeux nécessitent d'être traités au niveau national, dans le cadre plus global de la politique de santé. C'est en particulier à ce niveau qu'il conviendra de définir une stratégie fixant le rôle et la place de l'hôpital et organisant le débat national sur ce rôle. De même, certaines questions de société mériteraient d'être posées, telles que la prise en charge du vieillissement et de la mort[327], aujourd'hui assurée à l'hôpital.

---

323 *Cf.* fiche « La tarification à l'activité pousse-t-elle les hôpitaux à délivrer trop de soins ? »
324 N. Destais, D. Debrosse, *Mission d'appui à la secrétaire générale : qualité et bon usage des indicateurs dans le champ des agences régionales de santé,* mars 2011.
325 C. De Batz De Trenquellèon, D. Soubrié, *Mission d'appui au secrétariat général des ministères sociaux à l'analyse des processus d'autorisations sanitaires et médico-sociales*, Rapport IGAS, décembre 2011.
326 N. Destais, D. Debrosse, *Mission d'appui à la secrétaire générale : qualité et bon usage des indicateurs dans le champ des agences régionales de santé*, mars 2011.
327 Rapport IGAS sur la mort à l'hôpital 2009, *op. cit.*

Deuxième partie

PRÉSENTATION DE 25 RAPPORTS DE L'IGAS : ÉVALUATION, CONTRÔLE ET APPUI

Modes de prise en charge des patients et qualité

L'information des usagers sur la qualité des prises en charge dans les établissements de santé

P.-L. Bras, P. Gohet, A. Lopez,
L'information des usagers sur la qualité des prises en charge dans les établissements de santé, juillet 2010.

L'IGAS a évalué l'information dont disposent les usagers sur la qualité des prises en charge dans les établissements de santé. L'enjeu était de faire le point sur les données qui permettent d'apprécier la qualité des prises en charge et d'apprécier dans quelle mesure elles permettent à l'usager « consommateur » d'exercer de manière éclairée son droit au « libre choix ». Il était aussi d'apprécier la portée des initiatives prises dans le cadre de la démocratie sanitaire : permettre à des représentants des usagers de siéger dans les institutions de gouvernance de l'hôpital n'a vraiment de sens que si ceux-ci disposent d'informations pertinentes sur la qualité des prises en charge.

En France, une information des usagers relativement pauvre…

Les informations diffusées vers les usagers « consommateurs » à l'initiative des pouvoirs publics sont très pauvres. Cela tient tout d'abord à la faiblesse des données disponibles pour apprécier la qualité des prises en charge. Même si les indicateurs de qualité relatifs aux processus se développent, il n'existe pas d'indicateur de résultats. La satisfaction des patients n'est pas mesurée de manière homogène. Les résultats de la certification ne sont disponibles que tous les quatre ans.

L'information disponible est rarement présentée sous une forme synthétique et agrégée. Les informations sont dispersées sur plusieurs sites internet et sont d'accès difficile. Les sites ne sont pas conçus pour faciliter les recherches et les comparaisons entre établissements.

Cette relative pauvreté de l'information d'origine publique s'explique, notamment, par l'émiettement du dispositif de pilotage de la production d'informations et par la faiblesse de l'investissement en ce domaine. De plus, les indicateurs de la qualité ont été conçus pour les professionnels afin de servir de support aux actions d'amélioration. Il est donc difficile aux usagers de les lire et de les interpréter. L'information des usagers n'est qu'un objectif subordonné.

Les représentants des usagers bénéficient quant à eux de nombreuses informations dans le cadre des fonctions qu'ils exercent dans diverses instances (conseil de surveillance, commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge – CRUQPC -, conférence régionale…) ou grâce aux retours d'expériences des patients. Pour autant, il leur est difficile d'ordonner des informations disparates et souvent très techniques. Ils ne disposent pas d'une information structurée, synthétique et comparative qui leur permettrait d'intervenir plus activement pour promouvoir la qualité.

Il existe pourtant un besoin d'information dont témoigne le succès des publications qui fournissent des classements des établissements de santé. Mais les initiatives privées visant à diffuser de l'information sont dépendantes des données existantes. Les tentatives d'élaborer à partir des données construites pour la gestion de la tarification hospitalière, des classements « qualité » aboutissent à diffuser des palmarès peu pertinents.

…qui contraste avec les efforts réalisés au Royaume-Uni

L'examen des initiatives étrangères, notamment celles engagées au Royaume-Uni, fait ressortir, par un effet de contraste, les limites de la politique française.

Depuis le début des années 2000, en rupture avec une tradition où le choix des usagers était très contraint, le choix de l'usager est désormais activement promu. On attend qu'il se comporte en « consommateur » actif, avec l'espoir que les établissements soumis à cette concurrence amélioreront la qualité de leurs prestations.

Aussi, des investissements importants ont-ils été consentis afin que les possibilités de choix ouvertes aux usagers soient éclairées par des informations pertinentes et adaptées.

Le niveau de qualité des établissements de santé est annuellement coté en quatre niveaux, par la *Care Quality Commission,* à partir d'une procédure qui combine, d'une part, une appréciation du respect de « standards » en matière de qualité, et, d'autre part, la position de l'établissement au regard d'indicateurs de processus et de résultats.

La satisfaction des usagers et leur expérience en matière de prise en charge, ainsi d'ailleurs que celles des personnels, sont évaluées par sondage sur une base homogène, ce qui permet des comparaisons.

Des indicateurs de résultats en matière de mortalité, au niveau global pour l'établissement et plus spécifiquement pour certaines interventions, sont établis et publiés. Les délais d'attente sont également mesurés et publiés.

L'information ainsi constituée est rassemblée sur un site de référence « *NHS Choice* ». Ce site est conçu en fonction des besoins d'un usager qui veut pouvoir comparer les établissements qui lui sont accessibles (entrée par une localisation, entrée croisée localisation/pathologie, présentation comparative…).

Plus récemment, au-delà de l'usager « consommateur », le *National Health Service* (NHS) a souhaité favoriser l'intervention des « communautés locales ». La constitution de réseaux – *Local Involvment Networks* (LINKs) – regroupant des individus et des associations locales a été encouragée. Ces réseaux ont vocation à intervenir auprès des établissements afin de favoriser les progrès dans la qualité des prises en charge. Pour servir de supports à ces interventions, les établissements du NHS sont tenus, à partir de 2010, de produire chaque année des comptes qualité qui seront soumis aux parties prenantes locales, dont les LINKs. Il s'agit de mettre à disposition des représentants des usagers une information dont la structure est fixée au niveau national mais qui laisse une part aux problématiques locales.

Pourquoi et comment informer les usagers ?

Les évaluations des initiatives visant à développer l'information des usagers à l'étranger, montrent que ceux-ci utilisent encore assez peu les informations mises à leur disposition. Les conseils des médecins, les expériences personnelles ou celles des proches restent les vecteurs d'information privilégiés.

Ce résultat est cohérent avec les études sur l'influence de la diffusion d'informations sur les choix d'un établissement d'hospitalisation. Elles convergent pour conclure que cette influence est limitée. Il se peut toutefois que cette faible influence soit liée au manque de pertinence des informations diffusées jusqu'à présent. De plus, les nouvelles générations, habituées à la recherche d'informations comparatives sur Internet, développeront peut-être des comportements différents.

Indépendamment de la modification des comportements des usagers, la publication de données comparatives aurait un effet, certes modeste, mais néanmoins positif sur les comportements des équipes et des établissements. Elle les encouragerait à prendre des initiatives pour améliorer la qualité des prises en charge.

Ces études montrent également que, si l'on souhaite que l'information soit utilisée par les usagers, un effort important est nécessaire pour la synthétiser et l'agréger. L'usager n'est pas en mesure d'intégrer et de pondérer des informations multiples et disparates. Cet exercice d'agrégation et de synthèse est toujours délicat. En effet, on ne mesure bien que des objets circonscrits et précisément définis. Il est toutefois nécessaire si l'on entend produire une information utile pour l'usager.

L'usager a beaucoup de difficultés à interpréter des indicateurs de processus. Les indicateurs de résultats (taux d'infections nosocomiales, taux de mortalité…) sont plus significatifs. Jusqu'à présent, les vives controverses dans la littérature internationale sur la pertinence des méthodes d'ajustement au risque ont conduit la France, à la différence d'autres pays, à écarter ce type d'indicateurs. À la suite de l'impulsion donnée par le Président de la République (discours du 18 septembre 2008), un travail de réflexion a été engagé.

Il apparaît enfin que les usagers attendent non seulement des informations sur les performances cliniques mais aussi les informations relatives aux conditions du séjour notamment celles relatives à la qualité des relations avec le personnel médical et le personnel soignant. En tout état de cause, il s'avère pertinent et possible de généraliser des enquêtes de satisfaction des patients. Pour permettre des comparaisons, elles devraient être réalisées sur une base homogène à partir d'une méthodologie d'ores et déjà disponible et testée en France (questionnaire Sephora). Généraliser, comme dans d'autres pays, de telles enquêtes auprès du personnel soignant permettrait de disposer d'un éclairage particulièrement pertinent.

Les recommandations de la mission

Les pouvoirs publics doivent se donner les moyens d'apprécier la qualité des prises en charge dans les établissements de santé. On ne peut pas se satisfaire d'une situation où le pilotage de la performance économique est organisé (comptes financiers annuels) mais où on ne dispose pas d'instruments aussi puissants pour apprécier la qualité des prises en charge. Ce déséquilibre nourrit le soupçon que l'exigence d'équilibre de comptes nuit à la qualité des prises en charge.

Par ailleurs, l'information des usagers mérite de devenir un objectif en soi alors qu'elle n'était, jusqu'à présent, que le sous-produit d'informations constituées pour les professionnels. Cette orientation se justifie moins par les effets bénéfiques que l'on peut en attendre à court terme sur la qualité des choix ou le comportement des équipes soignantes, que pour des raisons de principe : promouvoir l'autonomie de la personne malade, renforcer la démocratie sanitaire, réduire les inégalités d'accès aux soins.

De plus, cette information est appelée à se développer et les pouvoirs publics semblent seuls à même de constituer une information exempte de biais majeurs.

Dans cet esprit, l'objectif devrait être de constituer un site unique de référence comportant des informations comparatives autour des délais d'attente, une appréciation synthétique de la qualité (que devrait élaborer la HAS à partir d'une procédure de certification rénovée), des indicateurs de résultats, des données sur la satisfaction des patients et des personnels soignants, des éléments permettant aux patients d'apprécier le risque financier de subir des dépassements d'honoraires.

Pour ce qui concerne les représentants des usagers, il est proposé qu'ils puissent disposer d'une information structurée sur la qualité des établissements

sous forme de comptes qualité publiés annuellement par les établissements de santé. Ces comptes seraient soumis, avant publication, à une procédure contradictoire auprès des parties prenantes (association, élus locaux, autorités de tutelle). La structure de ces comptes serait fixée au niveau national pour assurer une homogénéité de l'information et favoriser les comparaisons. Elle pourrait s'articuler sur les rubriques de la certification. Ces comptes de qualité devraient permettre également de rendre compte des résultats des initiatives locales engagées pour améliorer la qualité, et donc de les suivre. Ces comptes de qualité, articulés avec la procédure de certification, permettraient à la HAS de fournir l'appréciation synthétique de la qualité évoquée au paragraphe précédent.

Ces propositions constituent les éléments d'un projet global orienté vers la promotion d'un usager plus actif dans ses choix ou dans ses interventions. Il suppose un investissement initial important pour, notamment, concevoir ou superviser l'élaboration des diverses informations, construire le site de référence, établir une méthodologie pour la construction des comptes qualité. Il suppose également, au quotidien, des efforts conséquents pour faire vivre le dispositif.

Ce projet doit être assumé par une institution forte, indépendante, responsable devant les autorités publiques de le faire aboutir ; soit un schéma de gouvernance opposé à l'émiettement actuel des responsabilités. Il est proposé de le confier à la Haute Autorité de Santé (HAS) qui se verrait dotée d'une nouvelle mission : assurer l'information des usagers sur la qualité des prises en charge.

Depuis le rapport

Ce rapport a été établi en 2010.

Début 2012, de nouveaux indicateurs de processus ont été validés avec obligation pour les établissements de les rendre publics. Aucun indicateur de résultats en termes de mortalité n'a été rendu public. Le travail a toutefois avancé pour établir un indicateur de mortalité global par établissement, il est encore balbutiant pour ce qui est des indicateurs de mortalité spécifique à telle ou telle intervention ou pathologie. En matière d'infections nosocomiales, un taux de résultats, la fréquence des infections au staphylocoque doré, est maintenant publié.

La généralisation à tous les établissements d'un questionnaire homogène sur la satisfaction et l'expérience des patients a été annoncée pour 2013. Ce projet pourrait être remis en cause par l'exigence posée par la CNIL d'un consentement explicite des patients à participer au sondage.

L'information reste dispersée entre plusieurs sites. Peu de progrès ont été accomplis pour la rendre accessible ou lisible. L'assurance maladie a introduit sur son site AMELI des informations sur la qualité des établissements. Le ministère de la Santé a créé un site d'information, le site PLATINES dont les informations rendues publiques décrivent, pour chaque établissement de santé public et privé, les principales caractéristiques en termes d'équipements, d'activités, de moyens en personnels. Certaines informations recueillies favorisent une appréciation de la qualité : les résultats de la certification, le score ICALIN (indicateur composite d'activité de lutte contre les infections nosocomiales) et

de récents indicateurs sur la pratique clinique (prises en charge des escarres, des AVC…) ; s'y ajoutent des éléments moins directement explicites sur la tenue du dossier patient QUALHAS. Pour chaque indicateur, la position d'un établissement peut être comparée à la moyenne des établissements de sa catégorie. Aucun des sites ne fournit cependant une appréciation synthétique de la qualité dans un établissement.

Enfin, sur la base d'un amendement parlementaire, le législateur a confié dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, une nouvelle mission à la HAS : « *coordonner l'élaboration et assurer la diffusion d'une information adaptée sur la qualité des prises en charge dans les établissements de santé à destination des usagers et de leurs représentants* ». Comme le préconisait l'IGAS, une institution est désormais clairement responsable d'assurer une information pertinente des usagers sur la qualité des prises en charge.

L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge

A. Fouquet, P. Sitruk, J.-J. Trégoat,
L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge, mai 2011.

La mission sur les conditions d'hospitalisation des personnes âgées et les pratiques de coordination hospitalière et médico-sociale est l'un des trois volets inscrits au programme d'activités 2010-2011 de l'IGAS devant concourir à une évaluation de l'offre de soins aux personnes âgées. Les deux autres volets portent respectivement sur l'hospitalisation à domicile et sur les conversions hospitalières en établissements médico-sociaux[328].

L'évaluation sur les conditions d'hospitalisation des personnes âgées visait à étudier les différents modes d'organisation entre acteurs des secteurs sanitaire et médico-social afin d'en mesurer l'impact sur la fréquence, la durée et la récurrence des hospitalisations. Pour réaliser son enquête, la mission de l'IGAS a étudié douze territoires, retenus deux à deux, dans six régions choisies pour leurs configurations contrastées en matière de démographie, de tendance à hospitaliser en général et en particulier les personnes âgées.

La prise en charge des personnes âgées : des enjeux sanitaires et éthiques

La forte consommation de soins hospitaliers des personnes âgées est liée au nombre, à la fréquence et la gravité des maladies qui augmentent avec l'âge. Ce que reflètent les durées moyennes de séjour, deux fois plus élevées après 85 ans que pour les adultes de moins de 65 ans, et la part importante des personnes âgées en affection de longue durée[329].

Mais la surreprésentation des personnes âgées de 80 ans et plus, est encore plus marquée dans les entrées en hospitalisation par les urgences qui représentent en moyenne 41 % des séjours et sont même majoritaires dans certaines régions, alors que pour les personnes âgées de 20 à 80 ans, ces hospitalisations en représentent 24 %.

Ce recours élevé aux urgences est un marqueur visible d'une organisation des soins aux personnes âgées qui intègre encore difficilement leur spécificité. Les

328 Les missions correspondantes sont présentées ci-après.
329 Un tiers des personnes en affection de longue durée ont plus de 75 ans. Rapport HCAAM, 22 avril 2010.

polypathologies des personnes âgées fragiles rendent nécessaires une approche globale et transversale qui n'est pas naturelle à l'organisation de l'hôpital par spécialités. De même, la complexité de leur prise en charge rend difficile une réponse isolée de la médecine de premier recours et du secteur médico-social.

La prise en charge des personnes âgées pose également de façon particulièrement aiguë des questions éthiques tant dans la dimension individuelle de la relation de soins que dans les conceptions collectives du vieillissement. Comment donner de la qualité aux années à vivre de la personne âgée ? Quel équilibre trouver entre le *cure* et le *care* ?

Ces questions sont très prégnantes parmi les professionnels de santé et les professionnels sociaux qui formulent une demande de réflexion éthique sur la prise en charge des personnes âgées sous des formes variées : création d'espaces éthiques physiques ou virtuels, organisation de formations.

À partir de ces constats et de l'hypothèse que des améliorations sont réalisables grâce à une coordination de l'ensemble des intervenants, l'étude s'est attachée à examiner dans les douze territoires retenus les modes de coopération entre les acteurs, les instruments de coopération mis en œuvre et leur impact sur la prise en charge des personnes âgées.

Les organisations coordonnées améliorent la qualité de la prise en charge des personnes âgées

La comparaison des douze sites a permis d'établir une typologie de coordinations. Celles-ci prennent des formes diverses et parfois opposées. Certaines modalités de coordination allient utilisation rigoureuse des instruments réglementaires (conventions entre établissement d'hébergement pour personnes âgées et établissement de santé, réseaux gérontologiques ou centres locaux d'information et de coordination) et ouverture sur « la ville » et le secteur social permettant des collaborations vivantes et effectives. À l'opposé, dans d'autres territoires, les acteurs utilisent ces mêmes instruments de façon strictement formelle et restent très passifs dans leur mise en œuvre.

Entre ces deux formes, certaines coordinations limitent dans un premier temps leur intervention à un secteur (l'hôpital ou le secteur médico-social), d'autres restent attachées à des pratiques nouées avec le temps, fondées sur des relations interpersonnelles et ne souhaitent pas la formalisation de leurs modes de collaboration. Enfin, dans certains territoires, la signature de conventions est conçue comme l'aboutissement de pratiques de collaboration éprouvées pendant plusieurs années.

Ces modes d'organisations s'accompagnent d'instruments de coopération permettant le partage progressif des cultures professionnelles : de la fiche de liaison au dossier médico-social partagé, de l'inscription de la participation de l'hôpital aux réseaux gérontologiques dans le projet d'établissement aux interventions des équipes mobiles gériatriques, des moyens de communication entre médecins hospitaliers et médecins de ville aux expérimentations de

télémédecine favorisant le décloisonnement entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social.

À partir de cette typologie des modes de coordination et des moyens de coopération mis en œuvre, les effets de la coordination des organisations sur la prise en charge des personnes âgées apparaissent nettement et sont plus particulièrement marqués là où ces pratiques sont ancrées de longue date.

Ces organisations coordonnées réduisent la durée moyenne de séjour et les entrées en hospitalisation par les urgences ainsi que de façon moins marquée, les transferts entre services de l'hôpital. Les durées moyennes de séjour sont réduites de près d'un quart dans les territoires aux modes d'organisation cordonnés de longue date. Une réduction qui apparaît également dans l'écart entre les durées de séjours des adultes de 20 à 80 ans et les personnes âgées de plus de 80 ans. S'agissant des entrées en hospitalisation par les urgences, elles diminuent de 24 à 36 % dans les territoires coordonnés.

Toutefois, même dans les formes les plus avancées de coordination, des difficultés subsistent

L'enquête fait ressortir la persistance de difficultés qui dépassent pour beaucoup les questions de coordination des acteurs mais freinent néanmoins la mise en place et l'efficacité des organisations coordonnées :

- les différences de culture au sein du secteur sanitaire entre médecine hospitalière et médecine de ville et avec le secteur médico-social ;
- le manque de médecins généralistes sur certains territoires, auquel les formes les plus dynamiques de coordination ne peuvent remédier ;
- les frontières administratives entre les différentes structures de soins à domicile, inadaptées à la réalité des situations évolutives des personnes âgées ;
- le manque de solution d'aval à l'hospitalisation.

Enfin, deux sujets sont apparus de façon récurrente lors des enquêtes en régions. Le premier concerne le reste à charge de l'hébergement permanent ou temporaire qui freine la fluidité des parcours des personnes âgées. Cette question est traitée dans un rapport de l'IGAS d'août 2009[330]. Le second est celui du niveau de médicalisation et du rôle des établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD) face à l'âge de plus en plus avancé d'entrée en établissement et à la complexité des pathologies rencontrées.

330 C. Branchu, J. Guedj, D. Lacaze, S. Paul, J. Voisin, *État des lieux relatif à la composition des coûts mis à la charge des résidents des EHPAD,* Rapport IGAS, août 2009.

Les propositions de la mission pour renforcer la coordination du parcours de soins des personnes âgées

L'enquête a montré qu'une organisation coordonnée au sein de l'hôpital et entre les acteurs médico-sociaux permettait d'améliorer la prise en charge globale des personnes âgées. Les organisations coordonnées réinscrivent leur parcours au centre des interventions des acteurs et favorisent la montée en compétence des professionnels de santé et des professionnels sociaux grâce au décloisonnement des pratiques et au partage des savoir-faire.

C'est pourquoi le rapport propose de mettre en place une palette d'instruments permettant d'améliorer la coordination des interventions sanitaires et sociales et recommande également de renforcer et de diffuser les bonnes pratiques relevées. Les recommandations s'articulent autour de trois axes :

- l'organisation de parcours de soins coordonnés ;
- l'ouverture de l'hôpital sur son environnement ;
- l'amélioration de la fluidité des dispositifs de prise en charge.

La mission recommande de faciliter l'organisation de parcours de soins coordonnés pour les personnes âgées en s'appuyant sur les agences régionales de santé (ARS) dont les compétences portent non seulement sur le secteur hospitalier, mais également sur les secteurs médico-social et ambulatoire. Dans ce cadre, elles pourraient assurer le pilotage et l'animation stratégique des filières élargies au secteur médico-social, en lien et en cohérence avec les responsabilités confiées aux conseils généraux en matière de schémas médico-sociaux.

Ce rôle essentiel pour faciliter et inciter à la coordination des intervenants ne peut s'exercer qu'à la condition que des marges de manœuvre suffisantes soient octroyées aux ARS. Pour cela, la mission recommande l'élargissement de l'utilisation des crédits transversaux au secteur ambulatoire et au secteur médico-social, l'expérimentation d'une tarification propre aux groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS) et non de ses composantes afin d'inciter aux regroupements de structures, et l'utilisation de la procédure d'appel à projet pour orienter l'offre vers des parcours coordonnés.

Le deuxième axe de recommandations porte sur l'ouverture de l'hôpital sur son environnement en mobilisant tout d'abord l'ensemble de la communauté hospitalière à travers son outil stratégique, le projet d'établissement. L'IGAS recommande l'inscription de la participation aux réseaux gérontologiques dans le projet d'établissement ainsi qu'une présentation des résultats retirés de cette participation. De même, l'intégration dans la filière gérontologique des EHPAD, lieu de vie de près d'un demi-million de personnes âgées, participe de cette dynamique d'ouverture au secteur médico-social et favorise la fluidité du parcours de soins des personnes âgées.

Au-delà, l'étude préconise de développer et de systématiser les bonnes pratiques relevées en ce domaine : une équipe mobile dans chaque hôpital disposant d'un service de court séjour gériatrique ainsi que le déploiement des technologies

de l'information et de la communication en appui aux soins aux personnes âgées. Sur ce dernier volet, les expérimentations en matière de domotique pour le maintien au domicile, de télémédecine pour éviter les déplacements et faciliter l'accès aux soins spécialisés ainsi que la télésanté dans les zones rurales isolées pour le développement de la formation des personnels médicaux, paramédicaux et sociaux, sont particulièrement convaincantes.

Pour améliorer la fluidité des dispositifs de prise en charge, le rapport préconise l'élargissement des publics pris en charge par « les gestionnaires de cas » au-delà des seules personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer. Il recommande l'organisation de l'hébergement temporaire, solution d'aval du parcours hospitalier. Enfin, il suggère de généraliser une bonne pratique : un numéro d'appel téléphonique réservé aux médecins traitants et aux médecins coordonnateurs d'EHPAD dans les hôpitaux disposant d'une filière gériatrique pour faciliter les échanges avec les médecins hospitaliers.

Pour conclure, le rapport attire l'attention sur la nécessité d'une mise en œuvre vigoureuse et immédiate des dispositions inscrites dans la loi HPST en matière d'exercice coordonné et groupé de la médecine, de délégation de tâches et de répartition territoriale de l'offre de soins. C'est à cette seule condition que l'architecture de la prise en charge sanitaire de la personne âgée qui confie au médecin généraliste de premier recours un rôle pivot, est réaliste et réalisable.

Depuis le rapport

Ce rapport a été établi en 2010.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 contient deux dispositions nouvelles relatives aux parcours de soins. La première crée un fonds d'intervention régional (FIR) visant à renforcer la capacité d'action transversale des ARS et la fongibilité des crédits. Ce fonds qui regroupe plusieurs dotations[331], permet aux ARS d'accorder des financements aux acteurs des secteurs sanitaire et médico-social pour des actions de prévention et d'amélioration de la coordination des soins. L'arrêté fixant le montant des crédits alloués à chacune des ARS au titre du fonds d'intervention a été publié le 8 avril 2012.

La seconde disposition est plus directement ciblée sur les personnes âgées en risque de perte d'autonomie. Elle ouvre la possibilité de mener des expérimentations mobilisant l'ensemble des acteurs dont les collectivités territoriales, et destinées à prévenir les hospitalisations, à organiser la sortie d'hôpital et à favoriser la continuité des différents modes de prises en charge.

Un comité de pilotage chargé de sélectionner et d'assurer le suivi des expérimentations a retenu les projets de sept régions. Trois de ces régions avaient participé à l'enquête de terrain de l'IGAS sur l'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge.

331 Crédits régionaux de la permanence des soins (ambulatoires et en établissement), plusieurs dotations (fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins, fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés hors investissements, mission d'intérêt général – MIG – centres périnataux, éducation thérapeutique, centres dépistage) et les crédits de prévention État et Assurance maladie relevant des ARS.

Par ailleurs, une démarche complémentaire, plus ambitieuse, a été initiée au printemps avec l'installation du comité national de pilotage des parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA). S'appuyant sur les réflexions développées par les récents rapports du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie pour trouver des solutions au manque de coordination entre les acteurs du système de soins, du secteur médico-social et du secteur social, ce comité a pour objectif de rédiger le cahier des charges de « projets-pilotes » qui seront expérimentés dans quelques territoires puis généralisés si l'évaluation de leurs résultats est jugée satisfaisante par les pouvoirs publics.

Les travaux de ce comité sont organisés dans le cadre de quatre ateliers thématiques chargés de faire des propositions concrètes sur la coordination des acteurs, à la fois en ville et en établissements de santé et médico-sociaux, sur les systèmes d'information et sur l'évaluation des futurs prototypes.

L'IGAS a participé aux travaux de ces ateliers en 2012.

L'hospitalisation à domicile

N. Durand, C. Lannelongue, P. Legrand, Dr V. Marsala,
L'hospitalisation à domicile, novembre 2010.

La mission avait pour objectif de faire un point sur la situation de l'hospitalisation à domicile (HAD) en France. L'HAD apporte des soins continus et coordonnés à des patients à leur domicile souffrant de pathologies graves, aiguës ou chroniques. Elle permet de raccourcir la durée d'hospitalisation. L'HAD répond à une demande générale et croissante de prise en charge à domicile, de la part des patients comme des aidants.

Par principe polyvalente et généraliste, après une période de fort développement, organisé dans le cadre d'une politique active de soutien des services du ministère de la Santé et de l'Assurance maladie, elle est devenue une partie certes minoritaire mais cessant d'être négligeable de l'offre de soins. Outre un rappel de la politique mise en œuvre, le rapport présente la situation de l'HAD et son évolution récente et comporte des préconisations pour la suite de son développement.

Une politique active de soutien au développement de l'HAD

Au début des années 2000, une politique volontariste de soutien à l'HAD a été mise en œuvre à travers notamment la suppression du « taux de change », c'est-à-dire de l'obligation de supprimer des lits d'hospitalisation classique pour créer des lits d'HAD. Un objectif de 15 000 places en 2010 a été notamment fixé dans le plan solidarité grand âge de 2006 en transposant à l'ensemble du territoire national le ratio observé dans les zones les mieux équipées. Pour sa part, l'assurance maladie a mis en œuvre en 2009 une « démarche d'accompagnement » qui lui a permis d'examiner, avec toutes les HAD, les questions liées à leur activité et à leur niveau de service. Par ailleurs, les structures de HAD se sont engagées dans la certification ; un effort qui, dans l'ensemble, a permis de faire progresser la qualité des prises en charge et le management.

Mais, surtout depuis 2005, l'HAD a bénéficié d'un système de tarification à l'activité (T2A) qui, en combinant des modes de prise en charge (24 modes de prise en charge différents – MPC), le degré de dépendance du patient et la durée du séjour, permet de classer les séjours dans un groupe homogène de tarifs (GHT). Le dispositif a permis un fort développement de l'HAD et assuré le bon équilibre économique des structures, notamment pour les plus grandes, malgré une faible évolution des tarifs depuis cinq ans.

Les cinq contrôles réalisés par l'assurance maladie à titre expérimental en 2009 ont cependant fait apparaître les lacunes du système tarifaire, du fait notamment

des grandes marges d'interprétation qu'il laisse, malgré les corrections réalisées. Une étude nationale des coûts a été lancée en 2009 pour corriger ces défauts. Au vu des données qui lui ont été fournies, la mission a constaté que les tarifs sont largement déconnectés de la qualité, de la lourdeur et des coûts de prise en charge, ce qui fait peser des risques de dérives (rentes et sélection de patients).

Le rôle joué par les autorités régionales s'avère relativement limité par rapport au levier tarifaire et, surtout, au dynamisme (ou non) des opérateurs. Ainsi, les SROS 3 ont accordé une place variable à l'HAD (sur le plan qualitatif et quantitatif), sans réelle évaluation préalable des besoins, sauf exception. L'HAD occupe une place limitée dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) des cinq régions que la mission a étudiées, cependant en rapport avec son poids dans l'offre de soins. Dans ces régions, les politiques d'autorisation ont été plus ou moins actives (de 0 à 11 nouveaux établissements), en fonction des SROS et des candidatures reçues.

Une croissance forte et une contribution très significative à l'amélioration des prises en charge

L'HAD a connu un essor important depuis dix ans et une forte croissance depuis 2005 (+ 119 % d'activité en quatre ans). Avec 9 029 places occupées en 2009, elle ne représente toutefois qu'une part minime de l'offre hospitalière (0,45 % des séjours d'hospitalisation complète). Si tous les départements disposent au moins d'un établissement autorisé, l'offre est très inégalement répartie avec de grandes disparités entre régions et à l'intérieur de chacune d'entre elles. L'offre repose sur des structures de taille et de statuts hétérogènes, avec une majorité de petites HAD (moins de 30 places) généralement rattachées à un établissement de santé (public ou privé) alors que les « HAD autonomes » sont souvent plus importantes.

Dans les parcours de soins, l'HAD se situe d'abord en aval de l'hospitalisation complète (en particulier du MCO). Les relations avec les prescripteurs hospitaliers jouent donc un rôle essentiel. Elles s'organisent de façon différente selon que l'HAD est rattachée à un établissement de santé ou non. En pratique, elles dépendent beaucoup des relations personnelles entretenues entre les médecins et les cadres infirmiers des deux structures, les critères d'admission en HAD étant vagues et généralement mal connus. Les médecins libéraux, quant à eux, sont désormais plus enclins à prescrire une HAD dont ils apprécient l'aide logistique et organisationnelle et qui permet d'éviter ou de retarder l'hospitalisation complète de leurs patients. Avec les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), les relais se révèlent difficiles à mettre en œuvre, à cause principalement des incohérences du système de tarification (patients trop lourds pour les SSIAD et trop légers pour les HAD). Avec les EHPAD, les échanges restent modestes malgré l'intérêt, pour les personnes âgées, d'éviter un transfert à l'hôpital.

L'HAD intervient dans des champs variés, selon trois modèles de prise en charge. Elle peut, en premier lieu, apporter des soins ponctuels, en alternative

ou en complément au MCO. La périnatalité correspond ainsi à près d'un quart des séjours, dont une part importante de prises en charge obstétricales qui ne nécessitent pas toujours une HAD (retours précoces à domicile). La pédiatrie (10 % des séjours) correspond à des prises en charge de pathologies graves et/ou chroniques pour les enfants de plus d'un an. Pour les enfants de moins d'un an, l'activité est très contrastée avec une part de prise en charge très médicalisée et une autre part à vocation plutôt médico-sociale. S'agissant des soins ponctuels, la cancérologie (17,3 % des séjours) est principalement constituée de chimiothérapie. L'intérêt de ce type d'HAD est avéré mais des difficultés techniques (préparation des cytotoxiques) et la place de l'hospitalisation de jour ont limité son développement.

S'agissant des soins continus, les soins palliatifs (18 % des séjours) ont connu un fort développement depuis 2005 et concernent principalement des patients atteints d'un cancer. La durée moyenne de séjour est deux fois plus longue qu'en MCO. Une part importante de ces patients est réhospitalisée en fin de traitement, d'où un faible taux de décès en HAD (8 %). Les prises en charge gérontologiques, quant à elles, se développent difficilement faute d'inscription de l'HAD dans les filières gériatriques et dans le comportement des prescripteurs.

Enfin, l'HAD peut constituer une alternative ou un complément des soins de suite et de réadaptation. Ainsi, 7 % des séjours en relèvent, dont un quart pour les pathologies neurologiques.

La persistance de difficultés de positionnement et de fonctionnement

Pour la plupart des HAD, concilier une prise en charge hospitalière avec une intervention à domicile est une source de complexité et, parfois, de difficultés. Le partage des rôles entre le médecin coordinateur, le médecin hospitalier et le médecin traitant varie d'un établissement à l'autre et d'un praticien à l'autre ; la place du médecin traitant allant de la prise en charge totale du patient au cantonnement aux affections intercurrentes avec, symétriquement, une intervention prépondérante du médecin coordinateur. Le recours à du personnel paramédical libéral varie selon les HAD avec toutefois une part importante et croissante de modèles « mixtes ». Si l'intervention des libéraux apporte des avantages (flexibilité, relais…), elle engendre parfois des tensions et, dans la plupart des cas, complique la coordination des soins.

De fait, les systèmes d'information ne permettent pas encore, en général, d'assurer un pilotage et un partage d'information satisfaisant. Les difficultés sont à la fois financières, techniques et culturelles. La gestion des médicaments est également complexe ; des difficultés que la loi HPST a en grande partie contribué à résoudre en permettant à chaque HAD de choisir de recourir à une pharmacie à usage intérieur (PUI) ou à une officine, selon ses besoins. S'agissant de la permanence des soins, les dispositifs vont de la seule astreinte téléphonique paramédicale, jusqu'à une permanence médicale assurée 24 h/24. Enfin, soigner à domicile suppose des efforts d'adaptation pour le personnel salarié ainsi qu'une collaboration parfois délicate avec les aidants.

Les perspectives de développement de l'HAD

D'un point de vue médico-économique, l'HAD présente la caractéristique de faire prendre en charge, par les ménages, les coûts non directement liés aux actes médicaux et paramédicaux. Le coût d'une journée d'HAD est donc plus faible que celui d'une journée d'hospitalisation complète. L'intérêt médico-économique de l'HAD doit cependant s'apprécier par rapport à la trajectoire complète des patients. Une prise en charge en HAD peut ainsi être nettement plus longue. Elle peut aussi se substituer à des soins ambulatoires et non à une hospitalisation complète. Ces questions mériteraient donc d'être approfondies pour optimiser la place de l'HAD dans les parcours de soins.

Développer et conforter la place de l'HAD dans l'offre de soins nécessite, avant tout, d'en promouvoir un développement ciblé, tout en préservant le caractère polyvalent des HAD. La mission a identifié des perspectives concrètes de développement pour les différentes catégories de prise en charge, les soins ponctuels (notamment pour certaines chimiothérapies), des soins continus (notamment à travers la poursuite du développement des soins palliatifs), les soins de suite et de réadaptation (SSR) (notamment pour les personnes atteintes d'une maladie invalidante, en particulier celles victimes d'AVC).

L'HAD doit développer et cibler son intervention en pédiatrie. Elle a également un rôle important à jouer dans les filières gériatriques, en apportant, à domicile, des méthodes hospitalières adaptées aux cas les plus complexes et en favorisant les transferts de savoir-faire vers les intervenants libéraux, notamment pour éviter les hospitalisations à partir des EHPA(D), ce qui suppose notamment un repérage conjoint des patients à risque par les médecins des deux structures.

Pour que l'HAD se développe dans ces différents domaines et favorise un recours optimal à ce type de soins, il faut accélérer la production (ou l'actualisation) de référentiels et de protocoles de soins et réformer le modèle tarifaire. Les premiers travaux engagés par la HAS doivent donc être étendus, en particulier en cancérologie, obstétrique, pédiatrie, gérontologie et SSR. Ces référentiels doivent s'appuyer sur des analyses médico-économiques permettant de comparer l'efficience de l'HAD par rapport aux autres modes de prise en charge.

La T2A HAD doit être réformée en adaptant le modèle tarifaire à chaque type de soins (ponctuels, continus et SSR). Cette approche assurera la cohérence de la tarification HAD avec celle des autres formes de prise en charge : tarification à partir des coûts standards pour les soins ponctuels (comme pour le MCO), valorisation de la charge en soins pour les soins continus (en cohérence avec la nouvelle tarification SSIAD), tarification à partir des groupes homogènes de malades pour les SSR.

L'amélioration de la couverture territoriale de l'HAD et sa bonne insertion dans l'offre de soins nécessitent de l'intégrer pleinement dans la planification régionale (PRS, SROS hospitalier et ambulatoire), à partir d'une évaluation précise des besoins. Elles passent également par une politique d'autorisation fondée sur des cahiers des charges exigeants (taille, activité, sécurité et qualité de service, coordination avec les autres acteurs…) ainsi que des CPOM fixant des objectifs précis et évaluables (notamment des volumes d'activité, par grands

regroupements de modes de prise en charge), accompagnés le cas échéant de dotations Aide à la contractualisation (AC) ou Fond d'intervention régional (FIR). La concurrence entre HAD doit être limitée aux zones urbaines les plus denses et aux établissements ayant atteint une certaine maturité.

L'HAD peut également contribuer à la coordination des différentes formes de prise en charge à domicile en apportant son expérience et son savoir-faire (permanence des soins, coordination, protocolisation…). L'élaboration des projets territoriaux de santé peut être l'occasion de faire émerger des coopérations (opérateurs polyvalents, structures de coordination…), selon des modalités adaptées aux besoins des acteurs de terrain, en particulier ceux des professionnels de santé libéraux.

Pour continuer à faire progresser sa qualité de service, l'HAD doit améliorer encore la coordination des soins et des services apportés à domicile. S'agissant des médicaments et outre l'application des dispositions de la loi HPST, les spécificités de l'HAD doivent être prises en compte dans les contrats de bon usage du médicament. La coordination avec les intervenants libéraux doit être davantage formalisée : protocoles de soins, conventions indiquant le rôle de chacun et notamment la place du médecin traitant… Elle doit être également rémunérée à sa juste valeur à travers des forfaits (coordination et prises en charges particulièrement lourdes).

Depuis le rapport

Depuis la remise du rapport, l'HAD a continué à se développer mais à un rythme moins soutenu (343 établissements autorisés et 3,9 millions de journées de prise en charge en 2011). Des évolutions sont intervenues qui s'inscrivent en cohérence avec les orientations du rapport. C'est le cas, par exemple, de la démarche conduite par la HAS pour adapter le guide de certification et améliorer la qualité de la prise en charge, des travaux menés sous l'égide de l'ASIP en matière de système d'information (qui doivent aboutir à des référentiels nécessaires pour développer des systèmes partagés entre les professionnels intervenant). La HAS a publié le 24 avril 2012 le rapport sur la mise en œuvre de cinq indicateurs de qualité, réalisé en décembre 2011, qui confirme les progrès réalisés dans la qualité de services par de très nombreuses structures.

De son côté, l'ATIH a réalisé une Étude nationale de coûts à méthodologie commune (ENCC) dont les premiers résultats ont été communiqués en 2011. La HAD figure également dans la quasi-totalité des nouveaux SROS, mais de façon variable selon les régions.

La DGOS a par ailleurs annoncé le lancement, en 2012, des travaux d'élaboration de référentiels en matière de SSR et de pédiatrie.

Les progrès sont en revanche très limités s'agissant de deux préconisations majeures du rapport : la production de référentiels permettant d'optimiser la prescription de HAD et, surtout, la refonte du système de tarification.

La mort à l'hôpital

Dr F. Lalande, O. Veber,
La mort à l'hôpital, novembre 2009.

L'enquête sur « la mort à l'hôpital » menée par l'IGAS montre, qu'alors que plus de la moitié des Français meurent en établissement de soins, et notamment dans les hôpitaux publics, la prise en charge de la mort ne fait pas partie des missions reconnues à l'hôpital. Pour les acteurs hospitaliers, la mort est vécue comme une incongruité, un échec, et à ce titre largement occultée. Cette situation est préjudiciable au confort des malades en fin de vie et à l'accueil des proches ainsi qu'à la santé publique.

Plus d'un Français sur deux meurt à l'hôpital

Environ 58 % des Français meurent dans un établissement de santé : 49,5 % dans un hôpital public ou privé et 8,4 % en clinique privée. Contrairement à ce qui est couramment affirmé, ce pourcentage ne tend pas à augmenter. Dans le même temps, 27 % des Français environ meurent à domicile. En comparaison internationale, notre pays se situe dans une position intermédiaire tant pour le pourcentage de morts à domicile que pour celui des morts en établissement de soins.

La cause de la mort conditionne l'endroit où l'on meurt : on meurt plus souvent en établissement de soins, par exemple, quand la cause initiale du décès est une maladie infectieuse ou une tumeur maligne, que lorsqu'il s'agit d'une maladie du système nerveux. Le lieu de décès varie également avec l'âge, le statut social et le sexe : les femmes, plus nombreuses en maison de retraite, y meurent au moins deux fois plus souvent. Le pourcentage de décès à domicile et de morts en clinique privée est plus élevé dans les régions du sud de la France.

86 % des décès qui surviennent en établissement de soins, ont lieu dans des services de courte durée, 12 % en « soins de suite et de réadaptation » et 2 % en « hospitalisation à domicile ».

Alors que les hôpitaux publics assurent 62 % des séjours globaux des malades, ils comptabilisent près de 78 % des décès qui surviennent en établissement de soins. Cette place prépondérante du secteur public s'explique par plusieurs raisons :

- les disciplines médicales contribuent plus aux décès que la chirurgie. Or ce sont les hôpitaux publics qui ont les plus fortes capacités en médecine, contrairement aux cliniques privées, qui effectuent surtout de la chirurgie et de l'obstétrique ;
- les hôpitaux publics possèdent la majorité des services d'urgence et de réanimation, dans lesquels se concentrent les décès.

Un peu plus de 22 % des personnes qui meurent en établissement de soins, décèdent en effet dans un service de réanimation, une unité de soins intensifs ou de soins continus, tous services dans lesquels les exigences techniques l'emportent largement sur les besoins de confort des malades et d'accueil des proches. Cette proportion s'élève à 36 % en CHU. Plusieurs études montrent que le décès a lieu de plus en plus souvent après que les réanimateurs aient décidé d'arrêter les soins, mais que des thérapeutiques agressives et des gestes diagnostics invasifs sont encore trop souvent entrepris alors qu'on a perdu l'espoir d'une amélioration clinique.

Par ailleurs, 16 % des patients morts à l'hôpital décèdent à l'issue d'un séjour d'une durée inférieure ou égale à 24 heures, notamment aux urgences ou dans l'unité hospitalière de courte durée (UHCD) attenante. À côté des personnes secourues par les SAMU ou les pompiers à la suite d'accidents ou de tentatives de suicide, ou des malades amenés par leurs proches pour des pathologies aiguës, on assiste à l'arrivée inopinée aux urgences, dans un contexte qui ne s'y prête pas, de malades dont la fin de vie était prévisible. Le décès sur un brancard dans le couloir des urgences devient une issue presque banale.

Seulement 20 % des malades qui meurent à l'hôpital bénéficient de soins palliatifs financés, et il s'agit dans plus de 80 % des cas de cancéreux. Parmi eux, 3 % ont été accueillis dans des unités de soins palliatifs, qui constituent un réel progrès. Les autres prestations de soins palliatifs présentent un contenu inégal et ne sont pas forcément dispensées dans les établissements où l'on meurt le plus. Leur tarification manque de cohérence et survalorise les séjours courts. Il n'est pas certain que le financement corresponde à un véritable service ou que de véritables services bénéficient d'un financement.

La question de la mort est largement occultée

À l'hôpital, comme ailleurs, la mort reste un tabou et son évocation met mal à l'aise. À l'exception des réanimateurs ou des responsables de soins palliatifs qui la fréquentent tous les jours et se sont forgés des comportements adaptés, le personnel hospitalier, et notamment médical, la vit comme un échec : il souhaite rarement s'appesantir ou communiquer sur le sujet.

Le déni se perçoit, par exemple, dans la façon de traiter les obstacles médicolégaux, les décès sous X, les morts d'origine inconnue ou la mortalité iatrogène.

Sauf homicide évident, les médecins appelés à signer les certificats de décès se montrent réticents à signaler l'existence d'un obstacle médicolégal aux opérations funéraires et à en informer les autorités judiciaires. La liste des circonstances au cours desquelles ils doivent le faire n'est d'ailleurs pas établie expressément.

Les morts d'origine inconnue sont trois à six fois plus fréquentes dans notre pays qu'en Grande-Bretagne ou aux USA et celles qui ont lieu à l'hôpital ne donnent pratiquement pas lieu à autopsies.

Dans les grands hôpitaux publics, plusieurs centaines de personnes, amenées inconscientes, décèdent chaque année, sans qu'on connaisse leur identité. Dans le même temps des milliers de personnes sont déclarées disparues.

Enfin, la mortalité provoquée ou facilitée par les actes médicaux et les soins hospitaliers n'est pas connue avec précision et ne fait pas l'objet d'une information transparente.

La prise en charge de la mort ne figure pas explicitement parmi les missions de l'hôpital. Dans le Code de la santé publique, elle n'est abordée qu'à partir de questions juridiques particulières, au chapitre des prélèvements d'organes, ou comme un simple mode de sortie de l'hôpital, voire en tant que complication iatrogène, mais jamais en tant que futur inéluctable de l'espèce humaine.

Pour permettre les premières greffes d'organes, il est apparu nécessaire en effet de définir ce qu'était la mort : depuis 1968, une personne est considérée comme morte lorsque son cerveau est mort. Cependant, pour augmenter les possibilités de greffe de reins et de foie, un décret a autorisé en août 2005 le prélèvement de ces organes sur des sujets « *en état d'arrêt cardiaque et respiratoire persistant* ». Il y a donc deux « modes d'entrée » à la mort et au prélèvement d'organe.

Cette situation suscite des ambiguïtés porteuses de risque (pour le développement de cette activité comme pour le bien-être des personnes en fin de vie) que le rapport propose de lever.

La question de l'euthanasie active ou passive, évoquée à l'occasion de cas individuels poignants, a donné lieu à plusieurs propositions de loi d'origine parlementaire. La loi du 22 avril 2005, dite loi Léonetti, a admis la nécessité de « *s'abstenir de toute obstination déraisonnable* » et autorisé le médecin à appliquer *« un traitement qui peut avoir pour effet secondaire d'abréger sa vie* », si c'est le seul moyen de soulager un homme en fin de vie qui ne peut plus guérir. En revanche, les enquêtes sur la fin de vie, menées dans d'autres pays européens où se pratiquent l'euthanasie active et le suicide assisté, montrent que ces actes n'intéressent qu'une très petite minorité de malades et ne changent rien à la situation du plus grand nombre.

La même loi a introduit un processus collégial de limitation ou d'arrêt de traitement des personnes en fin de vie, lorsque celles-ci ne sont plus en état de faire valoir leur volonté et a instauré la désignation d'une personne de confiance. Au moment où la mission a été réalisée (en 2010), la collégialité était souvent limitée au seul corps médical ; rares étaient les services qui effectuaient toutes les consultations requises et qui conservaient une trace écrite des échanges ayant conduit à cette décision. Les pratiques ont pu évoluer depuis lors.

Par ailleurs, lorsque l'état d'un patient se dégrade, les services s'adressent souvent en premier lieu à la personne à prévenir ou au membre de la famille qui est disponible et non à la *« personne de confiance »* qui, lorsqu'elle est effectivement désignée, n'est pas toujours volontaire pour jouer ce rôle.

L'essentiel des moyens nécessaires à l'accompagnement des patients et des familles n'est jamais évalué, alors même que les interlocuteurs de la mission soulignaient à quel point le décès était un phénomène fortement consommateur

de temps de personnel. Cette situation freine les initiatives, dans la mesure où ces charges sont perçues par les services comme un surcroît de travail qui n'est pas pris en considération. L'absence d'identification des moyens mis en œuvre limite la possibilité pour les services et les établissements de s'engager dans un processus de progrès.

La qualité de la prise en charge des fins de vie à l'hôpital dépend trop largement des pratiques locales.

Même si certains d'entre nous peuvent souhaiter pour eux-mêmes un décès inopiné, la mission a constaté qu'à part les décès d'enfants et de jeunes mères isolées (qui constituent une épreuve particulièrement difficile y compris parfois pour le personnel soignant), ce sont les décès imprévus et brutaux qui provoquent le plus de stress chez les personnels hospitaliers, et qui entraînent le plus de deuils pathologiques et de plaintes dans l'entourage. Or aucune réflexion n'est menée sur l'accompagnement spécifique que ces décès méritent, tant pour les familles que pour le personnel soignant. La famille se retrouve trop souvent dans la chambre mortuaire avant d'avoir compris ce qui s'était passé.

Dans les autres cas, la difficulté de définir la fin de vie s'accompagne souvent de la réticence des services à la reconnaître. L'annonce faite au malade et l'accompagnement des proches ne sont pas systématiquement envisagés et les personnels n'ont pas toujours le savoir-faire ou la volonté nécessaires. Sans doute une partie des mourants n'a-t-elle ni l'envie ni la force de prendre la posture héroïque à laquelle l'information la contraindrait. Mais cette ignorance rend « les droits du malade en fin de vie » et les obligations concernant l'entourage difficiles à exercer. Cette situation prive les malades et leurs proches qui le souhaitent de la possibilité d'élaborer un projet de fin de vie.

L'absence de réflexion globale, au niveau national comme au niveau des établissements, sur la question de la mort à l'hôpital aboutit à une hétérogénéité des pratiques au niveau même des services. Outre la prise en charge des personnes en fin de vie, l'aide aux familles, le recours aux bénévoles et la place accordée aux religions sont des questions qui varient notablement d'un service à l'autre. Les pratiques de qualité coexistent donc au sein d'un établissement avec des situations peu respectueuses du droit des personnes à mourir dans la dignité.

Les difficultés du retour à domicile renvoient aux insuffisances d'articulation entre ville et hôpital. En 2007, la DHOS dénombrait 40 départements sans réseau de soins palliatifs. Quant à l'hospitalisation à domicile, elle n'accueillait en 2007 qu'un pourcentage très faible des personnes décédées suivies par l'hôpital (2,3 %) et comportait des critères techniques d'admission souvent trop restrictifs pour que le malade puisse être accepté.

L'activité mortuaire des établissements de soins recouvre des pratiques et des conceptions très disparates. Trop longtemps considérée comme annexe, et de ce fait souvent reléguée dans les endroits les moins nobles, l'activité mortuaire des établissements participe de la qualité globale de la prise en charge des personnes décédées et de leur famille. Un mouvement de modernisation des installations et d'amélioration des pratiques est à l'œuvre dans nombre d'établissements.

Cependant, ce mouvement est encore trop dépendant d'initiatives locales et un certain nombre d'établissements, publics et privés, ont une conception « minimaliste » de l'activité mortuaire, renvoyant les familles aux opérateurs funéraires. Les relations des établissements hospitaliers avec les opérateurs funéraires semblent avoir été globalement normalisées ; néanmoins la mission a pu constater que les contrôles étaient très fragiles et que certaines pratiques des opérateurs funéraires demanderaient à être mieux encadrées, par exemple en matière de thanatopraxie ou de contrats obsèques.

Les propositions de la mission

Mourir dans la dignité est une aspiration essentielle, que l'hôpital se doit de rendre possible, pour la satisfaction des proches et la bonne image de l'établissement. L'ensemble des propositions de la mission vise ainsi à mettre fin aux disparités extrêmes en invitant tous les acteurs, administratifs, médicaux et soignants, à élaborer une stratégie réfléchie de prise en charge de la mort et d'accompagnement des familles.

Le rapport préconise de confier aux hôpitaux, par une disposition législative, la mission de s'assurer que la mort des malades, qu'ils ont au préalable tout fait pour soigner, se passe le mieux possible, en permettant au mourant, s'il le souhaite, de prendre les décisions le concernant, en respectant ses croyances et en accueillant ses proches.

Les exigences de santé publique devraient également conduire à réviser certaines pratiques. L'IGAS propose de rendre le recueil statistique de la mortalité plus exhaustif et plus transparent, notamment en favorisant la certification électronique et en permettant sa mise en ligne totale sur internet. Elle recommande d'élaborer des programmes de santé publique vis-à-vis des morts d'origine inconnue (autopsies) et d'améliorer le suivi *post mortem* des décédés sous X. Elle suggère de retenir, comme seule définition de la mort, la mort encéphalique, qu'elle soit primaire ou secondaire à un arrêt cardiaque. Elle propose de préciser les circonstances où les obstacles médico-légaux doivent être soulevés. Elle suggère que, pour certaines techniques thérapeutiques, les établissements fournissent annuellement le nombre de personnes traitées et leur situation à un an.

Un certain nombre de propositions visent à améliorer la prise en charge des personnes en fin de vie dans les établissements de soins. S'il ne s'agit pas bien entendu d'imposer des pratiques précises, il conviendrait cependant d'inviter les établissements à élaborer et généraliser à l'ensemble des services des bonnes pratiques concernant des éléments majeurs d'un accompagnement de qualité : annonce de la fin de vie, rôle des proches et des bénévoles, soins de support, hypothèse d'un retour à domicile, traçabilité du suivi des patients en fin de vie, modalités des prises de décision d'arrêt ou de limitation de traitement, modes de coordination (avec l'ambulatoire ou les SAMU-SMUR, etc.). Dans cette perspective, le périmètre des soins palliatifs doit être redéfini et, par là même, les modes de financement des soins des personnes en fin de vie.

L'amélioration de la prise en charge des personnes en fin de vie exige également que les services accueillant le plus de mourants s'organisent pour offrir, le cas échéant, des conditions de fin de vie acceptables pour les malades et un accueil décent pour leurs proches. De ce point de vue, la mission préconise d'humaniser les services de réanimation et d'adapter les services d'urgence à l'accueil de patients en fin de vie, en modifiant l'environnement purement technique de façon à prendre en compte l'aspiration à une certaine sérénité ainsi que les nécessités d'échange et de contact.

La mission considère qu'il est nécessaire d'encourager les établissements à assumer des fonctions mortuaires. Il lui semble également indispensable d'imposer des critères qualitatifs sur les chambres mortuaires et de renforcer certains contrôles. Les établissements de soins devraient enfin avoir une obligation de prévention des deuils pathologiques et de suivi des soignants confrontés régulièrement à la mort.

Depuis le rapport

Depuis la publication du rapport, plusieurs mesures ont été mises en œuvre afin que la fin de vie fasse partie des réflexions des établissements de santé et des équipes hospitalières.

La loi HPST a ainsi inscrit la prise en charge des soins palliatifs comme mission de service public. Cette mission est remplie sous réserve pour l'établissement de santé de disposer d'une ou plusieurs unités identifiées (équipe mobile ou unités de soins palliatifs) ainsi que des personnels en capacité de dispenser des formations relatives aux soins palliatifs à destination de professionnels de santé exerçant dans d'autres établissements de santé.

En ce qui concerne plus largement la prise en charge de la douleur des patients, l'article L. 1112-4 du Code de la santé publique modifié par l'ordonnance du 23 février 2010 d'application de la loi HPST dispose que les établissements de santé, publics ou privés, et les établissements médico-sociaux mettent en œuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent et à assurer les soins palliatifs que leur état requiert, quelles que soient l'unité et la structure de soins dans laquelle ils sont accueillis. Pour les établissements de santé publics, ces moyens sont définis par le projet d'établissement, pour les établissements de santé privés, par le contrat d'objectifs et de moyens.

Par ailleurs, un nouveau critère de certification des établissements de santé a été introduit, portant sur la prise en charge et les droits des patients en fin de vie. Il devrait permettre de favoriser le déploiement d'une démarche palliative intégrée à la pratique de l'ensemble des professionnels de santé, en dehors des services spécialisés.

De plus, des mesures liées à la formation initiale et continue ont été prises dans le cadre du programme national de développement des soins palliatifs.

Le circuit du médicament à l'hôpital

M.-H. Cubaynes, M. Dahan, E. Falip, D. Noury,
Le circuit du médicament à l'hôpital, mai 2011.

Le circuit du médicament en établissement de santé recouvre deux circuits, distincts et interconnectés. Le premier circuit, clinique, est celui de la prise en charge médicamenteuse du patient hospitalisé, depuis son entrée, quand son traitement personnel est pris en compte, jusqu'à sa sortie où une prescription, qui sera dispensée en ville, est effectuée. Il inclut les phases de prescription, dispensation, administration. Le second circuit, logistique, concerne le médicament en tant que produit, de l'achat jusqu'à la délivrance dans l'unité de soins, rejoignant le circuit clinique au stade ultime, celui de l'administration du médicament au patient.

Chacune des phases de ces deux circuits fait intervenir des acteurs différents. Leur formation initiale et continue, leur positionnement sur les tâches où leur plus value est maximale ainsi que leur coordination et collaboration, conditionnent la qualité, la sécurité et l'efficience de la prise en charge thérapeutique du patient.

La prise en charge médicamenteuse du patient hospitalisé, un enjeu de qualité

Parce qu'il repose sur des facteurs humains, le circuit du médicament comporte des risques importants d'erreurs. Ces risques sont accrus dans un environnement hospitalier soumis à une obligation de performance, une accélération de la mobilité des professionnels de santé, une réduction de la durée de séjour des patients et une augmentation constante du nombre de molécules référencées, souvent innovantes, parfois très onéreuses.

Il reste encore une marge de progression dans la mise en place de procédures qualité, mais le facteur humain, source d'insécurité, est également une richesse, permettant une prise en charge sur mesure et une adaptation constante, parfois en urgence absolue. Dans la recherche de la qualité, il est donc important de trouver un juste équilibre pour tenir compte de la spécificité du processus de soins et de la nécessité de l'individualiser au plus près des besoins de chaque patient. De plus, les nouvelles solutions technologiques (informatisation et automatisation) sont encore peu implantées dans nos hôpitaux. Toutefois, ces solutions technologiques ou procédurales, avec la standardisation qu'elles introduisent, ne peuvent garantir une sécurisation absolue, qui repose d'abord sur l'utilisation optimale des compétences et du temps des professionnels.

Par ailleurs, dans la nécessaire continuité du parcours de soins du patient, il existe deux points de fragilité de « transition thérapeutique » : à son entrée, son traitement personnel doit être pris en compte pour garantir sa cohérence avec les prescriptions faites au cours de l'hospitalisation ; à sa sortie, lorsqu'il doit reprendre en charge la gestion de son traitement. La rupture de la chaîne de soins entre le secteur ambulatoire et le secteur hospitalier affecte la qualité et la sécurité du parcours de soins. Elle représente également un enjeu financier important (200 millions d'euros en 2009 pour les prescriptions hospitalières exécutées en ville).

Pour l'IGAS, améliorer la qualité et la sécurité du circuit du médicament exige que chaque acteur se positionne sur les secteurs où sa plus-value est la plus importante : qualité de la prescription pour le médecin, analyse de l'ordonnance et plus largement expertise clinique pour le pharmacien, gestion des médicaments dans les unités de soins pour les préparateurs, administration des médicaments, en particulier les plus à risque tels que les injectables, pour les infirmières.

Le nécessaire développement de l'informatisation et de l'automatisation doit être accompagné et évalué pour mieux s'intégrer dans le circuit du médicament afin d'en fluidifier et sécuriser les processus, tout en anticipant les risques futurs que tout nouveau système fait émerger.

Enfin, la continuité du parcours de soins du patient doit être renforcée en créant du lien entre professionnels de ville et hospitaliers, pour une meilleure circulation de l'information et une coopération indispensables à la qualité thérapeutique (dossier pharmaceutique à l'hôpital, désignation du pharmacien correspondant, développement des coopérations entre professionnels, formations communes, rôle des observatoires du médicament, des dispositifs médicaux et des innovations thérapeutiques (OMEDIT)[332], rénovation du site e-omedit, etc.).

Les erreurs médicamenteuses, un enjeu de sécurité

La perception du risque est souvent liée à la survenue d'événements graves et médiatisés. Au-delà d'erreurs aux conséquences dramatiques, l'ampleur du risque médicamenteux reste mal appréhendée.

L'Enquête nationale sur les évènements indésirables liés aux soins (ENEIS) de 2009 a confirmé l'enjeu que constitue le médicament pour la sécurité des soins. Après les actes invasifs et les infections liées aux soins, les produits de santé sont la troisième cause d'événements indésirables graves (EIG). Le médicament serait responsable de 60 000 à 130 000 EIG par an, dont 15 000 à 60 000 sont évitables. Certains EIG sont liés au produit (étiquetage, conditionnement…), d'autres aux pratiques (dont erreurs de prescription ou d'administration). Souvent, différents facteurs s'intriquent pour conduire à l'accident final. Peu de données

332 Rattachés aux ARS, les OMEDIT ont un rôle de suivi, d'analyse des pratiques de prescription, d'expertise et de signalement concernant les règles de bon usage des médicaments et dispositifs médicaux.

permettent de cerner l'importance et le coût de ces erreurs pour l'hôpital et la collectivité, estimé il y a dix ans à 5 305 euros par EIG en seul coût direct.

L'IGAS préconise la mise en œuvre d'un circuit de remontée des erreurs médicamenteuses au sein des établissements de santé. Ce circuit doit contribuer à l'analyse des risques en interne, à la mise en place d'actions correctrices et donc à l'amélioration des pratiques en prenant en compte les spécificités d'organisation de chaque établissement.

Une nouvelle culture de gestion des risques doit se développer en privilégiant les actions de terrain, au sein des unités de soins, à vocation pluridisciplinaire et en développant une pratique de la déclaration systématique et non punitive des erreurs. Il ne s'agit plus de respecter des normes, des procédures ou des référentiels de bonnes pratiques, mais de s'interroger sur ses risques et ses erreurs, pour permettre de passer d'une pratique de sanction *(« j'ai fait une erreur, je suis sanctionné »)* à une pratique de déclaration *(« j'ai fait une erreur, je la déclare pour qu'elle ne se reproduise plus »)*.

Enfin, il faut poursuivre les actions entreprises en matière d'étiquetage (médicaments injectables, solutés massifs…) et de conditionnement unitaire des médicaments pour identifier parfaitement le produit jusqu'au lit du patient et sécuriser son administration.

Le médicament, second poste de dépenses à l'hôpital, un enjeu d'efficience

Les dépenses de médicaments sont en constante croissance dans un contexte où des efforts budgétaires importants sont demandés aux établissements de santé. La part de marché du médicament hospitalier a doublé en vingt ans pour atteindre 5,5 milliards d'euros en 2009.

Le statut particulier du médicament à l'hôpital, dont le prix est en partie négocié et non administré comme en ville, conduit à investir un temps important dans les procédures d'achats. La massification des achats et des procédures a permis de peser sur les prix et de limiter les charges de gestion.

Par ailleurs, les opérations de commande, facturation, réception, déballage, manutention et stockage représentent une charge importante pesant sur les pharmacies hospitalières.

L'IGAS recommande que la poursuite de la massification des achats s'accompagne d'une professionnalisation accrue : décharger le pharmacien de tout ce qui n'est pas du domaine de l'expertise pharmaceutique ; renforcer la négociation, notamment tarifaire, et la réactivité contractuelle face aux baisses de prix ; améliorer la sécurité juridique des marchés par l'utilisation des opportunités et souplesses de la réglementation, dans le strict respect des règles de la commande publique ; insérer les achats de médicaments au sein d'une fonction unique d'achats hospitaliers avec allégement des tâches administratives les plus répétitives (dématérialisation des procédures) ; développer un partenariat

avec les industriels pour une offre répondant davantage aux besoins de qualité et de sécurité.

Le circuit logistique du médicament, qui fait souvent l'objet d'investissements insuffisants, doit être mis à niveau pour un coût à mettre en regard des économies potentielles en matière de personnels et de locaux. Le développement de l'automatisation et la robotisation permettront de réduire les charges de travail des manutentionnaires, des préparateurs et des infirmiers, en distinguant les mesures et équipements de base, peu coûteux et immédiatement rentables (rationalisation des commandes, stockeurs rotatifs, etc.) des projets plus ambitieux dont la rentabilité doit être évaluée préalablement, au cas par cas (automates de rangement, armoires automatisées, etc.).

Les potentialités offertes par les coopérations hospitalières doivent être davantage exploitées : soutien des groupements d'achats recherchant un référencement commun tant pour des gains tarifaires et d'économie de gestion que de sécurisation des parcours de soins ; développement des plates-formes logistiques et mutualisation de certaines missions des pharmacies hospitalières.

La responsabilisation des acteurs de terrain, un enjeu de pilotage

En raison de ses multiples enjeux, la politique du médicament mobilise de nombreux acteurs : administrations centrales, organismes d'expertise indépendants, agences de sécurité sanitaire, assurance maladie, agences régionales de santé (ARS).

Les professionnels de terrain se demandent souvent qui est le donneur d'ordre et quels sont les objectifs poursuivis. Le contrat de bon usage illustre bien cette situation : ses objectifs couvrent tant l'encadrement de la qualité des prescriptions des produits onéreux (liste en sus) et la maîtrise des dépenses que la qualité et la sécurité du circuit du médicament dans son ensemble.

À ce manque de lisibilité du pilotage, s'ajoute une évolution incertaine des textes avec une loi visant à responsabiliser les établissements sur la gestion de leurs risques, mais une réglementation souvent complexe et contraignante qui enserre la marge de manœuvre et de coopération qu'il paraît indispensable de laisser aux établissements de santé.

L'IGAS recommande d'optimiser le pilotage du circuit du médicament en renforçant la visibilité des acteurs chargés de la politique du médicament au niveau national et au sein des ARS, en particulier la lisibilité du positionnement des missions d'inspection et de contrôle et des OMEDIT. Elle préconise également de faire évoluer les contrats de bon usage pour permettre une vision nationale avec un petit nombre d'indicateurs communs et une personnalisation des objectifs fixés localement en fonction de l'organisation de chaque établissement.

Certaines dispositions du Code de la santé publique doivent être assouplies pour lever les obstacles aux transferts et délégations de tâches entre professionnels et

améliorer les coopérations entre établissements de santé (règles d'implantation et missions des pharmacies à usage intérieur).

Enfin, des évolutions des métiers, notamment en termes d'obligations réglementaires, doivent être favorisées pour mieux sécuriser le circuit du médicament : temps de présence minimal des pharmaciens au sein des établissements ; clarification des notions d'analyse pharmaceutique et de contrôle effectif qui engagent la responsabilité des pharmaciens ; définition précise des personnels habilités à effectuer des préparations et évolution du métier de préparateur hospitalier.

Des évolutions souhaitables

Dans une période où les contraintes budgétaires qui pèsent sur les établissements de santé sont fortes, l'IGAS souligne les marges de progression existant à moyens constants. Un investissement ciblé sur un segment peut avoir un effet d'entraînement sur toute la chaîne. À titre d'exemple, l'achat de stockeurs rotatifs peut, pour un coût modique, diviser par deux le temps consacré par un préparateur en pharmacie à la « cueillette » des médicaments. Cela permettra au préparateur d'intervenir dans les unités de soins pour gérer les armoires à pharmacie et préparer les doses à administrer. Les infirmières pourront alors mieux se consacrer à l'administration des médicaments et en particulier à celle des injectables et porter plus d'attention aux médicaments à marge thérapeutique étroite, ce qui sécurisera l'ensemble de la chaîne. De même, le temps passé par le pharmacien à des tâches administratives dans le cadre de la fonction achats peut être plus utilement consacré à effectuer l'analyse pharmaceutique des ordonnances pour sécuriser la prescription.

La mission souligne toutefois que des moyens humains et financiers supplémentaires ou par redéploiement grâce à une meilleure allocation des tâches, sont nécessaires pour aller plus loin : mise en place d'un système de signalement des effets indésirables graves médicamenteux, accompagnement de l'informatisation du circuit du médicament, développement de la pharmacie clinique, en particulier de l'analyse pharmaceutique et de la présence de l'équipe pharmaceutique dans les unités de soins, etc.

Mais, à tous les niveaux, au sein des établissements comme au niveau des décideurs publics, il faut intégrer le retour sur investissement bénéfique que peuvent avoir les efforts déployés pour sécuriser le circuit du médicament, ne serait-ce que parce que les EIG médicamenteux, au-delà de leur caractère intolérable, ont un coût important pour l'hôpital et la collectivité.

Depuis le rapport

Depuis la publication de ce rapport, différents textes, guides et travaux d'experts[333] ont contribué à faire avancer la mise en œuvre des orientations préconisées par l'IGAS : organisation des retours d'expérience sur les erreurs médicamenteuses et organisation de comités de retour d'expérience (CREX) dans les établissements, travaux du conseil national de cancérologie visant à favoriser le déploiement des revues de morbimortalité (RMM) et de la démarche REMED (revue des erreurs liées au médicament et dispositif) en chimiothérapie, études sur les coûts des erreurs et les retours sur investissements des différentes solutions technologiques, développement des formations en pharmacie clinique et de l'analyse pharmaceutique, structuration des achats[334].

333 Notamment arrêté du 6 avril 2011, circulaire du 14 février 2012, guides DGOS et HAS, outil Interdiag ANAP.
334 Programme Phare de la DGOS, développement des groupements, accompagnement régional et national permettant notamment un « parangonnage » ou « benchmarking » entre établissements.

Analyse des risques sécuritaires en établissements de santé mentale

Dr F. Lalande, C. Lépine,
Analyse d'accidents en psychiatrie et propositions pour les éviter, mai 2011.

Cette mission a été lancée afin de capitaliser sur les diverses enquêtes menées durant les cinq années précédentes, concernant des événements graves survenus au cours d'hospitalisations psychiatriques ou dans les jours suivant une telle hospitalisation. Elle a constaté que derrière les drames individuels se répétaient des dysfonctionnements systémiques. Elle a enrichi ses constats des informations dont disposaient l'ATIH et les ARS, à la suite des contrôles que ces agences avaient effectués, et a recueilli une importante documentation afin de proposer des solutions opérationnelles pour éviter la reproduction des accidents.

Au total, les risques sécuritaires pour les personnes et les accidents en psychiatrie sont spécifiques, et nécessitent de ce fait un traitement particulier.

Les établissements de santé mentale sont confrontés à des violences spécifiques

À l'heure actuelle, 86 % des malades mentaux sont suivis en ambulatoire. Cette évolution a constitué un progrès par rapport au passé asilaire. Parallèlement, l'hôpital accueille un nombre croissant de personnes hospitalisées sans leur consentement, au premier rang desquelles on trouve la population des malades en crise. Par ailleurs, les données récentes de la littérature indiquent que si la majorité des malades ne sont pas dangereux, certains présentent un risque accru de violence, en particulier certains malades schizophrènes et bipolaires. Les addictions à l'alcool et au cannabis majorent ce risque.

Dans ce contexte, les hôpitaux sont confrontés à des violences spécifiques.

En premier lieu, et malgré les efforts accomplis ces dernières années, il existe encore des cas de maltraitance physique des malades par les personnels. Les exemples rencontrés par la mission présentent des points communs : une présence médicale lointaine, un encadrement défaillant, des locaux et des équipements vétustes, un enfermement des malades. De plus, les fugues de malades hospitalisés sans leur consentement, voire de détenus, doivent faire l'objet d'une attention particulière.

L'IGAS est également intervenue pour des agressions contre le personnel, des agressions sexuelles de patients par des patients, voire des tentatives d'homicides ou homicides, heureusement bien plus rares.

Améliorer la détection et la prise en charge de la dangerosité

Les informations permettant d'apprécier la dangerosité (et notamment les antécédents de violence) sont segmentées entre le psychiatre, l'entourage, les services de police et de gendarmerie, les maires, le préfet, l'hôpital, l'ARS. Ces informations devraient être mieux partagées.

Pour apprécier la dangerosité d'un malade, la mission recommande de lancer des expérimentations sur l'utilisation de grilles d'évaluation internationales permettant d'affiner le bilan clinique.

De plus, certains défauts d'organisation du système de santé mentale jouent un rôle favorisant les passages à l'acte. Trois facteurs augmentent le risque de fugue ou de violences au cours d'un séjour dans une unité d'hospitalisation. Tout d'abord, le confinement dans des espaces étroits de personnes de tous âges présentant des pathologies et des origines diverses, certaines délirantes et en crise aiguë et d'autres proches de la sortie, crée d'inévitables tensions. La négation de la vie privée qui se traduit par des chambres communes, parfois le port obligatoire du pyjama en journée, le repas pris systématiquement en commun, la chaîne de télévision imposée, et l'absence quasi-totale de distractions les aggravent encore. Enfin, l'utilisation abusive des chambres d'isolement (accentuée par l'emploi des méthodes de contention), parfois de façon trop systématique pour les détenus et les malades difficiles, est un autre facteur favorisant la violence.

Enfin, les addictions au tabac et au cannabis devraient être davantage combattues, les drogues jouant un rôle aggravant.

Revoir la conception du dispositif hospitalier

Certaines installations ne tiennent pas suffisamment compte des besoins spécifiques des établissements de santé mentale. Les accès sont mal aménagés et parfois insuffisamment surveillés. Quant aux unités de soins, leur conception pose parfois problème : fermées, elles peuvent retenir illégalement des malades en hospitalisation libre, et ne pas avoir été conçues avec des cours ou des jardins suffisants pour permettre la déambulation de ceux qui y sont placés sans leur consentement ; ouvertes, elles réclament une attention accrue du personnel, sans laquelle les fugues sont particulièrement faciles. Les dispositifs d'alerte portables et les systèmes de télésurveillance pourraient être davantage employés.

De plus, malgré la baisse du nombre moyen de lits par secteur de 140 à 40 lits entre 1975 et 2010, l'organisation interne des hôpitaux n'a pas évolué. De ce fait, des sujets fragiles, parfois âgés, apaisés ou proches de la sortie,

sont hospitalisés avec des jeunes entrants en crise et violents ; des malades hospitalisés sans consentement le sont avec des malades en hospitalisation libre ; des schizophrènes et des psychotiques le sont avec des malades ayant des troubles du comportement ou de l'humeur. En outre, en raison de taux d'occupation des lits souvent très élevés, une personne admise en urgence en état de crise est admise dans un établissement ayant un lit disponible, et peut y rester même s'il ne correspond pas à celui de son secteur. Elle n'est alors plus suivie par le personnel habituel[335], ce qui nuit à la continuité et à la qualité des soins.

Par ailleurs, la plupart des accidents survenus en sortie d'essai ou au cours d'une hospitalisation psychiatrique se produisent lors d'une rupture thérapeutique totale ou partielle, avec reprise des addictions. Or, la sortie de l'hôpital est souvent l'occasion de passer d'une forme injectable à une forme orale, mais la compliance et l'absence de toxiques ne font pas toujours l'objet de contrôles biologiques, et le suivi somatique est rarement organisé de façon coordonnée. La coordination avec les services d'aval et les autres administrations doit être améliorée.

Parallèlement, la mission a pu constater que la gestion des ressources humaines dans les établissements est à l'origine de nombreuses difficultés.

Les effectifs de personnels ne font pas défaut, sauf exception localisée : le nombre de médecins employés dans les CHS a régulièrement augmenté au plan national depuis 1989 et si le nombre d'infirmiers a diminué, il l'a fait dans des proportions moindres que la baisse du nombre de lits, ce qui a permis une croissance régulière du nombre de soignants par lit.

En revanche, la charge de travail des infirmiers en hospitalisation complète s'est alourdie et surtout, le temps de présence des personnels a été réduit. L'IGAS a constaté à plusieurs reprises une présence médicale manifestement insuffisante dans certains établissements. L'absentéisme, des accords de réduction du temps de travail parfois très avantageux, voire des pauses des fumeurs trop fréquentes réduisent le temps de travail. Enfin, dans quelques régions, le cumul d'emplois touche certaines catégories du personnel travaillant de nuit et affaiblit leur vigilance.

Enfin, l'IGAS a pu regretter au cours de cette mission que les autorités de tutelles (DGOS, DGS, ARS) se soient peu investies sur les sujets de sécurisation et d'amélioration de la qualité des soins dans les services hospitaliers de santé mentale. Aucune incitation financière ne vient saluer les efforts vertueux d'un directeur d'établissement ou d'un chef de pôle, et les projets d'investissements sont rarement aidés.

335 Alors que le suivi des malades mentaux est déterminant pour éviter les ruptures thérapeutiques et limiter les complications somatiques.

Des propositions visant à renforcer la sécurité…

Afin de renforcer la sécurité, et donc, la qualité des soins psychiatriques, la mission fait un certain nombre de propositions : créer des sas d'entrée permettant de filtrer les sortants et laissant passer librement les malades en hospitalisation libre ; équiper les personnels des dispositifs de protection du travailleur isolé ; mettre en place des moyens de distraction des malades hospitalisés ; remplacer les chambres collectives par des chambres individuelles, ou encore reconstruire les locaux dégradés avec des principes architecturaux qui concilient les besoins en matière de thérapie et de sécurité.

L'IGAS préconise qu'une réflexion soit engagée au niveau national pour édicter un cahier des charges architectural, créer des unités d'hébergement de longue durée pour accueillir dans des conditions humaines des personnes aux antécédents d'homicides estimées très dangereuses, mais ne relevant pas à l'heure actuelle du système pénal, et estimer le coût de ces mesures.

Par ailleurs, la mission recommande aux établissements d'engager une réflexion en matière de réorganisation des unités hospitalières, de manière à accueillir des populations de malades homogènes, sans cohabitation forcée de sujets fragiles avec des sujets dangereux, et répondant à un projet médical cohérent et novateur. Les unités hospitalières doivent être réorganisées de manière à répartir les malades de la façon la plus homogène possible. À terme, c'est la conception architecturale même des installations qui mérite d'être repensée.

Selon le rapport, de nombreuses bonnes pratiques restent à élaborer et à mettre en œuvre : qu'il s'agisse de la prise en charge des victimes d'agressions sexuelles, de l'usage des méthodes de contention, des procédures à la sortie de l'hôpital pour assurer un suivi thérapeutique effectif. L'usage du retour d'expérience devrait être généralisé en interne suite à tout événement indésirable grave.

La gestion des ressources humaines représente un chantier d'envergure. La mission a rencontré de nombreux personnels motivés et attachés à leur travail en psychiatrie, mais il convient de les sécuriser dans leur pratique pour garantir leur sécurité et celle des patients. Les établissements devraient mettre en œuvre des formations spécifiques à destination des nouveaux personnels pour apprendre à prévenir et à gérer les situations d'agressivité ; et développer, dans le cadre de la formation continue, des stages sur les procédures de sécurité, sur la prévention des incidents, et proposer des entraînements physiques réguliers au contrôle des agressions à l'ensemble des personnels.

En outre, la mission regrette le manque d'études permettant d'apprécier précisément les besoins de santé mentale et d'évaluer l'efficacité des politiques. Ce déficit doit être réparé.

Des efforts de communication doivent être menés, en direction de trois catégories d'interlocuteurs : les malades, les proches qui les hébergent et les soignent, les autres professionnels appelés à intervenir, comme les maires, la police ou la gendarmerie, les pompiers, etc. En particulier, il convient de mieux informer chaque patient de ses droits et obligations, des risques de sa conduite, en essayant de tenir compte de ses choix lorsque c'est possible

(vêtements, repas, distractions), mais aussi de recueillir les avis des proches avant, pendant et après l'hospitalisation et d'en tenir compte.

…en partie mises en œuvre

Si l'augmentation du nombre des personnes hospitalisées sans leur consentement s'est infléchie depuis 2010, les exigences en matière de sécurité demeurent d'actualité. À cet égard, des progrès ont été réalisés, même si des marges d'amélioration demeurent.

Concernant les patients détenus, trois unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) ont été ouvertes depuis 2010. Prévues par la loi de programmation et d'orientation de la justice du 9 septembre 2002, elles permettent d'assurer des hospitalisations au sein d'établissements de santé, dans un cadre sécurisé.

En matière de droits des patients et des libertés publiques, la loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques renforce l'information des patients sur leurs droits et voies de recours ; elle dispose que le rapport annuel de la commission départementale des soins psychiatriques, qui a pour mission d'examiner la situation des personnes admises en soins psychiatriques au regard du respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes, est transmis au Contrôleur général des lieux de privation de liberté. De plus, la HAS a renforcé la prise en compte du respect des libertés individuelles et de la gestion des mesures de restriction de liberté dans la démarche générale de certification des établissements de santé ; des spécificités des pratiques en psychiatrie ont été intégrées dans le manuel de certification V2010.

En ce qui concerne la préconisation de l'IGAS de créer des unités accueillant des populations homogènes en termes de pathologies et de comportement, les établissements déclarent effectivement disposer d'unités spécialisées en plus grand nombre, par exemple pour les patients atteints de troubles du comportement, les sujets vieillissants, les adolescents. Le nombre de lits en unités pour malades difficiles a augmenté.

Une enquête doit être menée par la DGOS pour évaluer les actions de sécurisation mises en place par les établissements psychiatriques ayant reçu des financements spécifiques depuis 2009 : rénovation de chambres d'isolement, création d'unités fermées, sécurisation des abords de l'établissement, création d'unités pour malades difficiles.

Par ailleurs, le plan Psychiatrie et santé mentale 2011-2015 contient plusieurs objectifs concordants avec les préconisations du rapport, notamment concernant la formation des professionnels, des usagers et de leur entourage, l'adaptation des ressources humaines aux spécificités de l'exercice en psychiatrie, ou encore le développement de travaux de recherche. L'évaluation de ce plan restera à mener en 2015.

La mise en place des pôles : une réorganisation novatrice qui ne s'est pas faite sans difficultés

G. Vallet, H. Zeggar,
Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé, février 2010.

La nouvelle gouvernance des établissements publics de santé promue dans les ordonnances de 2005 repose sur deux principes structurants : l'affirmation de la priorité donnée au pilotage médico-économique dans un contexte de mise en place de la tarification à l'activité, pilotage auquel les médecins doivent désormais être étroitement associés ; le principe de subsidiarité, par la transmission de l'autorité et des marges de décision aux échelons les plus proches de la production de soins.

Cet ample mouvement de décloisonnement des logiques médicales, administratives et soignantes devait concerner aussi bien la gouvernance de l'institution hospitalière, avec la création des conseils exécutifs, que la production de soins elle-même, avec la mise en place des pôles médicaux et médico-techniques, pilotés par des médecins et dont l'assise, plus large que celle des traditionnels services, devait permettre d'améliorer la gestion de l'activité de soins.

Réalisée cinq ans après le lancement de cette réforme d'envergure du management hospitalier, la mission a pu établir trois principaux constats qui montrent que l'on est à la croisée des chemins :

– un décalage certain entre, d'une part, les efforts considérables d'acculturation de la communauté médicale aux enjeux de gestion, de découpage des pôles et de construction des outils nécessaires à cette nouvelle organisation et, d'autre part, la portée opérationnelle réelle de la subsidiarité ;

– les pôles, davantage fondés sur une logique médicosoignante qu'une réelle logique médico-économique, fonctionnent avec un minimum de délégations de gestion et peu de délégations de moyens ;

– le passage à une nouvelle étape de l'organisation polaire suppose à la fois de clarifier les processus de décision à l'hôpital, de maintenir les grands équilibres sociaux et économiques par la réaffirmation de l'unité institutionnelle, et d'amener les équipes de direction à modifier en profondeur la vision de leur métier, de leur positionnement et de leur organisation.

Un décalage entre les efforts fournis et la portée opérationnelle de la subsidiarité

La mission a constaté un décalage entre les efforts d'acculturation de la communauté médicale aux enjeux de gestion, de découpage des pôles et de construction des outils et la portée opérationnelle de la subsidiarité.

Les premières années de la nouvelle gouvernance ont permis de convertir la communauté médicale à l'importance des enjeux de la gestion médico-économique. Elles auront ainsi vu l'émergence d'un consensus relatif sur la pertinence du mouvement général de subsidiarité et d'association des médecins au pilotage de l'institution. Elles auront également été marquées par la définition des conditions de succès de cette réforme et par des efforts réels pour les réunir :

– la construction d'une plus grande confiance entre équipes médicales, administratives et soignantes ;

– l'articulation entre les différents projets qui structurent l'établissement, l'insertion des projets de pôle dans le cadre plus vaste du projet d'établissement ;

– l'identification de nouveaux métiers, notamment autour des enjeux de l'information médicale ;

– la construction, inachevée, de systèmes d'information nécessaires à la mise en œuvre de la comptabilité analytique hospitalière (CAH). Cette comptabilité analytique hospitalière a fait l'objet d'un rapport de l'IGAS qui a indiqué qu'elle tenait de plus en plus compte de l'organisation polaire. C'est ainsi qu'il y est précisé que la mise en place des pôles a été un élément déterminant dans l'appropriation, par les acteurs hospitaliers, de la nécessité de faire vivre le principe de subsidiarité. Associée à la mise en place de la T2A, la démarche polaire a imposé à ces acteurs, médecins et managers, le recours à la CAH ;

– la mise en place des plans de retour à l'équilibre financier pour les nombreux établissements en déficit.

La réunion de ces conditions favorables à la subsidiarité est cependant difficile et longue. La plupart des établissements estiment qu'elles doivent être remplies avant toute délégation de gestion aux pôles. Après avoir vu plus d'une dizaine d'établissements, la mission considère à l'inverse que la réunion de ces conditions doit accompagner plutôt que précéder les délégations de gestion et de moyens aux pôles. En effet, le risque de « découragement » des chefs de pôle et de leurs équipes est réel, tant et si bien qu'en 2010, leur désengagement progressif et les difficultés à leur trouver des successeurs constituaient les principales hypothèques sur la poursuite de la dynamique de modernisation de la gouvernance.

Le découpage des pôles relève en général de plusieurs logiques : logique de spécialités médicales, amélioration de la prise en charge du patient, combinaison de contraintes (de gestion, architecturales, de compatibilité, etc.). Pour cet exercice complexe, qui suppose des révisions régulières, la mission recommande le plus grand pragmatisme afin de construire des pôles « gouvernables » en réalité.

Plusieurs écueils ont été identifiés :

– la tentation d'envisager les pôles exclusivement sous l'angle économique, avec le postulat qu'ils seraient des entités autonomes, devant en permanence connaître l'équilibre alors même que c'est à l'échelle de l'établissement que la compensation entre pôles peut s'opérer ;

– le contournement des pôles par le maintien des sites comme unités de compte de l'hôpital, notamment quand le découpage a conduit à l'identification de pôles répartis sur plusieurs implantations.

La construction des outils de la délégation de gestion, notamment l'adaptation des systèmes d'information, n'a pas toujours été menée à son terme. De nombreux pôles ne sont pas maîtres de la conception des tableaux de bord censés guider leur action, la grande majorité n'a pas de budget ou d'EPRD de pôle et pilote donc en aveugle la réalisation de leurs objectifs. Enfin, le partage de l'information est encore un enjeu de pouvoir fort entre les directions d'établissement et les équipes de pôle.

Un pilotage médico-soignant au lieu d'un véritable pilotage médico-économique

Depuis leur mise en place, faute de délégation de gestion et de moyens, les pôles assurent davantage un pilotage médico-soignant de portée limitée qu'un véritable pilotage médico-économique.

Le trio de pôle, constitué du médecin, chef de pôle, du cadre supérieur de santé et du cadre administratif de pôle est, en réalité, un binôme de pôle entre le médecin et le cadre supérieur de santé.

Nommés par les directeurs d'établissement, les chefs de pôle sont toujours explicitement ou implicitement désignés par leurs pairs. Au-delà de la variété de leurs profils, selon qu'ils prennent en charge ces fonctions à un moment ou à un autre de leur carrière, on observe, même si les réalités dans chaque établissement sont contrastées, un investissement réel dans cette nouvelle responsabilité qui leur permet de découvrir un nouveau métier et des dimensions jusque-là inconnues de la vie de l'hôpital (gestion médico-économique, ressources humaines, vie institutionnelle, etc.).

Les cadres supérieurs de pôle, malgré un positionnement ambivalent puisque toujours sous l'autorité hiérarchique des directions des soins, ont très fortement investi leurs nouvelles fonctions. Ils sont cependant amenés à compenser l'absence très fréquente de moyens humains de gestion dans le pôle.

Ainsi que le souligne le rapport de l'IGAS sur la formation des cadres hospitaliers[336], les cadres de pôles doivent mettre en place un management participatif avec les cadres de proximité afin d'éviter une situation d'isolement de ces derniers.

C'est avant tout la recherche d'équité et non l'optimisation des dépenses de santé pour laquelle les acteurs se mobilisent afin de mutualiser les ressources. Toutefois, des gains d'efficience résultent de cette mutualisation.

Le faible investissement des établissements dans les moyens de gestion délégués aux pôles est, en effet, le principal handicap des équipes de pôle.

Au sein du pôle, les équipes de pôle sont confrontées à plusieurs défis de management :

– la difficulté de créer un sentiment d'appartenance collective quand les services ou les sites représentent, pour les personnels, les lieux d'identification professionnelle ; à cet égard, malgré la complexité de leurs élections, les conseils de pôle ont joué un rôle essentiel de construction progressive d'un collectif ;

– l'encadrement soignant de proximité, resté très attaché aux services, a pu percevoir le pôle comme un échelon supplémentaire inutile et a rarement été associé aux réflexions sur le découpage ;

– le management médical au sein du pôle doit permettre d'impliquer les médecins dans les orientations de gestion prises par le pôle tout en respectant les champs d'expertise de chacun des spécialistes.

Convaincus de la pertinence de la réforme de l'hôpital, les nombreux chefs de pôle rencontrés semblent désabusés et sceptiques sur la sincérité même de la démarche de subsidiarité. Leurs principales attentes individuelles concernent la compensation du temps médical, et donc la reconnaissance de leur fonction, mais aussi un soutien, des formations sur la gestion financière et sur le management. Les principales attentes, pour le pôle, sont presque unanimement partagées, quels que soient les spécialités des pôles et les établissements : des délégations de gestion dans le champ des ressources humaines, des outils de pilotage financier, notamment un EPRD de pôle, des moyens humains qualifiés pour exercer ces délégations, un retour collectif, même symbolique pour le pôle.

Malgré ces réserves et un relatif découragement des équipes rencontrées, les avancées sont réelles et font exclure à tous l'éventualité d'un retour en arrière. La mise en place des pôles a en effet, partout et au minimum, permis de décloisonner les entités traditionnelles, les services, et les cultures professionnelles.

C'est ainsi qu'un rapport de l'IGAS[337] sur le management et l'efficience hospitalière montre que plus les pôles disposeront d'une délégation large, plus ils seront tentés de peser sur les coûts des prestations qui leur sont affectées, qu'il s'agisse de prestations cliniques ou logistiques. Par ailleurs, la mise en place des pôles a favorisé incontestablement une mutualisation des personnels.

---

336 C. Mounier, M. Yahiel, *Quelle formation pour les cadres hospitaliers ?*, Rapport IGAS, novembre 2010.
337 D. Acker, Dr A.-C. Bensadon, D. Chaumel, P. Legrand et C. Mounier, *Management et efficience hospitalière : une évaluation des déterminants*, Rapport IGAS, avril 2012.

Dans l'enquête menée dans cinq sites hospitaliers de l'AP-HP sur la façon dont les cadres paramédicaux de pôles perçoivent leurs nouvelles fonctions, les cadres paramédicaux de pôles associent nouvelle gouvernance et mutualisation des ressources. Ils évoquent des responsabilités nouvelles en termes de gestion de matériel et de personnel.

La multiplication des échanges, la meilleure connaissance mutuelle sont toujours soulignées comme les principaux bénéfices de l'organisation polaire. Au-delà, certaines équipes de pôle valorisent la réalisation de projets de soins rendue possible par la dimension ou l'interdisciplinarité du pôle.

Enfin, si la mise en place des pôles n'a pas encore bouleversé en profondeur les conditions de la recherche et de l'enseignement, la meilleure prise en compte de ces fonctions dans les découpages, ainsi que la facilitation des échanges entre services ont parfois permis la conduite de projets innovants.

Le passage à la deuxième étape de l'organisation polaire nécessite plusieurs évolutions

Elle suppose, à la fois, de clarifier les processus de décision à l'hôpital, de maintenir les grands équilibres sociaux et économiques par la réaffirmation de l'unité institutionnelle, et d'amener les équipes de direction à modifier en profondeur la vision de leur métier, leur positionnement et leur organisation.

La mise en place des pôles bouleverse la géométrie traditionnelle de l'hôpital : les médecins doivent se positionner sur une ligne verticale vis-à-vis de la direction de l'établissement, les professions soignantes sont, à l'inverse, invitées à « horizontaliser » leurs pratiques tandis que les équipes de direction doivent progressivement concevoir leur intervention comme celle de services supports aux producteurs de soins.

Dans un tel contexte de changement, les acteurs de l'hôpital manifestent un besoin double : une clarification de la ligne managériale de l'institution, en affirmant la responsabilité des pôles dans le pilotage médico-économique ; une réaffirmation de l'unité institutionnelle et de certains repères structurants, tels que le maintien de la hiérarchie soignante.

Si la mission considère prématuré le transfert du pouvoir hiérarchique sur les personnels soignants aux chefs de pôle, qui contribuerait pourtant à la clarification des rôles, elle estime urgent de revisiter le positionnement et les métiers des directions fonctionnelles et des directions de sites.

Il reste à engager un important travail d'acculturation de ces équipes, qui se conçoivent encore comme l'état-major de l'hôpital et qui manifestent parfois une grande méfiance à l'égard du corps médical en général. Si certaines réserves fortes à la délégation de gestion sont légitimes, beaucoup semblent reposer sur des réticences à voir leur cœur de métier redéployé dans les pôles.

Un accompagnement de ces équipes, à l'instar de ce qui a été engagé vis-à-vis des médecins depuis 2005, est indispensable. Il a d'ailleurs été prévu et

mis en œuvre dans le cadre des décrets pris en application de la loi HPST du 22 juillet 2009.

D'autres conditions devraient être réunies pour mener à son terme cette réforme ambitieuse de la gestion hospitalière :

– la clarification de la carte de l'hôpital, notamment dans les grands établissements : déjà engagées dans les Assistances publiques, l'articulation entre les directions, directions de sites et pôles doit être poursuivie et le caractère transitoire de la fonction de directeur référent affirmé ;

– la possibilité d'une géométrie variable des délégations selon le degré d'avancement des pôles ;

– la distinction formelle entre la démarche de contractualisation, dont la pertinence est peut-être là aussi temporaire, et celle de délégation.

Depuis le rapport

Une enquête de la DGOS datant de juillet 2011 montre que la mise en place des pôles se développe surtout dans les CHU et les gros établissements (*cf.* ci-après la synthèse du rapport de l'IGAS portant sur le management et l'efficience hospitalière).

L'impact de l'introduction de la tarification à l'activité sur le management des établissements de santé publics ou privés

A. Bruant-Bisson, P. Castel, M.-P. Planel,
Évaluation des effets de la tarification à l'activité sur le management des établissements de santé[338], mars 2012.

L'IGAS a mené une mission d'évaluation des effets de la tarification à l'activité (T2A) sur le management des établissements de santé. Il s'agissait, dans un contexte où la T2A est souvent rendue responsable des difficultés des établissements et en particulier des hôpitaux publics, d'apprécier la réalité de l'impact de ce mode de tarification sur les modes de gestion, les processus de décision interne et la définition de leur stratégie par les établissements de santé.

La mission a choisi une approche de terrain ; après avoir rencontré les représentants nationaux du secteur hospitalier, elle s'est déplacée dans seize établissements des secteurs public, privé à intérêt collectif et privé, ainsi que dans plusieurs agences régionales de santé (ARS).

De la dotation globale à la tarification à l'activité

Prévue par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, la tarification à l'activité se substitue :

– à la dotation globale versée aux établissements de santé publics et privés participant au service public hospitalier depuis 1984 ;

– au paiement à la journée applicable dans les établissements privés à but lucratif.

Le choix de ce nouveau mode de financement répond à un double objectif :

– rétablir un lien entre le financement et l'activité des établissements de santé ;

– instaurer l'équité de traitement entre établissements. Il s'agissait de faire disparaître progressivement les disparités de financement constatées entre des établissements ayant des tailles, des volumes et des secteurs d'activité comparables.

338 La tarification à l'activité elle-même a fait l'objet d'une mission, présentée ci-après.

La T2A a été un levier de la performance pour les établissements

La T2A a mis en lumière les enjeux liés à la connaissance de l'activité, au pilotage médico-économique et à la réactivité. Elle a agi comme le révélateur d'une situation historique jusqu'ici occultée par le système de financement : fondé sur la reconduction des moyens, ce système ne conduisait pas à se poser la question de savoir si l'allocation de ressources reposait sur une activité.

Le codage et la facturation des actes ont ainsi acquis une dimension stratégique et les établissements se sont dans l'ensemble organisés pour tenir compte de cette situation.

Si le suivi de l'activité n'était pas totalement absent des préoccupations des managers, l'introduction de la T2A a permis de connecter directement le niveau des recettes à celle-ci, tout en favorisant l'émergence et la diffusion d'outils de gestion.

Ceux-ci sont inégalement développés et surtout, paraissent parfois raffinés à l'extrême dans le secteur public, alors que le secteur privé, par ailleurs initialement en avance dans la mise en place de tableaux de bord, en reste à des indicateurs en nombre limité, apparemment plus frustes mais dont la réactivité est l'élément primordial.

Le développement de ces outils de gestion, de plus en plus fiables, s'accompagne de l'émergence de compétences nouvelles en matière de contrôle de gestion ou de gestion des risques.

La T2A a renouvelé le dialogue de gestion interne à l'hôpital public…

La mission retient de ses entretiens et de ses constats qu'il est difficile d'isoler l'impact spécifique de la T2A en regard des autres réformes intervenues concomitamment. Toutefois, la T2A a eu un rôle catalyseur dans l'évolution du discours et des processus managériaux et l'orientation des choix des établissements.

L'impact reste modeste dans les établissements privés. Cela tient pour l'essentiel au mode de rémunération des médecins, qui n'a pas été modifié par le passage à la T2A. Si l'établissement est rémunéré sur la base de tarifs au lieu de forfaits à la journée, les médecins demeurent rémunérés à l'acte, leurs honoraires découlant de la classification commune des actes médicaux (CCAM).

Dans les hôpitaux publics en revanche, 79,5 % des établissements publics et ESPIC interrogés par la mission [339] indiquent que l'instauration de la T2A a eu un impact sur la relation entre direction et communauté médicale. La perception de cet impact est encore plus forte dans la communauté médicale : 80 % des

339 Enquête auprès de 75 CHU-CHR et CH.

présidents de CME et 88 % des responsables de pôles font un lien direct entre T2A et évolution de cette relation.

La mise en place de la T2A a permis d'outiller et d'accélérer, même si la démarche est encore inaboutie, la contractualisation dans les établissements publics et les ESPIC qui ont opté pour une organisation polaire : délégation de gestion et intéressement se développent.

Elle a impacté de manière significative le processus de décision interne dans les établissements publics mais aussi les ESPIC. Parce qu'elle est une règle fixée en externe à l'établissement, la T2A incite chaque acteur à suivre sa propre activité et les recettes qu'elle génère. Elle impose également d'introduire de la lisibilité dans la façon dont les choix de développement ou de réorientations d'activité sont construits, de la transparence dans la façon dont les arbitrages sont faits et dont les décisions sont prises.

Elle a ainsi permis de développer une implication plus grande du corps médical, qui va de pair avec les pouvoirs accrus du directeur d'établissement et conforte le sentiment d'appartenance collective.

…mais cet acquis reste à consolider

Cette dynamique n'est en effet véritablement vécue que par quelques-uns : le directoire, l'équipe de direction, les responsables de pôles et leurs cadres. Dès que l'on s'éloigne des lieux où se définissent les grandes orientations et la politique de l'établissement, ce qui est ressenti est plutôt la pression budgétaire, que le passage à la T2A a accentué dans certains établissements. S'y ajoute une crainte toujours présente d'une approche trop financière des questions d'organisation de l'établissement, au détriment de la qualité de la prise en charge des patients, ce dont aucun exemple tangible n'a toutefois pu être donné à la mission.

Un impact limité sur la définition de la stratégie globale des établissements de santé

Tout d'abord, la communauté hospitalière déplore un manque de lisibilité qui nuit à la définition d'une stratégie à moyen terme des établissements.

Ce manque de lisibilité est imputé au contexte de la réforme. La révélation de la dégradation de la situation financière des établissements publics après le passage à 100 % de la T2A, le manque de lisibilité de la procédure d'élaboration des tarifs et de la relation entre tarifs et coûts de production des établissements, le renforcement de la politique de régulation des dépenses sont sources de confusion quant aux objectifs véritablement assignés à la T2A : mode d'allocation des ressources plus pertinent car lié à l'activité des établissements, levier pour obtenir plus de transparence dans l'analyse des coûts des établissements ou simple outil de régulation des dépenses ?

L'instabilité du modèle tarifaire est aussi dénoncé, qui revêt deux formes : l'évolution du périmètre des groupes homogènes de séjour et celle de la valeur des tarifs ; cette instabilité est ressentie comme un handicap supplémentaire pour définir une stratégie claire.

La T2A impose également un renouvellement de la réflexion stratégique sur la politique d'investissement. Ceci est très net pour les établissements qui souhaitent investir pour se restructurer et être plus efficient, c'est-à-dire concevoir des opérations « rentables » au regard de la T2A. Ce manque de lisibilité, réel ou ressenti, du modèle T2A, est considéré comme un frein au management et à la définition d'une stratégie de développement à moyen terme. Dans les établissements publics, il soulève des difficultés pour élaborer les états prévisionnels des recettes et des dépenses (EPRD) et les plans globaux de financement pluriannuels (PGFP) ; dans tous les établissements, il rend difficile la fixation des axes stratégiques de développement et le discours sur la pédagogie de la réorganisation auprès de toutes les catégories de personnel.

Par ailleurs, l'instauration de la T2A n'a pas conduit à ce jour à des modifications brutales des activités médicales et de la stratégie des établissements.

L'instauration de la T2A coïncide certes avec une augmentation du volume d'activité, dont un meilleur codage est l'une des causes puisque les établissements rendent mieux compte de leurs activités.

La T2A favorise également des évolutions ciblées des pratiques et des organisations médicales. Sur ce point, le suivi de la durée moyenne de séjour (DMS) est l'impact le plus fréquemment cité et des réductions sont constatées dans le public et le privé. La T2A incite aussi les établissements publics à développer certaines pratiques, dont la chirurgie ambulatoire est l'un des exemples[340]. Elle induit des effets sur les logiques de coopération entre établissements et des initiatives intéressantes ont été constatées par la mission. Mais elle n'est qu'un des éléments d'un environnement plus complexe.

Certaines cliniques privées affichent quant à elles une stratégie nouvelle : le passage de petites cliniques très spécialisées à des établissements à l'offre plus diversifiée et au *case mix* qui se rapproche de celui d'un centre hospitalier. Il est encore trop tôt pour mesurer les effets de cette nouvelle stratégie ; pour l'instant les données chiffrées font toujours apparaître une plus grande spécialisation des établissements privés par rapport au secteur public.

Mais au total, l'impact de la T2A reste modeste sur les organisations et la prise en charge médicale. Si l'effort de refonte des organisations s'est accéléré, il est davantage porté, dans le secteur public, par les gestionnaires et le directoire que par les responsables de pôle ou les chefs de services.

340 Même si le développement de la chirurgie ambulatoire peut être aussi imputable à la mise sous accord préalable de certains actes par l'assurance maladie.

Des effets limités de ce mode de tarification sur la régulation régionale

Les ARS ont conservé un suivi des établissements de santé qui repose essentiellement sur l'analyse des données financières et comptables. Elles parviennent mal à passer d'un suivi individuel des établissements à une vision consolidée de l'offre de soins et à une stratégie d'orientation de cette offre sur un territoire de santé, voire sur l'ensemble de la région. La T2A est perçue comme un outil d'allocations de ressources et non comme un réel levier des réorganisations au niveau régional ; le lien entre équilibre financier des établissements et planification est encore très ténu.

Les recommandations

Outre le suivi de l'activité et des recettes et dépenses, les indicateurs développés à la faveur de la mise en place de la T2A doivent permettre d'approcher de manière plus fine la réalité des coûts de production.

Il est également nécessaire de conforter et d'approfondir le dialogue interne impulsé par l'instauration de la T2A, d'une part en développant des formations adaptées aux différents personnels, d'autre part en confortant le positionnement de l'encadrement intermédiaire.

S'agissant de la nouvelle gouvernance, directement impactée par le mode de tarification, il faut promouvoir une démarche plus volontariste en matière de contractualisation entre pôles cliniques et direction, notamment par le biais du développement de l'intéressement comme des sanctions.

Sur le sujet de l'investissement, une clarification par les autorités de tutelle est indispensable quant aux logiques d'investissement à l'œuvre dans un système de tarification à l'activité (dépenses d'investissements prévues dans la masse tarifaire et place réservée aux plans d'investissements tels que Hôpital 2007 et Hôpital 2012 mais aussi aux aides à la contractualisation).

Enfin, une réflexion sur le contrôle de la pertinence des actes doit déboucher rapidement pour être un nouvel outil au service des établissements comme des autorités de régulation régionale et nationale. Le contrôle de la pertinence des actes, dont l'intérêt fait l'objet d'un consensus largement exprimé par les acteurs, doit permettre d'éviter un recours excessif aux soins et d'optimiser l'allocation des ressources vers les soins appropriés, contribuant ainsi à une meilleure qualité de la prise en charge mais aussi à la régulation du développement de l'activité.

Management et efficience hospitalière : une évaluation des déterminants

D. Acker, Dr A.-C. Bensadon, P. Legrand, C. Mounier, *Management et efficience hospitalière : une évaluation des déterminants*, avril 2012.

Le déficit des hôpitaux publics constitue une préoccupation forte des pouvoirs publics même si on constate depuis 2008 une inversion de la tendance à la dégradation de la situation financière des hôpitaux publics. Les hôpitaux connaissent en fait des situations financières contrastées. Dans ce contexte, l'IGAS a effectué une mission visant à mettre en évidence les déterminants susceptibles d'expliquer ces situations différenciées en souhaitant mettre en valeur les succès de gestion. L'objectif poursuivi n'était ni de produire un rapport prescriptif sur les bonnes pratiques de gestion hospitalières, ni un palmarès hospitalier. La mission a restreint son champ aux seuls établissements publics de santé comportant une activité de court séjour, compte tenu des contraintes spécifiques qui leur sont imposées et aux modalités de financement différentes entre les secteurs d'hospitalisation public et privé.

Les établissements mobilisent l'ensemble de leurs moyens de gestion : les déterminants activés

La définition d'un projet stratégique

La vision stratégique du positionnement de l'établissement dans son environnement apparaît essentielle. L'hôpital n'est certes pas complètement autonome dans ses choix puisqu'il doit notamment répondre aux besoins de son territoire dans le cadre de la mission confiée par l'ARS, mais il peut tenter d'agir sur son environnement. Les restructurations d'activités en interne peuvent également constituer un levier majeur d'efficience, si elles vont dans le sens d'une amélioration des prises en charge. Beaucoup d'établissements ont notamment fait la démarche de regrouper des activités comparables pour atteindre une taille jugée optimale par rapport aux effectifs nécessaires. Les hôpitaux bien gérés veillent à ce que ces démarches s'inscrivent dans l'objectif d'optimisation de la performance globale de l'établissement.

Le développement de la chirurgie ambulatoire constitue également une modalité d'offre indispensable à la prise en charge des malades porteuse d'efficience.

Enfin, l'augmentation d'activité, utilisée par certains établissements pour améliorer leurs résultats financiers, peut produire des résultats contrastés. Malgré un contexte incertain, l'établissement « bien géré » cible les activités nouvelles, pour lesquelles il lui sera nécessaire de procéder à des recrutements et veille, pour les activités existantes, à ce que les augmentations de recettes précédent autant que possible, celles des charges. Il doit par ailleurs tenir compte de la survenue de ruptures notamment en termes de recrutement médical.

L'amélioration de l'organisation interne

La fluidité du parcours du patient est un élément majeur de l'efficience et de la qualité du service rendu. Des organisations et des protocoles spécifiques sont mis en place pour améliorer la réactivité et la fluidité notamment dans la relation urgences/services cliniques. Certains ont par exemple identifié des responsables de la gestion des lits, d'autres, pour faire face aux pics d'activité, ont fait fonctionner, en dehors de la procédure « plan blanc », des lits de crise en réservant des espaces susceptibles d'être mobilisés très rapidement. Mais l'amélioration des processus internes à l'établissement, bien que déterminante, reste un chantier sur lequel les établissements ont encore à investir. Le système d'information de l'établissement constitue sur ce point comme sur d'autres, un élément décisif. Par ailleurs, la recherche de productivité sur les fonctions supports apparaît comme une constante dans les hôpitaux visités. La professionnalisation de la fonction achats et l'amélioration du processus de facturation, afin de préparer la facturation individuelle des établissements de santé (FIDES), ont été particulièrement travaillées.

L'amélioration de la performance des services cliniques et médico-techniques

Assurer un recrutement médical adapté aux besoins des malades, compte tenu du positionnement de l'établissement, constitue une priorité. De façon très schématique, l'attractivité pour le corps médical est liée à l'attractivité de la région, du territoire d'implantation de l'établissement, à la réputation de l'établissement et à celle de l'équipe.

En outre, la capacité à recruter des médecins, dans les disciplines où les écarts de revenus avec le secteur privé sont majeurs, pose question, en particulier si les conditions d'exercice à l'hôpital conduisent à minimiser le temps médical au lit du malade. Dans ce contexte, permettre aux médecins et aux soignants de se recentrer sur les prises en charge des malades apparaît primordial. La rareté de la ressource médicale conjuguée à la complexité d'un codage rendant compte au mieux de l'activité réalisée explique que plusieurs établissements s'orientent vers une professionnalisation du codage. Des possibilités d'amélioration existent, en particulier pour la valorisation des activités réalisées en externe.

Par ailleurs, les démarches de mutualisation et d'adaptation des effectifs à l'activité peuvent être mieux comprises quand elles s'appuient sur une recherche d'équité des charges de travail. Elles concernent les personnels non médical et médical. La mutualisation de la gestion de lits entre services favorise également

l'efficience des prises en charge. Elle est plus difficile à obtenir au sein des pôles. L'optimisation de la DMS semble être un objectif largement partagé.

Les outils de gestion et de pilotage au service du projet commun

La focalisation sur les recettes liée à la mise en place de la T2A a généré une modification des tableaux de suivi de l'activité habituellement utilisés et comportant, par services, des données comme les entrées, les journées, le taux d'occupation et la DMS. Désormais, le suivi de l'activité est réalisé à partir des GHS et donne lieu à une valorisation immédiate par le DIM. Ces tableaux de bord sont adaptés aux réalités locales. Pour autant, le suivi des coûts reste une composante majeure de la gestion. L'existence d'un système décisionnel est devenue un élément clé dans la capacité des établissements à accompagner les réformes et à maîtriser leur équilibre financier.

Un management par la confiance et une gestion donnant une large place au dialogue : des préalables indispensables

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

Le risque d'une juxtaposition d'actions, dont la cohérence serait difficile à saisir pour les acteurs hospitaliers, donne tout son sens à l'effort de management réalisé pour faire partager des objectifs qui ne peuvent se limiter à la seule contrainte financière. Le sentiment de proximité, d'écoute et de respect entre les personnels et la direction constitue un élément incontournable de la réussite de ces démarches. La place laissée au management par projet constitue également une caractéristique des hôpitaux visités. Le succès des établissements dépend également de leur capacité à fédérer les personnels autour de l'appartenance à un établissement. L'appartenance à une équipe et la mission princeps du soin permettent que la solidarité et la confiance s'instaurent plus facilement. Les hôpitaux visités par la mission font également des efforts pour créer un sentiment d'appartenance à leur établissement en développant des valeurs propres. La promotion de l'innovation et de la recherche, qui permet la valorisation des équipes, peut aussi constituer un facteur d'attractivité pour les personnels.

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

La loi HPST et ses textes d'application ont confirmé le pôle d'activité clinique ou médico-technique comme pivot de la nouvelle gouvernance. Une enquête de la DGOS datant de juillet 2011 montre que la réforme prospère surtout dans les CHU et les gros établissements. La mission constate également que la mise en œuvre est graduelle et inégale selon les établissements.

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

Ainsi qu'on le retrouve dans la littérature[341], s'agissant notamment des « hôpitaux magnétiques[342] », les professionnels de santé sont attachés à faire leur travail au mieux, à prendre en charge les patients dans les meilleures conditions et vivent mal le fait de ne pas passer assez de temps auprès d'eux ou, plus grave, de ne pas leur offrir l'ensemble des soins nécessaires. Les établissements de santé ont pu aborder la question de la qualité de vie au travail à travers la gestion des risques. La mesure de la qualité de vie au travail semble néanmoins encore peu homogène. L'indicateur de qualité de vie au travail le plus souvent suivi en routine est le taux d'absentéisme pour lequel les établissements ont mis en place des systèmes d'analyse et de réaction rapides afin de régler au plus vite les situations problématiques. Des enquêtes de mesure de la satisfaction du personnel sont également mises en œuvre.

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

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

Des facteurs exogènes peuvent renforcer l'établissement

La situation géographique d'un établissement de santé peut constituer un atout. Le potentiel démographique du territoire, c'est-à-dire l'évolution et la caractérisation de la population desservie par un établissement, est un élément

341 Par exemple, Y. Brunelle, « Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler est un hôpital où il fait bon se faire soigner », *in Pratiques et organisation des soins*, vol. 40, n° 1, janvier-mars 2009.
342 Les hôpitaux magnétiques (concept né au début des années 1980 en Amérique du Nord), sont des établissements de santé qui recrutent et fidélisent leur personnel, notamment soignant, grâce à un milieu de travail qui privilégie les relations de confiance, la qualité des soins et la valorisation professionnelle, et se démarquent par une satisfaction au travail.

fondamental dans la mesure où il impacte le niveau d'activité. Dans le contexte de la T2A, la capacité d'un établissement à disposer des compétences médicales nécessaires en quantité et en qualité pour garantir les objectifs de prise en charge, est un déterminant en grande partie lié à sa situation géographique mais qui peut être facilité par des initiatives locales. Par ailleurs, entre concurrence maîtrisée et complémentarité, l'établissement peut faire de son environnement hospitalier, sanitaire, médico-social et social une force. Enfin, la taille pourrait également jouer un rôle dans la bonne santé financière des établissements mais ce phénomène n'est pas démontré[343]. L'architecture, quant à elle, joue un rôle dans le fonctionnement des établissements.

Le lien entre équilibre financier et « hôpitaux bien gérés » n'est pas univoque

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

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

En outre, les établissements publics de santé doivent répondre à un certain nombre de missions comme la prévention, l'enseignement et la formation, la continuité des soins, la recherche et l'innovation, et l'accès aux soins de tous.

Par ailleurs, préserver la qualité constitue une priorité. La certification constitue un atout mais reste encore trop axée sur le contrôle de conformité et sur les procédures. En outre, les coûts de la non-qualité constituent un gisement à exploiter. Il apparaît indispensable que les décideurs et en particulier les ARS accordent une même importance aux résultats sur la qualité qu'aux résultats financiers.

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

343 Cf. rapport IGAS sur les fusions, *op. cit.*

Conclusion

Les déterminants exogènes évoqués dans ce rapport ont tous en commun d'influer de manière positive sur le niveau d'activité de l'établissement et sur son potentiel de développement. *A contrario*, les mêmes déterminants peuvent constituer des handicaps difficiles à surmonter, tout comme le poids du passé. Pour autant, la situation d'un établissement n'est pas la simple résultante d'une série de facteurs exogènes.

Au terme de ses travaux, la mission a pu mettre en évidence des déterminants que les établissements mobilisent de façon privilégiée pour améliorer leurs résultats financiers. Elle souligne que cet objectif ne peut être le seul moteur de leur démarche qui est également centrée sur l'amélioration de la qualité de prise en charge des patients. Le management hospitalier dispose donc de moyens d'agir sur lui-même et en partie sur son environnement. Il est néanmoins tributaire des décisions de l'ARS. La mission souligne que les efforts de redimensionnement et de meilleure utilisation des ressources méritent d'être accompagnés de dispositifs qui permettent de s'assurer que l'établissement garde des capacités à investir, répond aux missions qui lui sont assignées et que la qualité de prise en charge des malades n'est pas altérée. Dans ce contexte, la mission propose que les résultats relatifs à la qualité soient pris en compte au même titre que les résultats financiers par les décideurs et en particulier par les ARS. Cela nécessite de se doter de véritables indicateurs de résultats et non pas seulement de moyens ou de procédures.

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

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

Aspects financiers

Propositions pour la maîtrise de l'ONDAM 2013-2017

D. Giorgi, H. Garrigue-Guyonnaud, M. Jeantet, V. Cayre (IGAS), V. Lidsky, P.-E. Thiard, M. Lebrignonen, J. Thomas, M. Olivier (IGF), *Propositions pour la maîtrise de l'ONDAM 2013-2017*, Rapport IGAS – IGF, juin 2012.

Au sein des dépenses de santé, la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire est représentée par l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour un montant de 167,1 milliards d'euros en 2011, principalement réparti entre dépenses de soins de ville (46,3 %), dépenses hospitalières (43,6 %) et dépenses médico-sociales (9,5 %).

Malgré une maîtrise renforcée au cours de la décennie 2000, l'ONDAM continue de progresser plus vite que le PIB (3 % contre 1,7 % en 2011). Sa progression spontanée, sans mesures d'économie, se serait établie à 4,4 % par an entre 2007 et 2012. Dans un contexte de déficit persistant de l'assurance maladie (8,6 milliards d'euros en 2011), la maîtrise de l'ONDAM, c'est-à-dire une progression de la dépense mieux maîtrisée, apparaît donc comme un enjeu majeur.

L'IGAS et l'IGF ont été saisies d'une mission visant à analyser la tendance de l'ONDAM à moyen et long termes et à proposer des changements à apporter à l'offre de soins pour permettre de maintenir un rythme d'évolution des dépenses dans la limite fixée par le gouvernement jusqu'en 2017. Une part importante des réformes envisagées a trait à l'hôpital.

Les conditions économiques et financières actuelles invitent l'hôpital à se recentrer sur son cœur de compétences

L'hôpital représente le deuxième poste de dépenses de l'ONDAM, presque à parité avec les soins de ville, ce qui constitue une position singulièrement élevée par rapport à la moyenne des pays de l'OCDE.

L'ONDAM des établissements de santé a crû en volume à un rythme annuel de 3,8 % depuis 2007, les mesures d'économies ayant été sur cette période, essentiellement centrées sur la maîtrise des prix et notamment sur la

convergence tarifaire du secteur public vers le secteur privé (400 millions d'euros), l'augmentation de la participation des malades (forfait journalier hospitalier et forfait de 18 euros par acte lourd) (431 millions d'euros), les baisses de prix des médicaments onéreux inscrits sur la liste en sus (40 millions d'euros) et des gains d'efficience, notamment sur les achats (1 milliard d'euros).

Si les charges de personnel constituent l'élément structurant des charges des établissements de santé (deux tiers des charges), les charges à caractère médical, dont les médicaments, constituent un facteur de dépense très dynamique (+ 66 % entre 2002 et 2010 en intégrant les médicaments onéreux figurant sur la liste en sus).

Parallèlement, les déficits des établissements publics de santé (EPS) se sont creusés jusqu'en 2007 et ont été en partie jugulés ces dernières années, mais davantage grâce à un développement de l'activité que par une rationalisation des charges. Parallèlement, la dette des établissements de santé a été multipliée par 3 entre 2003 et 2010, cette augmentation s'expliquant en partie par les dépenses d'investissement très significatives qui ont été engagées notamment dans le cadre des plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012.

Partant de ce constat chiffré, la mission s'est interrogée sur la place de l'hôpital dans les années à venir et a fait des propositions d'évolution à court et à moyen terme.

Il apparaît clairement aujourd'hui que la raison d'être d'une structure hospitalière est de constituer un plateau technique de pointe utilisé par des professionnels compétents. La mobilisation, permanente, de ces équipements lourds et d'équipes très qualifiées est justifiée par un impératif de prise en charge des urgences vitales et de la phase aiguë des pathologies qui ne pourraient être correctement traitées en ville ou dans des structures plus légères. Toutefois, l'enquête nationale pour l'évaluation des inadéquations hospitalières publiée en août 2011 a chiffré à 10,3 % la proportion de lits occupés en permanence de manière inadéquate. La principale cause des journées inadéquates est l'organisation interne de l'établissement (55 %) suivie des problèmes d'aval (28 %). D'autres sources d'inadéquation tiennent par exemple à un recours aux urgences qui va bien au-delà des cas vitaux, à une prise en charge inadaptée des maladies chroniques, à un recours trop important pour les personnes âgées par manque de filières adaptées en amont et en aval.

Dans ce contexte, les propositions de la mission ont eu pour objectif de permettre à l'hôpital de se recentrer sur son cœur de compétences – les urgences vitales, le diagnostic et le traitement des phases aiguës des maladies – en assurant aux patients une prise en charge de haute qualité tout en leur permettant de se rendre moins souvent à l'hôpital et d'avoir des durées de séjour plus courtes.

Certaines réformes peuvent produire des effets à court terme, à périmètre inchangé

Il s'agit dans ce cas de poursuivre et d'amplifier des réformes déjà engagées ou d'en introduire de nouvelles, sans pour autant bouleverser l'économie du système.

Réduire les recours inadéquats à l'hôpital suppose à la fois que les admissions y soient plus adaptées, en particulier au niveau des urgences, que des alternatives à l'hospitalisation complète puissent être développées et que la sortie d'hôpital soit anticipée et facilitée. Mais le désengorgement des urgences suppose d'abord que puisse être garanti un accès permanent aux soins de premier recours, c'est-à-dire l'accès à un médecin de garde, quelle que soit la forme de cet accès (maison médicale de garde, urgences hospitalières redéfinies, etc.). Les alternatives à l'hospitalisation en cours de développement doivent être encouragées : les objectifs de chirurgie ambulatoire se substituant à la chirurgie en hospitalisation complète doivent être ambitieux et générer désormais des gains pour l'assurance maladie par une révision de leur tarification et par une réduction capacitaire. Dans le même registre, l'hospitalisation à domicile et la pratique de certains soins à domicile ou en ville peuvent être encouragés.

En outre, une politique résolue de maîtrise médicalisée doit être dorénavant mise en œuvre dans les établissements de santé, notamment centrée sur la maîtrise des prescriptions. Elle peut être actionnée par deux canaux : une gestion plus active de la liste en sus qui finance les médicaments les plus coûteux, dont la croissance annuelle est supérieure à 5 % et une meilleure maîtrise des volumes prescrits, tant par une politique de plans d'actions contractuels au niveau de l'établissement que par le déploiement du répertoire partagé des professionnels de santé qui permettra une meilleure traçabilité des prescriptions et des actions ciblées au sein des établissements.

Les travaux de la mission ont montré que la réalisation de gains de productivité par les producteurs de soins est à la fois un prérequis et un corollaire nécessaire à la démarche de maîtrise des prix, jusqu'ici utilisée pour réaliser des économies. Elle peut être obtenue par une restructuration des secteurs : la mission propose par exemple de réduire le nombre de plateaux techniques lourds ainsi que les sites de garde 24 h/24, compte tenu de la difficulté à constituer des équipes médicales complètes pour les servir et de l'exigence que ces équipes soient expérimentées pour assurer qualité et sécurité des soins. L'optimisation des coûts de fonctionnement à périmètre donné est un impératif et le développement de l'ambulatoire peut en être un levier. Enfin, le progrès technique doit être vu comme un outil au service d'une réforme de la biologie ou de la baisse des durées moyennes de séjour. La maîtrise des charges des établissements hospitaliers offre des marges pour gagner en efficience. La mission a recommandé de déployer une démarche de contractualisation transversale avec les gestionnaires d'établissements, qui consiste à généraliser une forme allégée des contrats de performance, pilotés par les ARS et articulés avec les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens. Un déploiement intégral de ces contrats dans les établissements publics et privés pourrait permettre d'économiser 1 milliard

d'euros sur trois ans et un déploiement sur la moitié des établissements mais assorti d'objectifs plus ambitieux (impact financier de 3,5 % contre 2 % dans le premier scénario) générerait une économie de 0,9 milliard sur trois ans.

La mauvaise santé financière des établissements a incité la mission à soutenir les mesures mises en place récemment pour encadrer les flux de nouveaux emprunts et maîtriser l'endettement des établissements. Par ailleurs, la mission a déconseillé formellement d'engager la deuxième tranche d'Hôpital 2012, vouée selon les travaux des directions d'administration centrale à une impasse de financement dès 2013. Elle souligne néanmoins la nécessité de réorienter les modalités d'accompagnement des investissements considérés comme nécessaires vers des aides en capital qui limitent le recours à l'emprunt. Enfin, les nouveaux investissements doivent être limités à des mises aux normes (antisismique, amiante, incendie) et ne pas conduire à des augmentations de capacité.

D'autres réformes nécessitent une redéfinition du rôle et de la place de l'hôpital et ne pourront produire des effets qu'à moyen terme

Parallèlement, les restructurations doivent être poursuivies et amplifiées dès lors qu'elles sont justifiées par des impératifs de sécurité et de qualité des soins. Elles doivent articuler ces exigences avec celles de l'accès aux soins et privilégier des opérations de coopération, de reconversion ou de regroupements de services. À ce titre, la mission recommande de faire des aides à l'investissement, forcément limitées, un outil de la politique de réorganisation de l'offre de soins hospitalière.

L'ensemble des efforts de restructuration et d'efficience présentés dans le rapport, doivent entraîner des gains de productivité à l'hôpital, permettant de réaliser les mêmes prestations, voire de proposer des soins de meilleure qualité, avec des effectifs moins importants. Ces gains de productivité ouvrent des opportunités de réduction progressive et adaptée des effectifs, lors des départs en retraite ou en fonction du *turn over* naturel des agents dans les établissements publics et privés. Ces économies ont été chiffrées par la mission dans une fourchette de 650 à 800 millions d'euros par an.

En outre, le système de financement des établissements doit évoluer pour accompagner ces changements. La mission s'est inscrite dans la continuité des rapports rédigés récemment par les deux inspections proposant une évolution de la tarification à l'activité en deux temps : une neutralité tarifaire permise par l'amélioration technique de la mesure des coûts et à terme une convergence progressive vers les coûts efficients. Par ailleurs, les financements sous forme d'enveloppe (Migac notamment) doivent être rendus toujours plus transparents et détachés des bases historiques désormais mal calibrées. En effet, il apparaît qu'une gestion transparente et maîtrisée des enveloppes est de nature à lever les suspicions sur les modalités d'allocation des ressources et à mieux faire accepter la contrainte financière globale pesant sur les établissements.

La mission est enfin convaincue que des gains élevés (tant du point de vue financier qu'en termes de qualité) sont à attendre d'une optimisation des parcours de soins des patients chroniques et des patients âgés polypathologiques. Cela inclut une redéfinition du rôle et de la place de l'hôpital en France afin de privilégier dès que cela est possible une prise en charge ambulatoire des patients, moins coûteuse et moins contraignante. La notion de parcours de soins s'impose progressivement, au sein duquel l'hôpital doit proposer une prise en charge coordonnée avec les autres acteurs de soins. La réduction du recours hospitalier passe notamment par une meilleure collaboration entre les médecins spécialistes hospitaliers et les médecins généralistes, par exemple pour la prise en charge des cas complexes en ville. L'organisation de la sortie de l'hôpital revêt également une importance particulière et à ce titre, une attention spécifique doit être portée à l'existence d'un continuum entre l'hôpital et le médico-social, par exemple en faisant se déplacer en EHPAD des équipes hospitalières comme des équipes mobiles de gériatrie. L'enjeu consiste à faire émerger des organisations efficientes permettant une intervention coordonnée des différents professionnels.

Les trois scénarios envisagés pour la période 2013-2017

Les réformes proposées s'articulent finalement autour de deux grands axes stratégiques : garantir, à l'hôpital, des soins pertinents et adéquats – c'est-à-dire notamment mieux articulés avec les autres secteurs du système de soins – et assurer un accès aux biens et services médicaux aux meilleurs prix, ce qui impose la réalisation des gains de productivité et d'efficience.

Afin de proposer un chiffrage des économies, la mission a identifié trois scénarios d'articulation de ses recommandations :

- Un scénario de réalisation d'économies *a minima*, correspondant au socle des mesures de pertinence des soins et d'efficience. Ce scénario permet de réaliser environ 10 milliards d'euros d'économies, dont 4 milliards pour l'hôpital (40 %).

- Un scénario intermédiaire, correspondant à un effort de productivité et d'efficience plus élevé à l'hôpital. Ce scénario permet de réaliser environ 12 milliards d'euros d'économies, dont 6,1 milliards pour l'hôpital (50,2 %).

- Le scénario *a maxima*, correspondant à un effort de productivité et d'efficience poussé à rythme très soutenu à l'hôpital. Ce scénario permet de réaliser environ 15 milliards d'euros d'économies dont 9 milliards d'euros pour l'hôpital (60 %).

Évaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux

P.-L. Bras, P. Lesteven, J.-L. Vieilleribière,
Évaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux, mars 2012.

Les tarifs constituent le mode dominant de rémunération des actes médicaux et des soins hospitaliers. À partir de 2005, la tarification à l'activité (T2A) a été mise en œuvre, se substituant progressivement à la dotation globale pour les activités de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) des établissements de santé du secteur public. En 2005 également, une nouvelle classification a été introduite pour décrire et tarifer les actes techniques des médecins : la Classification commune des actes médicaux (CCAM). Depuis cette date, l'extension aux actes cliniques d'une telle démarche pour différencier les tarifs de ces actes est en débat.

Deux outils tarifaires avec des objectifs communs

Ces deux réformes partageaient des objectifs communs. Il s'agissait de mieux connaître l'activité de soins mais aussi de rendre la rémunération des acteurs du système de santé plus équitable. Une allocation des ressources fondée sur des critères les plus objectifs possible n'est pas seulement une question d'équité entre fournisseurs de soins. Elle doit aussi éviter que la réponse aux besoins sanitaires soit biaisée par des considérations relatives au caractère plus ou moins rentable de telle ou telle activité ou de tel ou tel patient. Dans le secteur hospitalier, la T2A devait permettre de tenir compte de l'évolution du niveau et de la structure d'activité des établissements, alors que la dotation globale pénalisait ceux dont l'activité était en forte croissance et offrait une rente à ceux dont elle était en déclin relatif. Concernant les praticiens libéraux, les écarts de revenus entre spécialités appelaient un rééquilibrage fondé sur une rémunération du travail et une couverture des coûts plus justes.

L'objet de l'évaluation est de faire le point sur le fonctionnement de ces outils tarifaires en tant que vecteur d'allocation des ressources entre médecins, d'une part, et entre établissements de santé, d'autre part. Ce rapport tente d'éclairer la question suivante : les tarifs sont-ils construits de manière à assurer une répartition équitable des ressources allouées au système de santé ?

Dans ce cadre, le rapport ne traite pas du niveau de ces tarifs en tant que tel : celui-ci est déterminé par la contrainte financière telle que le vote par le Parlement de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM)

l'exprime chaque année dans les lois de financement de la sécurité sociale. Il procède à l'analyse de la logique tarifaire sans se prononcer sur les mérites respectifs, d'une part, de la tarification à l'acte ou à l'activité et, d'autre part, de modes de rémunération alternatifs (dotation globale, forfaits, capitation, paiement à l'épisode, paiement à la performance).

La tarification des séjours hospitaliers

Elle s'appuie sur leur description par une classification en groupes homogènes de malades (GHM) ; les coûts de ces GHM sont établis, par enquête sur un échantillon, la hiérarchie des tarifs doit respecter la hiérarchie des coûts pour garantir une allocation neutre des ressources entre activités.

Les tarifs T2A actuels s'écartent de cette neutralité (pour plus d'1 milliard d'euros globalement, à la hausse comme à la baisse) et ces écarts ne se résorbent pas. Ils sont plus marqués, relativement, pour les cliniques privées que pour les établissements publics.

Ces écarts tiennent pour l'essentiel au conflit entre le principe de neutralité tarifaire inhérent à la T2A, et le souci de ménager les ressources « historiques » des établissements. Cette contradiction est peu assumée, parfois justifiée par des considérations présentées comme relevant d'objectifs « de santé publique ». Depuis 2011, la stabilité des tarifs, semble d'ailleurs prioritaire par rapport à la prise en compte de l'évolution des coûts relatifs, même si celle-ci n'est pas totalement abandonnée.

Or les tarifs des GHM hospitaliers sont fixés dans le cadre d'une enveloppe fermée au sein de l'ONDAM. Dès lors, tout avantage tarifaire d'une activité a pour contrepartie la pénalisation d'une autre activité. Ces avantages/pénalisations relatifs sont particulièrement importants pour les cliniques privées. Les séances (chimiothérapie, dialyse) et l'opération de la cataracte, bénéficient ainsi d'avantages tarifaires importants. Dans le secteur public, la gynécologie est particulièrement pénalisée.

La neutralité tarifaire est parfois modulée pour produire des effets incitatifs (pénalisation des césariennes par rapport aux accouchements ; surtarification de la chirurgie ambulatoire et pénalisation de l'hospitalisation complète). Cette utilisation de l'outil tarifaire comporte des effets pervers (effets d'aubaine, pénalisation d'activités pertinentes). De plus, les signaux tarifaires sont difficilement lisibles par les établissements. Enfin, la convergence entre secteurs public et privé, vers les tarifs du secteur privé, est contradictoire avec la neutralité tarifaire en ce qu'elle prend pour référence des tarifs historiques déterminés par négociation et qui n'ont aucun lien avec une échelle de coût, tant pour la rémunération des cliniques que pour celle des actes médicaux.

Ces distorsions ne font pas l'objet de principes clairs affichés préalablement aux campagnes ni d'une documentation précise et publique de leurs effets.

La tarification des actes réalisés hors hospitalisation

La tarification des actes effectués par les professionnels de santé est organisée en deux sous-systèmes : la tarification des actes techniques qui nécessite un équipement particulier (appareil d'imagerie, matériel spécifique…) et des actes cliniques, prestations essentiellement intellectuelles. La tarification des actes techniques repose sur une classification : la CCAM. Sa construction est basée sur une hiérarchisation du travail médical c'est-à-dire d'experts et sur une estimation des coûts de la pratique. Elle a mis en lumière des écarts importants entre les tarifs cibles, résultant de la nouvelle grille ainsi élaborée, et la rémunération antérieure des actes. Un processus de convergence progressive des tarifs historiques vers les tarifs cibles devait être mené, mais il a d'emblée achoppé sur le refus des syndicats médicaux d'entériner des « pertes » sur les actes historiquement « surtarifés ».

Faute de marges de manœuvre financières permettant d'aligner tous les tarifs sur les plus favorables, le processus de convergence n'a permis qu'une revalorisation partielle des actes qui devaient bénéficier de la nouvelle tarification. Quelques baisses tarifaires ont pu intervenir, mais au total, les écarts à la cible de 2005 demeurent importants, plus importants que ceux constatés pour les établissements de santé.

Toutefois, la cible elle-même est devenue obsolète. Le blocage du processus de convergence financière s'est en effet accompagné du renoncement à maintenir régulièrement les données fondant la hiérarchisation des tarifs : ni l'évaluation du travail médical, ni l'estimation des coûts de la pratique n'ont été actualisées alors que des évolutions sont nécessairement intervenues, d'une part, et que des limites méthodologiques d'emblée identifiées appelaient des affinements continus, d'autre part.

L'assurance maladie gère donc les évolutions tarifaires en se référant à la CCAM mais aussi au niveau des revenus par spécialité. La connaissance de ces revenus est toutefois elle-même imparfaite.

Un autre effet du remisage de la CCAM est le caractère peu fluide de l'introduction d'actes nouveaux. La qualité descriptive de la CCAM, qui est aujourd'hui son principal intérêt, en est altérée. Cette question provoque de vives tensions avec les sociétés savantes et les fédérations.

Malgré les vicissitudes de la CCAM technique, le projet d'étendre une telle classification fine pour la tarification des actes cliniques est repris dans la dernière convention médicale (projet de CCAM clinique). Le rapport constate que la tarification en vigueur des actes cliniques comporte quelques éléments de différenciation[344] même si, au global, elle reste relativement indifférenciée. Les effets pervers de cette indifférenciation restent toutefois limités. Un ajustement du tarif à l'effort des médecins apparaît bien plus délicat pour les actes cliniques

344 En fonction des conditions de réalisation de l'acte (de nuit, le week-end…) de la complexité et de la durée de l'acte (consultations de synthèse annuelle), des actes associés à la consultation (ECG, biopsie…), de la production de documents associés à l'acte (certificat pour les nourrissons, courrier de synthèse pour la coordination des soins…).

qu'il ne l'est pour les actes techniques. Différencier les consultations expose à des risques significatifs : lourdeur du processus de codage et de documentation des actes, imprécision des définitions et risque de glissement inflationniste. Par ailleurs, cette différenciation présente un coût initial significatif alors même que les marges de manœuvre sont incontestablement limitées et qu'il convient d'arbitrer leur affectation entre les trois « piliers » de la rémunération (paiement à l'acte, paiement au forfait, paiement sur objectif de santé publique).

La tarification des actes et consultations externes réalisés dans les hôpitaux publics repose sur les tarifs pratiqués en ville. Rien ne garantit que ces tarifs rendent compte des coûts hospitaliers. Il apparaît que cette activité est largement sous-rémunérée. Dans l'enveloppe fermée des financements hospitaliers, cela est sans impact sur les ressources totales allouées aux hôpitaux, mais pénalise les établissements qui ont une importante activité externe par rapport aux autres.

Les recommandations de la mission

Dans le domaine de la tarification hospitalière, le rapport recommande une affirmation plus forte et plus claire du principe de neutralité tarifaire. Les aménagements éventuels à ce principe doivent être justifiés, leurs modalités et impacts précis doivent être publics. Les accompagnements financiers éventuels, en tout état de cause limités et justifiés, doivent de préférence être conçus hors des tarifs, par exemple à travers une contractualisation locale (ARS-établissement). Cela plaide aussi pour que les actes et consultations externes des établissements soient intégrés dans cette logique de neutralité des tarifs par rapport aux coûts.

Concernant la CCAM technique, le rapport recommande que la maintenance de la nomenclature (les libellés des actes) soit confiée à une instance autonome, distincte de la CCAM, pour garantir une meilleure prise en compte des innovations.

L'enjeu tarifant de cet outil pour les praticiens libéraux est quant à lui entre les mains des partenaires conventionnels. L'accord des représentants des spécialités médicales sur les méthodes, d'une part, l'indépendance scientifique de l'instance à qui seraient confiés les travaux d'actualisation de l'évaluation du travail médical et des coûts de la pratique, d'autre part, constituent sans doute une condition nécessaire à une « relance » de la CCAM technique. Elle n'est pas suffisante : investir dans ce processus n'a de sens que si un engagement des syndicats médicaux et de l'assurance maladie permet d'envisager une gestion des tarifs où la convergence vers des tarifs cibles s'effectue vers le haut mais aussi vers le bas et où la négociation conventionnelle aurait pour seul enjeu le niveau général de rémunération du travail médical.

En tout état de cause, l'amélioration de la connaissance des revenus des médecins libéraux devrait constituer une priorité d'investissement des services statistiques de l'État, afin de pouvoir cerner plus précisément ceux des médecins de secteur 1 ayant une activité standard.

Enfin, concernant la CCAM clinique, le rapport recommande de poursuivre dans la voie déjà empruntée par la convention et de définir, lorsque cela est

évidemment nécessaire, des consultations spécifiques. Cette démarche permet de maîtriser les risques financiers et de reconnaître certaines situations où un effort particulier est exigé du médecin.

Le financement de la recherche, de l'enseignement et des missions d'intérêt général dans les établissements de santé

P.-L. Bras et Dr G. Duhamel,
Le financement de la recherche, de l'enseignement et des missions d'intérêt général dans les établissements de santé, novembre 2009.

La tarification à l'activité finance les établissements de santé en fonction de la nature et du volume des soins qu'ils délivrent. Ce mode de financement ne peut prendre en charge l'accomplissement de certaines missions d'intérêt général assumées par les établissements de santé. Pour ces missions et pour aider les agences régionales de l'hospitalisation à contractualiser avec les établissements de leur région, une dotation spécifique dite « dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et de l'aide à la contractualisation » a été constituée en 2005. L'IGAS a évalué en 2009 la composante MIG de cette dotation.

Celle-ci se décomposait (et se décompose encore aujourd'hui) en deux parties : une enveloppe qui vise à financer principalement les activités d'enseignement et de recherche mais aussi les activités de recours et celles liées à l'innovation. Cette enveloppe dite enveloppe « Mission enseignement recherche, recours, innovation » (MERRI) s'élevait à 2,5 milliards d'euros en 2008 ; et une enveloppe qui a vocation à financer toutes les autres missions d'intérêt général. La liste de ces missions, fixée par arrêté, comportait en 2009 une cinquantaine de rubriques. Les principales en montant étaient l'aide médicale urgente soit les SAMU et les SMUR (829 millions d'euros), les équipes mobiles de gériatrie et celles de soins palliatifs (151 millions d'euros), les unités de consultation et de soins ambulatoires pour les personnes détenues (142 millions d'euros), la lutte contre le cancer (plus de 100 millions d'euros). Cette enveloppe dite « autres MIG » s'élevait à 1,8 milliard d'euros en 2008.

Le financement de la recherche en 2009 et son évolution

L'enveloppe consacrée à l'enseignement et à la recherche clinique était encore en 2009 fondée sur un calcul économétrique réalisé en 1995, calcul dont il est admis qu'il était fruste. C'est à partir de ce calcul que la dotation consacrée à la recherche et à l'enseignement a été calibrée à 13 % de l'enveloppe globale des dépenses de façon quasi uniforme pour les établissements concernés.

Mais rien ne garantissait que les sommes consacrées à l'enseignement et à la recherche correspondaient effectivement aux coûts de ces missions pour les établissements. De plus, ce mode de fixation de l'enveloppe conduisait de fait à considérer la recherche clinique comme une charge proportionnelle aux dépenses de soins. Or la recherche clinique constitue un investissement stratégique, ce qui devrait conduire à calibrer l'enveloppe qui lui est consacrée, non en fonction des dépenses de soins, mais en fonction des opportunités et donc des projets de recherche.

Pour ce qui concerne la répartition de l'enveloppe au titre de la recherche entre les établissements, des progrès ont été accomplis à partir de 2008 puisque le dispositif d'affectation de l'enveloppe a progressivement fait dépendre plus étroitement le financement aux études engagées et aux résultats de la recherche mesurés à travers les publications des études financées. Il n'en restait pas moins qu'en 2009, une part significative de l'enveloppe restait indépendante de l'activité de recherche ou de ses résultats. Si bien qu'un établissement pouvait améliorer sa situation financière s'il développait les soins mais la dégradait s'il développait la recherche. Heureusement, les décisions d'engager des recherches ne dépendent pas principalement de considérations financières. Toutefois, l'on pouvait craindre que les activités de recherche ne soient handicapées du fait du développement du calcul économique interne au sein des établissements – évolution promue par ailleurs – et des préoccupations de retour à l'équilibre financier de plus en plus prégnantes. En tout état de cause, il semblait paradoxal que, d'une part, la recherche soit considérée comme un investissement stratégique et que, d'autre part, les établissements dégradent leur situation financière en investissant dans la recherche.

Il convenait donc de faire évoluer progressivement le mode de financement de la recherche.

L'IGAS recommande un nouveau modèle cible où il s'agit de financer à leur coût les structures transversales supports de la recherche, sous la réserve de leur évaluation régulière, et de compenser intégralement les établissements des surcoûts par rapport au processus « normal » de dispensation des soins induits par la recherche clinique, et ce projet par projet. Le financement par projet, grâce à une évaluation préalable par les pairs, permet de mieux orienter les dotations vers des projets pertinents conduits par des équipes qui ont la capacité de les faire aboutir. Au niveau macroéconomique, l'enveloppe pouvait être constituée par sommation des surcoûts des projets pertinents ce qui permettrait de calibrer l'investissement en recherche clinique en fonction des opportunités de recherche.

La réforme engagée en 2008 par l'administration centrale et achevée depuis n'a pas suivi cette logique. Cette dernière a préféré retenir des critères relatifs à la dynamique de la recherche et à la valorisation de ses résultats. Cette démarche, aux yeux de l'IGAS, n'est pas contestable lorsqu'elle prend en compte et valorise la production de la recherche, mais elle continue à poser problème car elle est susceptible de pénaliser la recherche lorsque l'intégralité des surcoûts n'est pas financée.

Le financement de l'enseignement

Le constat relatif au financement de l'enseignement en 2009 n'était, lui non plus, pas satisfaisant. La sous-enveloppe « enseignement-recherche » n'avait pas évolué avec la progression de la charge d'enseignement dans les établissements, alors que le *numerus clausus* avait doublé depuis la fixation de la norme. Et les dotations aux établissements ne dépendaient pas directement du nombre d'étudiants et d'internes formés.

Il était donc proposé de constituer un forfait par étudiant et interne modulé par leur ancienneté et par leur densité dans les différents services hospitaliers pour prendre en compte à la fois les charges supportées effectivement par les établissements du fait du temps consacré à leur formation et les services rendus par les étudiants et les internes dans la réalisation des soins. L'IGAS notait qu'il n'était pas possible d'objectiver de manière précise, le coût de l'interne ou de l'étudiant pour les établissements, mais que ce forfait modulé pouvait être construit par consensus avec les professionnels des différentes disciplines.

Le financement des autres missions d'intérêt général

Les autres missions d'intérêt général étaient en 2009 gérées pour l'essentiel par les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) qui avaient vocation à répartir une enveloppe entre les différentes missions et les établissements de leur région. Des instructions de l'administration centrale encadraient cette gestion. Il était demandé aux ARH de dresser un état des besoins, d'établir des priorités, de contractualiser avec chaque établissement sur le niveau et la qualité des activités, et d'ajuster les financements en fonction des résultats.

Les constats de terrain faits par l'IGAS dans les ARH ont fait apparaître une situation éloignée de ces recommandations. Les ARH avaient en 2009, pour l'essentiel, reconduit, année après année, les dotations issues du processus de retraitement comptable utilisé pour calibrer les dotations initiales en 2005. Elles n'agissaient qu'à la marge en essayant d'affecter de manière pertinente les mesures nouvelles fléchées. Il n'y avait pas – sauf exception – de contrat prévoyant des objectifs quantifiés d'activité et de qualité. Pour ce qui concerne le premier degré de la gestion budgétaire – vérifier l'adéquation entre les dépenses engagées par les établissements pour les missions d'intérêt général et les dotations allouées – seule une ARH sur les cinq visitées avait procédé à la mi-2009 à un bilan complet et contradictoire mission par mission, établissement par établissement.

Dans ce contexte, il n'était pas possible de savoir si les missions d'intérêt général étaient sur- ou sous-financées. Le sentiment prévalait parmi les établissements – mais c'était un sentiment attendu – que les missions d'intérêt général étaient sous-financées. De même, il était souvent évoqué, tant par les ARH que par les établissements, des activités qui étaient insuffisamment développées faute de financement. Bien évidemment cette incertitude sur les financements des

MIG compliquait le débat autour des établissements en difficulté financière, les difficultés étant souvent renvoyées à un sous-financement des missions d'intérêt général.

Pour expliquer cette situation, les ARH, même si elles saluaient le travail effectué par l'administration centrale pour leur fournir des éléments de référence, évoquaient les difficultés à collecter les données pertinentes et à les interpréter, l'insuffisance de leurs moyens et enfin les difficultés « politiques » à opérer des redéploiements de crédits entre établissements.

Face à ce constat, l'IGAS recommandait de procéder à un rebasage des dotations MIG pour ajuster les dotations aux dépenses. Il s'agissait de conduire les agences régionales à réaliser un bilan dépenses/dotations en leur demandant dans toute la mesure du possible de procéder aux rationalisations qui s'imposent (arrêt des activités non pertinentes, recherche de l'efficience des financements). Ce rebasage, que l'IGAS préconisait de réaliser par réfaction sur la partie « aide à la contractualisation » de l'enveloppe MIGAC ou sur les tarifs de la T2A, paraissait nécessaire pour que puisse être géré le processus de retour à l'équilibre financier des établissements.

L'IGAS craignait toutefois que les ARH devenues depuis agences régionales de santé (ARS) ne soient pas en mesure de procéder, à l'occasion de ce rebasage, à une rationalisation en profondeur des dépenses, c'est-à-dire à ajuster finement les dotations au niveau d'activité, au niveau de besoin et/ou à la qualité des actions entreprises. Malgré les efforts louables entrepris par l'administration centrale, les ARS manquaient encore d'éléments de référence, d'étalonnage pour procéder à ces ajustements. Par ailleurs, elles ne pouvaient agir que si un consensus parmi les professionnels concernés était trouvé au niveau national sur l'analyse des besoins, des moyens nécessaires et des critères d'évaluation pour chacune des activités concernées.

Aussi l'inspection recommandait-elle d'organiser progressivement une rationalisation des financements MIG en investissant fortement au niveau national sur une ou deux missions par an pour construire ces références et rechercher ces consensus. Parallèlement, la mise en œuvre sur le terrain par les ARS de la rationalisation devait être à la fois accompagnée et contrôlée par la DGOS pour que la tendance, forte sur le terrain, à privilégier la reconduction des budgets historiques ne l'emporte pas. L'IGAS préconisait que soient renforcés les moyens que la DGOS pouvait consacrer à cette question.

L'IGAS insistait enfin sur la nécessité de préciser les principes de gestion des missions d'intérêt général en distinguant celles qui pouvaient être financées à partir de l'activité réalisée (avec éventuellement un forfait minimal comme dans les cas des services d'urgences), celles pour lesquelles la dotation régionale devait être constituée à partir d'un indice de besoins, à charge pour l'ARS d'organiser l'offre de service correspondante, et enfin celles qui devaient être financées à partir des dépenses engagées par les établissements dès lors que la pertinence de ces dépenses avait été validée par les ARS. Pour ces dernières, afin d'éviter d'avoir à procéder à des rebasages successifs, la mission proposait de constituer les budgets de manière ascendante. L'inspection avait bien conscience que cette dernière disposition (constituer les budgets de

manière ascendante) pouvait sembler inflationniste par rapport à la procédure en cours. Elle estimait toutefois cette mesure préférable à la procédure en vigueur d'enveloppe descendante indépendante des besoins et/ou des initiatives des établissements dans la mesure où il restait possible pour les ARS de limiter ces budgets sur la base d'un choix assumé.

Depuis le rapport

Concernant le financement de l'enseignement, une amélioration significative est intervenue depuis dans la mesure où la dotation à tous les établissements recevant des internes est élaborée en fonction du nombre d'internes présents et modulée en fonction de leur ancienneté.

En ce qui concerne les autres missions d'intérêt général, le rebasage global préconisé n'a pas eu lieu. Toutefois, des améliorations sont intervenues.

Historiquement, la délégation des crédits de la dotation nationale se faisait par voie de circulaire sous forme de base budgétaire reconductible rassemblant l'ensemble des dotations sans distinction entre les missions. Dorénavant, certaines MIG font l'objet d'une délégation de crédits en « base zéro » avec obligation de justification au premier euro ce qui permet la mise à plat des dotations et facilite les comparaisons entre crédits alloués et crédits consommés ainsi que les possibilités de redéploiement. Toutefois le nombre de MIG et les montants concernés par cette nouvelle disposition, hormis ceux relatifs à l'enseignement et à la recherche, restent très limités.

En complément, la modélisation des éléments de gestion à prendre en compte (critères de besoin, de file active, d'activité…) a progressé et concerne un nombre croissant de MIG. Sa mise en œuvre s'opère au niveau national, avec fléchage des crédits par mission et par établissement, pour un petit nombre de MIG (9 sur 85 en 2010) mais pour des montants conséquents (36,4 %). Pour les autres MIG, elle doit intervenir à l'initiative des ARS et il semble que des recalibrages et des rééquilibrages interétablissements ne soient intervenus que dans un nombre limité de régions, alors que de grosses hétérogénéités d'allocations subsistent pour nombre de MIG en rien indexées à l'activité réelle.

Les voies de progrès reposent essentiellement sur trois éléments :

1) la constitution de référentiels nationaux de gestion avec les professionnels pour certaines activités très coûteuses. À cet égard, l'aboutissement des travaux en cours concernant les SMUR et SAMU devrait constituer un impératif ;

2) la poursuite au niveau national des rééquilibrages entre régions ;

3) la plus grande mobilisation des ARS pour évaluer la pertinence des financements sur des critères à la fois de besoin, d'activité et de qualité des services rendus.

Le redressement des établissements hospitaliers en difficulté financière

T. Breton, C. Lannelongue, H. Léost, D. Acker, B. Bonnici, P. Broudic, M. Buisson, C. Dardé, G. Dumont, D. Marie, Dr V. Marsala et P. Mordelet, *Le contrôle des mesures prises dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) par des hôpitaux « perdants » à la T2A*, janvier 2008.

En 2007-2008, une mission de l'IGAS menée avec l'appui de conseillers généraux des établissements de santé a étudié la mise en œuvre de la procédure de contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) dans une vingtaine d'établissements (dont quatre CHU) situés dans quatre régions, Haute Normandie, Île-de-France, Lorraine, Midi-Pyrénées. Le rapport a mis en évidence les résultats très limités de ce dispositif et a préconisé un renforcement de son pilotage.

Depuis cette enquête, des évolutions sont intervenues dans le cadre juridique, les conditions de gestion des établissements et les dispositifs d'accompagnement des établissements en difficulté financière. Ces évolutions, qui se situent pour l'essentiel en cohérence avec les préconisations de la mission, doivent faciliter la mise en œuvre des actions de redressement. Pour aboutir aux résultats attendus, il est souvent nécessaire d'accompagner les établissements. C'est le sens des missions d'appui-conseil qui ont été menées par l'IGAS en 2010-2012.

Les limites de la politique de contrat de retour à l'équilibre financier sur la période 2004-2008

La mise en place de la tarification à l'activité a fait apparaître des écarts très importants dans la performance médico-économique des établissements. C'est dans ce contexte qu'en 2004, la DHOS a organisé une procédure de contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) pour accompagner les établissements hospitaliers en difficulté financière. Dans un contrat signé avec l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH), chaque établissement concerné s'engageait à mettre en œuvre des actions d'amélioration de la performance permettant de revenir à l'équilibre financier en échange d'un soutien financier (dans le cadre d'une dotation nationale de plus de 700 millions d'euros).

L'enquête de l'IGAS a fait apparaître les résultats limités obtenus à travers la mise en œuvre de ce dispositif. Cette situation découlait de causes multiples :

■ Des mesures de redressement insuffisantes notamment du fait de l'absence de réflexion sur les causes majeures de déficit :

– concernant les dépenses, un mauvais ciblage des mesures d'économies, qui souvent ne concernaient pas ou trop peu les dépenses de personnel alors même que ces hôpitaux se caractérisaient notamment par une faible productivité de leur personnel médical ;

– concernant les recettes, une réflexion insuffisante sur le positionnement de l'établissement sur le territoire de santé conduisant à une surestimation très fréquente de la capacité à revenir à l'équilibre par l'augmentation d'activité.

■ Des obstacles à l'efficience dans la gestion interne des établissements notamment du fait de leurs faiblesses en termes de management et de politiques de ressources humaines, d'un impact encore limité de la nouvelle gouvernance introduite en 2005 et des carences dans les outils de pilotage (mauvaise connaissance des coûts…).

■ Un environnement qui n'incitait pas suffisamment à la recherche de l'efficience : le rapport a pointé un système déresponsabilisant en mettant en lumière les lacunes du pilotage national et les injonctions contradictoires envoyées aux acteurs de terrain supposés revenir à l'équilibre financier tout en respectant les contraintes sociales et politiques locales.

Les préconisations avaient pour objectif de donner plus d'efficacité à l'accompagnement des établissements en difficulté

Les préconisations de la mission visaient à :

- renforcer le cadre des CREF notamment en mettant en place par voie législative une nouvelle procédure de contrat par avenant aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), en réexaminant l'ensemble des contrats passés avec des établissements en déficit et surtout en donnant plus d'exigence au contenu des contrats (obligation de retour à l'équilibre courant en trois ans et atteinte d'un objectif de capacité d'autofinancement) ;

– renforcer le pilotage par les ARH en prévoyant l'intégration d'objectifs de retour à l'équilibre dans les procédures d'évaluation des directeurs d'ARH, en facilitant le renforcement de l'expertise interne aux agences et le recours par celles-ci à l'expertise externe (IGAS, CGES, MEAH[345] et consultants externes) ;

– renforcer les capacités de management des établissements en CREF, par exemple en intégrant davantage la prise en compte de la situation financière dans l'évaluation de leurs directeurs ou en créant des groupements de coopération sanitaire (GCS) de territoire facilitant les reconversions de personnel entre établissements et le développement d'une gestion prévisionnelle des emplois et compétences ;

345 Intégrée à partir de 2009 dans l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP).

– mettre les établissements en situation de réussir notamment en développant les responsabilités des établissements en CREF en matière de gestion des ressources humaines médicales, en poursuivant la clarification et la standardisation des financements des missions d'intérêt général ou encore en mettant en place progressivement la certification comptable et des outils de comptabilité analytique plus performants.

Depuis le rapport, un nouveau cadre juridique et le développement des outils de gestion pour mieux accompagner les établissements en difficulté

Depuis la publication du rapport, de nombreuses décisions ont été prises pour améliorer l'efficacité des politiques d'accompagnement des établissements en difficulté.

Le pilotage régional

Conformément à une recommandation du rapport, l'article du Code de la santé publique relatif au redressement financier des établissements a été modifié dès la LFSS 2008 pour rendre la procédure de redressement plus automatique en cas de difficulté financière.

Surtout, la loi HPST de juillet 2009 et ses textes d'application ont profondément modifié le cadre juridique dans lequel s'effectuent les actions de redressement. Tout d'abord, les ARS disposent désormais de leviers plus forts pour accompagner les établissements, de par leurs compétences de nomination, d'évaluation et de gestion de carrière des directeurs d'établissements. Le nouveau cadre juridique rend plus facile l'exigence d'élaboration d'un plan de redressement et de préparation d'un CREF qui peuvent être demandés par le directeur de l'ARS même si les critères de déséquilibre financier qui s'appliquaient antérieurement ne sont pas réunis. En cas d'échec du plan ou de refus de l'établissement d'en mettre un en œuvre, le DG d'ARS peut de sa propre initiative placer celui-ci sous administration provisoire (la loi rend facultatif le recours à la Chambre régionale des comptes). En outre, la loi a rénové la procédure de préparation et de mise en œuvre des CPOM qui doivent intégrer un volet de retour à équilibre financier. Les objectifs de réduction des déséquilibres financiers sont pris en compte pour l'évaluation des directeurs généraux d'ARS par le secrétariat général des ministères sociaux et pour l'évaluation par les directeurs d'ARS des responsables d'établissement.

La gestion interne des établissements

La loi HPST et ses textes d'application renforcent les capacités de management des établissements en opérant un transfert des compétences de gestion du conseil d'administration au directeur, président du directoire. Le nouveau cadre

juridique permet surtout un meilleur accompagnement des établissements en matière de gestion des ressources humaines médicales. Les recrutements des emplois médicaux difficiles à pourvoir peuvent ainsi être effectués à travers des contrats de clinicien hospitalier qui comportent des conditions de rémunération plus favorables. À la demande de l'établissement et/ou quand il y a réorientation de l'activité hospitalière consécutive au CREF conduisant à la suppression d'emplois médicaux, il peut y avoir placement en situation de recherche d'affectation de praticien(s) hospitalier(s).

Le pilotage national

L'Agence nationale pour l'appui à la performance hospitalière (ANAP) créée en 2009 est chargée d'identifier les bonnes pratiques et d'aider les établissements à les mettre en œuvre. L'ANAP s'inscrit dans la continuité des actions engagées depuis 2003 par la MEAH pour mettre en place des démarches et outils d'amélioration de la performance.

Les travaux de l'ATIH (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation) ont apporté une meilleure connaissance de la formation des coûts en renforçant l'approche médicalisée (Étude nationale des coûts à méthodologie commune). Cela donne aux établissements des référentiels de coûts qui leur permettent de se comparer entre eux – même si le rapport sur les CREF avait montré que ces outils sont trop peu utilisés dans beaucoup d'établissements. La certification des comptes est prévue par la loi HPST et elle devrait être effective à l'horizon 2014.

Enfin, le pilotage d'ensemble de la politique d'accompagnement des établissements en difficulté a été renforcé. Un comité de suivi des établissements à risque financier (CSERF) a été créé en mai 2010. Il associe, sous la présidence de la DGOS, la secrétaire générale des ministères sociaux, le directeur général de la DGS, le directeur de la DSS, le directeur de la CCAM, le chef de l'IGAS, le directeur du budget et le directeur de l'ANAP. Le comité étudie la situation d'une trentaine d'établissements publics ou ESPIC, choisis pour le caractère significatif de leurs difficultés parmi les hôpitaux soumis à un contrat de retour à l'équilibre financier. Il formule à l'ARS et à l'établissement des préconisations pour faciliter son redressement.

Au final, la situation financière globale des établissements de santé reste fragile. L'objectif fixé par l'État d'une annulation des déficits en 2012 ne sera pas tenu, même si certains indicateurs témoignent d'une amélioration : ainsi, le déficit consolidé des hôpitaux publics est passé de 680 millions d'euros en 2007 à 448 millions d'euros en 2009. Mais ces déficits sont concentrés sur une minorité d'établissements, ce qui justifie que ceux-ci puissent bénéficier d'un accompagnement renforcé.

Un accompagnement accru nécessaire dans les établissements

Ces évolutions dans le cadre juridique, les conditions de pilotage et les outils de gestion vont dans le sens d'une efficacité accrue de l'accompagnement

des établissements en difficulté. La commission des suites réunies à l'IGAS fin 2009 pour effectuer un suivi du rapport avait fait apparaître que dans les quatre régions où l'enquête était intervenue, les ARH avaient engagé la mise en place d'une nouvelle génération de contrats plus exigeants et mieux suivis. Mais il est apparu aussi que les établissements en difficulté avaient un fort besoin d'accompagnement.

Ainsi, en 2010-2012, l'IGAS a effectué des interventions dans des établissements confrontés à des difficultés financières et/ou managériales : 18 missions d'appui-conseil, 4 missions d'administration provisoire, 11 missions d'évaluation dans le cadre de l'appui au comité des risques financiers[346] et 3 missions d'évaluation portant spécifiquement sur un établissement et intervenant en appui à celui-ci et à l'ARS. Dans la grande majorité des cas, l'établissement se trouvait dans une situation financière difficile caractérisée par un déficit d'exploitation plus ou moins important, un endettement conséquent, une marge brute faible voire négative et une CAF faible (inférieure aux montants des remboursements) voire négative, des délais excessifs de recouvrement des créances, des fonds propres épuisés ou en voie de l'être et une absence quasi totale de fonds de roulement conduisant à un problème plus ou moins important de trésorerie.

L'accompagnement de ces établissements, dans le cadre des missions d'appui, a d'abord eu pour objectif de traiter les causes profondes de la sous-performance. Les missions d'évaluation dans le cadre du comité de suivi des risques financiers ont permis de suivre la mise en œuvre des recommandations et directives faites aux établissements et ARS pour développer une stratégie de redressement et de faire éventuellement au comité des préconisations d'adaptation de celles-ci.

Ces missions ne concernent par définition que des établissements, des activités ou des projets qui posent plus ou moins problème. Il faut donc se garder d'en déduire qu'elles sont représentatives de la majorité des situations des hôpitaux. Pour autant, quel que soit le type de missions, il est constaté que les difficultés sont souvent de deux ordres :

a) Les missions mettent l'accent sur le caractère non optimal des pratiques et organisations médicales, mal calibrées par rapport à l'activité, caractérisées par une répartition inadéquate entre les sites lorsque les établissements sont sur plusieurs sites et générant des surcapacités. Plus précisément, il s'agit :

- du développement parfois encore insuffisant des alternatives à l'hospitalisation complète, alors même que celle-ci diminue plus ou moins fortement ;
- de durées moyennes de séjour excessives et non justifiées, en lien avec les habitudes de prise en charge, et l'absence d'anticipation de la sortie ;
- d'une sous-utilisation et d'une programmation défaillante des blocs opératoires, avec le constat d'un nombre excessif de salles rapporté à l'activité réelle ;
- d'une permanence médicale surdimensionnée ;

346 Groupe hospitalier Paris Saint-Joseph – CHU de St.-Étienne – CHU de Fort-de-France – CHU de Pointe-à-Pitre – CHU de Caen – Centre François-Baclesse (CLCC – Caen) – CHU de Nancy – CHIC d'Alençon-Mamers – CH de Roanne – CHI de Montreuil – AP-HM.

– de la désorganisation des entrées et de l'accueil des consultations externes (appel sans réponses, absence de relance des rendez-vous, délais de rendez-vous trop importants, non-respect des horaires par les praticiens, etc.) ;

– des amplitudes quotidiennes et hebdomadaires d'ouverture inadéquates pour certains services (radiothérapie par exemple) ;

– d'un positionnement mal défini dans l'offre de soins du territoire.

b) Les missions conduites soulignent aussi les faiblesses du management et notamment des outils insuffisants de pilotage et des compétences et pratiques comptables et financières à conforter :

– un déficit managérial dans plusieurs cas qui se traduit par l'absence de dynamique collective et de projet partagé, une organisation en pôles balbutiante ou peu efficiente, une communauté médicale divisée ou démobilisée et l'absence de véritable projet médical ;

– un déficit en matière de systèmes d'information qui se traduit par exemple par des problèmes de facturation et d'exhaustivité du codage ;

– un manque de structuration des compétences de gestion, conduisant à des pratiques parfois peu orthodoxes ;

– des difficultés à maîtriser les dépenses de personnel : cela peut se traduire par l'inadéquation des effectifs à la réalité de l'activité ou encore par des conditions parfois très avantageuses faites au personnel et un coût excessif du remplacement et de l'intérim ;

– une évolution mal maîtrisée des dépenses hôtelières et médicales parfois liée à la dispersion des lieux de prises en charge ;

– des investissements parfois surdimensionnés, reposant sur des développements d'activité trop optimistes voire irréalistes dans le cadre du plan Hôpital 2007.

Le principal enseignement des missions menées en 2010-2012 est le suivant : c'est en agissant sur l'ensemble de ces éléments, en interne à l'établissement mais aussi avec l'appui et l'accompagnement des tutelles régionales et nationales et de leurs opérateurs, que la performance peut être améliorée, engendrant de meilleurs résultats financiers.

Enquête sur la rémunération des médecins et chirurgiens hospitaliers

L. Chambaud, M. Khennouf et C. Lannelongue,
avec le concours de L. Geffroy, E. Dusehu et P. Mordelet,
Enquête sur la rémunération des médecins et chirurgiens hospitaliers, janvier 2009.

L'IGAS a mené en 2008 une enquête sur la rémunération des praticiens hospitaliers. L'enjeu était d'établir un état des lieux des rémunérations perçues par ces médecins au cours des dernières années et, sur la base de celui-ci, d'élaborer des propositions d'évolution des systèmes de rémunération.

Faute de données agrégées et fiables tant en ce qui concerne les effectifs concernés que les éléments de rémunération, le travail de la mission a d'abord consisté à collecter les informations dans diverses administrations et institutions. La mission a donc utilisé différentes sources que sont principalement les données du SNIIR-AM, celles obtenues à partir d'un croisement des fichiers de déclarations de revenus de la DGFIP et du SNIIR-AM retraités par la DREES, celles des différents organismes (DREES, HCAAM, ONDPS…) ainsi qu'une enquête spécifique menée par la DHOS et le CNG. Par ailleurs, la mission a procédé à un éclairage international par l'intermédiaire des données recueillies par l'OCDE dans le cadre d'une étude sur les rémunérations des médecins de quatorze pays membres. Elle a complété ces informations par des enquêtes de terrain menées dans une vingtaine d'établissements publics et privés et des entretiens avec des responsables d'organismes nationaux et des personnalités.

En France, au 1er janvier 2007, on dénombrait entre 212 711 et 215 028 médecins en activité toutes spécialités et tout mode d'exercice confondus dont près de 85 000 salariés dans les EPS.

Un constat qui révèle une grande hétérogénéité des situations et de forts écarts de rémunération

Le rapport fait apparaître un certain nombre de constats, qui ne sont pas réellement nouveaux mais que la mission a pu documenter de manière objective. Dans les établissements publics de santé, les disparités de rémunérations sont très importantes, combinant plusieurs éléments : les différences de statut, les activités de permanence des soins, l'exercice libéral, les rémunérations complémentaires liées à la recherche ou l'expertise.

Les éléments constitutifs de la rémunération sont en effet épars car liés aux fonctions exercées par les médecins qui pour bon nombre exercent une activité

mixte (public-privé et souvent avec de multiples employeurs). Alors que les praticiens hospitaliers relèvent en principe d'un statut unique qui garantit une certaine homogénéité entre toutes les spécialités y compris les pharmaciens, d'emblée, il a été prévu des compléments de rémunération qui se sont multipliés au fil du temps. Ainsi, les praticiens perçoivent, après service fait, une rémunération mensuelle variant suivant l'échelon des intéressés (déroulement de carrière) et des indemnités et allocations dont la liste est fixée par décret. Ce deuxième point a introduit une myriade de primes, sujétions, allocations et indemnités qui font varier de façon sensible le niveau de la rémunération.

La part des indemnités (dont une large part est liée à la rémunération de la permanence des soins) dans les rémunérations varie fortement d'une spécialité à l'autre, au bénéfice notamment de l'anesthésie réanimation et de la chirurgie. Elle est par ailleurs plus élevée pour les personnels enseignants et hospitaliers temporaires dans les CHU, et notamment les chefs de clinique, quelle que soit la spécialité. Elle atteint ainsi les deux tiers de la rémunération de ces personnels dans les deux spécialités sus citées. Dans une période récente, la forte revalorisation des indemnités liées à la permanence des soins (+ 43 % entre 2003 et 2005) a conduit à accroître la différenciation des rémunérations entre spécialités et entre praticiens.

La différenciation des rémunérations des praticiens publics s'explique également par d'autres facteurs : un avantage est donné aux spécialités et aux praticiens particulièrement engagés dans les activités de permanence de soins (travail posté avec rémunération majorée au nombre d'heures effectuées soit heures supplémentaires et temps de travail additionnel) et /ou exerce une activité libérale.

Tableau 6 - **Pourcentage moyen des indemnités dans la rémunération au sein d'un échantillon de CH et de CHU, par spécialité (année 2007)**

Spécialité	CH : % moyen des indemnités dans la rémunération (étude sur un échantillon)	CHU : % moyen des indemnités dans la rémunération (étude sur un échantillon)
Anesthésie réanimation	31,98 %	26,42 %
Chirurgie	28,20 %	30,89 %
Psychiatrie	16,63 %	18,83 %
Pédiatrie	26,91 %	24,30 %
Gynécologie	28,55 %	28,30 %
Pathologie cardiovasculaire	27,11 %	22,34 %
Oncologie radiothérapique	12,73 %	12,85 %
Radiologie imagerie médicale	25,32 %	24,48 %
Endocrinologie et métabolisme	12,20 %	15,12 %
Médecine nucléaire	8,07 %	12,01 %
Biologie médicale	14,57 %	13,52 %
Ophtalmologie	31,96 %	15,56 %
Médecine interne	16,04 %	15,03 %
Oncologie médicale	12,80 %	16,56 %

Source : Retraitement IGAS.

Tableau 7 - **Part des indemnités dans la rémunération des personnels enseignants et hospitaliers temporaires (année 2007)**

Spécialité	% moyen des indemnités dans la rémunération des personnels enseignants et hospitaliers temporaires
Anesthésie réanimation	67,46 %
Chirurgie	67,44 %
Gynécologie	65,01 %
Pathologie cardiovasculaire	59,28 %
Radiologie imagerie médicale	56,60 %
Pédiatrie	56,48 %
Ophtalmologie	52,26 %
Psychiatrie	50,20 %
Oncologie médicale	43,52 %
Médecine interne	39,99 %
Endocrinologie et métabolisme	39,60 %
Oncologie radiothérapique	36,54 %
Biologie médicale	33,52 %
Médecine nucléaire	30,01 %

Source : Enquête CNG/DHOS auprès des CHU. Retraitement IGAS / praticiens hospitalo-universitaires (PHU), assistants hospitalo-universitaires (AHU), chefs de clinique assistants (CCA).

La mission a montré que l'activité libérale à l'hôpital devait être appréhendée sous deux angles. La tarification des actes techniques constitue un élément fort de différenciation. Il existe en effet de fortes disparités de rémunération interdisciplinaire qui reflètent une tarification des actes plus favorables aux spécialités médico-techniques qu'aux spécialités cliniques. Au sein d'une même spécialité, ce sont les dépassements d'honoraires qui modifient la structure de la rémunération. Pour autant, ces disparités ne reflètent pas des différences dans les compétences mises en œuvre ou dans la prise en compte des indicateurs de qualité ou de l'efficience mais traduisent la valorisation excessive des actes.

Les spécialités à dominante technique perçoivent des honoraires largement supérieurs aux spécialités à dominante clinique et cela indépendamment des dépassements d'honoraires (ratio de 1 à 4). C'est ainsi que la mission a constaté que la mise en œuvre de la CCAM médico-technique n'a pas permis de modifier l'avantage traditionnel dont bénéficient les spécialités médico-techniques, ni d'ailleurs de moduler les dépassements.

L'activité libérale à l'hôpital peut être caractérisée par les points suivants :

– la population médicale exerçant dans un EPS ayant fait le choix de l'activité libérale est relativement faible, de l'ordre de 10 % des praticiens pouvant l'exercer ;

– la répartition des praticiens est très concentrée sur quelques spécialités ;

– la répartition géographique révèle également une très forte concentration sur trois départements (Paris, Rhône, Alpes-Maritimes), notamment en secteur 2 ;
– les montants des rémunérations sont très dispersés.

En outre, de nombreux praticiens perçoivent des rémunérations complémentaires à des niveaux significatifs dans le cadre de leur participation à des activités de recherche et d'expertise. Ces rémunérations peuvent revêtir des formes diverses (orateur, contributions scientifiques, conseil, expertise). Sur un échantillon de plus de 5 000 dossiers déposés entre le 1er janvier 2007 et la mi-année 2008, la médiane des prestations varie de 765 euros à 3 200 euros selon la nature de la prestation, mais peut s'élever jusqu'à 600 000 euros.

Il existe une forte opacité sur ces rémunérations, ce qui n'est pas favorable à une bonne gestion de la ressource médicale dans les établissements.

La mission a mis en évidence des écarts de rémunération de 1 à 5 dans un centre hospitalier alors que dans un CHU ils peuvent atteindre un rapport de 1 à 10. Les modalités de rémunération ne permettent pas assez de prendre en compte les activités transversales liées à la pratique de missions particulières en établissement de santé (lutte contre les infections nosocomiales, processus qualité, vigilances sanitaires…) ou celles exigées par l'approche des maladies chroniques (consultations pluridisciplinaires…).

Un système de rémunération inadapté

Les systèmes de rémunération ne prennent que faiblement en compte les enjeux de long terme. Par exemple, les disparités de rémunération pèsent fortement sur les choix d'orientation et d'installation des jeunes professionnels dans un sens qui ne garantit pas une bonne adéquation des ressources aux besoins dans un contexte de tensions démographiques.

Ils ne prennent pas non plus en compte les enjeux de long terme que constituent l'évolution de la démographie médicale, le décloisonnement du système de santé entre hôpital et médecine de ville et l'équilibre entre concurrence et complémentarité dans les relations liant établissements publics et privés.

Les systèmes de rémunération publics organisent de fait la déconnexion entre la rémunération de l'activité, d'une part, et celle des résultats, d'autre part. Cette situation pose des problèmes d'équité et a des conséquences négatives sur la gestion des établissements.

Une absence de vision et de pilotage stratégique sur la rémunération des médecins hospitaliers

Le système de gestion est caractérisé par l'absence de programmation et de suivi de l'activité des praticiens et la très forte hétérogénéité du management des équipes. Il ne permet pas de distinguer les niveaux d'activité. Des rémunérations de permanence des soins ont été revalorisées sans que soit assuré un emploi

optimal des crédits concernés, lié à la pertinence réelle de ces activités. Le système de rémunération est une composante majeure d'un système de gestion des ressources médicales. Celui en place n'encourage ni à la mobilité, ni à une gestion dynamique des parcours de carrière et comporte des conséquences négatives pour l'attractivité et la performance des établissements.

Le système de rémunération doit favoriser une amélioration de la prise en charge globale du patient. Il doit prendre en compte la valeur ajoutée du médecin pour restaurer la santé du patient et pas seulement une succession d'actes techniques isolés et cumulatifs dont la contribution aux soins ne répond pas à une stratégie cohérente dans la prise en charge, notamment pour les maladies chroniques. Il doit favoriser l'interaction entre la prise en charge hospitalière et ambulatoire, par une cohérence des modes de rémunération.

Dans un contexte de forte tension démographique, il ne peut être exclu un retentissement en termes d'inégalités de recours aux soins pour les patients si la ressource médicale n'est pas utilisée de manière efficiente, que ce soit au travers des établissements publics ou privés.

Le pilotage de la politique de rémunération souffre du cloisonnement entre la CNAMTS et la DGOS et, concernant les établissements publics de santé (EPS), d'une trop forte centralisation de la gestion des ressources humaines médicales.

Ce système ne permet pas de disposer d'un tableau de bord de l'évolution de l'ensemble des rémunérations, et de lier ces informations à la fois aux besoins en santé et à la qualité et la performance des soins prodigués.

Cette absence de pilotage unique est déplorée aussi bien au niveau national que régional.

Des recommandations structurelles afin d'améliorer le système de rémunération des médecins et chirurgiens hospitaliers

À partir de ces constats, la mission a élaboré des préconisations pour faire évoluer le système de rémunération des médecins et chirurgiens hospitaliers. Il s'agit de fonder davantage la rémunération des médecins sur une analyse objectivée de l'activité médicale et de ses résultats. La mission préconise ainsi de développer des rémunérations combinant plusieurs modalités (paiement à l'acte, par forfait ou la capitation) et intégrant des critères de qualité. Elle propose de refonder la légitimité du système de rémunération en développant un management des équipes médicales liant les rémunérations aux activités et résultats.

Pour ce faire elle a présenté différentes propositions organisées sur trois axes :

- Resserrer les liens entre activités, résultats et rémunérations. Pour les praticiens des EPS et des établissements PSPH (aujourd'hui ESPIC), il s'agit d'élaborer pour chaque praticien un programme annuel d'activités (PAA), dans le cadre d'un contrat d'équipe, et d'attribuer une part variable de rémunération

dont le niveau serait déterminé par l'atteinte des objectifs fixés par le PAA. Pour ce faire, il s'agirait de refondre le décret sur la part complémentaire variable (PCV) pour que le montant attribué à chaque praticien soit fixé à partir de l'atteinte des objectifs inscrits dans le PAA. Cependant, une telle démarche apparaît bien plus délicate pour les actes cliniques que pour les actes techniques. Elle expose à des risques divers, notamment en termes de glissement inflationniste[347]. Un contrôle de la réalisation des actes et de leur pertinence paraîtrait également nécessaire.

- Il est aussi proposé de mettre en œuvre, et d'abord au sein des CHU, une démarche de contractualisation des obligations de services, à l'instar de celle qui est en cours au sein des universités. L'objectif serait de mettre en place un contrat d'activité pour chaque praticien afin d'organiser les choix de spécialisation et leurs conséquences en termes de rémunération. À plus longue échéance, il est proposé de simplifier l'architecture statutaire et d'améliorer le système de retraite en lien avec la réforme proposée pour les indemnités. À court terme et dans l'attente de la mise en place de ces mesures, il est proposé d'encadrer davantage les rémunérations de permanence des soins de façon à rémunérer le travail supplémentaire (gardes et astreintes et plages additionnelles) sur des bases objectives et contrôlées. Il est aussi proposé de mieux encadrer les activités libérales à l'hôpital public, notamment à travers l'élaboration de chartes de déontologie.

- Enfin, la mission préconise de renforcer le pilotage des politiques de rémunérations en développant la transparence sous toutes les formes de rémunérations. Il s'agirait de confier à l'observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) et au haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) une mission de collecte et d'analyse des informations sur la rémunération des médecins, de faciliter le rôle de coordination de la DREES sur les études menées au sein du ministère et de mettre en œuvre un programme d'étude à court terme. La mission préconise aussi de mettre l'Ordre des médecins en situation de connaître toutes les rémunérations versées aux médecins inscrits à l'ordre et d'organiser l'information systématique des directions des établissements publics employeurs sur les rémunérations de leurs collaborateurs. Dans chaque CHU serait créée une fondation hospitalo-universitaire de recherche pour assurer la transparence sur le financement des activités de recherche et permettre leur développement dans un cadre adapté.

Depuis le rapport

La loi HPST a introduit plusieurs éléments importants en lien avec l'enquête de l'IGAS.

Des dispositions de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires dite HPST et la loi du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi du 21 juillet 2009 dite loi Fourcade sont en lien direct avec les conclusions du rapport de l'IGAS.

347 *Cf.* présentation ci-après du rapport IGAS sur la T2A, 2012.

Instituées par la loi du 21 juillet 2009 dite HPST modifiée par la loi du 10 août 2011 dite loi Fourcade, les fondations hospitalières, dont le statut se rapproche des règles applicables aux fondations d'utilité publique sur le modèle des fondations dans le domaine de la recherche, permettent la promotion et l'encadrement de la recherche au sein de l'hôpital public.

La loi HPST a également introduit une approche qualitative dans le nouveau régime de contrat puisqu'il est prévu que la rémunération des médecins sous contrat comprenne des « *éléments variables qui sont fonction d'engagements particuliers et de la réalisation d'objectifs quantitatifs et qualitatifs* ».

Sur la permanence des soins, des précisions ont été apportées sur les modalités d'indemnisation des médecins libéraux participant à la permanence des soins dans les établissements de santé.

Enfin, il a été décidé de publier les tarifs et honoraires des praticiens sur les sites internet des établissements de santé.

Évaluation du dispositif de financement des médicaments onéreux

Dr G. Duhamel, Dr A. Morelle,
Évaluation du dispositif de financement des médicaments en sus des prestations d'hospitalisation dans les établissements de santé, avril 2012.

L'IGAS a évalué le dispositif spécifique de financement des médicaments innovants et onéreux dans les établissements de santé. L'enjeu était d'analyser la pertinence de ce dispositif particulier et plus largement de s'interroger sur les modalités actuelles de fixation des prix des médicaments dans notre pays.

Un dispositif destiné à permettre un égal accès aux médicaments chers et innovants qui mérite d'être pérennisé mais mieux géré

Un dispositif spécifique a été mis en place en 2004, lors de la mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A), pour garantir à tous les patients un accès à ces médicaments (et à certains dispositifs médicaux) alors que les tarifs des groupes homogènes de séjours (GHS) ne pouvaient correctement les prendre en compte. L'évolution des coûts de financement de ce dispositif a été extrêmement importante pendant les premières années d'application et a conduit à mettre en œuvre, depuis 2009, des mesures de régulation dont l'effet a été notable. Pour autant, la difficulté à concilier les enjeux sanitaires et financiers persiste. En effet, la croissance de ce poste de dépenses reste supérieure à celle de l'ONDAM pour les établissements ayant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) ; de plus, le dispositif est opaque, et ne garantit pas une utilisation efficiente des ressources en faveur de l'innovation, et *in fine* des patients.

Dans la mesure où la dépense est très concentrée sur certaines classes médicamenteuses, l'IGAS a focalisé son analyse du dispositif sur les chimiothérapies et biothérapies anticancéreuses dans les régions et les établissements les plus consommateurs. Les dispositifs médicaux n'ont pas été inclus dans l'évaluation du fait de leurs spécificités à la fois en termes de marché et de conditions de bon usage.

Bien que dérogatoire, le dispositif nécessite d'être maintenu pour des raisons techniques tenant aux conditions actuelles du codage des informations médicales dans les établissements. D'autant qu'il est *a priori* intéressant : il conditionne

le financement de produits coûteux à leur bon usage ; il favorise une politique intégrée du médicament dans les établissements de santé ; en cancérologie, il sert l'articulation entre recherche translationnelle et soins.

Toutefois, le dispositif de la liste dite « en sus » n'est pas suffisamment opérationnel. La doctrine de gestion de la liste ne s'est dégagée que très progressivement et elle reste très mal connue des acteurs de terrain. Sa mise en œuvre n'est pas assez dynamique, ni assez transparente.

Les outils de contractualisation entre agences régionales de santé et établissements de santé (contrat de bon usage du médicament, référentiels de prescription, plans d'actions locaux) sont plutôt satisfaisants dans leur conception. Mais ils peuvent être améliorés et leur impact effectif, difficile à établir au demeurant, n'est pas suffisant, notamment pour la prise en charge des personnes dont la maladie cancéreuse progresse. On observe en particulier des taux de prescriptions hors référentiels souvent élevés et très hétérogènes selon les établissements. Bien que mobilisées sur ces aspects, les agences régionales de santé (ARS) ne sont pas toutes assez réactives.

L'IGAS recommande des mesures supplémentaires pour garantir la qualité de la prise en charge des malades atteints de cancer dans les établissements autorisés à assurer cette prise en charge : essentiellement une évaluation plus systématique des résultats obtenus et un encadrement de la prescription des énièmes lignes de traitements anticancéreux et des chimiothérapies en fin de vie *via* un fonctionnement en réseau sous la supervision des centres de référence régionaux ou infrarégionaux.

Au plan économique, on ne dispose pas de bilan global du dispositif. Et si la croissance des dépenses s'est atténuée, elle reste supérieure à celle de l'ONDAM. Aussi, au-delà des améliorations à apporter au bon fonctionnement et à la régulation du dispositif, la mission s'est-elle interrogée sur les fondements mêmes du dispositif de la « liste en sus », un dispositif conçu pour financer des médicaments innovants et très onéreux.

Les médicaments en question sont-ils réellement innovants et cela justifie-t-il leur niveau de prix ? Le constat fait par la mission est sévère et l'a conduit à une réflexion plus générale sur les modalités d'évaluation, de fixation des prix et de régulation de ces médicaments particulièrement onéreux.

Les règles de fixation des prix des médicaments doivent être revues

La manière dont l'innovation se définit en matière de médicament est loin d'être univoque. L'expérience étrangère en atteste. Pour autant, la façon dont elle est prise en compte dans notre pays est fixée réglementairement, essentiellement *via* le service médical rendu (SMR) par le médicament et l'amélioration du service rendu (ASMR).

Sous ce prisme d'analyse, de très nombreux médicaments figurant sur la liste en sus ne présentent pas ou plus de progrès thérapeutique significatif. Mais les

règles suivies pour fixer leur prix ne prennent pas assez en compte ce constat et aboutissent à des résultats très discutables.

Les éléments actuellement pris en compte pour fixer le prix des médicaments sont multiples (ASMR, volumes de vente, conditions d'utilisation, prix des médicaments à même visée thérapeutique, alignement sur les prix européens) et suivent des rationalités différentes. La pratique aboutit à des résultats souvent irrationnels au regard du progrès apporté réellement.

La politique publique conduite pour favoriser l'innovation médicamenteuse, notamment en matière d'anticancéreux, apparaît favorable à l'excès aux entreprises pharmaceutiques. La France est l'un des pays les plus ouverts aux médicaments anticancéreux, voire le plus ouvert. Sans méconnaître l'intérêt des nouveaux médicaments et le progrès, souvent incrémental, qu'ils apportent, la question se pose de savoir si les entreprises n'influencent pas excessivement les prix, aboutissant à des niveaux de prix de plus en plus élevés et, dans le contexte actuel de tension financière, de plus en plus insupportables.

Aussi, est-ce une refonte en profondeur de la politique de financement de ces médicaments qui est proposée.

La décision de prendre en charge tout nouveau médicament *a priori* très onéreux, devrait tenir compte de trois critères majeurs pour apprécier l'apport du médicament et mettre en perspective le gain pour la santé et le coût prévisible.

L'évaluation de l'apport du médicament devrait se fonder essentiellement sur ces trois critères :

1) le bénéfice thérapeutique jugé essentiellement sur l'amélioration de l'efficacité et/ou de la tolérance du médicament par rapport à l'existant de référence ;

2) la quantité de bénéfice thérapeutique rapportée aux besoins, exprimée en termes d'apport vis-à-vis du but à atteindre : guérison, survie, prévention, réduction des manifestations les plus graves de la maladie ;

3) la quantité de bénéfice thérapeutique exprimée en termes d'apport pour la population concernée.

La gravité de la maladie (ou du handicap), les différents aspects du bénéfice collectif, la rareté et la place dans la stratégie thérapeutique au regard des autres thérapies disponibles peuvent également entrer en ligne de compte.

Trois conditions devraient être requises pour attribuer à un médicament un prix particulièrement élevé :

1) l'affection traitée doit engager le pronostic vital ou présenter un haut degré de gravité ;

2) le bénéfice thérapeutique doit être majeur ou important. Le médicament doit à la fois constituer une amélioration très nette en termes de ratio efficacité/toxicité par rapport aux alternatives existantes et apporter une réponse thérapeutique majeure ou importante par rapport aux besoins thérapeutiques pour lesquels les réponses restent inexistantes ou très insuffisantes ;

3) la fixation d'un prix très élevé devrait obligatoirement se fonder sur une analyse coût/utilité.

La politique d'alignement systématique des prix au niveau de nos voisins européens devrait être abandonnée.

Pour les médicaments particulièrement coûteux, des accords de partage de risque entre pouvoirs publics et entreprises pharmaceutiques devraient être développés à l'instar de ce qui est fait dans d'autres pays.

Les bonnes pratiques de comptabilité analytique dans les établissements de santé

J.-C. Delnatte, F. Schechter,
Pratiques de comptabilité analytique en établissements de santé : examen du déploiement des outils dans un panel d'établissements de santé, décembre 2010.

L'IGAS a analysé les pratiques d'une dizaine d'établissements de santé utilisant à bon escient la comptabilité analytique. L'objectif était d'identifier les facteurs clés de succès et les principaux freins de son déploiement dans le cadre, plus général, de la nouvelle gouvernance de ces établissements. En effet, la comptabilité analytique hospitalière (CAH) est appelée à devenir un instrument, mais aussi un levier majeur dans la construction des nouvelles modalités d'allocations des moyens et de gestion.

Les méthodes et outils de comptabilité analytique hospitalière

La comptabilité analytique hospitalière (CAH) s'est développée au gré des besoins sans cadre méthodologique commun. Trois grands types d'outils sont utilisés par les établissements et un processus d'harmonisation méthodologique a été engagé.

Les outils ayant pour finalité l'allocation de ressources

Le retraitement comptable et les études nationales de coûts ont été imposés par l'administration centrale afin de permettre à celle-ci de disposer de l'ensemble des informations qui lui sont nécessaires pour piloter l'allocation de ressources aux établissements de santé.

■ Le retraitement comptable (RTC) est un recueil de données comptables retraitées, alimenté obligatoirement par tous les hôpitaux. Son périmètre couvre le compte de résultat principal (CRP). Le tableau du RTC permet de connaître les charges relatives aux activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), de soins de suite et de réadaptation (SSR), d'hospitalisation à domicile (HAD) et de psychiatrie, ainsi que les activités spécifiques relatives à ces disciplines, en ventilant les dépenses du compte financier sur les différentes activités selon un niveau de détail déterminé. Il constitue une base pour l'évolution des modèles de tarification et la répartition de certaines enveloppes régionales, en particulier les dotations des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation

(MIGAC). Il peut aussi servir d'instrument de comparaison des coûts de prise en charge entre les établissements.

■ Les études nationales de coûts à méthodologie commune (ENCC) sont des référentiels nationaux de coûts hospitaliers des établissements publics et privés, dont l'objectif est de calculer les coûts par séjour, pour les activités de MCO, par séquence pour les activités de SSR ou par sous-séquence pour l'HAD. Seuls y participent les établissements volontaires et capables de fournir, selon la méthodologie nationale, à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) un ensemble de données issues de la comptabilité analytique.

Les coûts par séjour obtenus en MCO font l'objet d'une consolidation afin d'obtenir des résultats plus globaux, tels les coûts moyens par groupe homogène de séjour (GHS), qui servent de point de départ pour l'élaboration des tarifs T2A.

La comptabilité analytique à visée de parangonnage

Les établissements peuvent mettre en œuvre une CAH facultative dont l'objectif est d'appréhender le coût des productions à caractère médico-technique et logistique. Reposant sur le volontariat et le parangonnage, elle est gérée par le centre hospitalier universitaire (CHU) d'Angers. Cet outil, connu de ce fait sous l'appellation de « base d'Angers », est utilisé par les 200 établissements adhérents, dont 24 CHU.

Cette base constitue un référentiel pour le coût des activités non cliniques des établissements.

Son utilisation donne *a posteriori* la possibilité de mesurer et de comparer ses propres coûts de production à la moyenne nationale de l'échantillon, en différenciant les typologies d'établissements.

Les outils pour le pilotage des pôles

Les hôpitaux peuvent mobiliser deux outils pour le pilotage des pôles.

Il s'agit, d'une part, du tableau « coûts *case mix* » (TCCM) par pôle qui a pour objectif de comparer un pôle MCO d'un établissement avec un pôle théorique construit à partir du même *case mix* que celui du pôle, valorisé aux coûts de l'étude nationale de coûts. Ce tableau permet d'alerter l'établissement sur le niveau des différents postes de dépenses (directes et indirectes).

D'autre part, les établissements peuvent utiliser le compte de résultat analytique par pôle (CREA) qui comptabilise des charges directes et indirectes pour obtenir un coût complet qu'il confronte aux recettes du pôle afin d'obtenir un résultat analytique. Le compte de résultat analytique d'une structure permet de rendre compte sur une période donnée de l'équilibre entre les charges et les produits, que la méthode choisie soit en coût partiel ou complet. Cet outil est orienté sur la mesure de la performance économique d'une activité et de sa contribution à la performance globale de l'établissement.

La généralisation de la CAH s'appuie sur la définition d'une nouvelle méthodologie.

Un nouveau guide méthodologique de CAH a été publié en octobre 2011[348]. Il s'agit de :

– fournir des leviers d'action pour un pilotage stratégique et opérationnel plus efficient de l'établissement ;

– promouvoir l'utilisation d'outils en interne, notamment au sein des pôles pour développer le dialogue de gestion ;

– donner davantage de lisibilité et de cohérence aux outils de la comptabilité analytique hospitalière, en harmonisant les méthodes.

C'est pour réaliser ces objectifs qu'un double principe a été défini :

– harmonisation des différentes méthodes ;

– convergence des méthodes vers les règles de l'ENCC.

La recherche de l'harmonisation des différentes méthodes a conduit à la création d'un tronc commun, facilitant ainsi le passage d'une méthode à une autre.

Chaque outil peut ainsi être construit à partir de ces règles : RTC, coûts par activité (« base d'Angers »), coûts par séjour (ENCC).

La refonte du guide entend limiter les retraitements et les redondances. Toutefois, les objectifs spécifiques de chacune des méthodes justifient le maintien de quelques adaptations particulières qui sont présentées dans le paragraphe sur les règles d'affectation des charges.

La convergence vers le modèle de l'ENCC s'est imposée, cette méthode constituant déjà le fruit d'une mise en cohérence des analyses des coûts du public et du privé.

Tableau 8 - **Les outils de la comptabilité analytique hospitalière**

Description des outils	Finalité	Référentiel national	Domaine d'activités	Fréquence de production
Tableau du retraitement comptable (RTC) Répartition des charges d'un établissement entre les différentes activités qu'il exerce : MCO, SSR, psychiatrie et HAD ainsi que certaines activités spécifiques à chacune de ces disciplines	Suivi des dépenses par section d'imputation : allocation de ressources au niveau national	non	Ensemble des activités hors activités annexes	Annuelle
Coût de production par activité (« base d'Angers ») Détermination des coûts unitaires des activités non cliniques d'un établissement	Évaluation de l'efficience	oui	Activités non cliniques	Annuelle
Coût par séjour/séquence (ENCC) Détermination des coûts par séjour *via* l'étude nationale des coûts à méthodologie commune pour les établissements publics et privés	Évaluation de l'efficience Fixation des tarifs T2A	oui	Séjours MCO Séquences SSR HAD	Annuelle
Compte de résultat analytique par pôle (CREA) Calcul du résultat analytique d'un pôle d'activité.	Évaluation de l'efficience	non	Pôle d'activités	Annuelle ou infra-annuelle
Tableau coût case mix (TCCM) Comparaison de la structure de coût pour une activité clinique avec les valeurs de référence nationale, à *case mix* identique	Évaluation de l'efficience	oui	MCO	Annuelle

Source : DGOS-Guide méthodologique de CAH d'octobre 2011.

348 Mis en ligne sur le site www.sante.gouv.fr

Une démarche qui s'impose et des outils stabilisés, mais insuffisamment coordonnés

Le consensus observé dans les établissements est pour partie le produit d'une culture de CAH entretenue, avec difficulté, pendant trois décennies, mais surtout d'un processus qui s'est imposé aux acteurs :

– d'une part, avec l'instauration de la tarification à l'activité (T2A) qui a nécessité de mettre en place une CAH généralisée, associée à un pilotage médico-économique partagé avec les médecins. Ce bouleversement tarifaire a d'abord imposé d'augmenter l'activité et sa connaissance (amélioration du codage et de son exhaustivité), puis a fait naître un besoin, chez les producteurs de soins, rapidement généralisé, d'estimer la contribution de chacune des activités médicales à l'équilibre financier global des établissements. Renvoyées à leur production de soins monétisée, les équipes médicales ont majoritairement demandé le recours à des tableaux de bord, incluant des éléments de CAH, même si le développement s'est réalisé sur un rythme inégal ;

– d'autre part, la contractualisation interne a, par étapes, imposé un nouveau mode de gouvernance. La mise en place des pôles a été un élément déterminant dans l'appropriation, par les acteurs hospitaliers, de la nécessité de faire vivre le principe de subsidiarité. Associée à la mise en place de la T2A, la démarche polaire a imposé à ces acteurs, médecins et managers, le recours à la CAH.

Ce consensus, en construction, s'appuie sur des méthodes de CAH aujourd'hui bien outillées et diversifiées :

– certains instruments de comptabilité analytique ont pour finalité l'allocation de ressources : les retraitements comptables et les études nationales de coûts requises par l'administration centrale pour piloter l'allocation de ressources aux établissements de santé ;

– de plus, les établissements mettent en œuvre une CAH facultative dont l'objectif est d'appréhender le coût des productions à caractère médico-technique et logistique. Reposant sur le volontariat, un financement par les établissements et le parangonnage, elle est gérée par le centre hospitalier universitaire (CHU) d'Angers ;

– enfin, les hôpitaux peuvent mobiliser les outils proposés aux établissements par la mission d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH aujourd'hui ANAP) pour le pilotage des pôles : d'une part, le tableau dit « coûts *case mix* » (TCCM) qui a pour objectif de comparer les pôles de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) de l'établissement avec des pôles théoriques construits à partir des mêmes structures d'activités MCO que ceux de l'établissement et valorisés aux coûts de l'étude nationale de coûts (ENCc) ; d'autre part, le compte de résultat analytique par pôle (CREA) qui comptabilise des charges directes et indirectes pour obtenir un coût complet qu'il confronte aux recettes du pôle afin d'obtenir un résultat analytique.

Toutes ces méthodes sont aujourd'hui stabilisées et largement diffusées.

Une mise en œuvre complexe et inégale entre hôpitaux

La mise en œuvre technique de la CAH repose sur la création et la maintenance d'un fichier commun de structure (FICOM) et sur une bonne interopérabilité entre les systèmes d'information des établissements. Le découpage du FICOM est un préalable généralement maîtrisé. C'est une opération lourde puisqu'elle réclame de faire coïncider le découpage des unités fonctionnelles (UF) avec l'activité réelle de l'établissement et avec les objectifs de répartition de charges – directes et indirectes. Le découpage peut être, selon les besoins de l'établissement, axé sur la production physique, des objectifs financiers ou dans une perspective de responsabilisation médicale. Ce travail de structuration a été mené à bien dans tous les établissements du panel audité et un dispositif strict de gestion des UF a été créé dans tous les établissements.

Toutefois, en raison de la faiblesse de l'offre des éditeurs, très dispersée, et de prestations de déploiement et de maintenance parfois perfectibles, les systèmes d'information restent encore souvent insuffisamment cohérents, ce qui nécessite des adaptations locales. Les équipes supportent ainsi des charges de retraitement significatives.

Par ailleurs, la démarche et ses outils nécessitent de recruter, de former et de fidéliser des équipes de contrôleurs de gestion aptes à produire, dans un univers complexe, des données confrontées à une interprétation médico-économique, et à dialoguer avec le corps médical.

De ce fait, la qualité et la stabilité des équipes sont des facteurs clés dans la construction du dispositif de CAH et dans la contractualisation. Or, beaucoup d'établissements ont du mal à constituer et stabiliser leurs équipes. Il n'existe aucune filière de formation initiale ou continue identifiée pour cette fonction. Avec la montée en puissance du dispositif de CAH, cette situation n'est pas tenable à moyen terme. Il constitue souvent le point de fragilité le plus évident dans certains établissements.

Des situations très contrastées ont été relevées entre hôpitaux dans les modalités de mise en œuvre de la CAH et de son utilisation contractuelle. Elles sont pour l'essentiel le double produit d'un effet taille et d'une maturité inégale de la gouvernance déconcentrée.

– L'effet taille est déterminant dans les modalités de recours à la CAH. Les grands établissements réclament la production d'éléments de CAH très avancés. Ils doivent en particulier permettre aux chefs de pôle d'avoir une vision précise sur le rapport entre charges directes /indirectes et entre leurs coûts et la production médicale du pôle. À défaut, comme on l'a vu ci-dessus, la contractualisation se heurte très concrètement à la fragilité des éléments de pilotage et de dialogue avec la direction.

Dans les CHU (et à un moindre titre les gros CH) où les charges fixes sont structurellement plus élevées, la CAH joue un rôle particulier pour éclairer l'organisation et l'efficience des soins par GHM et par séjour. L'existence d'un système d'information permettant de rattacher l'ensemble des coûts à chaque

séjour ou passage est un élément essentiel à la définition de la stratégie de l'établissement.

Inversement, des établissements de taille moyenne ont un usage suffisant, et économiquement plus justifié, d'éléments de CAH plus légers : CREA par pôle et « base d'Angers » pour les fonctions médico-techniques, tableaux de bord et de gestion.

– La diversité est aussi le fruit de l'inégale maturité de la délégation de gestion aux pôles. La mission a ainsi clairement identifié que l'engagement, dès 1997, de certains établissements dans la démarche de contractualisation, avait favorisé l'ancrage de cette démarche et le développement de ses outils supports : la CAH et la politique d'intéressement.

Les visites ont permis de distinguer une minorité d'établissements, arrivés à maturité dans le dialogue et la politique d'intéressement, construits autour des données produites par les contrôles de gestion, et un plus grand nombre où la communauté médicale était en phase d'appropriation/contestation de ces éléments. Dans une minorité d'établissements, la défiance vis-à-vis des données produites pouvait encore prévaloir.

Cependant, dans tous les établissements, une étape a été franchie : les différents acteurs, au-delà des éléments de débat internes, identifient les risques à ne pas être en mesure de rapprocher charges et produits et sont, dès lors, en attente d'une action plus identifiée des tutelles.

Un renforcement nécessaire

Le renforcement du déploiement de la comptabilité analytique est aujourd'hui nécessaire sur la base d'arbitrages réalistes, à la fois sur les méthodes et sur les moyens.

Le renforcement de la politique de déploiement de la CAH doit tenir compte des facteurs qui ont construit l'identité des systèmes d'information de chaque établissement. Les choix de prestataires sont, chaque fois, une contrainte forte pour l'évolution des outils. Dès lors, une enquête par établissement devrait être conduite par chaque ARS pour identifier les solutions locales et construire une cartographie régionale faisant ressortir les établissements moteurs et ceux rencontrant des difficultés.

Au plan national, la remontée des résultats des enquêtes régionales permettrait de réunir les éléments d'un appel d'offres sur performance afin de renforcer et clarifier l'offre des éditeurs.

Plus généralement, le déploiement de la CAH va réclamer un dispositif renforcé en ARS. Celui actuellement retenu d'un réseau de correspondants « contrôle de gestion » apparaît insuffisant et la mise en place d'une mission d'appui CAH en ARS, capable de conseiller sur les étapes, les outils, les méthodes et les modes de communication internes, voire les recrutements, apparaît comme une nécessité si l'on veut s'assurer d'un déploiement et d'une cohérence régionale.

Par ailleurs, les méthodes et outils de comptabilité analytique ont principalement été développés au profit des établissements œuvrant dans le champ MCO. Leur adaptation aux activités de psychiatrie et de SSR doit être envisagée à brève échéance, sans attendre que la T2A leur soit appliquée.

Parallèlement à ces choix institutionnels et managériaux, il faudra procéder à des choix de méthodes en matière de CAH. À ce titre, les données produites à l'issue des retraitements comptables apparaissaient fortement mobilisatrices en ressources et peu exploitées par les établissements en gestion interne. Toutefois, elles constituent à l'heure actuelle, la seule base de données analytiques exhaustive au niveau national, ce qui implique d'en conserver la réalisation en attendant de pouvoir lui substituer un dispositif plus élaboré. La « base d'Angers », en revanche, est largement utilisée par les 200 établissements adhérents, dont 24 CHU. Des critiques lui sont néanmoins adressées (écarts de périmètres des activités décrites, rigueur dans la saisie des données, délais de publication des résultats) mais il paraît possible de remédier à ces insuffisances, notamment en réactivant le groupe pour l'amélioration de la comptabilité analytique hospitalière (GACAH) et en instaurant une procédure de contrôle qualité.

Mais c'est surtout le CREA qui est l'outil de comptabilité analytique le plus répandu dans les établissements. Contrairement aux TCCM, il est aisément lisible par les médecins[349]. De plus, l'approche CREA est strictement complémentaire de celle proposée par la « base d'Angers » puisque les CREAs sont adaptés aux activités cliniques, génératrices de recettes T2A, et les données de la « base d'Angers » permettent de valoriser les activités administratives, logistiques et médico-techniques.

Il faut enfin clarifier le positionnement et le contenu opérationnel du contrôle de gestion. Son responsable doit, dans l'esprit de la réforme de la loi HPST, pouvoir être en étroite relation ou mieux encore membre du directoire, puisque c'est au sein de cette instance qu'est réalisée l'interface entre la direction et le corps médical. Par ailleurs, il convient de « médicaliser » le contrôle de gestion *via* la constitution d'une cellule médico-économique comprenant le président et le vice-président de la commission médicale d'établissement (CME), des chefs de pôle, le chef du département d'information médicale (DIM) et le directeur des affaires financières (DAF).

Depuis le rapport

Depuis le dépôt du rapport en décembre 2010, le ministère chargé de la Santé a publié le premier tome d'un guide méthodologique de comptabilité analytique hospitalière[350] dont les objectifs et le contenu s'inspirent des préconisations du rapport de l'IGAS.

349 La seule source de critique ou d'incompréhension réside dans le traitement des charges indirectes provenant d'unités qui ne génèrent pas de recettes. Ceci plaide pour une solution consistant à calculer des prix de cession en coûts préétablis (comme cela se pratique dans un des établissements visités).
350 *BO*, nº 2011/9 bis, fascicule spécial.

Contrôles et mission d'appui-conseil

Les principaux constats des missions opérationnelles de l'IGAS 2010-2012

La situation des établissements de santé publics et des établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) : les principaux constats des missions opérationnelles de l'IGAS 2010-2012, avril 2012.

L'IGAS mène, dans le cadre de ses fonctions d'appui-conseil, trois types de mission auprès du secteur hospitalier.

– Les missions d'appui-conseil : en appui de l'ARS, l'IGAS intervient directement au sein de l'établissement, réalise un diagnostic sur la base d'un travail sur documents et de rencontres avec les acteurs, et propose des mesures permettant de remédier au problème posé.

– Les missions d'évaluation du Comité des établissements à risques financiers : devant ce comité chargé d'examiner la situation des établissements en très grande difficulté financière, l'IGAS est appelée à dresser le bilan d'un établissement, à proposer un plan de redressement et à présenter ses perspectives.

– Les missions d'administration provisoire : l'IGAS intervient dans le cadre de la loi[351] pour se substituer à tout ou partie des instances dirigeantes de l'établissement (hôpitaux publics), ou pour proposer à celles-ci toute mesure devant permettre le redressement. L'IGAS peut être sollicitée à la suite d'un contrôle réalisé dans l'établissement ; elle peut également mener une mission préparatoire au préalable[352].

351 Article L. 6143-3-1 du Code de la santé publique.
352 Pour des raisons déontologiques, ce ne sont pas les mêmes équipes qui assurent les missions de contrôle et l'administration provisoire d'un établissement. De plus, les missions sont suivies par deux collèges différents au sein de l'IGAS : le collège santé (contrôles et évaluations transversales) et le collège appui-conseil, afin que le même collège ne puisse être à la fois dans une démarche de contrôle et d'appui.

Des conditions d'intervention variables selon les missions mais qui impliquent dans tous les cas un lien fort avec les ARS et la DGOS

Les missions d'appui-conseil sont demandées par le directeur général de l'ARS concernée. Cependant, si la mission est positionnée auprès de celui-ci, elle s'effectue le plus souvent auprès de l'établissement concerné, et avec sa collaboration. L'équipe de mission s'appuie sur un cahier des charges. Jusqu'ici, il n'est arrivé qu'une seule fois qu'un chef d'établissement refuse de collaborer avec l'IGAS : la mission, repositionnée exclusivement auprès de l'ARS, s'en est trouvée écourtée.

Ces missions interviennent en raison de difficultés financières et/ou managériales, parfois à l'occasion de l'arrivée d'un nouveau chef d'établissement, ou en appui à la décision locale pour confirmer l'opportunité ou réorienter un projet important (construction, restructuration). Quelques missions portent plus spécifiquement sur l'évaluation de l'organisation d'une activité ou de filières sur un territoire. La plupart des missions concernent toutefois un établissement donné. Quoi qu'il en soit, toutes les missions adoptent une approche territoriale, donnée transversale majeure de ces appuis opérationnels. Cependant, les ARS ne mettent pas souvent l'accent sur cette dimension dans leur commande ; une raison pourrait être qu'elles sont davantage préoccupées par les résultats financiers des établissements sur lesquels elles ont elles-mêmes des comptes à rendre.

Les missions du comité des risques financiers, demandées par la DGOS, permettent un regard extérieur sur la situation de l'établissement mais impliquent un contact étroit avec l'ARS pour ne pas placer celle-ci en porte-à-faux dans son rôle de régulateur régional.

Les administrations provisoires sont l'aboutissement d'un contexte de crise qui place l'IGAS en gestion directe.

Le contexte est bien différent d'une mission d'appui : l'administration provisoire est demandée par le DGARS ; les administrateurs, désignés par le ministre chargé de la Santé, peuvent être issus du corps de l'IGAS, et la solution est imposée à l'établissement, au terme d'une procédure constatant qu'il n'a pu redresser sa situation.

Les administrateurs, *de facto*, sont chargés de gérer la situation, à la fois pour poser les bases du redressement à court terme de la situation financière et pour initier les restructurations indispensables à un rétablissement durable. Ce travail s'appuie sur les équipes en place et nécessite leur mobilisation. Mais l'administration provisoire permet aussi de se séparer de certains collaborateurs ou de faire venir de nouvelles compétences. Elle ne peut se réaliser qu'en parfaite coordination avec l'ARS, moins sur la gestion immédiate que sur les pistes de restructuration car elles impliquent une réflexion territoriale qui dépasse le seul cadre de l'établissement.

Principaux constats et constantes

L'IGAS intervient dans un contexte délicat, que ce soit au plan financier ou managérial, voire dans une situation de crise

Dans la grande majorité des cas, l'IGAS est sollicitée au profit d'établissements qui affichent un déficit important et une situation financière difficile voire très dégradée (près de 80 % des interventions opérationnelles de l'IGAS), combinant le plus souvent :

– un déficit d'exploitation plus ou moins important (jusqu'à près de 30 % des produits dans certains cas), et un déficit cumulé sur plusieurs années ;

– un endettement conséquent : alors qu'il est admis que 50 % constitue un taux à ne pas dépasser, le taux d'endettement est souvent supérieur à 60 %, excédant 80 % dans de nombreux cas et allant même parfois jusqu'à plus de 100 % ; la dette est pour certains établissements constituée d'une partie significative (jusqu'à 80 %) de produits structurés ; on note souvent un « cercle vicieux » de l'endettement, lié à la fois à la nécessité d'assurer la trésorerie à court terme et de financer l'investissement à moyen et long termes ;

– une marge brute faible voire négative et une CAF faible (inférieure aux montants des remboursements) voire négative (il est admis que celle-ci doit représenter 6 à 7 % du budget), alors même que le taux de vétusté des équipements est important pour certains établissements ;

– des délais excessifs de recouvrement des créances ;

– des fonds propres épuisés ou en voie de l'être ;

– un problème plus ou moins important de trésorerie.

Dans la plupart des cas, les établissements ont reçu des aides de l'ARH puis de l'ARS (MIGAC pour l'aide spécifique à un secteur, l'aide à l'investissement, remboursement sur charge sociale, variation de stocks, etc.), aides exceptionnelles pour certains mais néanmoins reconduites à de nombreuses reprises, compte tenu de l'impasse budgétaire constatée.

Quelques interventions se font sur des problématiques de management ou d'organisations médicales, en lien avec :

– la survenance d'un ou plusieurs événement(s) grave(s) et/ou un contrôle préalable de l'IGAS, sans que l'établissement semble dans la capacité d'y apporter seul une réponse ;

– la crainte de décisions d'investissement non pertinentes dans certains établissements et de difficultés potentielles pour l'avenir ;

– un blocage plus politique, s'ajoutant parfois à une situation financière fragile, qui empêche toute réorganisation de l'offre.

Déficits et situations financières dégradées ont des causes multiples, internes mais aussi externes, qui se conjuguent

L'IGAS relève ainsi au cours de ses missions :

Des défaillances d'organisation interne, de gestion et de pratiques managériales :

– des pratiques et organisations médicales non optimales : développement parfois encore insuffisant des alternatives à l'hospitalisation complète, durée moyenne de séjour excessive et non justifiée, sous-occupation de différents services, sous-utilisation et programmation défaillante des blocs opératoires, permanence médicale surdimensionnée, désorganisation des entrées et accueil des consultations externes, amplitudes quotidiennes et hebdomadaires inadéquates sur certains services et, plus généralement, des organisations médicales mal calibrées par rapport à l'activité, ainsi qu'une répartition inadéquate entre les sites lorsque les établissements sont sur plusieurs sites ;

– des outils insuffisants de pilotage et des compétences et pratiques comptables et financières à conforter : non-exhaustivité du codage et de la facturation, défaut d'outils de pilotage (tableaux de bord, comptabilité analytique), absence d'outils de suivi des dépenses et des recettes, d'outils de contrôle de gestion ou de GRH ;

– un déficit en matière de systèmes d'information, qui rend difficile pour les établissements concernés la collecte des données et leur utilisation en vue d'un pilotage quotidien, d'une part, stratégique, d'autre part ;

– un manque de structuration des compétences de gestion, voire leur absence ;

– une activité stagnante, en baisse, ou surestimée dans les projections budgétaires.

D'où des charges d'exploitation trop importantes par rapport aux recettes, ce qui se traduit par :

1. Une absence de maîtrise, voire une dérive des dépenses de personnel :
   – parfois causée par la reprise d'un établissement voisin, imposée à l'établissement pour des raisons sociales, cette dérive reflète l'inadéquation des effectifs à la réalité de l'activité (sureffectifs massifs, connus et constants depuis plusieurs années ou défaut d'ajustement suffisamment rapide à la stagnation ou la baisse d'activité) ;
   – du fait de conditions parfois avantageuses faites au personnel, qui peut aller dans quelques cas jusqu'à des pratiques non conformes aux textes concernant le temps de travail ;
   – d'un coût excessif du remplacement et de l'intérim.

2. Une évolution mal maîtrisée des dépenses hôtelières et médicales.

3. Un coût du patrimoine désaffecté non cédé.

4. Des investissements parfois surdimensionnés, qui pèsent lourdement sur le budget de l'établissement.

Plusieurs des établissements en grande difficulté ne parviennent pas à amortir des investissements trop coûteux, réalisés :

– sur la base de prévisions d'activité trop optimistes voire irréalistes ;
– et/ou d'un projet surdimensionné ;
– avec un suivi défaillant des travaux.

Un déficit managérial plus ou moins affirmé dans plusieurs cas qui se manifeste par l'absence de dynamique collective et de projet partagé. Ce déficit se traduit par :

– une gouvernance déficiente qui découle d'une faiblesse de l'équipe de direction, par manque de compétences (financières, techniques, travaux, etc.), ou parce que l'équipe est trop jeune et peu expérimentée, ou divisée et instable malgré les compétences individuelles ;

– une définition peu claire des rôles, l'absence de formalisation du processus de décision, la prise de décision au coup par coup sous la contrainte, l'absence de compte rendu et de communication en interne et une absence de contacts et d'échanges professionnels entre communauté médicale et direction ;

– une organisation des pôles cliniques balbutiante ou peu efficiente dans les établissements publics ;

– une communauté médicale divisée ou démobilisée ;
– l'absence de projet médical ;

– plus globalement, plusieurs missions relèvent une absence de pilotage stratégique, de projet fédérateur, de mobilisation des équipes administratives et médicales sur le retour à la normale.

Des facteurs exogènes à l'établissement, qui peuvent accentuer ses difficultés :

– L'impact de la T2A : certains établissements ont eu à supporter, sur une période courte, un coefficient de transition défavorable, et les conséquences de la convergence tarifaire. D'autres ne parviennent pas à absorber l'impact de la diminution des tarifs par une hausse d'activité ou une baisse des charges suffisantes. Dans certains établissements de petite taille, l'activité dans certaines spécialités s'avère structurellement insuffisante pour assurer la viabilité en régime T2A.

– Le contexte démographique : la taille du bassin de population qui constitue la zone d'attractivité, ainsi que sa dynamique, sont déterminantes.

– Un défaut d'attractivité médicale : lié en partie au contexte démographique, les établissements en difficulté souffrent d'une démographie médicale faible, avec des vacances déjà constatées ou qui se profilent à la faveur de départs en retraite et que l'établissement ne sait pas ou ne parvient pas à anticiper. Ces difficultés de recrutement pénalisent l'efficience des équipes.

– Un positionnement mal défini dans l'offre de soins du territoire : le projet médical de territoire est souvent mal ou non défini, les complémentarités et interactions entre établissements peu clarifiées. Le rôle de l'ARS est déterminant dans cette recomposition, et les arbitrages lui reviennent.

Conclusion

Au-delà des constats sur le management, la gestion interne des établissements et leur environnement « technique », la plupart des missions posent deux questions transversales :

– la question du contexte politique local : il pèse sur la capacité des directions d'établissement (et des ARS) à faire évoluer leurs organisations ;

– la question des conditions de l'efficacité de ce type de mission opérationnelle : leur réussite suppose une collaboration étroite entre mission, ARS, une adhésion relative de tout ou partie des équipes, et s'agissant plus spécifiquement des administrations provisoires, l'anticipation de la sortie de l'administration provisoire par l'ARS, la DGOS et le CNG dès lors qu'il faut reconstituer tout ou partie d'une équipe de direction.

Mission d'appui-conseil auprès de la fondation Hôtel-Dieu du Creusot et administration provisoire du centre hospitalier de Montceau-les-Mines

J.-C. Delnatte, J. Métais, Dr. H. Vigneron-Meleder,
Administration provisoire du syndicat interhospitalier de Montceau-les-Mines,
2010-2012.

Deux établissements de santé quasi comparables quant à leur taille et leurs activités sont en concurrence dans le même territoire de près de 100 000 habitants : la fondation Hôtel-Dieu du Creusot, établissement privé non lucratif (ESPIC) et le centre hospitalier de Montceau-les-Mines, établissement public. Ces deux établissements représentent une offre de soins globale de 500 lits environ, dont 150 lits de chirurgie complète et 23 lits d'obstétrique. L'hôpital de Montceau-les-Mines dispose en outre d'une structure d'accueil pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), de taille importante. Ils sont tous les deux en perpétuel déficit. Depuis plus de dix ans, des aides conséquentes des autorités de tutelle ont tenté, avec l'appui de différentes missions, de remédier à cette situation délétère, sans résultat.

La mise en œuvre d'un groupement de coopération sanitaire de moyens, fin 2009, ainsi que la réorganisation des activités médicales entre les deux hôpitaux, assortie d'un contrat de retour à l'équilibre, n'ont pas apporté les résultats escomptés.

Fin 2010, le déficit des établissements n'a jamais été aussi important : il atteint 5 millions d'euros au minimum pour chacun d'entre eux. De ce fait, et malgré les aides du ministère, les dettes accumulées atteignent un niveau incompatible avec une poursuite d'activité.

Au cours du deuxième semestre 2010, une mission d'appui-conseil composée de trois inspecteurs a été désignée pour tenter de déterminer les conditions de viabilité d'une offre de soins maintenue dans l'agglomération composée des deux villes du Creusot et de Montceau-les-Mines. Ces deux villes constituent une agglomération urbaine depuis quarante ans. Dans un premier temps, cette mission a porté uniquement sur l'établissement du Creusot.

La mission d'appui-conseil auprès de la fondation Hôtel-Dieu du Creusot

L'analyse démographique : resituer les parts de marché

Le bassin de vie du Creusot et de Montceau-les-Mines est l'un des territoires de Bourgogne les plus perdants en matière démographique. Selon une étude de l'INSEE, le territoire Montceau-les-Mines /Le Creusot devrait perdre d'ici 2030 environ 25 000 habitants[353].

De ce fait, une augmentation du niveau d'activité est peu probable : le redressement financier ne peut pas reposer sur une croissance importante du chiffre d'affaires.

Les causes des difficultés financières

Ces difficultés financières sont dues au fait que la rémunération de l'activité ne compense pas le coût des moyens mis en œuvre pour la réaliser (au premier rang desquels les charges en personnel). De plus, la mise en place de la tarification à l'activité est venue aggraver la situation en mettant fin à la surdotation budgétaire historique de l'établissement au regard de son activité.

Les propositions de la mission

Les conclusions de la mission sont les suivantes :

– *déposer le bilan de la fondation Hôtel-Dieu*

La cessation de paiement ayant été constatée, le maire du Creusot et président de la fondation a été mis dans l'obligation de saisir le tribunal de grande instance (TGI) en vue du placement en redressement judiciaire, décidé en date du 31 janvier 2011. Un administrateur judiciaire a été nommé. Préalablement, le départ du directeur général a été négocié et est devenu effectif fin 2010.

– *mettre sous administration provisoire l'hôpital de Montceau-les-Mines*

La situation de l'hôpital de Montceau-les-Mines n'étant guère meilleure que celle de l'Hôtel-Dieu du Creusot, il a été proposé une administration provisoire pour cet établissement. Son directeur a été placé en recherche d'affectation.

– *créer une structure unique à management commun*

Le départ des deux directeurs et le placement en redressement judiciaire de l'Hôtel-Dieu du Creusot devaient permettre de mettre fin aux doublons d'activités sur le plan médical, technique et médico-technique, et faciliter une synergie optimisant les moyens mis en œuvre.

La création d'une structure unique de statut public était par ailleurs rendue possible, le CH de Montceau-les-Mines étant en capacité d'absorber l'établissement du Creusot.

353 Cette étude, menée en 2008 par l'INSEE et cofinancée par la région Bourgogne, réalise des projections démographiques à taux de fécondité, de natalité et d'immigration constants. La région Bourgogne perdrait à l'horizon 2030 près de 8000 habitants en moyenne, d'autres territoires connaissant, eux, un solde positif.

Ces préconisations ont été portées à la connaissance des ministres et de la directrice générale de l'ARS concernée en date du 27 octobre 2010.

L'administration provisoire du centre hospitalier de Montceau-les-Mines

Afin de mettre en œuvre les recommandations validées par les ministres, une administration provisoire du centre hospitalier de Montceau-les-Mines a été décidée à compter du 18 janvier 2011, pour une durée d'un an.

La recherche de l'amélioration des comptes

Une meilleure valorisation de l'activité afin d'améliorer les recettes

S'il ne fallait pas espérer un accroissement sensible de l'activité pour augmenter les recettes, il est très vite apparu urgent d'optimiser la valorisation des séjours et des actes.

Il a été demandé au DIM de sensibiliser ses confrères au remplissage de tous les dossiers patients (amélioration quantitative), mais également à l'amélioration qualitative en cotant mieux les comorbidités. La mission s'est adjoint les services d'une société extérieure afin de renforcer l'expertise du DIM. Une réunion mensuelle d'analyse de l'activité a été instaurée, associant la direction, le DIM et le président de la CME. Le circuit de facturation a été audité et réorganisé.

Ces actions, conjuguées à une légère croissance du nombre de séjours, ont permis de facturer 1,9 million d'euros de recettes supplémentaires en 2011.

La maîtrise des dépenses

Au premier rang d'entre elles figurent les dépenses de personnel. L'analyse des effectifs, à laquelle a fortement participé localement la directrice des soins, a permis de proposer un plan de rationalisation des effectifs tout en résorbant l'emploi précaire. Grâce à cette action, une économie de 1,6 million d'euros a pu être obtenue.

Les autres dépenses ont fait l'objet d'une surveillance permanente, qui a permis de mettre à jour un certain nombre d'anomalies, au premier rang desquelles se situe l'absence fréquente de mise en concurrence. Le contrôle continu de toutes les factures et des réunions régulières avec les services concernés ont permis de mieux dépenser et de réduire les charges. Une partie du traitement du linge a été externalisée et les laboratoires du Creusot et de Montceau-les-Mines ont été regroupés.

Une meilleure organisation médicale

Au cœur des préoccupations de la mission, l'organisation médicale est l'une des conditions de l'amélioration pérenne des comptes des deux établissements. Pour mener à bien ce travail, une analyse fine de l'activité a été réalisée avec l'appui d'un autre membre de l'IGAS.

Plusieurs scénarios ont été envisagés, sans recueillir le consensus nécessaire.

La solution retenue, élaborée à la demande de la nouvelle directrice de l'ARS de Bourgogne, consiste à redistribuer à la marge les activités médicales mais en réduisant de façon notable les superficies et le nombre de lits, passant ainsi l'ensemble de 514 lits et 32 places à 451 lits et 20 places soit une réduction de capacité de 75 lits. L'économie de charges est évaluée à plus de 5,6 millions d'euros à fin 2014.

Cette solution est le support de l'offre de reprise déposée par l'administration provisoire auprès du TGI en octobre 2011, avec l'aide d'un cabinet spécialisé dans le management de transition et les restructurations d'entreprise.

Les difficultés rencontrées

Le recrutement de médecins

Le net fléchissement démographique du territoire et sa faible vitalité économique n'attirent pas les jeunes médecins. L'absence de visibilité à court et moyen terme du projet médical aggrave encore ce phénomène. Cette difficulté à recruter des médecins est ressentie de façon très négative par l'ensemble du personnel.

Des difficultés d'ordre social, juridique et politique

Si la diminution des effectifs du CH de Montceau-les-Mines, fondée sur les départs naturels et le non-renouvellement des CDD, a pu être réalisée sans opposition frontale des partenaires sociaux, il n'en est pas de même au Creusot où les gestionnaires se sont abstenus de tout effort de réduction des emplois, rendant ainsi inéluctables des décisions de licenciement, à prendre quelle que soit l'issue de la procédure de redressement en cours.

Sur le plan juridique, la reprise par un établissement public de salariés de droit privé, dans le cadre d'une procédure de redressement judiciaire, s'avère complexe à mettre en œuvre, les règles de droit public et de droit privé étant difficilement compatibles.

Enfin, dans un dossier aussi sensible, la proximité d'échéances électorales n'a pas favorisé la prise de décision structurante qu'il aurait été possible d'imposer sur la base des propositions de la mission dans le premier semestre 2011.

Les résultats

Sur l'équilibre financier

Si des difficultés demeurent, le redressement financier de l'établissement de Montceau-les-Mines est patent. Fin 2011, un excédent de 2 millions d'euros a pu être dégagé, alors qu'un déficit de 5 millions d'euros était prévu avant l'arrivée de la mission. Si cet excédent est en partie dû à une aide contractuelle de l'ARS, l'effet en année pleine des mesures prises en 2011 devrait permettre un retour à l'équilibre durable en 2012, sans aide extérieure.

Sur la réorganisation des activités

L'un des objectifs de la mission était de réaliser une structure unique à management commun. Il n'a pas été atteint à ce jour. En effet, l'absence de consensus médical s'est doublée d'une forte opposition du maire du Creusot. Acteur incontournable de toute réorganisation, notamment du fait du statut privé de la Fondation, le maire s'est opposé au projet de restructuration.

Il a décidé *in fine* de déposer un projet concurrent de continuation d'activité dont le contenu, les conséquences sociales et le financement ne sont pas connus à ce jour.

Conclusion

Si la proposition d'organisation médicale présentée par la mission n'a pas abouti, les travaux conduits ont en revanche permis de rétablir l'équilibre des comptes du CH de Montceau-les-Mines.

Il faut également noter l'absence de mouvements sociaux et une action pédagogique forte sur les nouveaux enjeux liés à la rémunération à la qualité et à la performance qu'est la T2A préparant à un inéluctable changement des pratiques, quelle que soit la solution retenue par le Tribunal de grande Instance (TGI).

Mission d'appui-conseil auprès du centre hospitalier d'Argenteuil

François Maury,
Mission d'appui-conseil auprès du centre hospitalier d'Argenteuil, juin-juillet 2010.

Le centre hospitalier d'Argenteuil (CHA) est un hôpital généraliste, référent pour une population urbaine, jeune et précarisée, d'environ 250 000 habitants en proximité et plus de 400 000 en recours pour certaines spécialités.

Dans un environnement immédiat où les médecins spécialistes libéraux disparaissent progressivement et où les deux dernières cliniques privées MCO ont fermé au début des années 2000, il reste fortement apprécié de la population et des élus. L'activité non programmée y est ainsi très importante avec, par exemple, en 2010, près de 80 000 passages aux urgences, soit 220 par jour en moyenne.

Avec 800 lits et places dont 500 de médecine, de chirurgie et d'obstétrique, son offre porte sur la quasi-totalité des disciplines. Disposant des compétences, des techniques et des matériels spécialisés, il maîtrise notamment la prise en charge des grands domaines pathologiques : cancérologie, cardiologie, gastrologie, gériatrie… aussi bien dans les champs médicaux, chirurgicaux que médico-techniques.

Ainsi, il franchit la quasi-totalité des seuils exigés pour autoriser les activités de chirurgie cancérologique, de cardiologie interventionnelle ou de chimiothérapie. Néanmoins, en 2010, il présentait, des fragilités pour l'orthopédie, les spécialités chirurgicales, la neurologie et la radiothérapie. Par ailleurs, il doit composer avec d'autres hôpitaux importants assez proches, comme le groupement hospitalier d'Eaubonne-Montmorency (GHEM), l'hôpital Louis-Mourier (AP-HP[354]) ou le CASH[355] de Nanterre.

Ainsi, le CH d'Argenteuil est un établissement généraliste de grande taille, à la mesure de sa mission.

Dynamisé par une activité en forte progression dans les années 2000, il n'a pu éviter d'entrer dans une spirale budgétaire lourdement déficitaire avec un résultat cumulé négatif de plus de 40 millions d'euros pour l'année 2006.

Cette situation préoccupante a nécessité l'intervention d'une première mission d'appui en octobre 2007. Ses préconisations rigoureuses ont été mises en œuvre avec succès et promptitude par l'équipe dirigeante de l'époque. L'amélioration de

354 Assistance publique hôpitaux de Paris.
355 Centre d'accueil et de soins hospitaliers.

la situation budgétaire d'exploitation a permis à l'ARS, début 2010, d'autoriser et soutenir financièrement une première tranche de reconstruction que la mission, comme l'ARS Île-de-France, considère aujourd'hui comme incontournable.

Si l'établissement s'inscrivait dans un fonctionnement budgétaire annuel quasi équilibré sans aide de l'ARS en 2010, il portait, toutefois, une situation bilancielle problématique avec une dette cumulée historique de plus de 34 millions d'euros. Le poids des créances irrécouvrables avec un stock de 5,7 millions d'euros augmentait chaque année de 600 000 à 800 000 euros. Cette situation pouvait entraîner des remarques lors de la certification prochaine des comptes, devenue obligatoire avec la nouvelle loi « Hôpital, patient, santé, territoire ». L'ampleur de la dette accumulée, la nécessité de contracter de nouveaux emprunts pour permettre la reconstruction, fragilisaient fortement les perspectives d'évolution de l'établissement confronté à des enjeux structurels et stratégiques essentiels.

En tout état de cause, ce déficit cumulé induisait des problèmes structurels de trésorerie. L'établissement ne pouvait y faire face que par le recours à une ligne de trésorerie constante de 9 à 11 millions d'euros.

Alors que le même chef d'établissement était resté pendant trente ans à la tête du CH d'Argenteuil, l'arrivée d'un nouveau directeur a créé l'opportunité de la mission d'appui qui s'est déroulée du 1er juin au 15 juillet 2010. Son action a permis de formuler un certain nombre de constats, de proposer au directeur arrivant des orientations d'action pour faire face à des situations d'urgence et enfin de recommander quelques initiatives à l'échelle de l'établissement comme de l'ARS.

La nécessité d'une action vigoureuse et immédiate pour recadrer un chantier majeur menacé

Si le centre hospitalier pouvait financer la construction d'une première tranche de travaux de reconstruction (à hauteur de 68 millions d'euros), c'était au prix d'une restriction sérieuse de son investissement courant de 2012 à 2014. Dans ce contexte, la possibilité d'un enchaînement rapide des deux autres tranches de travaux (120 millions d'euros) paraissait et paraît encore aujourd'hui inenvisageable par insuffisance d'autofinancement. Il appartient à l'établissement, en collaboration avec l'ARS, de déterminer, d'ici deux à trois ans, les conditions d'une poursuite de la reconstruction en fonction de ses capacités d'investissement et des révisions du programme de travaux en cours.

Ces perspectives ont amené la mission et le directeur, en juin 2010, à considérer avec attention les conditions de mise en œuvre de la tranche ferme. Au constat :

– des travaux modificatifs demandés par le précédent directeur avant son départ, impliquant un surcoût de 10 millions d'euros dès 2010 et non financés ;

– des doutes sur la fonctionnalité et la conformité du programme retenu, les capacités d'adaptation de l'organisation de l'hôpital pendant une période transitoire qui pourrait durer entre tranches fermes et optionnelles ;

– des interrogations sur certains choix de développement d'activités.

La mission a proposé une suspension des travaux préparatoires au chantier pendant un délibéré de deux mois. En plein accord avec le directeur et sans pénalités contractuelles, l'établissement s'est engagé énergiquement dans un travail de réflexions correctrices et de discussion avec la maîtrise d'œuvre du chantier.

À la fin de l'année 2010, le schéma général du programme de travaux avait été revu sans surcoût majeur, autorisant une restructuration fonctionnelle et par étape du site avec un simple décalage d'une année du calendrier initial de la construction.

L'obligation de relancer une réflexion stratégique atone par une mobilisation et un renouvellement des compétences managériales et gestionnaires

Ce constat en appelait un autre. L'établissement ne pouvait s'appuyer ni sur un projet médical à jour, ni sur un projet d'établissement, ni sur un programme de construction adapté en conséquence pour structurer ses choix. Hors la satisfaction de voir l'hôpital reconstruit et le budget de nouveau équilibré, la majorité du corps médical et des cadres n'avait pas une vision précise des objectifs médicaux et institutionnels. Ces responsables n'avaient pas collectivement participé à leur élaboration, même s'ils se sentaient fortement impliqués dans l'avenir de l'hôpital.

De ce point de vue, le directeur avait la lourde tâche de redynamiser le projet managérial et gestionnaire : élaboration participative des documents institutionnels, animation en pratique de la nouvelle gouvernance, mise en place d'un schéma directeur du système d'information, etc. Il ne pouvait le faire qu'en réorganisant et renforçant son équipe. Un effort tout particulier était à réaliser autour de la direction des finances (contrôle de gestion, facturation, contentieux…). Il pouvait, néanmoins et toujours aujourd'hui, compter sur une équipe médicale énergique et volontaire : présidente de CME, directoire, chefs de pôles et la majorité des chefs de service.

Début 2012, le redressement de l'établissement, sur le plan budgétaire et financier, est significatif

Les actions de consolidation de la situation budgétaire ont été poursuivies à la suite de la mise en œuvre du contrat de retour à l'équilibre financier (CREF). Les exercices budgétaires 2010 et 2011 ont été clôturés à l'équilibre réel, sans aide structurelle de l'ARS (dernière année de soutien en 2009), avec de légers excédents inférieurs à 500 000 euros.

La situation financière reste toutefois durablement fragilisée par l'existence d'un report à nouveau négatif de 27 millions d'euros auquel s'ajoute un stock demeuré inchangé de 5,7 millions d'euros de créances irrécouvrables.

La politique de recouvrement des factures reste une priorité, renforcée par la prochaine échéance de la réforme de la facturation « au fil de l'eau ».

La position de la trésorerie courante s'est améliorée sur la période récente, la ligne de trésorerie qui était tirée à hauteur de 11 millions d'euros en moyenne en 2010 a été ramenée à 5,6 millions d'euros en fin d'année 2011 (1,8 million d'euros en moyenne mensuelle 2011).

Le CHA a retrouvé une dynamique de prospective stratégique et de politique qualité.

La préparation d'un nouveau projet d'établissement a été lancée en janvier 2011. Les orientations générales ont été présentées et validées par les instances de l'établissement en juin et juillet 2011. Une phase d'approfondissement et de déclinaison des orientations a été conduite au cours du dernier trimestre 2011, en tenant compte à la fois des problématiques strictement locales et des avancées des discussions engagées avec l'hôpital d'Eaubonne-Montmorency (GHEM).

La mobilisation de l'établissement sur le domaine de la gestion de la qualité a permis que la visite de certification organisée en janvier 2012 valide très largement les démarches et les résultats de l'établissement par rapport au référentiel HAS.

L'opportunité de créer les conditions d'une coopération réussie avec les établissements partenaires, notamment autour de la radiothérapie

Les établissements d'Argenteuil et le groupement hospitalier d'Eaubonne-Montmorency (GHEM) sont maintenant des partenaires actifs

Des collaborations sur des thèmes comme l'orthopédie, la rythmologie cardiaque, la chirurgie thoracique et surtout, en priorité, la radiothérapie, pouvaient s'envisager utilement. La validation par l'ARS des projets médicaux, en voie d'élaboration pour 2011 dans ces deux établissements, créait l'occasion d'inciter à des synergies interhospitalières.

Si l'ARS n'a pas pris d'initiative formelle dans ce sens, elle a encouragé les directeurs des deux hôpitaux d'Argenteuil et d'Eaubonne-Montmorency à mettre en place, en parallèle au premier semestre 2011, une démarche de préparation des projets médicaux de chacun des deux hôpitaux avant d'engager dans un second temps une concertation institutionnelle sur les opportunités de coopération au second semestre de la même année.

La permanence de soins alternée en chirurgie dès le 1er octobre 2011, est en avance sur le calendrier régional. Cette organisation a contribué à créer une relation de travail entre les équipes médicales d'urgence et de chirurgie qui ne se connaissaient pas auparavant et permis de fluidifier la continuité de la prise en charge des patients en période nocturne ;

– la création d'une unité centralisée de reconstitution de cytotoxiques pour les deux hôpitaux, située sur l'hôpital d'Argenteuil ; l'unité est fonctionnelle depuis mi-mars 2012 (17 000 unités / an pour le CHA, 4 500 pour le GHEM) ;

– la mise en place d'une filière publique entre les deux hôpitaux pour l'ORL, organisant l'adressage des patients d'Argenteuil à Eaubonne pour la chirurgie, notamment du cancer avec une RCP commune sur chacun des deux sites, et la continuité des soins entre les deux sites. Un service interhospitalier sera créé en fin d'année 2012, au départ du chef de service d'Argenteuil ;

– la décision est prise de poursuivre avec la création d'un GCS ayant pour premier objet la création d'une stérilisation commune pour les deux hôpitaux, livrable en fin d'année 2013 ;

– le renforcement de la filière gériatrique, déjà très structurée, permettant une réponse coordonnée des deux hôpitaux sur les appels d'offres publics : choix d'implanter une unité cognitivo-comportementale (UCC) en SSR et une unité oncohématologique en SSR gériatrique à Argenteuil.

La pérennisation de l'activité de radiothérapie publique est aujourd'hui confortée

La négociation d'une nouvelle convention de coopération entre le CHA et le GHEM, grâce à la volonté commune des deux directeurs, a permis de faire émerger une solution durable de maintien de l'activité de radiothérapie sur le site d'Argenteuil. La mission de l'IGAS sur la radiothérapie en Île-de-France a validé cette avancée, qui tient compte d'une situation historique et de l'intérêt de conforter la compétence et l'activité cancérologique des équipes du CHA.

Au-delà du redressement institutionnel et budgétaire largement entamé, il paraît opportun de souligner, surtout, la réussite de l'engagement des équipes médicales et gestionnaires des établissements d'Argenteuil et d'Eaubonne-Montmorency dans une coopération jugée, pourtant, il y a dix-huit mois, irréaliste.

Contrôle dans un grand hôpital psychiatrique après un signalement d'actes de maltraitance, et suites de ce contrôle

J. Guedj, J. Métais, H. Strohl,
Inspection du CHI de Clermont-de-l'Oise, octobre 2010 ;
M. Bressand, B. Bonnici, F. Maury,
Missions d'intérim et d'appui, 2010-2012.

Une étudiante en soins infirmiers signale des faits de maltraitance qu'elle a observés dans un pavillon pour patients souffrant de troubles envahissants du développement de ce grand établissement psychiatrique de province.

L'agence régionale de santé demande alors au ministre de la Santé de diligenter une mission de contrôle de l'IGAS.

Celle-ci a tout d'abord mis en évidence les faits de maltraitance institutionnelle grave ajoutés à des conditions d'accueil hôtelier indignes dans le pavillon signalé.

Un contrôle du fonctionnement de cet établissement de 800 lits et 3000 salariés a été effectué pour vérifier qu'il n'existait pas d'autres services maltraitants, et que l'établissement disposait des moyens de faire face à sa mission de service public de la psychiatrie, en termes d'investissement et de ressources humaines.

Au vu des conclusions du rapport, le ministre a décidé de charger un membre de l'IGAS de réinscrire l'établissement dans un fonctionnement institutionnel, financier et managérial normal. Deux missions d'appui ont été confiées à l'IGAS : une première, pour structurer un projet de soins prévenant la maltraitance et une seconde pour initier un projet immobilier faisable et adapté[356]. Ces missions, terminées et abouties début 2012, ont permis qu'une équipe de direction renouvelée reprenne la gestion de cet établissement sur de nouvelles bases.

Un hôpital en grande difficulté (mai-juin 2010)

L'IGAS a tout d'abord contrôlé les services qui avaient été signalés, puis visité tous les pavillons des trois sites de l'hôpital. Dans le même temps, elle a effectué une analyse approfondie des moyens dont dispose cet établissement

356 Les différents types de missions de l'IGAS dans le champ hospitalier sont explicités dans la synthèse « Les principaux constats des missions opérationnelles de l'IGAS 2010-2012 ».

et de leur utilisation, pour conclure sur les causes principales des difficultés qui tiennent à un management défaillant à tous les niveaux.

Des faits de maltraitance, un consensus de tolérance par rapport à des conditions d'hospitalisation et de prise en charge indignes

Deux pavillons, l'un de pédopsychiatrie, l'autre accueillant des patients souffrant de troubles envahissants du développement avaient fait l'objet de signalements pour des suspicions de mauvais traitement et de mauvaise prise en charge des patients.

Le service de pédopsychiatrie avait été entièrement réorganisé et réaménagé quand l'IGAS est intervenue. En revanche, rien n'avait été fait dans le service accueillant des patients chroniques. Un interrogatoire très détaillé sur les faits allégués, un examen des comptes rendus de réunions cliniques et institutionnelles, l'examen des activités menées, de la fréquence du suivi médical et infirmier ont permis à la mission de conclure que les faits de maltraitance étaient avérés : des malades ont reçu des coups en réaction à des gestes agressifs, les toilettes n'étaient pas faites dans le respect de l'intimité, les malades ne bénéficiaient pas d'un traitement personnalisé, ils n'étaient pas vus régulièrement par le médecin. Les comportements parfois indignes des soignants étaient la résultante d'un encadrement insuffisant, sans suivi médical régulier, sans soutien du cadre infirmier. Les conditions du bâti et de l'hôtellerie étaient en elles-mêmes maltraitantes. Pour exemple : l'éclairage des chambres dépendait d'un seul interrupteur central, de telle sorte que les malades ne pouvaient pas s'éclairer la nuit individuellement, mais qu'ils étaient tous réveillés brutalement, quand il y avait besoin de lumière pour intervenir au chevet d'un seul d'entre eux. Les équipements étaient d'une rare indigence, des puzzles aux pièces manquantes, des illustrés déchirés et quelques feutres. Chaque patient hospitalisé au long cours ne bénéficiait que d'une heure d'activité thérapeutique, rarement deux par semaine.

La mission, après avoir visité tous les sites et vu tous les chefs de service et cadres de l'établissement, a relevé dans plusieurs autres services des dysfonctionnements graves du même ordre. Mais elle a constaté aussi que, dans cet établissement, certains services offraient aux malades un accueil de qualité et des soins et activités de réhabilitation conformes aux exigences actuelles. Le meilleur ne peut pas cependant excuser le pire et une gouvernance médicale et administrative normale n'aurait jamais dû tolérer la persistance de telles situations.

L'hôpital ne manquait pas de moyens, mais les utilisait mal

Une analyse des moyens financiers de l'établissement, rapportés à la population desservie, a montré que cet hôpital disposait de ressources significativement supérieures à la moyenne des autres hôpitaux psychiatriques. L'absence d'investissements s'expliquait donc par une mauvaise utilisation des moyens :

– une capacité en lits trop importante, entraînant des effectifs de personnels en conséquence. Jusqu'à une date récente, les malades incapables d'une vie autonome ne se sont pas vus proposer les prises en charge médico-sociales plus conformes à leur état qu'une structure médicale asilaire. D'où une chronicisation et une dégradation de leur état ;

– des secteurs logistiques en sureffectif ;

– un non-respect des règles en matière de gestion des personnels, y compris médicaux. Des praticiens arrivant en gare à plus de 10 h le matin, pour repartir à 16 h et parfois quatre jours par semaine seulement (l'hôpital perdait l'équivalent de 25 postes sur 130). D'une manière générale, l'aménagement du temps de travail et le laxisme dans l'application des règles d'avancement faisaient perdre à l'établissement près de 5 % de sa masse salariale.

En revanche, l'établissement avait besoin d'investir massivement, pour abandonner un site et des bâtiments totalement obsolètes et même indignes et pour investir sur le site plus récent afin de disposer à terme d'un hôpital offrant un hébergement de qualité aux patients qui sont obligés d'y séjourner.

C'est pourquoi l'IGAS a préconisé, non pas de diminuer le budget de l'établissement, mais de redéployer une partie de celui-ci (6 à 7 %), des crédits de personnel vers les crédits d'investissement, ce qui serait suffisant pour autofinancer les investissements indispensables.

L'enjeu des prochaines années était donc de sortir d'un management se bornant à saisir les opportunités et à s'appuyer sur les bonnes volontés, pour élaborer un projet partagé qui dégage les moyens nécessaires au progrès pour tous les services.

Cette mobilisation de tous les professionnels sur une redynamisation de l'établissement devait passer aussi par un renouvellement progressif de l'équipe dirigeante.

Des réformes pour redresser l'établissement

Une mission d'intérim d'intervention et deux missions d'appui se sont attachées à restructurer cet hôpital à partir du constat et des 54 recommandations établis par la mission d'inspection.

Corriger les dysfonctionnements institutionnels et managériaux tout en préparant l'avenir

L'absence d'un référentiel et d'un cadre crédibles pour l'avenir proche et lointain constituait la cause majeure du malaise et des insuffisances évoquées par le contrôle. La présence d'un chef d'établissement, même transitoire, en position de responsabilité et de décision, a rassuré en tenant d'abord un discours institutionnel d'avenir. Ce qui n'a en rien empêché, voire a favorisé les exigences de corrections de comportement, de changement de pratiques professionnelles et d'efforts pour les personnels.

Cette dynamique a permis :

– la fermeture des unités ainsi que la correction des faits et attitudes de maltraitance relevés par la mission d'inspection, mouvement d'ailleurs déjà entamé par l'ancienne directrice et l'introduction d'un système plus efficace de gestion des plaintes et de déclarations des évènements indésirables ;

– la fin d'une forme de cogestion qui paralysait l'exécutif de l'hôpital, le retour à un fonctionnement normal du directoire et de la CME ;

– la finalisation et l'ouverture d'une maison d'accueil spécialisée de 60 lits et de deux unités pour patients présentant des troubles sévères du développement ;

– le lancement de l'élaboration, essentielle pour l'avenir de l'hôpital, du projet d'établissement 2012/2016 à partir de six grands axes votés à la quasi-unanimité par les instances en juin 2011 ;

– la proposition d'une feuille de route au nouveau directeur et à l'ARS permettant de rééquilibrer le budget : baisse du titre I (ressources humaines) au profit du titre IV (amortissements et remboursement d'emprunts) notamment par la renégociation de l'accord RTT et du temps médical, suppression d'avantages de progression de carrière non réglementaires, gel de postes par réorganisation des unités et non-remplacement de départs en retraite du personnel non soignant dont le pourcentage était dans cet établissement largement supérieur aux moyennes du secteur ;

– le retour à un excédent significatif d'exploitation en 2011, sans apport budgétaire supplémentaire de l'ARS et la reconstitution esquissée d'une capacité d'autofinancement autorisant quelques immobilisations prioritaires ;

– l'engagement des démarches en vue du rattachement des secteurs de Neuilly et Courbevoie, enfin, à la région Île-de-France, après accord des deux directeurs d'ARS et, accord de principe des instances des établissements de Clermont-de-l'Oise et de Villejuif-Paul-Guiraud (établissement public de santé mentale pressenti pour les accueillir).

Un projet de soins axé sur le développement de la culture de bientraitance

La communauté hospitalière de cet établissement possède une forte culture liée à l'histoire asilaire, renforcée par la localisation géographique : l'hôpital est le principal employeur de la ville. Le recrutement est local, voire familial. Le cloisonnement du fonctionnement entre les dix-sept pôles/service/secteurs médicaux est renforcé par la tradition de fidélité à des secteurs dans lesquels certains agents effectuent toute leur carrière. Cette culture est partagée par tous les services, administratifs, logistiques et techniques et freine la mise en place d'une politique de mutualisation des connaissances et la diffusion de bonnes pratiques. Elle est sclérosante professionnellement et souvent les efforts des uns sont limités par une forme d'inertie collective.

L'encadrement de proximité se sent peu considéré et dit être soumis à des injonctions paradoxales. De la défaillance du management résultent des modes de fonctionnement irrationnels, mélange entre procédures médico-administratives inapplicables et vieilles habitudes jamais remises en cause.

Une action très volontariste a été engagée et s'est appuyée sur des personnes ressources en interne tout en tenant compte du contexte. Il convenait en effet de ne pas sous-estimer la culture de cet établissement pour assurer la pérennité des actions mises en œuvre.

La bientraitance ne se décrète pas, mais s'organise autour d'un plan de développement de la bientraitance aux actions évaluables. L'identification des domaines d'intervention prioritaires puis le développement d'une réelle collaboration entre tous les responsables ont suscité l'adhésion de la communauté hospitalière. Pour ce faire, la mission d'appui s'est efforcée de respecter et de valoriser les réussites des équipes d'autant qu'une part importante du personnel, notamment l'encadrement de proximité, était partie prenante d'un changement et d'une amélioration de la prise en charge des patients.

Le repositionnement des cadres infirmiers et éducatifs comme responsables de la qualité des prises en charge des patients et des prestations de leurs équipes correspondait à leurs attentes. Leur mobilisation a été remarquable. Ils ont, dans leur grande majorité, commencé à irriguer l'exercice professionnel et l'organisation de l'établissement de la notion de bientraitance qui a été affichée comme un des axes stratégiques du projet d'établissement.

La direction des soins a été restructurée, ses missions renforcées et centrées sur l'aide à la mise en place, dans les pôles, de protocoles de soins psychiatriques et somatiques évaluables. Le projet de soins et éducatif présenté aux instances a été accepté comme un outil évolutif de management des soins, utilisable par tous et servant de référence lors des évaluations. Il a été acté que les objectifs opérationnels du projet étaient tous pensés au bénéfice des patients. Le contenu du projet de soins remet en cause les habitudes et les organisations des services de soins, mais aussi des services supports. Il prévoit également des formations de maintien et d'augmentation des compétences professionnelles.

La gestion des risques, presque inexistante, comme le soulignait le rapport de la visite de suivi de la certification, a été réorganisée et centrée sur la prévention des risques liés aux soins, dont la maltraitance. La procédure de déclaration et de gestion des événements indésirables a été entièrement refondue après une vaste concertation, tout particulièrement avec le corps médical. Il en est de même pour les réponses aux plaintes et réclamations des patients. La préparation de la prochaine visite de certification est acceptée comme une opportunité pour transformer cet exercice, jusqu'alors très administratif, en un programme d'amélioration continue de la qualité ayant pour fil conducteur la bientraitance.

Le processus d'amélioration de la qualité du service rendu est engagé et l'établissement possède de nombreuses ressources. Cependant, la tâche est immense et ne sera pas aisée. L'organisation générale de l'hôpital est à repenser, l'accompagnement du changement par une politique de communication volontariste en interne et en externe est nécessaire. Le droit à l'initiative est à encourager, la culture de l'évaluation à développer, les comportements inadmissibles doivent être traités et leurs auteurs sanctionnés.

La nouvelle équipe de direction s'organise en ce sens et devra bénéficier pour réussir du soutien et de l'aide effective de l'ARS.

Plusieurs scénarios de restructuration architecturale

En dépit de leur différence d'état de santé, les patients étaient mélangés au sein des pavillons, ce qui induisait un chevauchement permanent entre les différents modes d'hospitalisation. La séparation entre hospitalisation des hommes et hospitalisation des femmes était difficile. Tous les malades étaient confinés dans des unités « fermées ». La restructuration se justifiait aussi pour conduire une politique active d'amélioration des conditions de travail du personnel et pour optimiser l'organisation. L'éclatement des activités, soignantes, administratives et logistiques, ne permettait pas la mutualisation des moyens et générait de très nombreux doublons, en particulier au sein des fonctions « support ».

Accompagnant la mission d'intérim à partir de septembre 2011, la mission sur la restructuration architecturale et logistique a expertisé un possible plan pluriannuel d'investissement (PPI) à hauteur de 80 millions d'euros, autofinancé par emprunt et sans aide extérieure. Cet effort permettrait le regroupement de l'ensemble des activités (soignantes, administratives et logistiques) sur un seul site et la réalisation d'autres opérations structurantes et de renouvellement de matériel courant.

La restructuration principale, expertisée par la mission, consiste à relocaliser, progressivement, sur le site plus récent, en fonction des opportunités financières et des contraintes techniques, toutes les activités hospitalières jusque-là dispersées sur deux sites et en priorité les activités soignantes (267 lits d'hospitalisation complète) respectant les spécificités de chaque type d'activité. Elle est fondée sur un zonage du site susceptible de distinguer les zones de soins (adultes et enfants) des zones administratives et logistiques. La création d'ensembles architecturaux, inscrite dans le futur projet médical, disposant de façon contiguë les unités d'hospitalisation de deux ou trois secteurs sur le modèle du CPHT de Compiègne, va dans le sens de la recherche d'une plus grande intersectorialité favorisant la mutualisation des moyens, notamment humains.

La direction intérimaire avait pris la décision, confirmée par la nouvelle direction, de réaliser en urgence le transfert de certaines unités implantées sur le site de Clermont (pavillon le plus délabré).

Conclusion

Cet établissement était l'un des asiles psychiatriques emblématiques construit et développé au siècle dernier. Il a accueilli jusqu'à 4 000 malades, qui y entraient au début de leurs troubles et y passaient souvent leur vie. Il n'est certes pas passé à côté des progrès dans les soins dispensés aux malades souffrant de troubles psychiatriques qui ont permis peu à peu de lutter contre la chronicisation induite par les hospitalisations de longue durée. L'important dispositif de centres destinés aux consultations, aux activités de prévention, aux prises en charge alternatives à l'hospitalisation en témoigne et on y trouve des services très bien organisés, dispensant des soins de très grande qualité.

Mais cet établissement a sans doute souffert aussi d'un repli institutionnel trop important, d'une tendance à privilégier toujours l'adjonction de nouveaux moyens par rapport à la réflexion sur d'autres modes d'intervention. Le cloisonnement et l'absence de projet collectif ont conduit à tolérer de graves dérives, alors même que la qualité d'autres services montrait une capacité réelle à l'excellence.

L'intervention dans la durée de l'IGAS sur un établissement singulier reste exceptionnelle. Une mission d'intérim restructurant et deux missions d'appui et conseil constituent une action de l'IGAS tout à fait inhabituelle que la gravité et la complexité de la situation soulignées par le rapport initial justifiaient. Le contrôle récurrent de premier niveau incombe aux autorités régionales, particulièrement l'Agence régionale de santé qui doit apporter aux établissements de santé un appui et un accompagnement extérieurs systématiques, en s'attachant particulièrement à analyser à temps, de manière systémique, les incidents et plaintes pouvant faire craindre des dysfonctionnements nuisibles au bien-être des malades.

C'est également l'ARS qui doit reprendre l'appui à la nouvelle direction de l'établissement, car les voies de progrès ouvertes par les différentes missions de contrôle, d'intérim et d'appui doivent maintenant être menées à leur terme.

Contrôle du Centre hospitalier intercommunal de Poissy-Saint-Germain (CHIPS)

A. Bruant-Bisson, D. Imbaud, P. Penaud, Dr P. Vienne,
Contrôle du centre hospitalier Poissy-Saint-Germain, juin 2010.

L'inspection a été demandée fin 2009 par la ministre chargée de la Santé dans un contexte particulier. Un incident, à la suite de l'audition d'un cadre de direction par la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'Assemblée nationale (MECSS) a provoqué un important émoi, notamment chez les organisations syndicales de directeurs. Cet émoi est d'autant plus important que l'analyse de la situation du CHIPS a tenu une part significative dans les investigations de la MECSS.

La mission avait un double objectif : un contrôle de la gestion 2005-2009, une appréciation de la situation managériale, y compris dans la manière dont les personnes composant l'équipe de direction avaient été traitées, le tout dans un contexte financier très dégradé et dans la perspective d'une reconstruction de l'hôpital.

Une fusion inaboutie et une gestion déficiente récompensée et non sanctionnée en 2007

Le service rendu par l'hôpital n'est globalement pas contesté. Son activité combine des points forts mais aussi des faiblesses, fortement liées à des défauts d'organisation des soins. Confronté dans son territoire à une offre abondante et à un taux de fuite important, dans un environnement très concurrentiel, son activité a été stable entre 2005 et 2009.

La fusion, bien qu'ancienne, puisque datant de 1997, a été très difficile et n'est pas totalement achevée à la date des investigations. Il subsiste des doublons et la répartition des activités médicales entre les deux sites n'est ni consensuelle ni optimale. Même la fusion administrative a été très lente, il n'existe un fichier commun de structure que depuis 2009.

Le précédent directeur, présent comme directeur à Poissy pendant dix-neuf ans, a été confronté à un contexte difficile du fait de la division de la communauté médicale et d'interventions politiques contradictoires. Toutefois sa gestion et le fonctionnement de l'établissement sont très critiquables sur de nombreux points, et notamment en matière de marchés publics où de graves irrégularités sont constatées, pour certaines prescrites au plan pénal. À son départ, en

2007, il laisse un établissement dans une situation financière très dégradée, masquée par des pratiques de gestion conduisant à des comptes insincères.

On ne peut comprendre que la tutelle n'ait pas agi et que le directeur soit resté aussi longtemps à ce poste. Plus encore, à son départ, il est promu et il n'est pas diligenté de contrôle approfondi pour faire un point de la situation de l'établissement. Un successeur n'est nommé que six mois plus tard.

Les conflits entre les maires de deux villes, l'intervention du maire dont la commune est susceptible d'accueillir le nouvel hôpital, sont un facteur primordial des difficultés de gouvernance, car ils relaient les difficultés internes et conduisent chaque acteur à penser que les solutions se trouvent en dehors de l'établissement.

Une nouvelle direction obtient des résultats financiers de court terme mais au prix de comportements inappropriés et d'irrégularités de gestion

La nomination d'un nouveau directeur s'accompagne d'un « renouvellement » de l'équipe de direction qui se fait au prix de comportements clairement inappropriés à l'égard de certains collaborateurs et de pratiques managériales peu professionnelles. Ces pratiques sont en tout état de cause inadaptées pour fédérer la communauté hospitalière, tant administrative que médicale autour d'un projet de développement commun.

Partant d'une gestion globalement laxiste, la nouvelle direction obtient, au plan financier, des améliorations significatives et une réduction du déficit ; celles-ci traduisent toutefois un retour à la normale et non une performance particulière. Elle parvient, en deux ans, à facturer l'activité et à réduire les coûts des seuls personnels non médicaux (notamment grâce à des vacances de postes importantes, subies et non choisies), en partie grâce au recours massif à un cabinet de consultants qui vient pour une large part se substituer aux équipes internes (pour un montant 2008-2009 de 1,7 million d'euros).

Le redressement financier ne se fait pas selon le chemin prévu par le plan de retour à l'équilibre. En particulier, la mission estime que l'établissement ne sera pas en mesure de tenir ses engagements de recettes supplémentaires. Par ailleurs, l'endettement reste très important.

Enfin, les marchés passés en 2008 et 2009 avec le cabinet de consultants précité sont porteurs d'irrégularités qui ont conduit l'IGAS à saisir le procureur de la République de leur passation.

La situation de l'établissement demeure fragile. Le retour à l'équilibre financier n'est pas assuré. Le directeur n'est pas parvenu à fédérer une communauté médicale très divisée et sans réel projet médical. Les interventions politiques locales sont fortes et ne sont pas toujours guidées par le seul intérêt de l'hôpital.

Des recommandations de la mission non suivies

La mission a conclu de ces investigations que, compte tenu du contexte tant dans l'hôpital que dans son environnement, la direction n'était pas en capacité de conduire les évolutions nécessaires.

Elle a préconisé une mise sous administration provisoire[357] de l'établissement, seule à même de mener les changements d'organisation médicale et d'asseoir la réduction du déficit dans la durée, préalables indispensables à la construction éventuelle du nouvel hôpital. L'administration provisoire lui apparaissait en particulier nécessaire pour :

– dégager l'établissement de toute influence extérieure afin de prendre rapidement des décisions ;

– souligner le sérieux de la situation et de sa prise en compte ;

– donner du temps pour mettre en place un nouveau management plus fédérateur et pour réorganiser l'équipe de direction.

La mission remettait également en cause la reconstruction de l'établissement, projet dont le rapport conduisait à interroger la viabilité eu égard à la perspective d'une dégradation durable de la situation financière de l'établissement.

Les recommandations ont fait contre elles le consensus des acteurs locaux. Le rapport a été contesté au motif qu'il aurait sous-estimé les dysfonctionnements de la direction antérieure et serait teinté d'un parti pris défavorable à l'équipe de direction.

La mise en place d'un nouveau management finalement nécessaire et la remise en cause du projet de reconstruction

Dans un premier temps, il a été demandé à l'IGAS une mission d'appui pour évaluer le projet de reconstruction de l'établissement. Cette mission a mis en évidence le coût très élevé pour l'assurance maladie d'une reconstruction de l'établissement, reconstruction qui ne pouvait intervenir que par un financement total par l'ARS, compte tenu du déficit cumulé constaté et du maintien d'une exploitation déficitaire sans perspective réaliste de retour à l'équilibre à brève échéance.

Par ailleurs, après la mise en place de l'ARS, la situation financière des établissements de la région, a conduit, en raison de l'action résolue du directeur général de l'agence, à abandonner le projet de reconstruction.

In fine, le directeur a été remplacé.

357 Les différents types de missions de l'IGAS dans le champ hospitalier sont explicités dans la synthèse « Les principaux constats des missions opérationnelles de l'IGAS 2010-2012 ».

Quelques enseignements

La mission a pu tirer les enseignements suivants :

– les élus locaux peuvent rester très impliqués dans la politique hospitalière de leur territoire. Lorsqu'ils sont en désaccord avec les orientations choisies par la direction d'un établissement ou une ARS, les projets peuvent être totalement bloqués. Ce pouvoir de blocage est d'autant plus important lorsqu'il s'appuie sur des divisions de la communauté médicale ;

– la gestion des carrières des directeurs d'hôpitaux ne semble pas sanctionner les échecs ;

– en objectivant la situation financière des établissements, la T2A a permis d'assainir les discussions autour de projets plus réalistes ;

– les investissements ne doivent pas se fonder sur des hypothèses d'activité trop optimistes, et doivent être décidés non pas comme « solution miracle », mais comme réponse à des besoins bien identifiés.

La prévention des risques socioprofessionnels à l'hôpital

M. Thierry et J. Métais,
Contrôle de la prévention des risques psychosociaux au CHRU de Lille, juin 2012.

Entre le 8 janvier et le 23 janvier 2012, quatre personnes travaillant au Centre hospitalier régional et universitaire de Lille mettent fin à leurs jours, à leur domicile. Une enquête administrative est aussitôt demandée par l'agence régionale de santé à la direction de l'établissement. Parallèlement, le ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé saisit l'IGAS afin que celle-ci diligente une mission de contrôle sur la politique de prévention des risques psychosociaux mise en œuvre au sein du CHRU de Lille.

Bien que les investigations menées aient permis de répondre négativement quant aux liens entre son fonctionnement et ces évènements, le CHRU de Lille apparaît comme assez emblématique de ces grandes organisations hospitalières manifestant une vraie ouverture sociale, mais qui sont confrontés au quotidien à un absentéisme non négligeable qui a tendance à augmenter dans le personnel, au malaise de certains soignants et à la précarité d'une fraction du personnel, pourtant protégé par un statut. À titre d'illustration, l'augmentation de l'absentéisme entre 2004-2007 et l'année 2010 représente 200 postes de travail perdus pour l'établissement.

Au demeurant, le CHRU de Lille est un établissement en pleine croissance, dont les effectifs ont augmenté d'un quart en dix ans, et dont le projet social, particulièrement ambitieux, s'exprime au travers d'instruments très divers. En particulier, concernant les conditions de travail, le CHRU s'est doté de plans d'action dénommés « programmes d'action pour la prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail », d'un document unique de prévention des risques professionnels. Il s'est doté par ailleurs d'un service étoffé de médecine de travail (huit praticiens), qui joue un rôle pilote dans une étude expérimentale menée avec six autres CHU sur l'évaluation des risques liés aux contraintes psycho-organisationnelles à l'hôpital. Il s'est enfin organisé pour favoriser un dialogue social permanent, notamment dans le domaine de l'hygiène, de la sécurité et des conditions de travail (quinze CHSCT au sein du CHRU) et pour accompagner de manière personnalisée les agents dans les mutations structurelles de l'établissement.

Cependant, comme les autres établissements de santé, le CHRU de Lille doit s'impliquer davantage dans la prévention des risques psychosociaux.

En effet, son corps social, comme celui de bon nombre de grands établissements, situés par définition dans de grandes agglomérations, présente des éléments de fragilité. Outre les difficultés économiques et sociales d'une partie du

personnel (que le service social du personnel évalue à 10 % des agents), le stress à l'hôpital est une réalité pour certains personnels soignants et résulte de la difficulté ressentie à tort ou à raison par ces derniers de concilier dans le cadre de leur travail quotidien l'exigence de qualité qu'ils se donnent et les moyens d'y faire face.

Des réponses collectives doivent être trouvées pour répondre à ces insatisfactions, au sein notamment des pôles d'activité médicale, qui constituent aujourd'hui le niveau pertinent d'expression sur ces sujets. Les contrats de pôles déjà existants pourraient intégrer des objectifs mesurables de prévention des risques psychosociaux.

Sur un plan plus général, il paraît souhaitable que l'enquête d'évaluation déjà mentionnée plus haut (dénommée par ses promoteurs ORSOSA) soit étendue à l'ensemble des grands établissements hospitaliers. Elle permet en effet de déboucher sur la fixation de seuils d'alerte pertinents ; elle ne concerne toutefois que les personnels soignants.

Enfin, des réseaux régionaux d'observation des risques psychosociaux à l'hôpital pourraient être mis en place par les agences régionales de santé, associant les services de l'État compétents, les partenaires sociaux, les établissements et les acteurs régionaux de la prévention et de la recherche, qui pourraient avoir comme objectif l'échange d'analyses et de pratiques, la sensibilisation et l'appui aux établissements.

Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les quinze dernières années ?

P.-Y. Bocquet, J.-L. Bonnet, Dr F. Lalande, C. Scotton, *Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les quinze dernières années ?*, mars 2012.

L'IGAS a réalisé une mission sur les fusions et regroupements entre établissements publics de santé ayant une activité de court séjour : médecine, chirurgie et/ou obstétrique (MCO). L'objectif était double. Au niveau national, il s'agissait de mesurer l'ampleur du mouvement de fusions. Au niveau local, la mission a cherché à évaluer l'impact d'une fusion sur l'organisation des soins et l'efficience des établissements concernés, et à déterminer les conditions de réussite d'un regroupement hospitalier.

Les fusions entre hôpitaux ont été encouragées, notamment afin de restructurer l'offre hospitalière

Une fusion se définit comme la réunion dans une même entité juridique de plusieurs structures antérieurement autonomes. Avec les fermetures ou les conversions de services, les regroupements d'entités sur site unique, les coopérations entre établissements, les fusions participent du vaste mouvement de restructurations hospitalières par lequel les établissements de santé s'adaptent aux évolutions de leur environnement, et notamment à la demande qui leur est faite aujourd'hui d'améliorer leur efficience tout en participant à la réduction de la part des hospitalisations complètes dans l'organisation du système de santé.

À cet objectif général s'ajoutent par ailleurs, pour les activités de soins de court séjour, les contraintes spécifiques qui pèsent sur les professionnels de santé et les établissements qui les emploient. Sur la période récente, ces contraintes ont surtout pesé sur la chirurgie et l'obstétrique bien davantage que sur la médecine :

- la pression de la démographie médicale des spécialistes, où se recrutent les praticiens hospitaliers, est un élément fort de restructuration de l'offre, mais elle ne joue que pour certaines disciplines et pour certaines régions ;

en effet, c'est moins le nombre global de spécialistes qui pose problème que leur répartition, entre spécialités (si les effectifs globaux de chirurgiens ont augmenté ces vingt-cinq dernières années, la gynécologie-obstétrique, l'ophtalmologie et l'ORL ont connu une baisse relative et la stomatologie a vu ses effectifs s'effondrer), entre modes d'exercice (en établissement public ou privé, ou en cabinet) et entre régions. Néanmoins, les régions les plus sous-dotées en médecins ne sont pas forcément celles où il y a eu le plus de restructurations (*cf.* Picardie ou Champagne-Ardenne) ;

– la pression des gardes et astreintes, qui peut inciter les professionnels à se regrouper pour en réduire la charge, touche surtout l'obstétrique et la chirurgie viscérale et orthopédique ; à l'inverse (à l'exception des anesthésistes), les praticiens hospitaliers des spécialités médicales supportent peu de gardes, la permanence des soins étant surtout portée par les urgentistes pour les urgences externes et par les réanimateurs pour les malades les plus sévères en interne ; de même, les risques juridiques pèsent surtout sur les obstétriciens et les chirurgiens, ainsi que, dans une moindre mesure, sur les médecins ayant une activité interventionnelle, ce qui peut pousser ces professionnels vers les grandes structures mieux à même de les protéger ;

– enfin, la position concurrentielle de l'hôpital public est très différente entre la chirurgie, où les cliniques dominent toujours l'offre, et exercent de ce fait une pression à la restructuration sur l'offre publique, l'obstétrique, d'où le secteur privé a eu tendance à se retirer, et la médecine, où la concurrence des établissements privés est faible compte tenu de la place prépondérante qu'y tient depuis longtemps le secteur public.

L'effet de ces contraintes a été amplifié par les politiques des pouvoirs publics. Dans le secteur de l'obstétrique, l'administration de la santé a poursuivi depuis plus de trente ans une politique de périnatalité très volontariste et normative, qui s'est traduite par une diminution importante du nombre de maternités, qui est passé de 1 369 sites en 1975 à 554 en 2008, et par une augmentation de la taille et du niveau de technicité des structures restantes ; les fusions d'établissements et regroupements de services ont joué un grand rôle dans ce mouvement. Dans le même temps, la mortalité néonatale et la qualité des dépistages se sont améliorées, sans qu'on puisse affirmer qu'il s'agit là de l'effet direct de la politique poursuivie.

Dans le secteur de la chirurgie, les pouvoirs publics se sont montrés beaucoup plus ambivalents. L'effort a principalement porté sur le développement de la chirurgie ambulatoire, mais la politique des seuils, admise en obstétrique, peine à se développer, tout comme la logique de l'efficience : les blocs opératoires restent trop éparpillés, un quart d'entre eux ont un temps d'ouverture trop faible et le nombre de sites de gardes en chirurgie est excessif, au regard du temps d'utilisation des blocs opératoires la nuit et le week-end. De plus, si le développement de la chirurgie ambulatoire est une évolution à saluer, notamment en raison de son impact positif sur l'organisation et les pratiques des professionnels, ce mode d'exercice ne peut être exporté partout, notamment pour les plus petits établissements confrontés à une faible activité.

En médecine enfin, qui représente pourtant la majorité des lits d'hospitalisation, le ministère de la Santé n'a guère porté le discours de la restructuration, à quelques exceptions près (cancérologie). Même si les restructurations en

médecine après regroupement ou fusion existent bien, elles sont rarement issues d'une volonté délibérée de la tutelle ou des directions hospitalières, mais apparaissent plutôt comme le fruit de volontés médicales locales. Cette situation est regrettable, car c'est dans les services de court séjour de médecine que les inadéquations hospitalières sont les plus importantes. Ainsi, si le mouvement de restructuration paraît quasiment terminé dans le secteur de l'obstétrique, il est loin d'être achevé dans le secteur de la chirurgie, et n'en est qu'à ses balbutiements en médecine. Les évolutions nécessaires exigeront des évolutions profondes dans le fonctionnement des EPS.

Les fusions ne sont pas une solution miracle aux problèmes des hôpitaux

Dans ce contexte, l'augmentation de la taille des structures hospitalières par le biais de fusions peut apparaître aux acteurs locaux comme un moyen adapté pour améliorer leur efficience et leur attractivité, vis-à-vis des patients comme des professionnels de santé dont ils ont besoin pour fonctionner. En effet, en théorie, un établissement de plus grande taille rend des soins de meilleure qualité, et réalise des économies d'échelle. Cet effet positif d'une augmentation de la taille est particulièrement établi pour les plus petits établissements (inférieurs à 300 lits).

Dans la réalité, si le lien entre taille de l'hôpital et qualité des soins existe bel et bien, les études montrent que celui-ci n'est pas automatique : il est spécifique à chaque acte, varie dans le temps et cesse de s'observer au-dessus d'un certain volume, au demeurant difficile à déterminer.

Sur le plan financier, la fusion n'est en général pas l'outil le plus pertinent pour réduire les déficits hospitaliers, qui supposent surtout, pour les établissements concernés, un effort de réorganisation interne pour réduire leurs dépenses. De plus, au-delà d'un certain seuil que les études disponibles situent entre 600 et 900 lits de court séjour, la grande taille présente pour un hôpital plus d'inconvénients que d'avantages. L'expérience enseigne en outre que les processus de fusion sont en eux-mêmes sources de surcoûts ou de dysfonctionnements.

Cette situation n'a pas empêché une activité de fusions assez soutenue lors des quinze dernières années, dans le secteur privé comme dans le secteur public. Sur le seul périmètre des établissements publics de santé, la mission a recensé à partir des données disponibles 90 fusions depuis 1995, principalement entre deux établissements de taille petite ou moyenne : en quinze ans, ce sont ainsi 9 % des établissements publics de santé qui ont fusionné entre eux. Ces opérations ne semblent pas être le fruit d'une politique nationale : certes, les fusions ont connu un pic à la fin des années 1990, c'est-à-dire à la mise en place des ARH, mais la répartition des opérations entre les régions ne semble répondre à aucune logique précise.

Les éléments disponibles tendent à montrer qu'il y a eu en proportion davantage de fusions ou de disparitions d'établissements privés de santé que de fusions ou de disparitions d'hôpitaux publics : entre 2003 et 2008, le nombre de cliniques

privées a baissé de plus de 8 %, et le nombre d'hôpitaux publics seulement de 1,4 %. Mais les fusions privées ont été en général offensives (elles se traduisent souvent par une augmentation du nombre de lits), au contraire des fusions publiques, qui ont été essentiellement défensives (diminution du nombre de lits). De plus, de nombreuses opérations de rapprochement entre structures privées n'ont pas eu pour objet de fusionner des établissements, mais de les agréger au sein d'un groupe, un mode d'organisation auquel les hôpitaux publics n'ont pas accès.

Le bilan qualitatif de ces opérations est plus malaisé à dresser. Les données font défaut, la lenteur des processus d'optimisation post-fusion limite la capacité à mesurer son impact direct sur l'efficience du nouvel ensemble. Il est néanmoins possible de dégager quelques enseignements des expériences observées par la mission :

- certains facteurs compromettent dès l'origine un rapprochement entre deux structures : un temps de trajet trop important entre elles, des bassins de vie trop différents, l'absence de complémentarité dans leurs activités ; les fusions entre hôpitaux de grande taille paraissent particulièrement délicates, notamment lorsque les hôpitaux sont de taille relativement équivalente ;

– l'implication des responsables est déterminante pour assurer la conduite du projet de fusion ; l'agence régionale de santé doit jouer son rôle de régulateur en affichant clairement ses objectifs, notamment auprès des élus et du corps médical : l'amélioration de la qualité des soins mais aussi la rationalité économique ; une fois la fusion décidée, directeurs d'établissement et représentants de la communauté médicale ont un rôle particulièrement important dans la conduite des opérations et son accompagnement auprès des personnels ; ils doivent pouvoir disposer pour ce faire d'outils spécifiques, mis à leur disposition par la tutelle ;

– enfin, les acteurs doivent savoir saisir les « faits générateurs », c'est-à-dire les moments critiques à l'occasion desquels des décisions stratégiques doivent être prises : évolution de la concurrence locale, décision majeure d'investissement, départ d'une compétence rare, etc.

En définitive, en raison des difficultés qu'elle soulève et des risques qu'elle présente, la fusion doit demeurer une opération rare, à réserver aux cas où elle paraît effectivement indispensable : ainsi lorsque l'impact de la restructuration à conduire est tel qu'elle impose de remettre en cause l'existence même d'un établissement, dont l'activité et les moyens résiduels ont alors vocation à être agrégés dans un ensemble plus vaste, ou aux cas où le fonctionnement de plusieurs structures est à ce point intégré par la mise en commun de moyens qu'il est préférable d'en unifier complètement la gouvernance.

Pour des raisons d'efficience et de qualité des soins, les restructurations des services de chirurgie et de médecine doivent se poursuivre également par d'autres moyens

La mission formule des recommandations générales destinées à orienter la politique des pouvoirs publics en ce qui concerne les restructurations des différentes activités MCO.

En obstétrique, l'enjeu est désormais de s'interroger sur la possibilité d'accorder des dérogations de longue durée aux maternités dont la disparition dégraderait notablement l'accès aux soins, et sur les moyens à employer pour améliorer l'organisation du pyramidage entre maternités de niveau I, II et III[358].

En chirurgie, la politique des seuils doit être relancée, mais également affinée, par pathologie, par professionnel ; à côté des enjeux de qualité, elle doit aussi mettre en exergue les enjeux d'optimisation des coûts (ainsi en matière de permanence des soins) ; la chirurgie ambulatoire doit continuer à être promue, notamment en développant l'appui à l'entourage, mais en veillant à éviter un développement trop anarchique, en particulier dans les plus petites structures.

En médecine, il est souhaitable de poursuivre le travail sur les inefficiences et les inadéquations afin d'aboutir à des recommandations de bonne pratique ou de bonne organisation ; l'effort d'optimisation des plateaux techniques d'imagerie et de biologie doit par ailleurs être poursuivi.

Au-delà du choix des outils, le pilotage national et régional est déterminant pour restructurer l'offre hospitalière

La tarification à l'activité ne peut suffire à garantir une répartition satisfaisante de l'offre de soins sur le territoire. En effet, la logique concurrentielle n'aboutit pas seule à un optimum en termes de répartition de l'offre hospitalière. Une planification, accompagnée d'incitations, plus rarement de coercition, s'avère nécessaire.

À cet égard, le niveau national doit réinvestir les outils de connaissance des recompositions hospitalières mis en place à la création des ARH, et aujourd'hui abandonnés.

Au niveau régional, les fusions sont l'un des outils au service de l'objectif général d'optimisation de l'offre locale qui est assigné aux ARS. Le rôle de l'agence

358 Depuis les décrets du 9 octobre 1998, les maternités sont classées en trois types en fonction du niveau de soins aux nouveau-nés. Une maternité de type I prend en charge les grossesses normales, et dispose à cet effet d'une unité d'obstétrique. Une maternité de type II prend en charge les grossesses à risque modéré et les nouveau-nés nécessitant une surveillance particulière, mais pas de soins en réanimation ; elle dispose d'une unité d'obstétrique et d'une unité de néonatalogie. Une maternité de type III prend en charge les grossesses à haut risque et les nouveau-nés présentant des détresses graves ; elle dispose d'une unité d'obstétrique, d'une unité de néonatalogie et d'une unité de réanimation néonatale.

dans une fusion est dès lors important, tant dans sa phase de préparation que dans sa phase de mise en œuvre : en amont, elle doit en expliciter les finalités auprès des différentes parties prenantes, notamment les élus ; en aval, elle doit apporter son soutien politique et technique aux acteurs de la fusion, ce qui suppose notamment d'enrichir les outils d'accompagnement social à leur disposition.

Évaluation de la place et du rôle des cliniques privées dans l'offre de soins

F. Bartoli, H. de Beauchamp, N. Destais et I. Yéni, *Évaluation de la place et du rôle des cliniques privées dans l'offre de soins*, septembre 2012.

L'IGAS a souhaité à travers ce rapport produire l'information la plus complète possible sur ce secteur de l'hospitalisation privée commerciale, qui a surtout fait l'objet jusqu'à présent d'études ponctuelles relatives à sa situation économique et financière afin, notamment, d'identifier les enjeux principaux de la régulation du secteur.

Un secteur aux positions fortes dans l'offre de soins mais avec des fragilités

Avec près de 40 % de l'ensemble des établissements de santé, et un quart des capacités totales d'hospitalisation en France, les cliniques privées accueillent 28 % des entrées et venues en établissement de santé sur l'ensemble des disciplines et 36 % en court séjour ; cette proportion atteint 54 % pour la seule chirurgie, 68 % en chirurgie ambulatoire (proportions plus élevées encore dans certaines régions). Si leur part des journées d'hospitalisation est légèrement plus faible en raison de durées de séjour en moyenne plus courtes, ces chiffres rendent bien compte d'une position forte dans l'offre de soins, fondée toutefois sur des portefeuilles d'activités plus resserrés que ceux de l'hôpital public, centrés sur la chirurgie – notamment ophtalmologique, orthopédique, vasculaire et uronéphrologique – ainsi que la cancérologie. Cependant, leurs parts de marché reculent depuis quelques années, tout particulièrement en obstétrique et en hospitalisation complète de chirurgie comme en matière de chirurgie ambulatoire, sous l'effet soit d'une diminution d'activité de ces établissements, soit d'une progression moins vive que celle du secteur hospitalier public.

La croissance ralentie du chiffre d'affaires des cliniques privées (le taux de croissance médian du chiffre d'affaires de l'ensemble des cliniques est passé de 5,5 % en 2005 à 2,8 % en 2008 et 2,2 % en 2010, avec cependant une forte variabilité) pèse, entre autres facteurs, sur la rentabilité économique du secteur. Celle-ci décline depuis le point haut atteint en 2005-2006 (3,2 %) mais elle conserve en 2010 (1,9 %) un niveau supérieur à celui qu'elle connaissait pendant la décennie précédente. Encore ce taux global dissimule-t-il une grande hétérogénéité entre établissements, selon leurs disciplines, leur taille et

l'étendue de leur activité. Le champ MCO présente une rentabilité économique plus faible (1,6 %) mais stable depuis 2008.

Un tiers des cliniques MCO se trouve en déficit en 2010, les cliniques monodisciplinaires étant proportionnellement les plus affectées. Les déficits touchent des cliniques, petites ou moyennes, dont le projet médical manque de cohérence, dont les équipes médicales ne se sont pas renouvelées, dont les structures et plateaux techniques ont été parfois surdimensionnés, dont le positionnement fragile sur des petits bassins de population ne permet pas d'attirer les patients ni les spécialistes nécessaires. C'est pourquoi le déficit des cliniques représente en moyenne une proportion de leur chiffre d'affaires plus élevée que ce que l'on observe parmi les hôpitaux publics ou ESPIC déficitaires, mais un montant unitaire plus modeste.

La rentabilité des capitaux propres des cliniques s'établit en 2010 à 10,1 % pour les établissements MCO. Ce taux est significativement supérieur à la rentabilité du cycle d'exploitation, en raison du montant modeste des capitaux propres engagés dans l'activité des cliniques et de l'augmentation de leur endettement. Celui-ci reste néanmoins maîtrisé (42 % des capitaux permanents en 2010 dans le champ MCO) grâce notamment à l'utilisation fréquente des techniques de leasing pour les équipements médicaux et aux stratégies immobilières qui ont consisté de plus en plus fréquemment à vendre les murs des établissements. Néanmoins, si ces cessions ont permis d'alimenter à court terme la trésorerie des groupes et des établissements, de financer leur croissance externe ou de contribuer à leur désendettement, elles fragilisent à moyen terme leur marge opérationnelle en raison du poids des loyers aux indexations coûteuses. C'est ainsi qu'une fraction croissante de la rentabilité est captée par l'immobilier au détriment du cycle d'exploitation.

En outre, les cliniques qui disposent de manière générale de portefeuilles d'activités plus spécialisés que ceux des hôpitaux publics et des ESPIC sont de ce fait plus exposées aux variations tarifaires pas toujours anticipées.

Enfin, la concurrence entre établissements s'est intensifiée (concurrence autour de l'activité, des ressources médicales des autorisations des financements publics et des partenariats) tandis que les évolutions tarifaires exigent des gains d'efficience récurrents. Face à cette contrainte, les cliniques sont confrontées à la difficulté que représente la conciliation en leur sein d'intérêts potentiellement divergents, ceux de l'établissement lui-même et ceux des médecins qui y exercent à titre libéral. La question des dépassements d'honoraires en constitue la manifestation la plus visible en même temps qu'un défi posé au régulateur comme aux établissements eux-mêmes.

Confrontés à cette situation, les cliniques et les groupes qui les exploitent se sont lancés dans une recherche active de volumes d'activité et de recettes annexes complétant les produits de facturation des séjours. Les plus grandes d'entre elles ont également opté pour une stratégie de diversification de leur *case mix*, visant à se prémunir des aléas tarifaires : ces évolutions, encore difficiles à lire dans les statistiques d'activité du secteur, doivent être confirmées. Les cliniques se sont en outre résolument engagées dans le développement de filières de soins et le déploiement hors les murs (centres dédiés à la prise en

charge ambulatoire, consultations avancées, etc.) qui répondent à la fois à la nécessité d'adosser les établissements isolés et de petite taille à un plateau technique et une équipe médicale plus importants, et à sécuriser l'apport d'activité vers l'établissement de référence.

Dans ce contexte, la consolidation financière du secteur s'est accélérée, facilitée par l'intervention des fonds d'investissement qui ont nourri la croissance des groupes mais aussi engendré une forte croissance de la valorisation des cliniques, qui, en retour, affaiblit encore l'accessibilité de l'actionnariat pour les médecins. Dans le même temps, attirées par la perspective de rendements relativement élevés et peu cycliques, les sociétés foncières ont massivement investi dans ce secteur, à la faveur des stratégies de cession de leurs murs par les cliniques et accompagnent désormais leur gestion. Au total, la quarantaine de groupes de cliniques (dont cinq groupes nationaux et une vingtaine de groupes régionaux) rassemble aujourd'hui un peu plus de 600 des 1 050 cliniques, c'est-à-dire 58 % des entités juridiques mais 68 % des capacités du secteur, en raison de la taille moyenne plus importante de ces cliniques. Ce double mouvement – croissance des groupes et entrée des sociétés foncières – semble appelé à se poursuivre compte tenu des besoins de modernisation des infrastructures et des difficultés de transmission du capital des médecins partant en retraite, des difficultés financières auxquelles sont confrontées de nombreuses cliniques, qui, au nombre de 150 environ, constituent les cibles potentielles de rachats et de restructurations. Il convient de noter que la fin du cycle d'investissement conduit un certain nombre de fonds entrés il y a cinq ans environ au capital des groupes, à envisager leur sortie et les amène à ralentir leurs investissements. Cette situation oblige les dirigeants des groupes concernés à attirer de nouveaux actionnaires dans un contexte où les investisseurs institutionnels français sont davantage présents dans les sociétés foncières qui financent les cliniques que dans les groupes d'investissement eux-mêmes.

En ce qui concerne l'exploitation, les cliniques privées disposent d'un certain nombre d'atouts et ont jusqu'à présent mobilisé différents leviers d'action : la recherche d'une organisation humaine et technique centrée sur la flexibilité et la réactivité, une réflexion sur l'organisation du temps des personnels soignants et sur les processus de soins, et une recherche de mutualisation dans l'utilisation des ressources. En matière d'outils de gestion, la mission relève que les cliniques font en règle générale un usage prudent de la comptabilité analytique et utilisent des indicateurs de pilotage relativement simples et pragmatiques, encore que les groupes puissent se prévaloir d'un pilotage budgétaire rigoureux fondé sur des outils de gestion plus formalisés.

Si la régulation du secteur des cliniques est de plus en plus harmonisée avec l'hôpital public, l'administration doit développer des outils de suivi permettant de garantir sa neutralité

La nécessité de poursuivre de manière cohérente la rationalisation et la recomposition de l'offre hospitalière a conduit l'État à entreprendre la convergence progressive des conditions juridiques et économiques de la régulation des deux secteurs, au-delà de la seule convergence tarifaire, aujourd'hui en question. Cette harmonisation désormais bien engagée vient néanmoins buter sur certaines différences irréductibles de statuts et de situations entre les établissements de santé et la réglementation segmentée de plusieurs missions de service public (quatorze missions énumérées dans la loi HPST) prévaut aujourd'hui sans offrir toutefois un mode cohérent d'articulation entre les divers établissements. S'agissant des fonctions emblématiques d'enseignement, de recherche clinique et d'accueil des urgences, les volontés des acteurs des deux secteurs restent incertaines.

En outre, alors même que la transparence quant à l'utilisation des fonds publics et à l'environnement juridique et financier de la gestion des établissements est mal garantie, est laissé aux ARS le soin de concilier des objectifs potentiellement divergents et d'arbitrer entre diverses contraintes : réguler de manière neutre la concurrence entre établissements ou promouvoir le retour à l'équilibre budgétaire des hôpitaux publics ; partager les parts de marché ou maintenir une certaine émulation entre établissements au service de la qualité des prises en charge ; préserver l'équilibre des territoires de santé ou prendre acte des stratégies de filières déployées par les groupes de cliniques ; utiliser comme leviers l'allocation de financements publics additionnels aux séjours ou attribuer ou retirer des autorisations.

De ce fait, le régulateur est interpellé quant à sa neutralité et aux outils utilisés pour la garantir.

Améliorer la qualité des informations sur les cliniques

La nécessaire clarification des objectifs du régulateur appelle aussi une évolution de ses moyens d'intervention.

C'est dans ce souci que la mission rappelle l'importance de l'objectif de neutralité tarifaire et préconise la mise en lumière des différences de coûts complets des séjours (pour l'assurance maladie et pour le patient) suivant le secteur d'hospitalisation où ils sont réalisés. Elle préconise également que soit développée l'évaluation médico-économique des recompositions de l'offre de soins, particulièrement des transferts d'activité entre établissements privés et publics.

La mission ayant constaté une connaissance limitée du secteur par l'administration, elle préconise que les évolutions économiques et financières ainsi que les stratégies des cliniques soient appréhendées de manière plus précise par la DGOS et les ARS. Les ARS doivent pouvoir bénéficier, au travers d'un droit de tirage ponctuel auprès de la DGOS ou du secrétariat général, d'une réelle capacité d'expertise des montages juridiques et des situations financières des cliniques, particulièrement dans le cadre de groupes, et de possibilités (qu'avaient développées certaines caisses régionales d'assurance maladie) d'opérer les retraitements comptables nécessaires à une bonne analyse de la rentabilité de ces structures. Il serait, à cet égard, important que soient respectées les dispositions du Code de la santé publique (article L. 6161-3) relatives à la transmission des documents comptables et financiers des établissements privés à but lucratif. Plus globalement, et afin d'améliorer le suivi des grandes évolutions du secteur, il est indispensable de rendre plus rapidement disponibles les données statistiques nationales concernant l'activité et la rentabilité, aujourd'hui exploitées avec au moins deux ans de délai.

En termes de recomposition de l'offre de soins, l'articulation et la cohérence des outils apparaissent perfectibles, qu'il s'agisse des instruments de planification de l'offre de soins et de la logique de régulation d'un marché concurrentiel (autorisations, objectifs de répartition de l'offre de soins, indicateurs de pilotage de l'activité, CPOM) ou de la clarification de leur portée juridique. Dans l'intérêt des patients, la mission rappelle la nécessité de poursuivre toute réflexion sur les recompositions et les coopérations en les appuyant sur la gestion des flux de patients et des modes de prises en charge.

Il importe enfin, comme le préconise le rapport de l'IGAS sur les fusions et recompositions, de développer, de manière rigoureuse, l'usage de la contractualisation, pour traiter de questions telles que la qualité et la pertinence des actes, le développement de la chirurgie ambulatoire et, plus généralement, de modes de prise en charge efficients, ainsi que pour accompagner la nécessaire mise en cohérence des échelles tarifaires avec les échelles de coûts.

La mission recommande ainsi que les CPOM en cours de négociation ne soient pas seulement la traduction de la planification régionale (projet régional de santé et SROS) mais un support véritable d'engagements réciproques entre l'établissement et l'ARS, et un moyen d'accompagnement concret de l'évolution de l'établissement autant que d'information respective des deux parties.

Enfin, si la possibilité de réintégrer les honoraires médicaux (dépassements compris) dans les tarifs des séjours payés par l'assurance maladie aux cliniques doit être de nouveau expertisée, dans une optique de moyen long terme, la modulation de financements contractuels en fonction des pratiques en matière de dépassements d'honoraires constitue, dans l'immédiat, une action à encourager.

La conversion des hôpitaux en établissements pour personnes âgées dépendantes

C. Hesse, V. Maymil, V. Le Taillandier de Gabory, *Conversions des structures hospitalières en structures médico-sociales*, février 2011.

L'IGAS a évalué une des modalités de la recomposition hospitalière, la conversion des établissements hospitaliers en structures médico-sociales pour personnes âgées. Cette opération se définit comme un processus de transformation d'une activité et d'un équipement hospitalier en un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Ces conversions sont considérées comme présentant un double intérêt : elles répondraient aux besoins croissants de prise en charge des personnes âgées et elles adapteraient la capacité des hôpitaux, renforçant ainsi leur efficience. La réalité ne confirme pas ce discours officiel.

Les conversions sont exceptionnelles

Des conversions dans des établissements et disciplines ciblées

Quantitativement, les flux financiers découlant de ces transferts sont marginaux (0,1 % de l'objectif national des dépenses de l'assurance maladie – ONDAM - en 2010). La majorité des conversions s'est opérée du secteur sanitaire vers les établissements pour personnes âgées, au titre de la réforme des unités de soins de longue durée (USLD). Cette politique importante (39 000 lits) a distingué des catégories de prise en charge et des tarifs plus qu'elle n'a opéré véritablement des reconversions en profondeur. Le fonctionnement quotidien de beaucoup des unités n'a pas radicalement changé.

En revanche, des transformations véritables ont été identifiées mais en petit nombre sous la forme de redéploiements de services de psychiatrie et de soins de suite et réadaptation vers des structures pour personnes handicapées comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les foyers d'accueil médicalisées (FAM).

Au final, le bilan est doublement paradoxal

Les structures bénéficiaires sont les établissements pour handicapés et non pas les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD).

Les établissements appelés à ces reconversions devraient naturellement être les centres hospitaliers en perte d'activité chirurgicale ou obstétricale. Or dans les faits, les seuls opérateurs sont les hôpitaux psychiatriques et les hôpitaux locaux. Ces derniers, historiquement partagés entre le sanitaire et le médico-social, voient leur offre de service se déplacer vers le segment aval de la prise en charge, accompagné parfois d'une transformation juridique d'établissement public de santé en établissement social et médico-social.

Ces opérations se heurtent à de nombreux obstacles techniques et culturels

Le contexte n'est globalement pas favorable à cette dynamique

Le premier frein réside dans le cloisonnement entre les administrations centrales (direction générale de l'Offre de soins, direction générale de la Cohésion sociale, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie) qui pilotent les politiques nationales ainsi qu'entre des professions et des structures centrées sur des métiers très différents, les soins et la prise en charge de la dépendance.

Par ailleurs, les hôpitaux donnent la priorité aux conversions intrasanitaires. Les fermetures de services aigus s'opèrent au profit par exemple d'unités de médecine, d'équipes mobiles de gériatrie, de soins de suite et réadaptation plutôt que de services médico-sociaux.

Enfin, depuis 2007, les plans nationaux (Solidarité grand âge : 37 500 lits, Alzheimer : 12 000 places) financent massivement la croissance de l'offre médico-sociale dissuadant les conversions hospitalières, opérations toujours laborieuses à mettre en œuvre.

La réussite de ces projets complexes nécessite la réunion de plusieurs conditions

La décision de principe repose sur un diagnostic d'inadaptation des prises en charge associé parfois aux difficultés budgétaires ou d'agencement physique des locaux. Mais, pour les projets comme les EHPAD, cofinancés par les départements, l'élément déterminant est l'accord politique et financier entre les collectivités locales et les opérateurs hospitaliers ainsi que l'ARS. La qualité du dialogue entre ces acteurs est donc centrale dans cette gestation toujours longue et au final créatrice d'emplois et de dépenses supplémentaires.

Le défi professionnel à relever est de passer d'un lieu de soins à un lieu de vie, de changer l'identité de l'établissement. Les difficultés à surmonter sont techniques. Il s'agit de l'adaptation des compétences professionnelles de l'ensemble de la structure (architecture, fonctionnement), mais également psychologiques. Le sentiment de déclassement découlant de la perte de l'environnement médical avec son prestige et sa technicité rassurante est un risque sérieux. Il doit être anticipé et évité.

Une nouvelle dynamique est possible mais pas certaine

La loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) a pour ambition d'articuler le secteur sanitaire et médico-social, elle présente une réelle opportunité pour relancer les conversions. A cette fin, elle a rénové la gouvernance nationale avec la mise en place du Conseil national de pilotage. Les ARS ont les moyens de conduire une politique intégrée en regroupant les différentes administrations sanitaires et médico-sociales déconcentrées. Cette approche transversale devrait être facilitée par des instances consultatives ouvertes aux secteurs sanitaires et médico-sociaux (conférence régionale de santé, conférence de territoire) et par des instruments de planification unifiés au sein du plan stratégique régional de santé (PSRS).

Mais les rapports de l'IGAS ont montré les limites de cette architecture, et la gestion globale de l'offre devra surmonter la tendance naturelle des acteurs nationaux et régionaux à privilégier les objectifs sectoriels, notamment les questions hospitalières considérées comme plus stratégiques en termes économiques et politiques. Il existe pour l'avenir un risque sérieux d'immobilisme, du moins tant que l'intérêt à agir n'est pas partagé par l'ensemble des acteurs.

Les leviers du changement

Les motifs d'une politique de conversion restent d'actualité. Les hospitalisations inadéquates de personnes âgées sont significatives, même si elles sont difficiles à mesurer, contribuant à une surcapacité de l'offre hospitalière alors que, par ailleurs, les plans nationaux et leurs financements spécifiques vont s'achever et les ressources des projets médico-sociaux se réduire.

La mission recommande d'impulser l'action de manière sélective en la ciblant sur les territoires où se rencontrent simultanément la nécessité de réduire les capacités hospitalières et le besoin d'augmenter l'offre en hébergement pour personnes âgées. Il doit s'agir d'opérations dont la masse critique doit être suffisante pour justifier un investissement important et sur une longue durée.

Pour que les intentions se transforment en réalité, il convient de mettre en œuvre quatre axes :

– améliorer la connaissance des conversions en dressant notamment le bilan de la réforme des USLD ;

– utiliser pleinement les outils mis en place par la loi HPST, en particulier la commission de coordination pour la prise en charge et l'accompagnement médico-social, outil de dialogue avec les conseils généraux ;

– définir au niveau national une stratégie de conversion et faciliter sa mise en œuvre en laissant aux ARS une autonomie suffisante pour opérer les transferts budgétaires entre enveloppes budgétaires et établissements ;

– optimiser la gestion des projets en fabriquant et diffusant des outils méthodologiques (mission de l'ANAP) et en étudiant le rapprochement des corps de directeurs d'hôpitaux et d'établissements médico-sociaux.

Depuis le rapport

En un an, des mesures ont été prises créant un environnement plus incitatif aux conversions :

■ La loi du 11 août 2011 modifiant la loi HPST prévoit qu'« un rapport est remis chaque année par le Gouvernement au Parlement sur les efforts engagés par les agences régionales de santé en matière de recomposition de l'offre hospitalière. Il comporte un bilan détaillé de la mise en œuvre […] des regroupements réalisés entre services ou entre établissements et des reconversions de lits vers le secteur médico-social ».

■ La loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 a créé le fonds d'intervention régionale (FIR) pour financer des « activités, structures et expérimentations jugées prioritaires nationalement dans le domaine de la continuité et de la qualité des soins ». Le décret du 27 février 2012 précise que ce fonds doté de 1,5 milliard d'euros participe notamment « des opérations de modernisation, d'adaptation et de restructuration des établissements de santé ou de leurs groupements […] et au financement des actions tendant aux prises en charge et accompagnements des personnes handicapées ou âgées dépendantes, à l'exclusion de celles dont le financement incombe aux conseils généraux ». Cet outil pourrait donc accompagner des chantiers de conversion jugés prioritaires.

■ La direction générale de l'Offre de soins vient d'ouvrir la discussion avec les syndicats sur le projet de fusion dans un corps unique des directeurs d'hôpital et des directeurs d'établissements sociaux et médico-sociaux.

L'examen des vingt-six PSRS et surtout des schémas régionaux d'organisation sanitaire et des schémas régionaux d'organisation médico-sociale arrêtés en 2012 permettrait d'apprécier si la stratégie de ces conversions spécifiques est véritablement amorcée sur le terrain.

Troisième partie

DÉFINITIONS ET CHIFFRES CLEFS

Dans cette troisième partie du rapport sont rassemblées les principales définitions et données chiffrées sur l'hôpital, présentées selon les grandes questions de la première partie : le champ hospitalier, la régulation, le financement, la gouvernance (y compris la participation des usagers), la qualité et la sécurité des soins et, enfin, les ressources humaines.

Sources : Les chiffres et définitions sont principalement issus du Panorama des établissements de santé (édition 2012) publié par la DREES et ont été complétés par des définitions de la DGOS, de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, de l'Académie nationale de médecine et de l'INSEE.

Le champ hospitalier

Les différents statuts d'établissements

- Établissements publics de santé (dénommés « les hôpitaux publics » dans le rapport) :
  - Centres hospitaliers (CH) : 810 centres hospitaliers (y compris ex-hôpitaux locaux), catégorie intermédiaire d'établissements, assurant la majeure partie des prises en charge de court séjour en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) ainsi que la prise en charge et les soins pour les personnes âgées.
  - Centres hospitaliers régionaux (CHR) : 33 centres hospitaliers régionaux assurant les soins les plus spécialisés à la population de la région ainsi que les soins courants à la population la plus proche.
  - Centres hospitaliers universitaires (CHU) : CHR ayant passé une convention avec une unité de formation et de recherche médicale au sein d'une ou de plusieurs universités.
  - Centres hospitaliers spécialisés (CHS) : 90 centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie.

- Établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC, anciens établissements privés PSPH). Ces derniers regroupent les 19 centres de lutte contre le cancer ainsi que 688 autres établissements privés à but non lucratif ; les ESPIC représentent 14 % des lits et places du secteur hospitalier.

- Établissements de santé privés à but lucratif (dénommés « les cliniques » dans le rapport) : au nombre de 1 047, les cliniques représentent environ un quart des lits et places du secteur hospitalier.

Tableau 9 - **Établissements de santé avec capacités d'hospitalisation par catégorie d'établissements en 2010**

Statut juridique	Catégorie d'établissements	Entités	Nombre de lits	Nombre de places
Public	**Ensemble**	**956**	**260 642**	**37 761**
	Centres hospitaliers régionaux (CHR/CHU)	33 (*)	75 903	8 663
	Centres hospitaliers (CH) (dont anciens hôpitaux locaux)	810 (*)	154 182	14 319
	Centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie	90	26 849	14 350
	Autres établissements publics	23	3 708	429
Privé à but non lucratif	**Ensemble**	**707**	**58 436**	**11 359**
	Centres de lutte contre le cancer	19 (**)	2 918	737
	Établissements de soins de suite et de réadaptation	354	24 444	3 431
	Autres établissements privés à but non lucratif	24	783	157
	Établissements de soins de courte durée ou pluridisciplinaires	166	21 189	2 226
	Établissements de lutte contre les maladies mentales	98	6 802	4 807
	Établissements de soins de longue durée	46	2 300	1

Statut juridique	Catégorie d'établissements	Entités	Nombre de lits	Nombre de places
	Ensemble	**1047**	**97632**	**13995**
Privé à but lucratif	Établissements de soins de suite et de réadaptation	321	24774	1819
	Autres établissements privés à but lucratif	13	906	67
	Établissements de soins de courte durée ou pluridisciplinaires	561	60111	11249
	Établissements de lutte contre les maladies mentales	140	11333	860
	Établissements de soins de longue durée	12	508	-
Ensemble		**2710**	**416710**	**63115**

Champ : France métropolitaine et DOM y compris Service de santé des armées.

(*) : En 2010 le centre hospitalier Félix-Guyon et le groupe hospitalier Sud-Réunion sont comptés dans les recueils comme deux CHR distincts.

Source : DREES.

Les différents champs de soins

■ Soins de suite et de réadaptation (SSR) : cette activité se développe au travers de prises en charge de différents types : polyvalentes, spécialisées dans la prise en charge des conséquences fonctionnelles de certaines affections (comme appareil locomoteur, système nerveux, cardiovasculaire, respiratoire…) ou liées au grand âge (personnes âgées à polypathologies, dépendantes ou à risque de dépendance), ou destinées à certaines populations (enfants, adolescents ou adultes). En 2010, 1800 établissements déclarent une activité de SSR et réalisent plus de 35 millions de journées en hospitalisation complète ou partielle en France métropolitaine et dans les DOM. Le secteur public prend en charge près de 40 % de l'activité. Près de 109000 lits et places ont été dénombrés, dont 40 % dans le secteur public.

■ Psychiatrie : la majeure partie des patients des services de psychiatrie des établissements de santé est prise en charge en ambulatoire. Les autres prises en charge, dites à temps partiel et à temps complet, reposent essentiellement sur les 58000 lits d'hospitalisation à temps plein, les 28000 places d'accueil en hôpital de jour ou de nuit et les 1800 centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP). L'offre est majoritairement publique et spécialisée. En 2010, sur 588 établissements de santé assurant une prise en charge hospitalière en psychiatrie, près de la moitié sont des établissements publics.

■ Médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) : hospitalisation complète ou partielle (de moins de un jour) en médecine, chirurgie ou obstétrique. En dix ans, le nombre de lits de MCO a diminué de près de 24000, alors que dans le même temps se sont développées les capacités d'hospitalisation à temps partiel.

Tableau 10 - **Nombre de lits et de places en MCO installés au 31 décembre 2010 selon le statut de l'établissement**

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	Lits	Places	Lits	Places	Lits	Places	Lits	Places
Médecine	95 480	8 560	9 700	1 360	12 780	2 140	**117 960**	**12 060**
Chirurgie	37 830	3 480	7 440	1 150	37 460	11 790	**82 730**	**16 410**
Gynéco-obstétrique	14 470	990	1 430	30	5 790	40	**21 680**	**1 060**
Total	**147 780**	**13 030**	**18 570**	**2 540**	**56 030**	**13 970**	**222 370**	**29 530**

Champ : France métropolitaine et DOM.
Source : DREES.

Tableau 11 - **Nombre de séjours en 2010 par discipline d'équipement selon le statut de l'établissement**

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2010	Évolution 2009-2010	2010	Évolution 2009-2010	2010	Évolution 2009-2010	2010	Évolution 2009-2010
Hospitalisation de plus de un jour								
Séjours classés en médecine	4 382 000	0,7 %	460 000	0,0 %	939 000	**– 0,7 %**	**5 781 000**	**0,4 %**
Séjours classés en chirurgie	1 676 000	– 0,5 %	292 000	– 1,5 %	1 647 000	**– 2,5 %**	**3 615 000**	**– 1,5 %**
Séjours classés en obstétrique	689 000	1,2 %	77 000	2,7 %	266 000	**0,2 %**	**1 033 000**	**1,0 %**
Total	**6 748 000**	**0,4 %**	**829 000**	**– 0,3 %**	**2 852 000**	**– 1,7 %**	**10 429 000**	**– 0,2 %**
Hospitalisation de moins de un jour								
Séjours classés en médecine	1 733 000	– 0,8 %	255 000	0,2 %	1 342 000	**0,6 %**	**3 330 000**	**– 0,2 %**
Séjours classés en chirurgie	613 000	6,1 %	191 000	5,7 %	1 620 000	**4,6 %**	**2 424 000**	**5,1 %**
Séjours classés en obstétrique	231 000	– 3,2 %	15 000	5,4 %	60 000	**– 4,1 %**	**306 000**	**– 3,0 %**
Total	**2 577 000**	**0,5 %**	**461 000**	**2,5 %**	**3 022 000**	**2,6 %**	**6 060 000**	**1,7 %**

Champ : France métropolitaine et DOM.
Source : DREES.

Tableau 12 - **Répartition de l'activité médicale selon le statut de l'établissement et le domaine d'activité en 2010 (en %)**

	Secteur public	Secteur privé à but non lucratif	Secteur privé à but lucratif
Digestif	38,3	8,0	53,8
Cathétérismes vasculaires	49,5	7,3	43,2
Douleurs chroniques, soins palliatifs	60,4	18,1	21,6
Uronéphrologie et génital masculin	64,5	7,1	28,4
ORL, Stomatologie	68,4	6,4	25,3
Activités interspécialités	73,6	9,0	17,4
Nouveau-nés	73,8	7,1	19,1
Tissu cutané et sous-cutané	76,2	5,8	18,1
Cardiologie	77,6	6,3	16,1
Hématologie	77,6	9,0	13,4
Rhumatologie	78,0	6,7	15,4
Pneumologie	80,8	7,6	11,6
Endocrinologie	85,3	7,3	7,4
Système nerveux	88,5	5,9	5,6
Maladies infectieuses (dont VIH)	90,4	5,0	4,7
Psychiatrie	90,5	6,8	2,7
Toxicologie, intoxications, alcool	92,1	4,0	3,9
Total	67,1	7,8	25,0

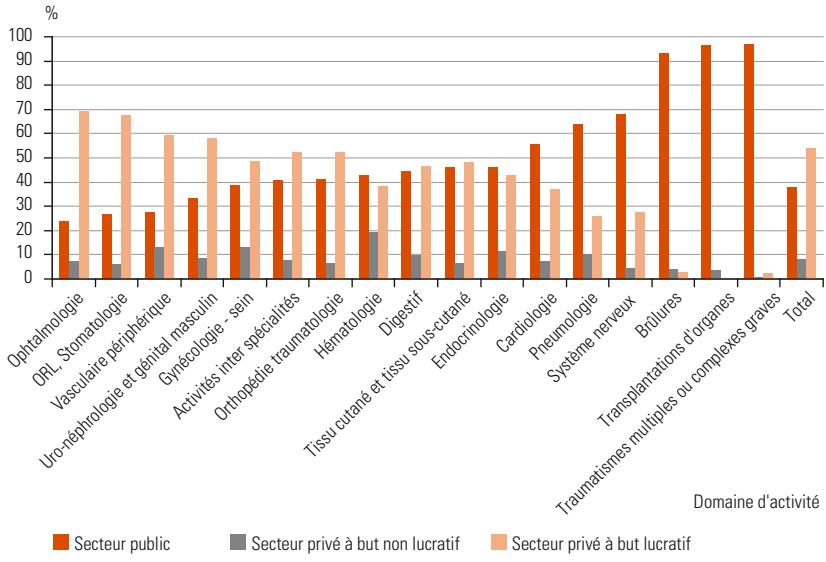
Note de lecture : 38,3 % de l'activité médicale digestive est prise en charge par le secteur public, contre 53,8 % par le secteur privé à but lucratif et 8 % par le secteur privé à but non lucratif.

* Seuls les domaines d'activité réunissant plus de 100000 séjours sont représentés ici.

Champ : France métropolitaine et DOM.

Source : DREES.

Graphique 1 - **Répartition de l'activité chirurgicale selon le statut de l'établissement et le domaine d'activité en 2010**



Note de lecture : 23,4 % de l'activité chirurgicale en ophtalmologie est prise en charge par le secteur public, contre 69,1 % par le secteur privé à but lucratif et 7,5 % par le secteur privé à but non lucratif.

Champ : France métropolitaine et DOM.

Source : DREES.

Tableau 13 - **Répartition des prises en charge obstétricales selon le statut de l'établissement et le groupe d'activité en 2010**

	Nombre de séjours	Établissements publics (en %)	Établissements privés à but non lucratif (en %)	Établissements privés à but lucratif (en %)
Ensemble activités obstétricales	**1 339 000**	**68,8**	**6,9**	**24,3**
Accouchements, dont :	**823 000**	**65,3**	**8,0**	**26,7**
Accouchements par voie basse sans complications	552 000	64,3	8,1	27,6
Accouchements par voie basse avec complications	102 000	74,4	7,2	18,4
Accouchements par césarienne	169 000	63,2	7,9	28,9
Affections *ante partum*	201 000	74,4	5,8	19,8
Affections *post-partum*	45 000	71,4	5,1	23,5
Interruptions médicales de grossesse	77 000	62,2	6,6	31,3
Interruptions volontaires de grossesse	194 000	79,4	4,1	16,5

Champ : France métropolitaine et DOM.

Source : DREES.

Modalités d'hospitalisation et de prises en charge

Bloc opératoire : le bloc opératoire est une enceinte dédiée à des actes invasifs réalisés quelles qu'en soient la modalité et la finalité, en ayant recours aux équipements adéquats et en regroupant toutes les compétences médicales et paramédicales requises, pour assurer la sécurité des patients.

Plateau technique : ensemble des installations, appareils et dispositifs médicaux concourant au diagnostic et au traitement des malades.

***Case mix* :** le *case mix* désigne l'éventail des cas pris en charge et les niveaux de gravité des séjours associés. Chaque établissement a un *case mix* propre en fonction des spécialités qu'il exerce et du profil des patients qui s'adressent à lui.

Dispositifs médicaux : le terme « dispositif médical » définit tout instrument, appareil, dispositif, matériel ou autre article, utilisé seul ou en association. Ceci inclut également les logiciels intervenant dans son fonctionnement et destinés par le fabriquant à être utilisés chez l'homme aux fins médicales suivantes :

– de diagnostic, de prévention, de contrôle, de traitement ou d'atténuation d'une maladie ;

– de diagnostic, de surveillance, de traitement, d'atténuation, ou de compensation d'une blessure, ou d'un handicap ;

– d'étude, de remplacement, de modification de l'anatomie ou d'un processus physiologique ;

– de maîtrise de la conception ;

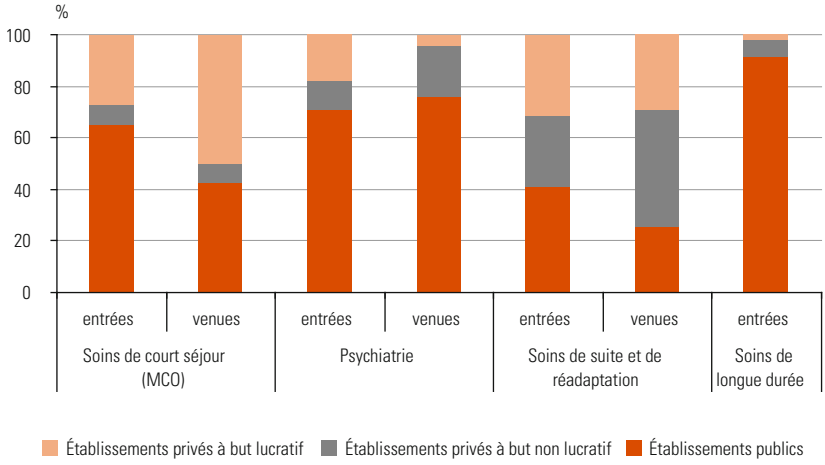
et dont l'action principale souhaitée n'est pas obtenue sur le corps humain par des moyens pharmacologiques, immunologiques ou métaboliques mais qui peut être assistée dans sa fonction par de tels moyens.

Court séjour : comprend les activités de l'hôpital relatives à la médecine, la chirurgie et la gynécologie obstétrique.

Moyen séjour : a pour mission principale l'hospitalisation, pendant une durée limitée, de personnes qui requièrent des soins continus, après la phase aiguë de la maladie ou d'une intervention chirurgicale.

Long séjour ou soins de longue durée : dépend de l'hôpital et prend en charge des personnes âgées dépendantes, ayant besoin d'une surveillance médicale continue. Les services de long séjour accueillent des personnes âgées dont l'état de santé ne permet pas l'entrée en résidence de retraite, même médicalisée.

Diagramme 2 - **Répartition des séjours en 2010**



Note : Entrées pour l'hospitalisation à temps complet ; venues pour l'hospitalisation à temps partiel.
Les soins de longue durée ne sont réalisés qu'à temps complet.
Champ : France métropolitaine et DOM y compris Service de santé des armées.
Source : DREES.

Hospitalisation complète : activité des unités et services qui accueillent et hébergent les malades, blessés ou femmes enceintes et qui se caractérisent par un équipement en lits d'hospitalisation et par des équipes médicales et paramédicales assurant le diagnostic, les soins et la surveillance.

Hospitalisation partielle : regroupe l'hospitalisation de jour et de nuit.

Hospitalisation de jour : activité des unités hospitalières qui effectuent pendant une seule journée (sans hébergement nocturne) certains actes, de façon programmée et concentrée sur une durée de moins de 24 heures.

Hospitalisation de nuit : activité des unités et services qui accueillent et traitent les malades dont l'état n'exige qu'une hospitalisation limitée à la période nocturne (essentiellement les services psychiatriques).

Lits et places installés : nombre de lits (hospitalisation complète) /places (hospitalisation de jour en ambulatoire) effectivement disponibles suite à la visite de conformité.

Taux d'équipement : nombre de lits et places installés rapporté à la population concernée.

Taux d'occupation : rapport entre le nombre de journées et le nombre de lits divisé par 3,65. Un taux d'occupation de 100% signifie que les lits sont occupés tout au long de l'année.

Durée moyenne de séjour : nombre de journées rapporté au nombre d'entrées.

La régulation/le pilotage

Les agences régionales de santé (ARS) : établissements publics de l'État à caractère administratif créés par la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), les agences régionales de santé ont pour missions de définir la politique de santé régionale en liaison avec tous les acteurs, assurer la régulation et la coordination de leurs actions, contribuer à la réduction des inégalités en matière de santé, veiller aux grands équilibres financiers et respecter l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Elles reprennent certaines des missions des ex-directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales (DRASS et DDASS), des anciennes agences régionales de l'hospitalisation (ARH), des groupements régionaux de santé publique (GRSP), des unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM), des missions régionales de santé (MRS) et le volet hospitalier de l'assurance maladie.

Chirurgie ambulatoire : structure de soins alternative à l'hospitalisation complète, recouvrant l'hospitalisation d'une durée inférieure ou égale à 12 heures sans hébergement de nuit. Elle comprend les actes chirurgicaux programmés et réalisés dans les conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie adaptée et suivie d'une surveillance post-opératoire en salle de réveil permettant, sans risque avéré, la sortie du patient le jour même de son admission.

Les Schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) : outil opérationnel de mise en œuvre des plans stratégiques régionaux de santé (PSRS), qui comportent notamment l'évaluation des besoins de santé, de l'offre de soins et la détermination des orientations stratégiques de la région en matière de santé. Depuis la loi HPST, ceux-ci sont dénommés « SROS-PRS ». Comparé aux SROS précédents, leur champ d'application a été étendu à l'offre de soins ambulatoire.

Le plan stratégique régional de santé (PSRS) : socle commun de l'ensemble des domaines d'intervention de l'agence régionale de santé, à partir duquel sont déclinés les schémas d'organisation (soins, prévention, médico-social), ainsi que les projets territoriaux issus des travaux des conférences de territoires.

Inadéquations hospitalières : les inadéquations hospitalières correspondent aux lits occupés de manière non pertinente et non justifiée. Les raisons sont diverses : problème d'organisation, manque de structures pouvant accueillir le patient, isolement de patients… La question des inadéquations doit être distinguée, bien qu'elle y soit liée, de celle de la pertinence des soins. En effet, selon la définition de la HAS, toute prise en charge d'un patient recevant un soin ou un service (prise en charge sociale, psychologique, préventive, éducative…) est considérée comme adéquate. Cela ne dit rien, en revanche, de la pertinence du soin dispensé.

Restructurations hospitalières : rationalisation de l'offre hospitalière existante et adaptation de l'appareil de soins aux besoins de la population tout en garantissant la sécurité et la qualité des soins.

Le financement

Tarification à l'activité (T2A) : dans le secteur MCO, les recettes d'un établissement de santé sont liées à l'activité réalisée. La tarification des actes est fondée sur le recueil des coûts moyens constatés par séjour calculés dans un échantillon d'établissements de santé, permettant d'établir une échelle de coûts, l'ENCC (*cf.* ci-dessous). La T2A comporte des tarifs par séjour, des tarifs par prestation, des tarifs de responsabilité des consommables (*cf.* définition « liste en sus »), les forfaits (urgences et prélèvements d'organes), et les MIGAC (*cf.* ci-dessous). La part des tarifs des séjours représente de l'ordre de 60 à 65 % des recettes des hôpitaux publics.

Étude nationale de coûts à méthodologie commune (ENCC) : une étude nationale des coûts est réalisée chaque année sur trois champs (MCO, SSR et hospitalisation à domicile) ; depuis 2006, elle concerne les trois catégories d'établissements de santé (publics, privés à but non lucratif et privés à but lucratif). L'ENCC vise à publier des référentiels nationaux de coûts moyens, par poste de coûts préalablement identifiés ; elle sert de base aux travaux de la construction tarifaire et aux simulations de changements de classification médicale (*cf.* ci-dessous la définition de la CCAM), et permet aux établissements de se comparer à une référence nationale.

Les groupes homogènes de séjour (GHS) : dans le cadre d'un financement à la T2A, le prix de chaque activité est fixé chaque année par le ministre chargé de la Santé *via* le mécanisme des GHS / GHM. Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) permet de classer le séjour de chaque patient au sein d'un « groupe homogène de malades » (GHM) auquel est associé un (ou parfois plusieurs) « groupe(s) homogène(s) de séjour » (GHS). Ceux-ci conditionnent le tarif de prise en charge par les régimes d'assurance maladie. Notion tarifaire, le GHS correspond en principe à un GHM (*cf.* ci-dessous) ; mais il peut y avoir plusieurs tarifs pour un même GHM. Pour la tarification, le GHM est traité pour tenir compte de la particularité de certains séjours, et donne lieu à définition d'un groupe homogène de séjour (GHS). La version 11 de la tarification (V11) a introduit au sein du même type de séjour un critère de sévérité (4 niveaux). On compte désormais près de 2 300 GHS.

Les groupes homogènes de malades (GHM) : notion médicale, le GHM est un moyen de regrouper les prises en charge de patients considérées comme identiques pour établir la grille de tarif des séjours, dans le cadre d'un financement à la T2A. Plus précisément, chaque acte réalisé sur un patient donne lieu à un résumé d'unité médical (RUM), l'ensemble des données issues des RUM étant agrégées au sein du résumé de sortie standardisé (RSS), émis pour chaque séjour d'un patient. Ce RSS est ensuite traité selon un algorithme qui prend en compte le diagnostic principal, l'existence d'actes opératoires, et d'autres informations en tant que de besoin (âge, diagnostics associés, etc.). Le séjour ainsi traité est affecté à un groupe homogène de malade (GHM).

Les missions d'intérêt général et aides à la contractualisation (MIGAC) : dotations qui financent les missions d'enseignement et de recherche, les missions d'intérêt général figurant sur une liste, et l'aide spécifique et contractualisée entre l'ARS et les établissements reconnus comme effectuant ces missions.

Les missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) : partie intégrant des MIGAC, le financement des activités d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation est fixé à partir de divers critères représentatifs des activités exercées au titre de ces missions (nombre d'étudiants, d'enseignants, d'essais cliniques réalisés, de publications dans des revues scientifiques…).

Les forfaits : un financement spécifique est apporté sous forme de forfaits pour reconnaître des activités diverses. Ce sont par exemple des forfaits accordés pour l'activité de prélèvement d'organes.

Tarifs par prestations : prestations des activités non couvertes par les GHS : consultations et actes externes, urgences, prélèvements d'organes, hospitalisation à domicile. Elles font l'objet d'un tarif spécifique.

Convergence intrasectorielle : vise à rapprocher progressivement les tarifs au sein d'un même secteur (public ou privé).

Convergence intersectorielle : vise à rapprocher les tarifs entre les secteurs publics et privés d'intérêt collectif et le secteur privé à but lucratif.

La mise sous accord préalable : afin de développer la chirurgie ambulatoire, certains actes chirurgicaux avec hospitalisation d'au moins une nuit sont, dans certains établissements hospitaliers, soumis à l'accord préalable du service médical de l'assurance maladie.

Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) : il est fixé chaque année par le Parlement et vise à maîtriser l'évolution de ces dépenses.

La classification commune des actes médicaux (CCAM) : nomenclature destinée à coder les actes susceptibles d'être accomplis par les personnels de santé et dont le coût est pris en charge par l'assurance maladie. Elle sert notamment de base au calcul de la rémunération des médecins exerçant en libéral.

Dépassements d'honoraires : des médecins sont autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires par rapport aux tarifs servant de base à la prise en charge par l'assurance maladie. Leur montant doit être déterminé « avec tact et mesure », conformément au code de déontologie médicale.

Liste en sus : liste de médicaments et de dispositifs médicaux qui sont remboursés aux établissements de santé en sus du tarif du GHS.

Neutralité tarifaire : la neutralité tarifaire consiste à fixer le tarif en fonction des coûts constatés sans intervention volontariste visant à utiliser les tarifs pour modifier les comportements des acteurs.

Enveloppe globale (psychiatrie et SSR) : la psychiatrie et le SSR continuent d'être financés par enveloppe globale et non à partir de tarifs liés à l'activité.

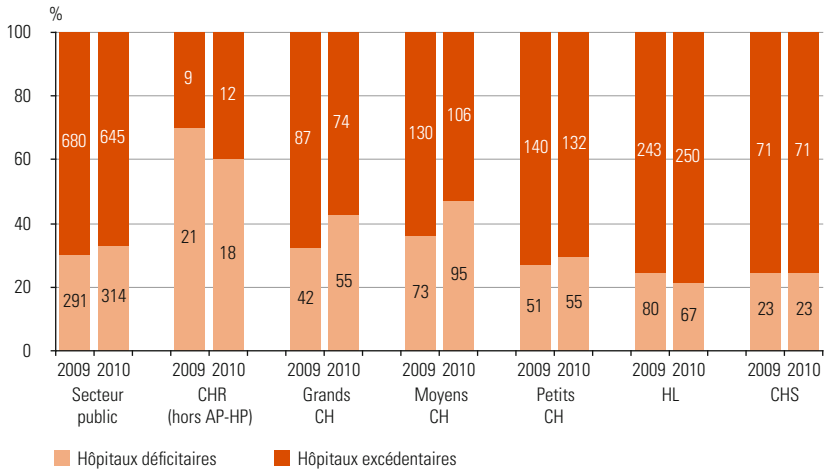
Investissement : il se distingue de l'exploitation. Cette dernière concerne les charges d'une année directement rattachées à la prise en charge des patients

de cette même année. L'investissement concerne des charges dont l'usage est pluriannuel. Les équipements médicaux (scanner par exemple) ou les bâtiments sont des investissements dont bénéficient les patients sur plusieurs exercices.

Déficit : situation constatée à la clôture d'un exercice lorsque les charges sont supérieures aux recettes.

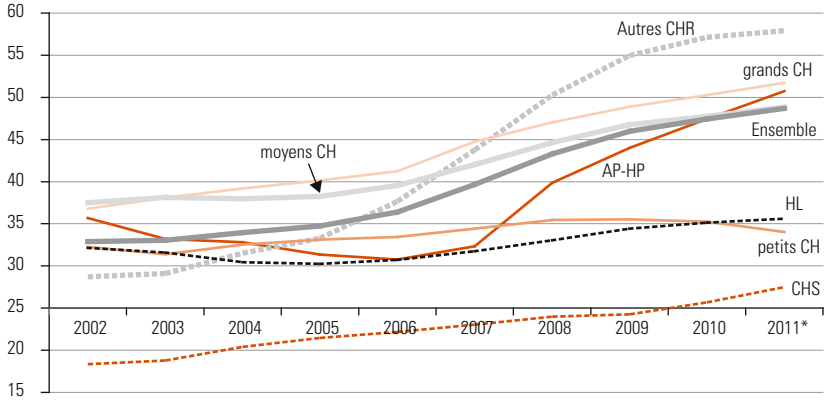
Codage des prises en charge : à la sortie des patients, les médecins codent le séjour en fonction de la pathologie principale, des éventuelles pathologies associées et des actes effectués. Ce codage permet de classer les séjours en GHM et d'appliquer un tarif.

Diagramme 3 - **Situation financière des établissements publics de santé**



Source : DREES.

Graphique 2 - **Évolution du taux d'endettement des hôpitaux publics entre 2002 et 2011**



Source : DREES.

La gouvernance à l'hôpital public

Le conseil de surveillance : le conseil de surveillance s'est substitué au conseil d'administration depuis la loi HPST. Ses missions sont recentrées sur les orientations stratégiques et le contrôle permanent de la gestion de l'établissement. Le conseil de surveillance comprend trois collèges où siègent respectivement des représentants des collectivités territoriales, des représentants des personnels de l'établissement et des personnalités qualifiées, dont des représentants d'usagers. Son président est élu parmi les représentants des collectivités territoriales et les personnalités qualifiées.

La commission médicale d'établissement (CME) : Instance représentative du personnel médical, elle est composée de représentants des professions médicales élus par leurs pairs et, depuis la loi HPST, de chefs de pôle, membres de droit. La loi HPST a recentré son rôle sur la qualité et la sécurité des soins. Le président de la CME est élu pour un mandat de quatre ans, renouvelable une fois. Il est vice-président du directoire.

Le directoire : instance collégiale d'appui et de conseil du directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement. Présidé par le directeur, vice-présidé par le président de la commission médicale d'établissement (CME), le directoire, à majorité médicale, pharmaceutique, maïeutique et odontologique, a pour mission de veiller à la cohérence des projets de pôles avec le projet médical, et avec l'ensemble du projet d'établissement.

La Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) : lieu d'information et de dialogue mis en place dans chaque établissement de santé. La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé lui donne un rôle d'amélioration de la qualité de la prise en charge des malades.

Le pôle d'activité : mode d'organisation des différents types d'activité d'un hôpital depuis la loi de 2005, confirmé par la loi HPST de 2009. Cette organisation vise à renforcer le pilotage médico-économique des hôpitaux. Le chef de pôle est un praticien nommé par le directeur, après avis de la CME pour les pôles d'activité clinique et médico-technique.

La qualité et la sécurité des soins

Les seuils d'activité : pour certaines procédures et interventions, en particulier pour la chirurgie complexe, la possibilité d'améliorer la qualité des soins lorsque le volume d'activité augmente est réelle. L'effet d'apprentissage au niveau individuel (chirurgien) mais aussi au niveau de l'hôpital (transfert de connaissances, mode d'organisation) semble expliquer une grande partie de cette corrélation.

Les indicateurs de process : par indicateur de process, on entend le plus souvent des mesures visant à apprécier le taux de respect d'une procédure (par exemple le nombre de dossiers médicaux correctement renseignés sur le nombre total de dossiers ou le nombre de patients ayant reçu des conseils en matière de tabagisme sur le nombre total de patients) mais aussi, dans certains cas, des données qui visent à approcher indirectement le respect de procédures (par exemple, le montant des commandes de solution hydroalcoolique est utilisé pour apprécier le respect des procédures d'hygiène dans un établissement).

Les indicateurs de résultats : ils visent à mesurer directement les bénéfices pour le patient ; les indicateurs de ce type les plus communs sont relatifs aux infections nosocomiales (taux d'infection du site opératoire, taux de *staphylococcus aureus* résistant à la méticilline), aux réadmissions non programmées, à la mortalité suite à certaines interventions où même à la mortalité globale pour un établissement.

Iatrogénie : le Haut Comité de la Santé Publique considère comme iatrogènes « *les conséquences indésirables ou négatives sur l'état de santé individuel ou collectif de tout acte ou mesure pratiqués ou prescrits par un professionnel habilité et qui vise à préserver, améliorer ou rétablir la santé* ». La notion est donc très générale, qualifiant un trouble ou un effet non souhaitable consécutif :

– à l'intervention d'un médecin ou autre professionnel de la santé, qu'il y ait ou non erreur de traitement,

– ou à l'utilisation d'un médicament, qu'elle corresponde ou non à son indication habituelle.

Les ressources humaines

Les catégories de personnels à l'hôpital

- Personnel médical : il est composé de médecins, d'odontologistes, de pharmaciens, ainsi que d'internes et de faisant fonction d'internes en formation.
- Personnel soignant : sages-femmes, personnels d'encadrement du personnel soignant, infirmiers, aides-soignants, agents de services hospitaliers et autres personnels des services médicaux, rééducateurs, psychologues.
- Personnel administratif.
- Personnel technique.
- Personnels médico-techniques : techniciens de laboratoire, manipulateurs d'électroradiologie.
- Personnels éducatifs et sociaux.

Tableau 14 - **Les emplois médicaux dans les établissements de santé en 2010**

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2010	Évolution 2009-2010	2010	Évolution 2009-2010	2010	Évolution 2009-2010	2010	Évolution 2009-2010
Médecins, biologistes, odontologistes, pharmaciens								
Salariés	93 693	0,3 %	12 758	3,0 %	4 653	5,8 %	**111 104**	**0,8 %**
Libéraux	2 121	– 7,5 %	3 939	1,8 %	36 501	– 1,7 %	**42 561**	**– 1,7 %**
Total	**95 814**	**0,1 %**	**16 697**	**2,7 %**	**41 154**	**– 0,9 %**	**153 665**	**0,1 %**
Internes	21 034	3,7 %	1 236	6,6 %	35	**775,0 %**	**22 305**	**4,0 %**
Faisant fonction d'internes (FFI)	2 972	– 9,0 %	241	1,7 %	3	-	**3 216**	**– 8,2 %**
Total internes et FFI	**24 006**	**1,9 %**	**1 477**	**5,7 %**	**38**	**850,0 %**	**25 521**	**2,3 %**
Total	**119 820**	**0,4 %**	**18 174**	**2,9 %**	**41 192**	**– 0,9 %**	**179 186**	**0,4 %**

Champ : France métropolitaine et DOM y compris services de santé des armées.
Source : DREES.

Tableau 15 - **Personnels non médicaux et sages-femmes en 2010, emplois en équivalent temps plein (ETP)**

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2010	Évolution 2009-2010	2010	Évolution 2009-2010	2010	Évolution 2009-2010	2010	Évolution 2009-2010
Personnels administratifs	99560	1,0 %	18039	1,1 %	18995	0,8 %	**136595**	**1,0 %**
Personnels soignants	594660	1,3 %	78696	1,0 %	98996	2,1 %	**772352**	**1,3 %**
– sages-femmes	10914	3,4 %	999	6,0 %	2362	2,2 %	**14274**	**3,3 %**
– personnel d'encadrement du personnel soignant	23117	– 0,8 %	3710	– 1,5 %	3196	0,7 %	**30024**	**– 0,7 %**
– infirmiers (1)	232561	0,7 %	32161	1,8 %	42312	2,7 %	**307034**	**1,1 %**
– aides-soignants (2)	209631	2,0 %	22565	1,0 %	29492	1,9 %	**261687**	**1,9 %**
– agents de services hospitaliers et autres personnels des services médicaux	93224	0,9 %	12147	– 1,1 %	18059	0,9 %	**123430**	**0,7 %**
– rééducateurs	15371	1,7 %	5475	2,1 %	2923	4,9 %	**23769**	**2,2 %**
– psychologues	9842	4,4 %	1639	3,6 %	653	9,0 %	**12133**	**4,5 %**
Personnels éducatifs et sociaux	12704	4,2 %	3342	– 0,3 %	805	11,9 %	**16851**	**3,6 %**
Personnels médico-techniques	40825	1,2 %	5566	3,0 %	3346	0,8 %	**49736**	**1,4 %**
Personnels techniques	100302	1,4 %	10544	– 4,1 %	7622	– 4,5 %	**118468**	**0,4 %**
Total	**848052**	**1,3 %**	**116187**	**0,6 %**	**129763**	**1,6 %**	**1094002**	**1,2 %**

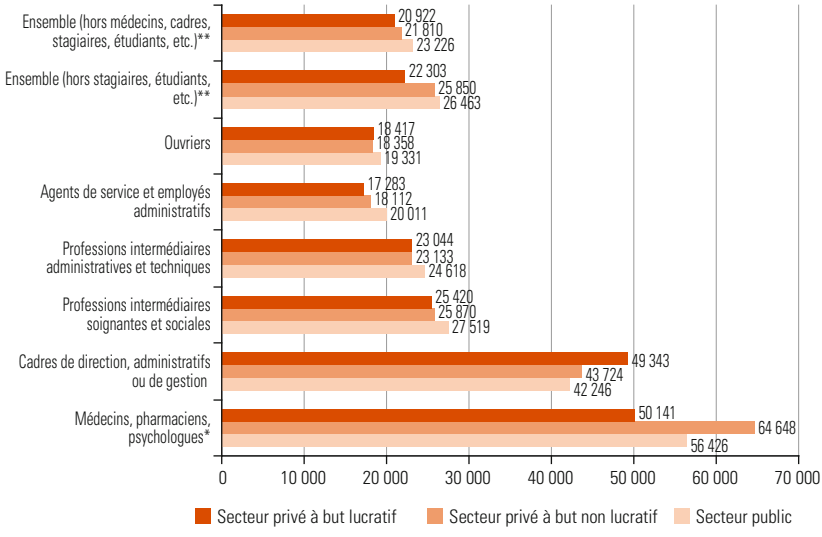
(1) Y compris infirmiers spécialisés et de secteur psychiatrique.

(2) Non compris élèves.

Champ : France métropolitaine et DOM y compris services de santé des armées.

Source : DREES.

Diagramme 4 - **Répartition des catégories de personnels par statut de l'établissement**



* Hors internes, externes et résidents.

** Y. c. non ventilés.

Champ : Salariés, France métropolitaine et DOM.

Source : DREES.

Statuts des médecins salariés à l'hôpital public, à temps plein ou à temps partiel

■ Praticiens hospitalo-universitaires : professeur des universités - praticien hospitalier (PUPH), maître de conférences des universités - praticien hospitalier (MCU-PH), chefs de clinique - assistants. Ils ont des activités de soins, d'enseignement et de recherche.

■ Praticiens hospitaliers (PH) : sélectionnés par concours, ils consacrent la totalité de leur temps de travail aux activités hospitalières.

■ Les médecins-assistants, recrutés sur des contrats à durée déterminée.

■ Les médecins attachés sont des médecins vacataires travaillant à temps partiel et pouvant exercer dans un ou plusieurs établissements publics ou en libéral.

■ Chef de clinique-assistant : grade et titre hospitalo-universitaire associant l'exercice de la clinique hospitalière à une fonction universitaire d'enseignement et de recherche. Les médecins peuvent y postuler pendant les trois années qui suivent l'obtention de leur diplôme de docteur.

■ Internes : étudiants de médecine en troisième cycle, de façon facultative pour les étudiants de pharmacie et odontologie.

■ Faisant fonction d'internes : médecin, étudiant en médecine, pharmacien, étudiant en pharmacie occupant provisoirement un poste non occupé par un interne dans un établissement de santé.

Tableau 16 - **Répartition par statut en équivalent temps plein (ETP) des emplois médicaux salariés dans les établissements publics en 2010**

	2010	Évolution 2009-2010
Emploi total des salariés	**93 693**	**0,3 %**
ETP des hospitalo-universitaires titulaires *	3 193	1,6 %
ETP des praticiens hospitaliers	40 032	2,1 %
ETP des assistants	3 917	2,3 %
ETP des hospitaliers universitaires non titulaires	2 018	– 0,1 %
ETP des attachés	9 593	– 3,5 %
ETP des autres salariés (y compris ceux ne relevant pas d'un statut)	6 602	9,2 %
Total des ETP salariés	**65 354**	**1,8 %**

* Par convention les PU-PH sont comptés pour 0,5 ETP.

Champ : France métropolitaine et DOM y compris services de santé des armées.

Source : DREES.

Liste des sigles utilisés

A

ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (remplacée par la HAS)

ANAP : Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux

ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

AP-HP : Assistance publique - hôpitaux de Paris

ARS : agence régionale de santé

ASIP Santé : Agence des systèmes d'informations partagés de santé

ASMR : amélioration du service médical rendu

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

AVC : accident vasculaire cérébral

C

CAF : capacité d'autofinancement

CAH : comptabilité analytique hospitalière

CCAM : classification commune des actes médicaux

CCLIN : Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales

CDD : contrat à durée déterminée

CH : centre hospitalier

CHU : centre hospitalier universitaire

CISS : collectif inter-associatif sur la santé

CLARTE : Consortium Loire-Atlantique, Aquitaine, Rhone-Alpes pour la production d'indicateurs en santé

CME : commission médicale d'établissement

CNAMTS : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

CNG : Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

CRAM : caisse régionale d'assurance maladie

CRéA : compte de résultat analytique

CREF : contrat de retour à l'équilibre financier

CREX : comité de retours d'expérience

CRP : compte de résultat principal

CRPV : centre régional de pharmacovigilance

CRUQPC : Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge

D

DGARS : directeur général d'agence régionale de santé

DGOS : direction générale de l'offre de soins (ex-DHOS : direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins)

DGS : Direction générale de la santé

DIM : département d'information médicale

DMS : durée moyenne de séjour

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DRG : *diagnosis-related group*

DSS : Direction de la Sécurité sociale

E

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EIG : événement indésirable grave

ENCC : étude nationale de coûts à méthodologie commune

ENEIS : enquête nationale sur les événements indésirables liés aux soins

EPRD : état des prévisions de recettes et de dépenses

ES : établissement de santé

EPS : établissement public de santé

ESPIC : établissement de santé privé d'intérêt collectif

ETP : équivalent temps plein

ETP : éducation thérapeutique du patient

F

FAM : foyer d'accueil médicalisé

FHF : Fédération Hospitalière de France

FHP : Fédération de l'Hospitalisation Privée

FIR : Fonds d'intervention régional

FPH : fonction publique hospitalière

G

GCS : groupement de coopération sanitaire

GCSMS : groupement de coopération sociale et médico-sociale

GHM : groupe homogène de malades

GHS : groupe homogène de séjour

GHT : groupe homogène de tarifs

GRH : gestion des ressources humaines

GVT : glissement vieillesse-technicité

H

HAD : hospitalisation à domicile

HAS : Haute autorité de santé

HCAAM : Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

HCL : Hospices civils de Lyon

HPST : loi dite « hôpital, patients, santé et territoires »

I

IAS : infection associée aux soins

ICALIN : indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales

IGF : Inspection générale des finances

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

InVS : Institut de veille sanitaire

IPA : indicateurs de pilotage d'activité

IPAQSS : indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

IVG : interruption volontaire de grossesse

L

LMD : licence-master-doctorat

M

MAS : maison d'accueil spécialisé

MCO : médecine-chirurgie-obstétrique

MEAH : Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (intégrée dans l'ANAP)

MECSS :
- À l'Assemblée nationale : Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale
- Au Sénat : Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale

MERRI : missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation

MIGAC : missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation

N

NHS : *National Health Service*

O

OCDE : Organisation de coopération et de développement économique

OMEDIT : Observatoire des médicaments, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique

ONDAM : objectif national des dépenses d'assurance maladie

ONDPS : Observatoire national de la démographie des professions de santé

ONVS : Observatoire national des violences en milieu de santé

OQOS : objectif quantifié de l'offre de soins

P

PAERPA : personnes âgées en risque de perte d'autonomie

PH : praticien hospitalier

PMSI : programme de médicalisation des systèmes d'information

PPI : plan pluriannuel d'investissement

PRS : projet régional de santé

PU-PH : professeur des universités-praticien hospitalier

R

REMED : revue des erreurs liées aux médicaments et aux dispositifs associés

RMM : revue de morbidité et de mortalité

RUM : résumé d'unité médicale

RSS : résumé de sortie standardisé

RTC : retraitement comptable

RTT : réduction du temps de travail

S

SAE : statistique annuelle des établissements de santé

SAMU : service d'aide médicale urgente

SARM : staphylococcus aureus résistant à la méticilline

SIDA : syndrome d'immunodéficience acquise

SMIC : salaire minimum interprofessionnel de croissance

SMR : service médical rendu

SMUR : service mobile d'urgence

SNIIRAM : système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie

SROS : schéma régional de l'offre de soin

SSIAD : service de soins infirmiers à domicile

SSR : soins de suite et de réadaptation

T

T2A : tarification à l'activité

TCCM : tableau coût case-mix

TGI : tribunal de grande instance

U

UHCD : unité hospitalière de courte durée

USLD : unité de soins de longue durée

Liste des cartes, des diagrammes, des graphiques et des tableaux

Liste des cartes

Carte 1 - Densité de lits de court séjour en France en 2010 23

Carte 2 - Densité de places en France en 2009 24

Liste des diagrammes

Diagramme 1 - Temps d'accès médian par spécialité (en minutes) 24

Diagramme 2 - Répartition des séjours en 2010 277

Diagramme 3 - Situation financière des établissements publics de santé 281

Diagramme 4 - Répartition des catégories de personnels par statut de l'établissement 285

Liste des graphiques

Graphique 1 - Répartition de l'activité chirurgicale selon le statut de l'établissement et le domaine d'activité en 2010 275

Graphique 2 - Évolution du taux d'endettement des hôpitaux publics entre 2002 et 2011 281

Liste des tableaux

Tableau 1 - L'Ondam et le sous-objectif des dépenses relatives aux établissements de santé financés à l'activité depuis 2006 (en milliards d'euros) 38

Tableau 2 - Résultat et capacité d'autofinancement (CAF) des établissements financés antérieurement par dotation globale 39

Tableau 3 - Évolution du nombre de séjours (séjours sans nuitées, hospitalisation complète, séances) 57

Tableau 4 - Évolution du nombre de séjours par type d'hospitalisation en 2010 58

Tableau 5 - Évolution de l'activité due à l'effet structure à classification constante (hors effet changement de classification) 58

Tableau 6 - Pourcentage moyen des indemnités dans la rémunération au sein d'un échantillon de CH et de CHU, par spécialité (année 2007) 205

Tableau 7 - Part des indemnités dans la rémunération des personnels enseignants et hospitaliers temporaires (année 2007) 206

Tableau 8 - Les outils de la comptabilité analytique hospitalière 217

Tableau 9 - Établissements de santé avec capacités d'hospitalisation par catégorie d'établissements en 2010 271

Tableau 10 - Nombre de lits et de places installés au 31 décembre 2010 selon le statut de l'établissement en MCO 273

Tableau 11 - Nombre de séjours en 2010 par discipline d'équipement selon le statut de l'établissement 273

Tableau 12 - Répartition de l'activité médicale selon le statut de l'établissement et le domaine d'activité en 2010 (en %) 274

Tableau 13 - Répartition des prises en charge obstétricales selon le statut de l'établissement et le groupe d'activité en 2010 275

Tableau 14 - Les emplois médicaux dans les établissements de santé en 2010 284

Tableau 15 - Personnels non médicaux et sages-femmes en 2010, emplois en équivalent temps plein (ETP) 285

Tableau 16 - Répartition par statut en équivalent temps plein (ETP) des emplois médicaux salariés dans les établissements publics en 2010 286

Table des matières

Préface 3

Sommaire 7

DIX QUESTIONS SUR L'HÔPITAL 9

1. **Quel rôle et quelle place pour l'hôpital dans le système de santé en France ?** 13
2. **Le tissu hospitalier est-il satisfaisant ?** 21
3. **L'exigence économique à l'égard des établissements de santé est-elle trop forte ?** 36
4. **La contrainte financière est-elle bien répartie ?** 43
5. **La tarification à l'activité pousse-t-elle les hôpitaux à délivrer trop de soins ?** 55
6. **Les réformes du financement et de la gouvernance ont-elles eu des effets bénéfiques sur les hôpitaux ?** 63
7. **Comment connaître et promouvoir la qualité des soins ?** 74
8. **Comment améliorer la sécurité et la maîtrise des risques dans les établissements de santé ?** 90
9. **Quelle place pour l'usager de l'hôpital ?** 101
10. **Sait-on mettre à profit tout le potentiel des ressources humaines hospitalières publiques ?** 112

Conclusion : quelle gouvernance de la politique hospitalière ? 126

PRÉSENTATION DE 25 RAPPORTS DE L'IGAS : ÉVALUATION, CONTRÔLE ET APPUI 129

Modes de prise en charge des patients et qualité 131

L'information des usagers sur la qualité des prises en charge dans les établissements de santé 131

L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge 137

L'hospitalisation à domicile 143

La mort à l'hôpital 148

Le circuit du médicament à l'hôpital 154

Analyse des risques sécuritaires en établissements de santé mentale 160

Gouvernance 165

La mise en place des pôles : une réorganisation novatrice qui ne s'est pas faite sans difficultés 165

L'impact de l'introduction de la tarification à l'activité sur le management des établissements de santé publics ou privés 171

Management et efficience hospitalière : une évaluation des déterminants 176

Aspects financiers 183

Propositions pour la maîtrise de l'ONDAM 2013-2017 183

Évaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux 188

Le financement de la recherche, de l'enseignement et des missions d'intérêt général dans les établissements de santé 193

Le redressement des établissements hospitaliers en difficulté financière 198

Enquête sur la rémunération des médecins et chirurgiens hospitaliers 204

Évaluation du dispositif de financement des médicaments onéreux 211

Les bonnes pratiques de comptabilité analytique dans les établissements de santé 215

Contrôles et mission d'appui-conseil 223

Les principaux constats des missions opérationnelles de l'IGAS 2010-2012 223

Mission d'appui-conseil auprès de la fondation Hôtel-Dieu du Creusot et administration provisoire du centre hospitalier de Montceau-les-Mines 229

Mission d'appui-conseil auprès du centre hospitalier d'Argenteuil 234

Contrôle dans un grand hôpital psychiatrique après un signalement d'actes de maltraitance, et suites de ce contrôle 239

Contrôle du Centre hospitalier intercommunal de Poissy-Saint-Germain (CHIPS) 246

La prévention des risques socioprofessionnels à l'hôpital 250

Régulation 253

Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les quinze dernières années ? 253

Évaluation de la place et du rôle des cliniques privées dans l'offre de soins 259

La conversion des hôpitaux en établissements pour personnes âgées dépendantes 264

DÉFINITIONS ET CHIFFRES CLEFS 269

Le champ hospitalier 271

La régulation/le pilotage 278

Le financement 279

La gouvernance à l'hôpital public 282

La qualité et la sécurité des soins 283

Les ressources humaines 284

LISTE DES SIGLES UTILISÉS 287

LISTE DES CARTES, DES DIAGRAMMES, DES GRAPHIQUES ET DES TABLEAUX 291

L'hôpital est une institution singulière. Son origine est très ancienne : des traces de l'existence d'un tel lieu se retrouvent dans l'Antiquité. Chacun le fréquente plusieurs fois dans sa vie, à des moments heureux ou difficiles, mais toujours intenses. Il concentre nombre de questions fondamentales pour chacun sur la vie, la mort, le vieillissement, la souffrance… Elles sont aussi fondamentales pour la société, sa solidarité envers ceux qui sont en difficulté en particulier.

L'hôpital est également un acteur économique majeur par l'importance de ses effectifs, de la recherche qui y est conduite, des innovations médicales et des investissements qui y sont réalisés, ainsi que par le caractère attractif qu'il confère à notre pays.

Pourtant, l'hôpital serait en crise. Crise financière d'abord, les hôpitaux en déficit étant encore nombreux. Crise des personnels ensuite, face aux difficultés de recrutement ou au stress au travail. Crise concernant le propre cœur d'activité des établissements de santé, le soin, au regard d'accidents sanitaires majeurs survenus ces dernières années.

Face aux diagnostics alarmistes, l'IGAS a jugé utile d'interroger évidences et idées reçues, pour mieux comprendre la situation de cette institution, dans toute sa complexité. Elle se fonde sur les missions réalisées ces quatre dernières années, dans ce champ, à la demande des ministres ou dans le cadre de son programme d'activité.

Ce rapport est présenté sous forme de questions thématiques, correspondant aux sujets fréquemment débattus : qualité et sécurité des soins, gouvernance, place de l'usager, financement, organisation du système de soins sur le territoire…

Il montre la mutation profonde que connaît l'hôpital, les succès enregistrés et le chemin qui reste à parcourir. L'évolution rapide et considérable de la médecine, des besoins de la population et des professionnels de l'hôpital, de la place prise par l'usager expliquent cette mutation qui bouleverse les habitudes mais qui permettra à l'hôpital de continuer à tenir sa place dans notre système de soins et, plus largement, dans notre construction collective nationale.

Diffusion
Direction de l'information légale et administrative

La **documentation** Française
Tél. : 01 40 15 70 10
www.ladocumentationfrancaise.fr

Imprimé en France
Prix : 16 €
DF : 5HC30780
ISBN : 978-2-11-009064-5

IGAS
39-43, quai André Citroën
75739 PARIS CEDEX 15
www.igas.gouv.fr