



WILQUIN Agathe

Les plans de retour à l'équilibre sont-ils efficaces ?

*Sous la direction de Monsieur Stanislas WOCH
Maitre de conférences associé*

Mémoire de fin d'études de la 2^{ème} année de Master
Année universitaire 2016-1017

Composition du jury :

- Monsieur Stanislas WOCH, Président du jury, ILIS
- Monsieur Emmanuel SINNAEVE, Responsable service amélioration de l'efficience, Agence Régionale de Santé Hauts-de-France

Faculté Ingénierie et Management de la Santé- ILIS
42 rue Ambroise Paré
59120 LOOS

Remerciements

Je tiens à remercier en premier lieu, Monsieur Stanislas WOCH, maître de conférences associé à ILIS pour avoir accepté de diriger ce mémoire. Son écoute, ses compétences et son intérêt pour le sujet m'ont permis de mener à bien ce travail.

Mes remerciements vont ensuite à Monsieur Emmanuel SINNAEVE pour l'entretien qu'il m'a accordé dans le cadre de ce mémoire et d'avoir accepté d'être le second membre de jury.

Je souhaite remercier l'ensemble des personnes ayant accepté de répondre à mes questions et pour leur contribution essentielle à ce travail. Leurs compétences et le partage de leur expérience m'ont été d'une aide précieuse.

Enfin mes remerciements s'adressent à Madame Chantal CHABERT, responsable du centre de documentation, pour sa grande disponibilité et pour m'avoir guidé dans mes lectures et recherches bibliographiques.

Sommaire

Introduction	6
Partie I Analyse de la situation.....	8
Chapitre 1 Historique des modes de financement	8
Chapitre 2 Mesures de redressement financier	18
Chapitre 3 Situation actuelle	29
Partie II : Enquête	35
Chapitre 1 Outils utilisés et limites	35
Chapitre 2 Résultats	44
Chapitre 3 Mise en perspective personnelle	61
Conclusion	65
Bibliographie	67

Table des abréviations

AHNAC	: Association Hospitalière Nord-Artois Cliniques
ANAP	: Agence Nationale d'Appui à la Performance
ARS	: Agence Régionale de Santé
ATIH	: Agence Technique de l'Information Hospitalière
CAF	: Capacité d'Auto Financement
CH	: Centre Hospitalier
CHRU	: Centre Hospitalier Régional Universitaire
CME	: Commission Médicale d'Etablissement
CNAMTS	: Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CPOM	: Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
COPERMO	: Comité interministériel de la Performance et de la Modernisation de l'Offre de soins
CREF	: Contrat de Retour à l'Equilibre Financier
DAF	: Directeur des Affaires Financières
DGOS	: Direction Générale de l'Offre de Soins
DIM	: Direction de l'Information Médicale
ENC	: Etude Nationale des Coûts
EPRD	: Etat des Prévisions de Recettes et de Dépenses
EPS	: Etablissement Public de Santé
ESPIC	: Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif
ETP	: Equivalent Temps Plein
FHF	: Fédération Hospitalière de France
GCS	: Groupement de Coopération Sanitaire
GHM	: Groupe Homogène de Malade
GHS	: Groupe Homogène de Séjour
GHT	: Groupement Hospitalier de Territoire
HAD	: Hospitalisation A Domicile
HAS	: Haute Autorité de Santé
HPST	: Hôpital, Patient, Santé et Territoire
IGAS	: Inspection Générale des Affaires Sociales
LFSS	: Loi du Financement de la Sécurité Sociale
MCO	: Médecine Chirurgie Obstétrique
MEAH	: Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitalier

MERRI : Missions d'Enseignement, de Recherche, de Référence et d'Innovation
MIGAC : Mission d'Intérêt Général et Aide à la Contractualisation
ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
PGFP : Programme Global de Financement Pluriannuel
PGS : Polyclinique de Grande-Synthe
PMSI : Programme de Médicalisation du Système d'Information
PRE : Plan de Retour à l'Equilibre
PRS : Projet Régionale de Santé
RSA : Résumé de Sortie Anonyme
RSS : Résumé de Sortie Standardisé
RUM : Résumé d'Unité Médicale
SROS : Schéma Régional de l'Offre de Soins
SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
T2A : Tarification A l'Activité

Introduction

De tout temps, la santé a constitué l'une des préoccupations sociales majeures. Ceci reste toujours d'actualité, malgré des améliorations et des progrès constants. Aujourd'hui, cette inquiétude est en grande partie économique : les dépenses de santé sont en constante augmentation, en raison du progrès médical, du vieillissement de la population, d'une plus grande prise en charge de la dépendance. [1]

Avec un pourcentage de 11% du PIB en 2016 dédié aux dépenses de santé, la France est le cinquième pays dans le monde à dépenser le plus en santé. Cela représente 185,2 milliards d'euros, et ce chiffre est mécaniquement en constante augmentation. [2]

Tous les gouvernements et toutes les politiques de santé publique ont essayé au travers de divers mesures de freiner ces dépenses et de les maîtriser. En effet, naturellement, ces dépenses auraient tendance à augmenter de 4%, ce qui serait une plus grosse progression que le PIB. Ainsi, l'objectif national des dépenses de santé pour 2017 se base sur une augmentation de seulement 2,1%, et celle-ci sera atteinte par des mesures d'économie.

Le secteur hospitalier concentre plus de 40% de la consommation de soins et de biens médicaux. Pour maîtriser l'ensemble des dépenses nationales, il est donc nécessaire d'essayer de contrôler celles des établissements de santé. Ainsi, plusieurs systèmes de financement des hôpitaux ont vu le jour au fil de l'histoire, avec chacun pour objectif de répondre au mieux aux besoins des établissements et de la population. [3]

Actuellement, la tarification à l'activité est le mode de financement des hôpitaux le plus répandu. Elle a été introduite avec l'objectif de réguler les dépenses de santé, et de lier directement la rémunération des hôpitaux à leurs activités, induisant donc un nouveau mode de financement. Il a été alors nécessaire de redresser la situation financière de nombreux hôpitaux déficitaires suite à l'introduction de la T2A. En 2004, le Gouvernement a ainsi lancé les plans de retour à l'équilibre des établissements de santé. L'efficacité de ces mesures de redressement a été par la suite évaluée par l'Inspection Générale des Affaires Sociales, et publiée dans un rapport en janvier 2008. Suite aux résultats

préoccupants mis en évidence dans ce rapport, le gouvernement a décidé d'encadrer le retour à l'équilibre des établissements de santé au moyen d'une circulaire. [4]

Ce mémoire se propose d'étudier l'efficacité des plans de retour à l'équilibre près de 10 ans après le rapport de l'IGAS et la mise en place d'une méthodologie encadrée par les Agences Régionales de Santé. Notre première hypothèse est que les plans de retour à l'équilibre s'avèrent efficaces, et permettent aux établissements de retrouver une situation financière saine. Notre deuxième hypothèse est que l'Agence Régionale de Santé est un acteur essentiel de ce retour à l'équilibre.

La première partie de ce document résume la situation des établissements de santé en France, avec une présentation de l'historique des financements, une description de la méthodologie des plans de redressement et, enfin, la situation financière actuelle des établissements de santé en France. La deuxième partie expose la méthodologie employée pour répondre à la problématique de ce travail, et les résultats qui en découlent.

Partie I Analyse de la situation

Chapitre 1 Historique des modes de financement

A) De l'aumône à l'hôpital moderne

1) L'hôpital jusqu'à la révolution française

Les hôpitaux, appelés également hospices ou « maisons hospitalières » au Moyen-Age sont créés à l'origine par les chrétiens et correspondent à un monopole de l'Eglise. [5] Ils sont destinés à l'accueil des malheureux, des malades ou trop âgés, ou des pèlerins sur le chemin de Compostelle. [6]

Ils n'ont pas encore leur vocation médicale et ont pour notion centrale la gratuité. Le monde religieux avait en charge de gérer la subsistance matérielle de ces structures, à travers le travail de bénévoles soignants, mais également en s'appuyant sur la charité et les dons des fidèles. L'Etat et les communes s'intéressent de plus en plus à ces hôpitaux. [7] Au cours du VI^{ème} siècle, l'Etat instaure une taxe communale afin de rééquilibrer les comptes hospitaliers et charge la royauté de garantir l'administration hospitalière, contrôlée par des officiers royaux.

Au cours du règne de Louis XIV, la pauvreté augmente considérablement en France et devient un réel problème politique. Une décision est donc prise de charger les villes de la gestion de leurs hôpitaux. Cette décision date du 14 juin 1662, date à laquelle Louis XIV édicte que chaque cité importante doit bénéficier « d'un Hôtel-Dieu ou d'un hospice pour accueillir les pauvres, les vieillards, les vagabonds et les orphelins ». L'hôpital général est ainsi investi d'une mission sociale. [8]

Les pauvres et les invalides ont ainsi pour obligation d'aller dans les hôpitaux où ils seront enfermés et travailleront. En effet, l'hôpital coûte de plus en plus cher et ni la dîme ni les communes qui s'endettent ne parviennent à subvenir à ses besoins. Seuls les subventions royales permettent de maintenir les hôpitaux.

2) Le tournant de la révolution française et les changements qui suivirent

La révolution française va marquer un grand changement dans l'histoire des hôpitaux. En effet, en raison de la politique du « Grand Renfermement » des pauvres, les révolutionnaires voient les hôpitaux comme la pire institution de l'Ancien Régime. [9]

Ainsi, le Comité de mendicité de l'Assemblée Constituante, présidé par La Rochefoucauld-Laincourt, décide de fermer des hôpitaux, considérant qu'il faut remplacer la charité par l'assistance. Néanmoins, face à l'impossibilité de supprimer les hôpitaux brutalement, il est décidé de nationaliser les biens hospitaliers, et faire de l'Etat la source de financement des hôpitaux. La logique de charité des hôpitaux est supprimée.

a) Loi du 7 octobre 1796

Néanmoins, la Révolution aggrave la pauvreté et la situation financière des hôpitaux devient encore plus critique. Cette situation comptable impose aux pouvoirs publics de prendre des mesures réglementaires telles que la loi du 16 Vendémiaire, an V (7 octobre 1796). [1]

Cette loi inscrit le principe de responsabilité communale, instituant la municipalité comme receveur en charges des recettes et des dépenses de l'hôpital. La gestion des hôpitaux est ainsi remise aux communes. [10]

Les ressources des hôpitaux sont composées de leurs revenus fonciers, de la bienfaisance privée (dons et legs), des taxes et des subventions municipales.

b) Décret du 28 mars 1805

La réduction des ressources traditionnelles des hôpitaux (dons, legs, rentes etc) et l'augmentation des charges liées à une montée du nombre de clients, entraîne des difficultés financières de plus en plus importantes. La notion du prix de journée commence à faire son apparition et apparaît comme une facilité de financement. Cette notion sera introduite au travers du décret du 7 germinal An XIII (28 mars 1805), et complétée par l'instruction du 8 février 1823. Ces textes imposent aux établissements de calculer un prix de journée.

A l'époque, il n'existe encore aucun moyen permettant de calculer un prix de journée, et les prix vont donc varier d'un établissement à un autre. Les frais d'hospitalisation représentent alors seulement 15% des ressources de l'hôpital en 1847. [11]

c) Organisation du prix de journée

Vers la fin du XIXe siècle, la clientèle hospitalière va se diversifier. Ainsi, les hôpitaux n'accueilleront plus uniquement les indigents mais également des malades non indigents, des victimes d'accidents du travail, des militaires et victimes de guerre, et des malades payants. L'admission de ces nouvelles catégories de malades entraîne une augmentation de la part des frais d'hospitalisation dans les ressources des hôpitaux.

Il devient alors nécessaire d'organiser le régime du prix de journée en fonction des catégories de personnes accueillies à l'hôpital. Cette organisation sera faite au travers de plusieurs textes de loi qui précisent le calcul du prix de journée.

d) Obligation d'accueillir tous les malades

Deux textes de lois sociales vont marquer un changement : la loi du 15 juillet 1893 et la loi du 14 juillet 1905. La première prévoit l'assistance médicale gratuite (AMG) et assure des soins médicaux à tous les malades pauvres. Ces frais seront garantis par l'Etat, le département ou la commune. Le deuxième texte de loi organise l'assistance obligatoire pour les vieillards, infirmes et incurables. [12]

Pour ces deux lois, il a été nécessaire de fixer un mode de financement et un prix de journée à caractère obligatoire. Ainsi, l'Etat a pour charge le financement des séjours des militaires, le département des enfants abandonnés, laissant à la commune le financement des séjours de ses ressortissants. Il est également possible d'accueillir des ressortissants des communes autres que celle qui gère l'hôpital. Afin de garantir aux communes les moyens financiers nécessaires, un système de subventions de l'Etat a été mis en place.

e) Normalisation du calcul du prix de journée et émergence d'un nouveau financement

Théoriquement, il existe un prix de journée unique pour tous les malades (quel que soit l'affection, l'âge) mais celui-ci va varier de façon importante entre les établissements. De plus, une différence persiste entre le prix de journée « réel » et le prix de journée fixé par la loi.

Afin de régulariser cette situation, la loi du 28 juin 1918 complétée du décret du 13 novembre 1918, rend le prix de journée révisable chaque année et autorise une distinction entre chirurgie et médecine. Ces textes auront pour but de préciser le calcul du prix de journée et de correspondre plus exactement aux dépenses réelles.

Le début du XX^{ème} siècle sera marqué par l'émergence des compagnies d'assurance, de divers organismes qui commencent alors à financer l'hôpital et à couvrir les dépenses d'hospitalisation. A la fin du siècle, ces fonds d'assurance sociale constitueront la majeure partie des recettes.

B) L'hôpital moderne

1) La nouvelle organisation de l'hôpital et le prix de journée

De nombreux facteurs ont conduit à la nécessité d'une réforme des hôpitaux, qui se traduira par la loi du 21 décembre 1941. Parmi ceux-ci, l'évolution des techniques de soins et d'hygiène, notamment pendant la seconde guerre mondiale, conduit l'hôpital vers une véritable révolution. Auparavant centre d'hébergement, il devient centre de diagnostics et de soins, ouvert à tous. [13]

La loi hospitalière du 21 décembre 1941 et le règlement d'administration publique du 17 avril 1943 (texte d'application) ouvrent l'ère moderne avec une série de dispositions qui peuvent être classées en trois rubriques : [14]

- La reconnaissance du rôle du directeur de l'hôpital
- Le corps médical
- Les dispositions financières

De par cette loi et son texte d'application, le maire de la commune est le président de la commission administrative composée de 7 membres. Le directeur apparaît officiellement dans la hiérarchie et est nommé par le préfet. De plus, il existe pour la première fois un classement des établissements d'hospitalisation avec la distinction entre hôpitaux

universitaires ou non. Et pour finir, les dispositions financières sont importantes. En effet, la médecine payante entre officiellement à l'hôpital, et le prix de journée est étendu et généralisé. Il devient la source de recettes principale. Les recettes des hôpitaux sont ainsi de plus en plus liées à leur activité. [15]

Cette loi va être suivie de peu par l'instauration de la Sécurité sociale en 1945. S'en suit la période des Trente Glorieuses, durant laquelle la croissance assurantielle permet aux hôpitaux d'assurer leurs ressources au travers des remboursement des frais d'hospitalisation. Le prix de journée est calculé en divisant le montant du budget prévisionnel par la moyenne du nombre de journées d'hospitalisation des trois années précédentes. Le prix d'une journée d'hospitalisation est donc indépendant de la nature et de la lourdeur des soins dispensés au patient.

A la fin de cette période, l'hôpital, comme le reste du pays, entre dans une crise économique. Les prix de journée sont en constante augmentation, et le budget de la santé croît considérablement (au regard du PNB).

2) Le budget global de 1983 à 2003

a) L'instauration de la dotation globale

Le système du prix de journée, considéré comme « inflationniste », est de plus en plus critiqué. En effet, il ne constitue pas un outil de maîtrise des dépenses, et incite à augmenter la durée moyenne de séjour. Dès 1978, des expérimentations sont lancées en termes de modes de financements.

Ainsi, la loi n°83-25 du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale [16], assure la tarification des soins selon le régime de la « dotation globale des financements ». Le principe de ce nouveau système est l'instauration d'une dotation globale calculée sur le budget de l'année précédant la réforme (1982). Cette enveloppe est en principe fixe, mais varie d'une année à l'autre en fonction d'un taux directeur national d'évolution. La dotation est attribuée par les caisses d'assurance maladie. [17]

Cette réforme a ralenti pendant un temps les dépenses du secteur hospitalier, mais elle avait néanmoins plusieurs inconvénients. En effet, les budgets étaient en parti figés sur leur niveau historique de 1983, mais la situation des hôpitaux également, ce qui entraînait

des inégalités entre établissements, départements et régions. De plus, ce système n'incitait pas à l'économie, le niveau de recettes étant déconnecté de celui de l'activité de l'établissement. Pour finir, les cliniques privées étaient, quant à elles, restées sur l'ancien mode de rémunération par prix de journée et paiement à l'acte. [18]

b) Le Programme de Médicalisation du Système d'Information

Afin de décrire plus finement l'activité hospitalière, un programme s'est développé progressivement en France, en transposant un système d'évaluation de l'activité hospitalière imaginé aux États-Unis : le Programme de Médicalisation du Système d'Information (PMSI). Il se déploie dès 1982, à l'initiative de Jean de Kervasdoué. Il avait deux objectifs à l'époque de sa mise en place : donner aux établissements une visibilité sur leur activité, et connecter le financement au volume et à la nature des activités.

Après une phase d'expérimentation, le PMSI devient obligatoire dans tous les établissements de santé en 1991, à la suite de la loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. [19]

Le PMSI est un outil de description et de mesure médico-économique de l'activité hospitalière. Il permet de passer du dossier patient à un groupage, c'est-à-dire de classer le séjour du patient dans un groupe homogène de malade (GHM). L'activité de l'hôpital est ainsi composée de l'ensemble des GHM produits, et du nombre de patients dans chacun d'eux. A chaque GHM est attribuée une somme monétaire. [20]

Afin de répondre à cette finalité, l'Etude Nationale des Coûts (ENC) est créée. Elle constitue un référentiel national, fixe des coûts moyens nationaux par type de prestation de soin, et permet de déterminer les tarifs hospitaliers. Une enquête annuelle est réalisée par l'Agence technique de l'information hospitalière (ATIH) auprès d'un panel d'établissements et permet d'actualiser et corriger les coûts en fonction des ressources annuelles affectées aux établissements.

Les ordonnances Juppé de 1996 compléteront ce dispositif avec l'instauration d'un Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM). A partir de celui-ci, le gouvernement fixera des dotations pour chaque région. [21]

Enfin, au travers de l'utilisation du PMSI, les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) ont la possibilité de répartir les financements entre les hôpitaux en fonction de l'activité et, ainsi, d'allouer les ressources de façon plus efficace.

3) La tarification à l'activité depuis 2004

Malgré l'introduction du PMSI, un rapport de la Cour des Comptes en 2002 sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale, [22] statue que les inégalités inter et intra régionales restent importantes. De plus, les deux systèmes de financement (dotation globale pour les établissements publics et prix de journée pour les établissements privés) ne sont pas compatibles et n'incitent pas à la coopération entre structures. Enfin, le financement reste faiblement médicalisé, dépendant surtout de la structure.

Après des expérimentations, la tarification à l'activité fut introduite par la loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la Sécurité Sociale pour 2004. [23] L'objectif d'un financement lié à l'activité fut repris dans le plan « Hôpital 2007 » lancé en 2002. Elle avait pour intention première de médicaliser le financement des hôpitaux, mais également d'harmoniser les modes de financement entre privé et public et, dans le cas du secteur public, d'accroître la productivité. [24]

Elle se définit comme une tarification prospective, avec des tarifs connus avant la réalisation de l'activité, et forfaitaire, permettant un financement de l'activité en fonction de ses caractéristiques (case-mix) et volumes.

La tarification à l'activité est l'agrégée de trois composantes (figure 1) :

- Des financements directement liés à l'activité
- Des financements par dotation forfaitaire
- Des financements sous forme de forfaits

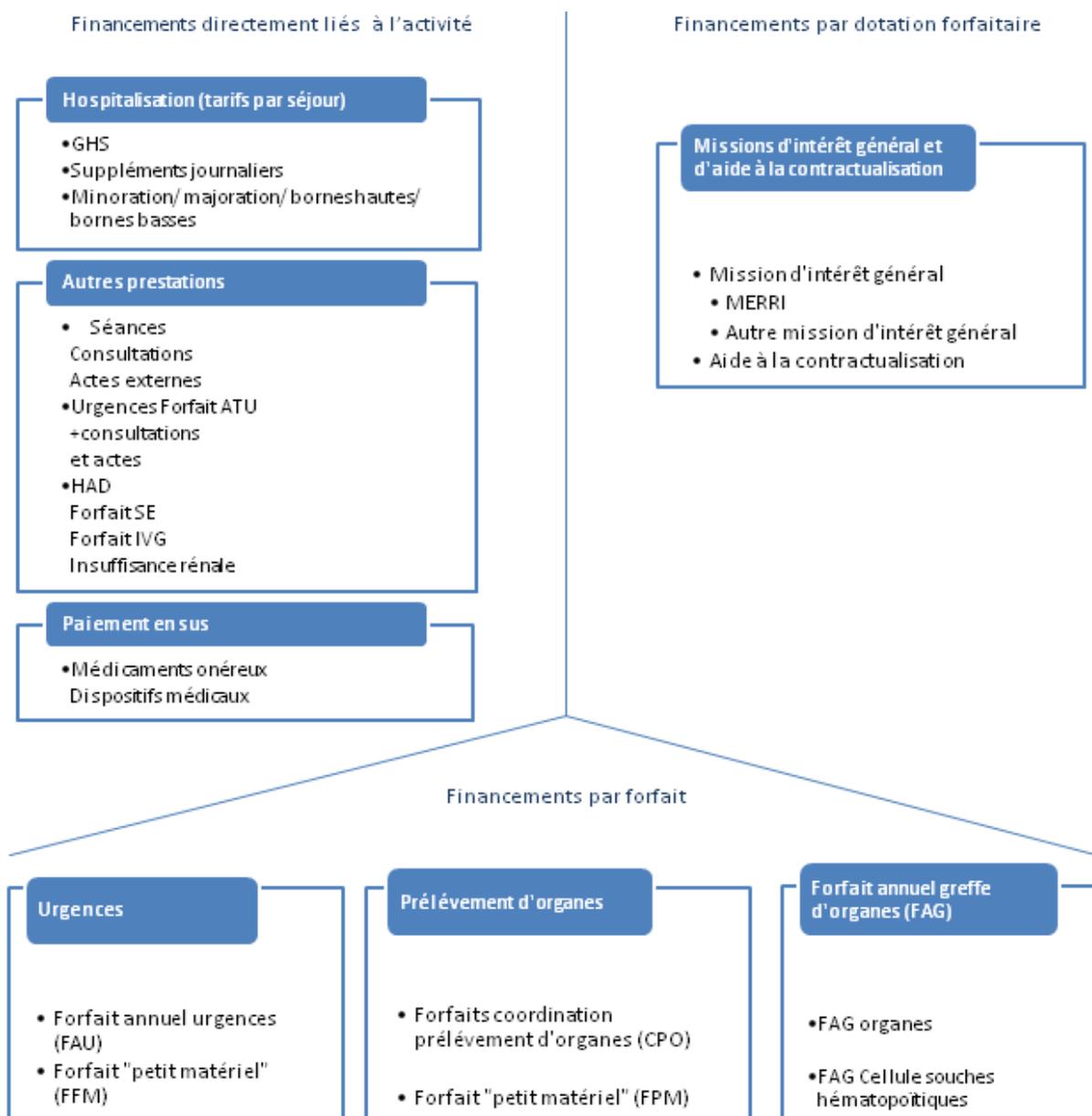


Figure 1: Architecture de la tarification à l'activité

a) Les financements liés à l'activité

Il existe trois modes de financement liés à l'activité : [25]

- Les paiements au séjour et tarification à l'activité
- Les autres prestations
- Les paiements en sus

Tout d'abord, le mode de financement principal lié à la T2A est le paiement par séjour. L'analyse de chaque dossier donne lieu à un classement au sein d'un groupe homogène de pathologies auquel est affecté un tarif. Lors de son entrée à l'hôpital, le patient se voit attribuer un dossier. L'ensemble des actes réalisés lors de son séjour y seront répertoriés

et se traduiront par des informations médico-techniques. Lors de sa sortie, le dossier du patient sera clôturé et, une fois synthétisé, donnera lieu à un Résumé de Sortie Standardisé (RSS). Dans le cas où le patient aura fréquenté plusieurs unités médicales, chaque séjour dans une unité engendrera un Résumé d'Unité Médicale (RUM), c'est la somme de ces RUM qui constitueront le RSS. Ce RSS sera par la suite anonymiser afin de respecter le principe du secret médical. On obtient ainsi un Résumé de Sortie Anonyme (RSA). Chaque RSA est ensuite classé selon un GHM qui va par la suite occasionner un Groupe Homogène de Séjour (GHS) qui conduira à une rémunération. [26]

Aujourd'hui, il existe 2 291 GHS, dont les tarifs s'étalonnent de 91 135,44 euros à 84,62 euros. Cette nomenclature est régulièrement actualisée et permet de ramener les prestations hospitalières à une liste de groupes dont la pertinence est médicale et économique.

De surcroît, certaines prises en charge vont engendrer des coûts supplémentaires qui vont occasionner, en plus de la rémunération du GHS, un supplément journalier (réanimation pédiatrie, réanimation, soins intensifs, surveillance continue, néonatalogie avec soins intensifs, réanimation néonatale...) [27]

Enfin, la T2A va prendre en compte la possibilité de séjours extrêmes. Dans le cas où le séjour est d'une durée inférieure ou supérieure à la borne basse ou la borne haute du séjour, l'hôpital recevra une minoration ou une majoration tarifaire.

De plus, certaines prestations qui nécessitent la mobilisation de moyens importants, ou qui ne sont pas décrites au sein d'un GHS, bénéficieront d'un financement conjoint sous la forme de tarifs de prestations d'hospitalisation ou d'un forfait annuel. Cela va être le cas pour l'insuffisance rénale chronique traitée par dialyse, l'interruption volontaire de grossesse, les consultations et actes externes, l'hospitalisation à domicile, et les passages aux urgences non suivis d'une hospitalisation.

Pour finir, il existe des médicaments, ou dispositifs médicaux implacables onéreux, particulièrement coûteux, qui seront pris en charge par l'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation.

b) Les financements par dotations forfaitaires

Il existe un type de prestations qui relèvent d'une dotation annuelle forfaitaire : les Missions d'Intérêts Général et d'Aide à la Contractualisation (MIGAC). Ils font l'objet d'une actualisation annuelle selon les régions (*Un arrêté actualise les montants des MIGAC*).

Les missions d'intérêt général sont de deux types : les missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) et les autres missions d'intérêt général.

Les MERRI sont calculés pour chaque établissement en fonction de ses efforts de recherche et d'innovation et comprennent, selon l'article D. 162-6 du Code de la sécurité sociale : [28]

- La recherche médicale et l'innovation, notamment la recherche clinique
- L'enseignement et la formation des personnels médicaux et paramédicaux
- La recherche, l'enseignement, la formation, l'expertise, la coordination et l'évaluation des soins relatifs à certaines pathologies, réalisés par des structures spécialisées, ainsi que les activités hautement spécialisées assurées par des structures assumant un rôle de recours
- Les activités de soins réalisées à des fins expérimentales ou la dispensation des soins non couverts par les nomenclatures ou les tarifs

Les autres missions d'intérêt général vont, quant à elles, correspondre à : la participation aux missions de santé publique, la participation et la mise en œuvre de politiques publiques, les activités de soins dispensées auprès des populations spécifiques. [20]

Enfin, l'Agence Régionale de Santé (ARS) alloue des aides à la contractualisation afin d'accompagner les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

c) Les financements par forfaits

Finalement, des forfaits particuliers vont s'appliquer à certaines activités sous forme de tarifs de prestation et d'un forfait annuel :

- La médecine d'urgence
- Les prélèvements d'organes
- Les transplantations d'organes et de greffes de moelle osseuse.

Chapitre 2 Mesures de redressement financier

A) Mesures de redressement

La situation financière critique de nombreux établissements publics a incité l'Etat à mettre en place un certain nombre de mesures afin de redresser la situation.

Ainsi, le directeur de l'Agence régionale de santé peut, selon l'article L 6143-3 du Code de la santé publique, demander à un établissement de lui présenter un plan de redressement dans un délai d'un à trois mois. [29] Une fois les modalités du plan établies, celui-ci donnera lieu à la signature d'un avenant au Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

1) Définition

Plan de redressement : plan engagé sous l'impulsion du directeur de l'ARS afin de redresser la situation financière d'un établissement.

Contrat de retour à l'équilibre (CREF) : contrat pluriannuel d'une durée de trois ans passé entre l'ARS et un établissement de santé.

Plan de retour à l'équilibre (PRE) : ensemble d'actions engagées par un établissement dans le cadre d'un CREF ayant pour but le retour à l'équilibre financier.

2) Critères déclenchant un redressement

Ce plan de redressement peut être demandé lorsque le directeur estime que la situation financière l'exige et/ou si l'établissement présente une situation de déséquilibre financier répondant à des critères définis par le Décret n° 2010-425 du 29 avril 2010 relatif à l'organisation financière et à l'investissement immobilier des établissements de santé. [30] Ce décret statue, dans l'article D 6143-39 du Code de la santé publique, les critères de déséquilibre financier permettant au directeur de l'ARS de déclencher un plan de redressement. [31] Il est nécessaire qu'un ou plusieurs de ces critères soient remplis.

Ainsi, le seuil de déclenchement d'un plan de redressement est, pour les établissements dont le résultat principal excède dix millions :

- Un compte de résultat principal présentant un résultat déficitaire supérieur à 2% du total des produits
- Une capacité d'autofinancement insuffisante pour couvrir le remboursement en capital des emprunts

Pour les établissements dont le résultat n'excède pas dix millions, ce seuil est fixé à 3%.

3) Administration provisoire

Selon l'article L 6143-3-1 du code de la santé publique, dans le cas où l'établissement ne présente pas de plan, refuse de signer un avenant, n'exécute pas le plan ou si le plan se révèle inefficace, le directeur de l'ARS peut placer par décision motivée l'établissement sous administration provisoire. Il peut, au préalable, demander l'avis de la chambre régionale des comptes. L'administration provisoire sera également possible en cas de « manquement grave portant atteinte à la sécurité des patients ». [32]

Une fois cette administration provisoire en place, elle ne pourra durer plus de douze mois et les administrateurs provisoires, nommés par le ministre, assureront les attributions du conseil d'administration et/ou du directeur. Ils ont pour mission de rétablir les conditions d'un retour à l'équilibre. Dans le cas d'un établissement privé à but non lucratif, l'administrateur provisoire ne pourra pas prendre toutes les décisions et devra, auparavant, consulter le conseil d'administration.

4) COPERMO

Le Comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitalier (COPERMO) a été créé en 2013 avec la circulaire interministérielle n° DGOS/PF1/DSS/DGFIP/2013/217 du 5 juin 2013. [33]

Le COPERMO aura plusieurs champs d'actions :

- Valider, en lien avec les ARS, les projets d'investissements des établissements de santé
- Assurer la coordination des programmes nationaux d'amélioration de la performance des établissements de santé (programme PHARE, gestion des lits, projets performance)

- Arrêter les modalités du retour à l'équilibre financier des établissements de santé les plus en difficultés et du respect de la trajectoire fixée [34]

Dans ce cadre, il s'assurera du suivi individuel de certains établissements dont la situation rend une intervention à l'échelle nationale absolument nécessaire. Il interviendra ainsi dans les situations où les projets d'investissement d'un établissement dépassent 50 millions d'euros et, sur demande de l'ARS, dans les situations où les projets n'atteignent pas ce seuil mais nécessitent un soutien sous forme de subventions nationales afin de finaliser le plan. De plus, le COPERMO suivra les établissements possédant une situation financière dégradée et un total des produits d'au moins 80 millions d'euros. Le but de ce comité est d'assurer une supervision nationale aux situations les plus complexes et à fort enjeu. C'est pourquoi le nombre d'établissements reste limité à une cinquantaine au maximum.

Un établissement dont la situation financière serait dégradée et suivie par le COPERMO passera un contrat avec lui, à la suite d'un diagnostic partagé. Ce contrat sera composé d'un certain nombre d'actions garantissant l'atteinte d'une marge brute d'exploitation nécessaire à la soutenabilité de la charge de la dette et des investissements courants.

B) Procédure dans les Hauts de France

Depuis le 1er janvier 2016, les Agences régionales de santé du Nord-Pas-de-Calais et de la Picardie ont fusionné pour former l'ARS Hauts-de-France. La procédure d'accompagnement des hôpitaux en difficultés décrite ci-dessous était utilisée au sein de l'ARS Nord-Pas-de-Calais au cours du dernier Projet Régional de Santé (PRS) 2012-2016 et est décrite dans son Rapport d'Evaluation (Rapport d'évaluation du PRS). [35] L'harmonisation des pratiques de l'ARS Hauts de France concernant le suivi des établissements en difficulté est en cours et sera décrite dans le prochain PRS.

L'Agence Régionale a décidé d'instaurer des dialogues de gestion approfondis avec les établissements ainsi que quatre modalités d'intervention en fonction de la situation :

- Dialogue de gestion
- Plan de retour à l'équilibre
- Plan d'actions performance
- Administration provisoire

Tout d'abord, les dialogues de gestion sont traités au sein d'une cellule de la direction de l'offre de soins. Celle-ci est en relation avec l'assurance maladie et se concentre sur des thématiques communes telles que les transports sanitaires, les médicaments... Un dialogue de gestion a pour point de départ un diagnostic partagé de la situation de l'établissement. Celui-ci sera assorti de préconisations et d'une feuille de route, dont le suivi a pour but la prévention d'un déséquilibre.

Le plan de retour à l'équilibre sera mis en place en cas de déséquilibre financier constaté et avéré, afin de redresser la situation.

Ensuite, un plan d'actions performance aura pour but d'apporter un soutien méthodologique et financier aux structures et ce, durant la réalisation interne de leur plan d'action. Un plan d'action performance est similaire à un PRE mais un cabinet extérieur entrera dans la procédure afin d'accompagner l'établissement à élaborer son plan d'action.

Pour finir, en cas de situation critique, l'administration provisoire peut être déclenchée pour une période d'un an maximum et renouvelable 6 mois.

C) Le rapport IGAS de janvier 2008

Les premiers contrats de retour à l'équilibre financier ont été lancés en 2004 et avaient pour but de remédier à la situation financière des hôpitaux affaiblis après la mise en place de la T2A. En effet, selon un rapport du Sénat (Rapport du Sénat n°403), environ cinquante établissements connaissaient un déficit d'exploitation en pourcentage des recettes supérieur à 2%, dont une dizaine avec un déficit supérieur à 6%.[36]

Ainsi, l'Etat a mis en place, au travers de la circulaire du 14 juin 2004, une aide reconductible de 300 millions d'euros. Cette enveloppe a été répartie entre les Agences régionales d'hospitalisation (futurs Agences régionales de santé) de chaque région, et en tenant compte des établissements en difficulté de chacune.

En janvier 2008, l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) publie un Rapport « Rapport sur le contrôle des mesures prises dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre (CREF) par des hôpitaux « perdants » à la TAA ». Ce rapport met en évidence des résultats préoccupants pour les premiers CREF. [37]

Tout d'abord, on constate que l'objectif de l'enveloppe destinée aux établissements n'avait pas été bien défini ; au lieu de permettre le redressement durable des établissements,

cette enveloppe a donné l'impression aux structures que les reports des charges seraient couverts sans rendre obligatoires les efforts d'activités. De plus, la mise en œuvre de ces contrats était trop souvent tardive et mal ciblée. Les contenus des contrats, et notamment les mesures, ne permettaient pas un redressement durable et étaient souvent peu ambitieux en particulier concernant la masse salariale. Parfois, la notion même de retour à l'équilibre financier à l'échéance du contrat n'y figurait pas. De surcroît, les programmes d'investissements souvent conséquents n'étaient généralement pas pris en compte dans ces CREF. Pour finir, la plupart de ces contrats misaient sur des développements d'activité peu réalistes pour redresser la situation financière, et non sur des mesures d'économies.

Il a ainsi été constaté que l'amélioration apparente de la situation financière était uniquement due aux aides exceptionnelles, mais ne permettait pas sur le long terme un retour à l'équilibre.

D) Méthodologie d'un plan de retour à l'équilibre

Suite à ces constats de l'IGAS, l'Etat a mis en place une nouvelle procédure des CREF, au travers de la publication d'une circulaire et d'un décret, fixant les seuils de déclenchement d'un plan de retour à l'équilibre.

La circulaire DHIS/F2 n°2008-233 du 16 juillet 2008, relative à l'équilibre financier des établissements de santé, rappelle qu'il est nécessaire de mobiliser l'ensemble des moyens disponibles afin de maintenir l'équilibre financier des établissements de santé, et de détecter précocement les dérives précoces. Pour cela, l'établissement doit présenter à l'Agence régionale de santé un état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) à l'équilibre afin qu'il soit approuvé par celle-ci. [38]

De plus, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 modifie le cadre législatif en précisant l'articulation entre le plan de redressement et le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM). En effet, les modalités d'un plan de retour à l'équilibre doivent y être incluses au travers d'un avenant. [39]

Enfin, la circulaire du 16 juillet 2008 met à disposition des établissements, un guide méthodologique d'aide à la négociation, à l'élaboration et au suivi des plans de redressement, dans lequel on évoque les principes d'un PRE, sa conduite et sa

composition. [40] Ainsi, ce guide rappelle que les PRE ont pour objectif de permettre l'optimisation des recettes et la diminution des dépenses afin de rétablir la situation financière tout en conservant des capacités d'investissement. L'ensemble de ces mesures sont prises dans le respect des orientations du SROS et des projets médicaux de territoire.

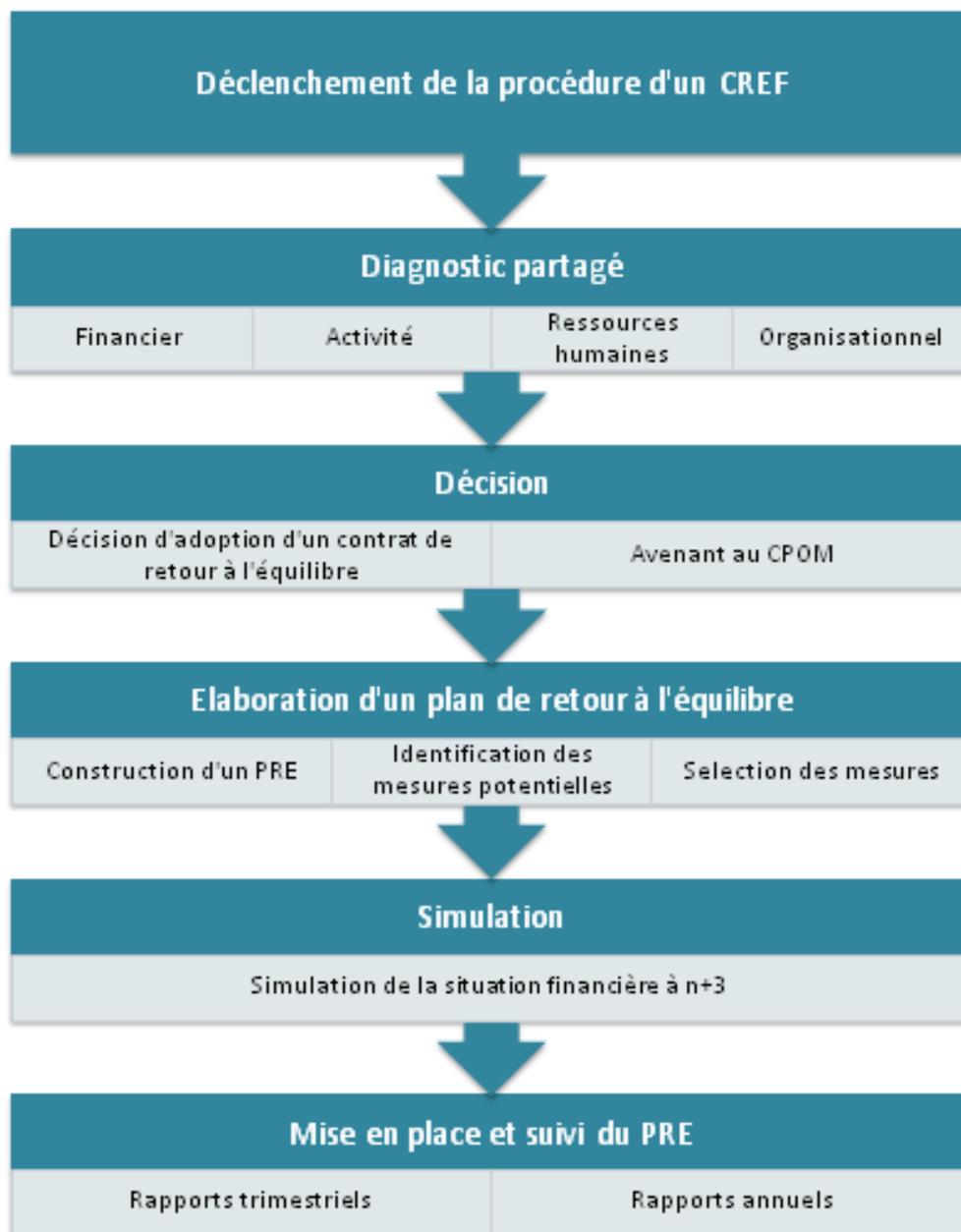


Figure 2 : Déroulement d'un PRE

1) Principes

Tout d'abord, la première étape d'un PRE est de repositionner l'établissement dans son territoire de santé et s'assurer que le projet de l'établissement est conforme au Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS). Il est ainsi nécessaire d'analyser le positionnement stratégique de la structure au regard de l'offre territoriale de soins, de son environnement, de son activité et de ses parts de marché. Des comparaisons seront ainsi réalisés avec les différents établissements publics et privés du même territoire. Une fois l'ensemble de ces éléments analysés, plusieurs décisions seront alors possibles : un abandon ou un développement d'activités, une restructuration ou le développement de coopération et enfin, le maintien, le recomposition ou la reconversion de l'établissement notamment dans les zones où l'offre de soins est excédentaire. Ces décisions stratégiques entraineront des modifications importantes du projet d'établissement et du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM).

De plus, toutes les activités de l'établissement seront concernées par ce plan de redressement. Sa durée sera décidée suite à un diagnostic partagé entre l'établissement et l'ARS, diagnostic qui permettra de déterminer les conditions de retour à l'équilibre. Cette durée ne pourra pas excéder trois ans.

Le plan de redressement aura pour but de rétablir l'équilibre financier et notamment l'équilibre budgétaire structurel de l'établissement. Ce résultat structurel est calculé en déduisant du résultat comptable toute aide allouée n'étant pas liée à une prestation (aides attribués par l'ARS et le ministère de la santé...). Le but de cette opération est de montrer le décalage existant entre le résultat comptable et le résultat corrigé qui pourrait masquer les efforts d'économies réalisés par la structure.

De surcroît, les mesures du plan de redressement devront principalement porter sur la maîtrise des charges (donc la réalisation d'économies) et ce au travers des principaux postes de dépenses, notamment les charges de personnel. Une augmentation des activités et donc un rééquilibrage par les recettes devra nécessairement être justifié : une augmentation de l'activité dans le cadre d'hypothèses nationales tarifs/volume, une amélioration du codage, une forte croissance démographique sur le territoire, une augmentation des parts de marché, des réouvertures de lits.

2) Diagnostic

Un plan de retour à l'équilibre démarre tout d'abord à partir d'un constat. L'ARS demande à l'établissement de présenter, dans un délai maximal de trois mois, les mesures et le plan permettant de redresser la situation.

Une fois cette étape réalisée, un diagnostic médico-technique partagé est réalisé entre l'établissement et l'ARS. Lors de cette première réunion, l'hôpital arrive avec son autodiagnostic et l'agence avec une série d'indicateurs. Le but est de comprendre ensemble comment l'établissement est arrivé dans une telle situation afin de pouvoir y remédier. Un certain nombre d'informations sont nécessaires afin de construire ce diagnostic : le PMSI, l'EPRD, le retraitement comptable avec la base ICARE, la SAE et les documents de la comptabilité analytique (compte de résultats par pôle, Tableau Coût Case Mix...) [41]

Le diagnostic doit permettre d'analyser la performance médico-économique à l'aide d'indicateurs, et ensuite d'utiliser dans le plan de redressement des indicateurs de performance, tel que ceux trouvés dans les répertoires d'indicateurs de la MEAH.

La plupart de ces indicateurs se trouvent dans le diagnostic flash qui est un minima à réaliser, à partir du dernier exercice clos. Cet outil a été créé par des conseillers généraux des établissements de santé, il permet l'analyse de la performance d'un établissement à l'aide de 43 indicateurs. Le diagnostic flash peut être ainsi réalisé en quatre jours : un jour de recueil d'indicateurs, un jour d'interviews de quatre acteurs (directeur, directeur des affaires financières, DIM et président de CME), un jour de synthèse et un jour de restitution. Enfin, cet outil qui examine la dynamique d'un établissement hospitalier va suivre quatre axes : finances, patient, processus, ressources humaines.

- Indicateurs financiers

Les indicateurs financiers auront pour but de faire ressortir les écarts d'évolution entre les dépenses et les recettes. Il est nécessaire d'analyser également le programme d'investissements et le programme global de financement pluriannuel (PGFP). Parmi ces indicateurs, on trouve le taux de marge brute, l'indicateur de durée apparente de la dette, le taux de renouvellement des immobilisations, la capacité de remboursement des emprunts, le besoin en fonds de roulement en jours d'exploitation...

- Indicateurs relatifs à l'activité et à la prise en charge des patients

Ces indicateurs visent à décrire l'activité de l'établissement, son placement dans la région notamment en termes des parts de marché, des objectifs du SROS. Ils permettent également d'apprécier la gestion des recettes, notamment l'optimisation du codage.

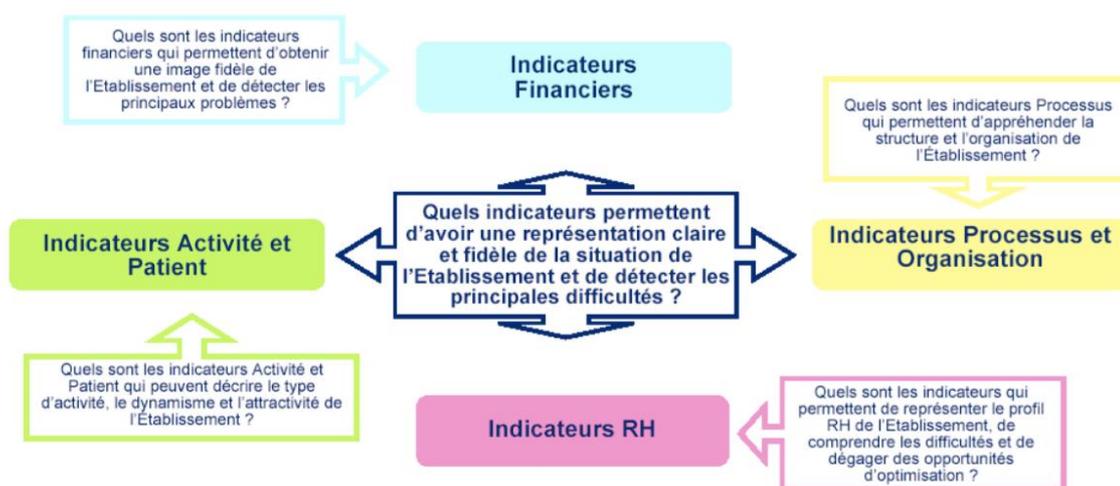
- Indicateurs sur les ressources humaines

La maîtrise des charges étant le principal levier utilisé dans les plans de redressement, et les ressources humaines représentant 70% des dépenses, il est impératif d'identifier les secteurs d'activité où la productivité est faible. Les indicateurs permettent de mesurer le temps de travail effectif, le recours aux heures supplémentaires, à l'intérim, ainsi que le taux d'absentéisme, la pyramide des âges.

- Indicateurs de processus et d'organisation

Les indicateurs de la MEAH concernant l'imagerie et les blocs opératoires sont utilisés afin d'examiner l'organisations des plateaux techniques et leur productivité. De même, parmi ces indicateurs de processus et d'organisation, se trouvent l'organisation des gardes et des astreintes, la durée moyenne de séjour, le poids des dépenses administratives et logistiques. Il est nécessaire d'apprécier l'organisation de l'établissement de santé afin de pouvoir y apporter des changements.

Figure 3 : Les axes d'analyse d'un diagnostic flash [38]



3) Mise en œuvre du PRE

A l'issue du diagnostic, l'établissement réalise une simulation pluriannuelle de sa situation financière pour les cinq années à venir et ce afin de prendre en compte les programmes

d'investissements. Cette simulation ne doit pas prendre en compte le plan de redressement, ni d'éventuel financement exceptionnel.

L'étape suivante est la sélection des grandes mesures d'évolution et de transformation qui composeront le plan de redressement. Celui-ci sera basé sur l'optimisation de la gestion des dépenses et donc sur les économies à venir. Une augmentation des recettes est possible mais celle-ci doit impérativement être justifiée, et ne constitue pas une voie de retour à l'équilibre. Ces mesures nécessitent d'être concrètes et efficaces dans des délais réalistes et compatibles avec les échéances. Parmi celles-ci, se trouvent les mesures sur les charges de personnel médical et non médical, la productivité du personnel médical et non médical, les charges médicales et organisationnelles, la logistique, les mesures de gestion, de rapprochement/ structuration, le redimensionnement des investissements et enfin les mesures sur les recettes. [42]

Une fois l'ensemble des mesures identifié, certaines sont sélectionnées afin de constituer un ensemble cohérent et opérationnel. Le chiffrage et l'impact cumulé de ces mesures permettra ensuite de réaliser une simulation pluriannuelle à l'issue du plan (celle-ci devra être à l'équilibre). L'ensemble de ces mesures seront suivies au travers de fiches actions qui seront par la suite déclinées par pôle et en nombre limité.

L'ensemble du PRE sera piloté par le chef d'établissement et validé au préalable par le conseil d'administration après avis des instances.

1) Evaluation et suivi

Une fois le plan de redressement présenté devant les instances de l'établissement, un avenant au COPM est créé.

Le plan de retour à l'équilibre sera alors suivi au sein de l'agence régionale de santé par un comité de suivi, devant lequel l'établissement rendra compte de l'avancement et de la mise en œuvre des actions. De plus, en interne, le chef de l'établissement ou son représentant (par exemple le directeur financier) sera chargé d'animer et de réunir des groupes de réflexion, de concevoir, renseigner et diffuser le suivi d'avancement du plan, et enfin de préparer les rapports trimestriels. Selon l'article L 6143-6-1 du Code de santé publique, le conseil exécutif a pour charge de contribuer à l'élaboration et à la mise en œuvre du plan de redressement. [43]

A l'issue de chaque trimestre, un bref rapport de suivi est transmis à l'agence. De plus, une revue entre l'agence et l'établissement devra avoir lieu au minimum tous les six mois. Enfin, un rapport annuel établi par le directeur de l'établissement est présenté aux instances.

Chapitre 3 Situation actuelle

A) Evolution des politiques publiques

1) Investissements et dettes

Après une période de sous-investissement dans la deuxième moitié des années 1990, de nombreux établissements ont montré un besoin urgent d'investir afin de pallier à l'obsolescence des équipements et structures hospitalières (*La dette des établissements publics de santé*). Afin d'y remédier, l'Etat a mis en place deux programmes d'investissements : le plan Hôpital 2007 et le plan Hôpital 2012. [44] Le premier plan, lancé en 2003, a abouti à la mise en place d'aides de 6 millions euros, autorisant un investissement à hauteur de 16 millions d'euros. [45] Le plan Hôpital 2012, sur la même lancée que le premier, a poursuivi les investissements du secteur public hospitalier, mais avec la conséquence de faire tripler la dette de moyen et long termes des hôpitaux, celle-ci atteignant fin 2013 trente milliards d'euros. Le taux d'endettement des établissements n'a cessé d'augmenter, passant de 38% en 2004 à 54% en 2010.

Plus inquiétant encore, une partie de ces emprunts bancaires étaient constituée d'emprunts structurés dits « toxiques ». Ces emprunts présentent un risque particulièrement important et auraient pu amener des structures à se retrouver dans des situations de grave tension budgétaire, sans pouvoir maintenir l'intégralité de l'offre de soins. [46]

Face à cette situation, le Gouvernement a lancé une démarche de « désensibilisation » de ces emprunts toxiques afin d'aider les hôpitaux à se défaire de ces produits. Ainsi, un dispositif doté d'une enveloppe de 400 millions d'euros a été mis en place.

2) Maitrise de l'ONDAM

La situation financière des hôpitaux continuant à se détériorer et l'Assurance Maladie étant en déficit permanent, la maitrise de l'ONDAM, c'est-à-dire la maitrise de la progression de la dépense, devient primordiale. Malgré les efforts déployés, cette dépense progresse toujours plus vite que le PIB (3% en 2012 contre 1,7% en 2011). Ainsi, l'Inspection générale des affaires sociales et l'Inspection générale des finances ont publié

un rapport en juin 2012 nommé « Propositions pour la maîtrise de l'ONDAM 2013-2017 ». Ce rapport décrit les tendances actuelles et cherche des mesures permettant d'économiser et de maintenir le rythme d'évolution des dépenses de santé dans la limite fixée par le gouvernement jusqu'en 2017. [47]

La mission pronostique dans ce rapport que la progression tendancielle de l'ONDAM s'établira autour de 4% par an autour de 2012-2017. Limiter la progression de celle-ci à 2,3% à travers des mesures d'économies représente donc un effort de 2,8 milliards d'euros par an. Il est par conséquent indispensable de définir les mesures permettant de contrôler les dépenses en expansion. Cette croissance des dépenses de santé peut s'expliquer par la croissance du PIB, le vieillissement démographique, l'épidémiologie (avec l'augmentation de la prévalence des pathologies chroniques), les progrès techniques et la démographie médicale.

Enfin, il est également nécessaire d'assurer l'équilibre de l'assurance maladie. En effet, l'assurance maladie couvre plus des trois quarts des dépenses de soins, et elle ne peut rester en déficit. Ainsi, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie rappelle le 23 mars 2012 « *qu'un déficit récurrent de l'assurance maladie n'est pas admissible. La gestion à l'équilibre, sans endettement, de nos budgets d'assurance maladie est une exigence qui découle des principes même qui fondent notre solidarité face à la maladie.* »

Tout d'abord, le principal levier de réduction du déficit est la maîtrise des dépenses. Parmi celles-ci, la gestion du risque et la maîtrise médicalisée représentent un axe majeur d'économies. En effet, l'IGAS définit la gestion du risque dans son rapport nommé Bilan de la convention d'objectifs et de gestion 2006-2009 signée entre l'Etat et la CNAMTS et recommandations pour la future convention, réalisée en avril 2010, « *comme l'ensemble des techniques permettant à l'assureur de réduire le coût de la couverture du risque assurable* ».

Cette convention a pour objectif l'amélioration du système de santé au travers de l'amélioration du comportement des acteurs de celui-ci. Ainsi, elle vise à impliquer les prescripteurs dans cet objectif, en les incitant à modérer leurs pratiques, promouvoir le bon usage du médicament ou de certains gestes médicaux, etc. Cette gestion des risques passe également par la mise en place de programmes de communication auprès des professionnels de santé, des établissements et des patients.

La maîtrise médicalisée est un élément de cette gestion des risques. Elle se définit comme « *un effort collectif visant à favoriser le bon usage des soins et à veiller à la bonne*

efficience du système de santé » selon l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM). Elle s'organise autour de cinq composantes :

- La création par la Haute autorité de santé (HAS) de référentiels permettant la diffusion de recommandations professionnelles, de fiches de bon usage, de guides et l'évaluation des pratiques professionnelles ;
- L'information des professionnels de santé via les délégués de l'assurance maladie (DAM)
- La contractualisation entre les professionnels de santé et l'assurance maladie
- L'augmentation des contrôles de lutte contre la fraude
- La sensibilisation des patients au travers de campagnes de communication

Ces efforts de maîtrise médicalisée représentent chaque année environ 500 à 800 millions d'euros d'économies depuis 2008. [48]

Enfin, les établissements de santé sont directement concernés par ces mesures d'économies. En effet, leur budget est défini annuellement au travers du sous-objectif de l'ONDAM relatif aux établissements de santé tarifés à l'activité. Ce budget sera unifié en 2017 avec celui relatif aux autres dépenses relatives aux établissements de santé grâce au passage des établissements de soins de suite et réadaptation à la tarification à l'activité. Il est fixé pour 2017 à un total de 77,9 milliards d'euros pour l'ONDAM hospitalier. Cela représente 40% de l'objectif annuel fixé à 186,7 milliards d'euros.

La mission propose la réalisation de gains d'efficience grâce à la maîtrise des charges, avec pour but de baisser les tarifs payés par l'assurance-maladie. De plus, il est nécessaire que l'hôpital se recentre sur sa mission principale qui consiste à diagnostiquer et prendre en charge des pathologies nécessitant des ressources importantes. Un des axes d'économies est représenté par le virage ambulatoire qui permet une réduction du risque nosocomial, une amélioration du bien-être des patients et une diminution du coût de l'opération avec une absence de charges hôtelières.

B) Suivi des établissements en difficultés

En 2008 et malgré la mise en place des plans de redressement, 80% des établissements de santé publics sont en déficit ; celui-ci s'élève à 734 millions d'euros. [49] La maîtrise du budget de l'assurance maladie passe donc par le redressement de ces structures. La mise en place d'un cadre officiel des PRE au travers d'une circulaire en juillet 2008 a pour objectif de rétablir la situation. [50]

La création du COPERMO a permis d'atteindre cette maîtrise et de suivre les établissements les plus à risque au niveau national. Par ailleurs, l'IGAS réalise des missions d'appui-conseil ou d'administration provisoire des établissements ayant conclu un CREF.

Un réel redressement des établissements publics de santé (EPS) est ainsi constaté et en 2012, la Cour des comptes annonce que les hôpitaux publics auraient renoué avec l'équilibre grâce aux plans de redressement financier. [51] Les plans de retour à l'équilibre visent l'optimisation des recettes et la diminution des dépenses. Ils seront de plus en plus basés sur la rationalisation des charges avec l'optimisation du codage des actes et la « transition épidémiologique » qui incite une plus grande prise en charge en ville. [52] Les PRE vont donc se concentrer sur la rationalisation de la dépense grâce à des contrats de performance de l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP) comme l'optimisation de la gestion des lits, la simplification des procédures administratives et les politiques des achats. [53]

Néanmoins, malgré les effets positifs des PRE, ceux-ci restent critiqués notamment par les personnels et syndicats représentatifs. En effet, une fois le développement d'activités nouvelles réalisé, les alternatives à l'hospitalisation développées (chirurgie ambulatoire) et le codage optimisé, il devient nécessaire pour la structure de se concentrer sur son organisation et ses charges.

Une des mesures phares est d'aboutir à une gestion plus rationnelle des équipements et des moyens avec des mutualisations des capacités. [50]

Enfin, il est nécessaire d'adapter les emplois à l'évolution des missions. Les ressources humaines représentant le plus gros pôle de dépenses (entre 70 et 80%), les EPS cherchent à y faire des économies. Cela les conduit souvent à réduire les effectifs et à renégocier le temps de travail. Ce volet des plans de redressement est souvent perçu par les professionnels et l'opinion publique comme un plan social. [54]

Malgré les protestations et les critiques, les PRE rassemblent des partisans persuadés qu'ils constituent une opportunité permettant aux établissements de s'interroger sur leurs pratiques, de redéfinir leurs stratégies interne et externe. Ils constituent une occasion de se moderniser, de se développer au travers de partenariats et de retourner la situation au profit de l'hôpital et du soin. [55]

C) Situation nationale en 2016

Lors de la Paris HealthCare Week, le 16 mai 2017, la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) a présenté les premiers résultats 2016 de la situation financière des hôpitaux publics. [56] Cette présentation s'est construite autour de deux points :

- Le maintien des grands équilibres financiers des hôpitaux
- Leur mobilisation sur des leviers majeurs de la performance

Tout d'abord, la DGOS constate que les résultats financiers des hôpitaux publics se sont améliorés et atteignent désormais une situation de quasi équilibre. Le résultat global se fixe à -295 millions d'euros en 2016 soit au total -0,4% des produits. De plus, les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) qui représentent 38% du total des produits hospitaliers sont en nette amélioration avec un résultat à -0,3%.

La majorité des établissements sont excédentaires (54%), ce qui représente une réelle évolution depuis 2015 (49%). Néanmoins, le déficit est cumulé par quelques EPS en grande difficulté : 5% des établissements représentent 50% du déficit cumulé.

Ainsi, ces établissements sont suivis dans le cadre du COPERMO « performance » et profitent d'un accompagnement, 45 ES sont actuellement suivis.

De plus, la DGOS constate une augmentation constante de l'activité (+2,6% par an des séjours entre 2012 et 2016) et, dans un contexte pourtant difficile, une maîtrise de la masse salariale grâce à la modifications des organisations et du virage ambulatoire.

En outre, les établissements ont, avec succès, maintenu un effort d'investissement tout en sauvegardant une capacité d'autofinancement à un niveau élevé, permettant ainsi d'éviter une augmentation de la dette. Cette dette se stabilise et le taux d'endettement, quant à lui, diminue au moyen du dispositif mise en place par le gouvernement. Ainsi, 48 établissements ont été accompagnés afin de les désensibiliser de leur prêts les plus exposés.

Pour finir, les établissements de santé poursuivent leurs efforts d'investissement et, fin 2012, le ministère a validé 47 projets d'investissement pour un montant de plus de 7,5 milliards d'euros.

D) Situation dans le Nord-Pas-de-Calais

L'Agence Régionale de Santé Nord-Pas-de-Calais, nouvellement ARS Hauts-de-France, a publié en octobre 2016 un Rapport d'évaluation du Projet Régional de Santé (PRS) 2012-2016. [35]

Ce rapport permet d'établir un état des lieux de la situation financière des établissements de la région. En effet, un des axes du PRS, et donc une des missions de l'Agence Régionale de Santé, était de garantir l'équilibre financier des établissements de santé, cet équilibre étant nécessaire au bon fonctionnement du système de santé.

L'ARS constate une amélioration de la situation ces dernières années. Ainsi, la marge brute des établissements est en augmentation, avec un plus grand nombre d'établissements atteignant les 6% puis les 8%, demande faite au niveau national. Le taux moyen est stable depuis 2014 à 6,4% pour les établissements publics de la région, néanmoins, le taux de 8% reste encore rare et difficilement atteignable. En revanche, la capacité d'auto-financement (CAF) cumulée a montré une hausse importante entre 2013 et 2015 (+29 millions d'euros), et le taux de déficit est lui aussi en amélioration.

Afin de garantir le bon fonctionnement du système de santé, l'ARS a, de plus, suivi un certain nombre de structures présentant des difficultés budgétaires afin d'anticiper des déséquilibres, ou accompagner des retours à l'équilibre. Ainsi, au cours de la période 2012- 2016, neuf établissements sont entrés en dialogue de gestion avec l'ARS. Parmi ceux-ci, cinq ont démarré un plan de retour à l'équilibre en concertation avec l'agence. De plus, quatre autres ont également initié une telle procédure et 5 ont amorcé un plan d'actions performance. Pour finir, il a été nécessaire, dans le cas d'un établissement d'établir une administration provisoire en 2012.

Partie II : Enquête

Chapitre 1 Outils utilisés et limites

La dernière évaluation concernant l'efficacité des plans de retour à l'équilibre remonte au rapport IGAS de janvier 2008. [37] La mission a cherché à évaluer la réalisation des mesures prises dans le cadre de CREF. Elle a pour cela contrôlé l'ensemble des mesures prises dans 19 centres hospitaliers de tailles différentes. Le but était également d'illustrer la diversité des situations financières et des actions de redressement mises en œuvre. Ainsi, dans le cadre de ce mémoire, il a été choisi d'évaluer l'efficacité des PRE et le maintien du retour à l'équilibre dans plusieurs établissements, mais également de réaliser des entretiens semi-directifs.

A) Entretiens semi-directifs auprès des établissements

Tout d'abord, il a été choisi de se concentrer sur les établissements de la région du Nord-Pas-de-Calais. En effet, cette région est historiquement en difficulté depuis l'époque de la dotation globale : le Nord-Pas-de-Calais était une des régions les plus sous-dotées. Depuis la mise en place des plans de retour à l'équilibre, plusieurs établissements de la région y ont eu recours. Ainsi, au cours de la période 2012-2016, 9 établissements publics de santé ont démarré un PRE.

Néanmoins, le but de ce travail étant d'évaluer la réussite de ces plans de redressement, il a été décidé de se concentrer sur des structures ayant terminé leur retour à l'équilibre.

1) La grille d'entretien

La grille d'entretien à destination des établissements de santé comportait cinq parties :

- Le contexte de la mise en place du PRE
- L'aboutissement de celui-ci
- Les mesures phares mises en place
- Le lien avec l'ARS
- Les améliorations éventuelles

Cette interview était destinée au directeur des affaires financières de la structure interrogée ou à un membre de l'équipe financière. L'entretien est tout d'abord un moyen

d'appréhender la réussite ou non du plan de retour à l'équilibre. Il est nécessaire de comprendre le contexte de mise en place de celui-ci. Ensuite, l'analyse a pour but d'identifier les grandes mesures employées. De plus, une hypothèse de départ étant que le lien avec l'agence régionale de santé était primordial dans un plan de retour à l'équilibre, une question portant sur ce sujet a été ajoutée. Enfin, l'avis de chacun a été demandé concernant les améliorations qui pourraient être apportées à sa méthodologie.

2) Le choix des établissements

a) L'Association Hospitalière Nord-Artois Cliniques (AHNAC)

L'Association Hospitalière Nord-Artois Cliniques (AHNAC) est composée de 18 établissements dont 8 établissements sanitaires, et propose également une offre médico-sociale : trois polycliniques et une polyclinique affiliée, une clinique spécialisée, un centre de réadaptation fonctionnelle, un centre de psychothérapie, une HAD (Hospitalisation à Domicile), un SSIAD (Service de Soins Infirmiers à Domicile), un EHPA et six EPHAD...[57]

L'ensemble de ces structures sont situées dans les territoires du Hainaut et de l'Artois : le groupe, sous statut d'association à but non lucratif, représente donc un acteur majeur de la santé public en Hauts de France. Il emploie ainsi près de 3 000 professionnels et rassemble 1571 lits et places.

Les établissements de ce groupe sont, depuis la loi du 21 juillet 2009 appelée loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires », nommés établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC), gérés par une personne de droit privé, ici dans le cas de l'AHNAC, par une association. Ils ne sont pas soumis aux mêmes contraintes que les établissements publics (notamment aux règles des marchés publics). Leur mode de financement est, quant à lui, le même que celui des hôpitaux publics.

L'AHNAC représente donc un groupe important au sein de la région et permet de plus d'introduire le point de vue des établissements privés. Bien que n'étant pas soumis aux mêmes règles que le secteur public, il arrive que des établissements privés se retrouvent en plan de retour à l'équilibre.

L'Association Hospitalière Nord Artois Clinique (AHNAC) a mis en place un premier plan de retour à l'équilibre entre 2012 et 2014. [58] Ce premier plan de retour à l'équilibre est

considéré comme un échec et conduit à un renouvellement au sein de la direction, avec la venue, fin 2014, d'une nouvelle équipe de direction (directeur, DAF et DIM). [59] Il sera suivi entre 2016 et 2018 d'un second PRE.

b) Le Centre Hospitalier de Lens

Le Centre Hospitalier de Lens est un établissement public de santé pratiquant les activités de Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO), de gériatrie et de psychiatrie. Il est composé de 774 lits et places, environ 3000 professionnels de santé y travaillent. [60]

Il est situé dans le territoire de l'Artois et constitue l'établissement support du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT). [61]

Il était intéressant d'étudier cet établissement qui est depuis une dizaine d'années dans une situation financière endémique et historique. [62] En effet, le CH de Lens n'a pas réussi à s'adapter aux nouvelles réformes hospitalières et à la mise en place de la tarification à l'activité, si bien que depuis 2006, le CH de Lens ne disposait plus de fonds de roulement.

En outre, en plus d'être déficitaire, l'établissement est implanté dans un territoire où les indicateurs de santé sont très défavorables. L'état de santé de la population est particulièrement dégradé et l'offre de soins est faible. [63]

Un premier plan de retour à l'équilibre a été adopté en juin 2007. Celui-ci a permis de réduire, en 2008, son déficit structurel à 7,6 millions d'euros. L'objectif était de parvenir à un équilibre financier en 2012 et de dégager une capacité d'autofinancement suffisante pour la construction d'un nouveau hôpital. Néanmoins, face à l'échec de ce plan, une administration provisoire est mise en place par l'ARS en 2011, et crée un comité stratégique d'accompagnement du Plan de retour à l'équilibre. De plus, l'ARS octroie une subvention de 19 millions d'euros sur la dotation annuelle régionale afin de permettre à l'établissement de reconstituer ses fonds. [64]

Des mesures de maîtrise des dépenses sont rapidement implantées, notamment au travers de la masse salariale. Le CH de Lens est ainsi parvenu à stabiliser ses effectifs depuis 2012. Malgré l'ensemble des efforts réalisés, le centre hospitalier reste déficitaire. L'explication réside dans son organisation pavillonnaire et son architecture. En effet, cette dernière est caractérisée par une vétusté importante, et entraîne des coûts d'exploitation élevés avec un déficit financier structurel de 24 millions d'euros en 2006. Ceci bloquant la

possibilité d'un réel retour à l'équilibre, la décision a été prise de reconstruire le CH de Lens afin qu'il réponde enfin aux besoins des prises en charge modernes. Le projet de reconstruction à l'échéance de 2020 représente un investissement à hauteur de 280 millions et celui-ci est suivi par le COPERMO. [65] Il constitue une réelle opportunité et un enjeu majeur en termes d'offres de soins.

La poursuite des mesures et la naissance de ces nouveaux bâtiments laissent espérer le passage du déficit du CH de Lens en 2024 sous la barre des 4 millions, ce qui éviterait ainsi à l'établissement la mise en place d'un nouveau plan de retour à l'équilibre. [66]

c) La Polyclinique de Grande-Synthe

La Polyclinique de Grande-Synthe est un établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC), situé près de Dunkerque dans le Nord. Elle comprend 214 lits et 216 ETP soignants travaillent en collaboration avec 20 médecins. [67]

En 2009, la Polyclinique de Grande-Synthe (PGS) a mis en place un Groupement de coopération sanitaire (GCS) avec Centre Hospitalier de Dunkerque, avec pour but une meilleure efficacité de l'offre de soins dans leur territoire et ainsi, une mutualisation des moyens autour des activités de chirurgie, gynécologie-obstétrique et néonatalogie. [68]

Néanmoins, dès 2011, la question de la viabilité sur le long terme de ce GCS Flandre-Maritime se pose en raison d'une situation financière lourdement déficitaire. Ainsi, fin 2011, le cumul déficitaire s'élève à 7,2 millions d'euros, dont 2,4 millions pour la polyclinique. [69]

Afin de résorber ce déficit, un plan de retour à l'équilibre est signé, le 9 mars 2012, entre l'ARS, le CH de Dunkerque et la Polyclinique de Grande-Synthe. De même, un protocole de fin de conciliation a été signé entre ces parties. Le PRE visait un retour à l'équilibre financier sur l'exercice 2012 et ce, en majeure partie, au travers d'une réduction de personnel. Ce plan était constitué de plusieurs mesures d'économies à hauteur de 4,5 millions d'euros. [70]

Début 2014, le GCS expérimental public-privé est officiellement terminé et remplacé par un groupement sanitaire de moyens. Dans cet optique, l'offre de soins sur le Dunkerquois a été réorganisée et devient plus cohérente. Ainsi, le CH de Dunkerque reste l'établissement pivot avec notamment les activités de médecine spécialisée, les plateaux

techniques...La Polyclinique de Grande-Synthe a pour vocation de devenir un pôle gériatrique d'excellence. De plus, l'hôpital maritime de Zuydcoote a été associé dans ce groupement et sera, quant à lui, chargé des soins de suite et de réadaptation adultes et enfants.

Afin de résoudre son déficit, la Polyclinique a mis en place, avec l'agence régionale de santé, un plan d'amélioration du résultat depuis 2014.

d) Le Centre Hospitalier de Denain

Le CH de Denain est un établissement public de santé implanté dans le territoire du Hainaut. Cet hôpital a une capacité d'accueil de 581 lits et places et plus de 1000 professionnels y travaillent. [71] Il fait partie du Groupement Hospitalier de Territoire du Valenciennois depuis 2016. [72]

En 2007, cet établissement supporte un déficit de 2 millions d'euros et, par conséquence, a été soumis à un plan de retour à l'équilibre. Il a ainsi pu retrouver une situation excédentaire à partir de 2009, et ce jusqu'en 2012, avec un déséquilibre de 0,3 millions d'euros en 2013.

Le CH de Denain a ainsi retrouvé l'équilibre au travers de différentes mesures : augmentation d'activité, passage à la chirurgie ambulatoire. La chambre régionale des comptes statue, dans un rapport publié en 2015, que le CH présente une situation financière satisfaisante, mais qu'il doit toutefois rester vigilant, avec un équilibre fragilisé par l'augmentation des dépenses de personnel. [73]

En 2015, le Centre hospitalier n'a pas d'autre choix que de remettre en plan de redressement en place. En effet, sa situation financière est fragilisée par une augmentation incontrôlée des dépenses. [74]

B) Entretiens semi-directifs auprès des organismes

La deuxième partie de l'étude conduite dans le cadre de ce mémoire consistait en une série d'entretiens semi-directifs. L'objectif de ces rencontres était, au moyen d'un retour d'expérience, de comprendre la réussite des plans de retour à l'équilibre.

1) Grille d'entretien

La grille d'entretien a été divisée en trois questions :

- Que vous évoque les plans de retour à l'équilibre ?
- Quels sont les facteurs de succès d'un tel plan ?
- Quelles améliorations apporteriez-vous à sa méthodologie de mise en œuvre ?

Pour chaque question, il était précisé les informations plus précises à obtenir. De plus, la durée de l'entretien était prévue entre 20 et 30 min et la retranscription de chaque interview a été envoyée

2) Acteurs

Ces entretiens étaient à destination des autorités et fédérations suivantes : DGOS, ARS, et la Fédération Hospitalière de France (FHF).

a) DGOS

La Direction générale de l'offre de soins est une direction du Ministère des Solidarités et de la Santé (*site de la DGOS*). Elle a pour mission d'élaborer et d'assurer la mise en œuvre des politiques publiques de santé. De plus, elle met en œuvre les grandes orientations de la stratégie nationale de santé, elle a un rôle de pilotage stratégique.

De surcroît, la DGOS a été responsable de la préparation de la Loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Cette loi repositionne et responsabilise davantage les hôpitaux au sein de leurs territoires de santé. Ainsi, l'évolution du programme du financement des établissements de santé est un axe majeur de travail de la part de la DGOS. Ainsi, la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) en 2014 a permis de prendre en compte dans le modèle de financement la spécificité et le rôle des hôpitaux dits « de proximité », la qualité et la pertinence des soins. Elle aura également

pour but la transformation de l'offre de soins au travers du « virage ambulatoire ». Enfin, elle cherche à assurer une répartition équitable et objective des financements dans le respect de l'ONDAM.

De plus, la DGOS pilote le Comité performance et modernisation (COPERMO) de l'offre de soins hospitaliers. [33] Celui-ci a pour rôle d'appuyer les établissements en difficulté financière et notamment en mettant en place des plans de retour à l'équilibre. La DGOS a également pour objectif, l'assainissement de la situation financière des hôpitaux. [34] Ainsi, elle publie en 2015, dans son Rapport d'activité de 2014, que les comptes hospitalières peuvent être maintenant considérés comme étant quasiment à l'équilibre et ce, depuis 2012. [75] Elle note également un recul de la dette et à de plus, mis en place un dispositif d'accompagnement des hôpitaux les plus exposés au risque des emprunts structurés.

La DGOS porte ainsi un regard national sur la situation financière des établissements publics de santé et sur les plans de retour à l'équilibre. Un entretien auprès de cette direction se révélait donc approprié afin de bénéficier d'une vision plus large.

b) ARS

Les agences régionales de santé ont un rôle particulièrement important au sein du système du santé d'une région. Elles sont en effet chargées de son pilotage et ont pour rôle l'amélioration de la santé de la population et de l'efficience du système de santé. [76] Ainsi, elles ont plusieurs missions :

- Le pilotage de la politique de santé publique
- La régulation de l'offre de santé en région

Afin de remplir leur première mission, qui est le pilotage de la politique de santé publique, les ARS s'assure de la vieille et de la sécurité sanitaires, la définition, le financement et l'évaluation des actions de prévention et de promotion de santé. Et enfin, elle se charge de l'anticipation, la préparation et la gestion des crises sanitaires.

De plus, les agences régionales de santé, anciennement agences régionales de l'hospitalisation jusqu'en 2010 suite à la Loi HPST, ont la responsabilité de réguler l'offre de santé afin de mieux répondre aux besoins de la population. Ainsi, leur rôle portera

aussi bien sur le secteur ambulatoire, médico-social et hospitalier. Concernant le secteur hospitalier, elles ont pour mission de coordonner les activités et d'attribuer les budgets de fonctionnement des hôpitaux, cliniques et centres de soins.

En outre, les agences régionales de santé rédige les projets régionaux de santé (PRS). Ce document illustre la stratégie régionale de santé et fixe des objectifs à atteindre. L'ARS Nord-Pas-de-Calais a publié en octobre 2016, le rapport d'évaluation du PRS 2012-2016. Il est ainsi constaté qu'un des enjeux du dernier PRS était de garantir un système de santé efficient. Dans cet objectif, l'ARS a pour rôle de garantir l'équilibre financier des établissements de santé. L'ARS va être garante du maintien de l'équilibre des établissements de santé publics au sein de la région.

Elle peut ainsi, grâce à l'article L6143-3 du Code de santé publique, demander à un établissement de mettre en place un plan de redressement. [29] De plus, elle peut choisir de remplacer le directeur de la structure ou de mettre en place une administration provisoire en cas de refus ou d'échec du PRE. Pour finir, un fois le plan de retour à l'équilibre mis en place, l'établissement aura pour obligation de réaliser des rapports trimestriels et annuels auprès de l'agence.

L'ARS constitue un vrai partenaire auprès des établissements de santé et mets en place les moyens nécessaires afin d'assurer le retour de l'établissements dans une situation d'équilibre. Un dialogue constructif et éclairé entre l'agence régionale de santé et l'hôpital est nécessaire à la mise en place d'un PRE.

Il était donc nécessaire, dans le cadre de ce mémoire et afin d'évaluer l'efficacité des PRE et leur méthodologie, d'interviewer un professionnel de l'ARS. Les personnes ciblées par cet entretien faisaient partie des directions stratégiques et chargées de l'efficience des établissements.

c) La Fédération hospitalière de France

La Fédération Hospitalière de France (FHF) rassemble plus de 1000 hôpitaux et environ 3 800 établissements médico-sociaux. Elle rassemble ainsi l'ensemble de ces structures au travers de son annuaire des établissements et des professionnels. Elle joue également un rôle de conseil, d'expertise et de formation auprès des professionnels. Enfin, elle est consultée par les pouvoirs publics concernant les questions hospitalières et médico-sociales. Elle est représentée au niveau régional par les Fédérations régionales. Il était donc pertinent d'interroger un représentant de la FHF de la région Hauts-de-France. [77]

Chapitre 2 Résultats

A) Analyse par établissements

1) L'AHNAC

L'Association Hospitalière Nord Artois Clinique (AHNAC) a mis en place un premier plan de retour à l'équilibre entre 2012 et 2014, comme l'explique son directeur financier, Monsieur Philippe KLIMCZAK dans un entretien. **(ANNEXE 1)** Ce premier plan de retour à l'équilibre est considéré comme un échec, et a conduit à un renouvellement au sein de la direction, avec la venue, fin 2014, d'une nouvelle équipe de direction (directeur, DAF et DIM). Ce plan sera suivi entre 2016 et 2018 d'un second PRE.

L'échec de ce premier plan peut s'expliquer par l'incapacité à l'époque de faire un diagnostic de l'ensemble du groupe. Le diagnostic étant le point de départ d'un retour à l'équilibre, son absence ou inexactitude a entraîné une impossibilité à cerner les mesures à mettre en place. C'est pourquoi, lors de l'arrivée de la nouvelle direction, il a été décidé de réaliser un audit complet du groupe en janvier 2015 et sur une période de six mois. Une fois cet audit réalisé, il été possible d'instaurer une nouvelle stratégie et d'identifier les axes d'amélioration. La réussite de cette stratégie s'est confirmée par le retour à l'équilibre cette année de l'établissement, et la réalisation d'un bénéfice prévu à 5 millions.

Pour Monsieur KLIMCZAK, le point de départ d'un plan de retour à l'équilibre est le diagnostic. Celui-ci est nécessaire afin de connaître la situation de départ de l'établissement. Il permet ensuite de définir une stratégie globale et de définir les objectifs à atteindre dans la limite de nos capacités.

La réussite d'un PRE va reposer sur une comptabilité analytique puissante, qui va permettre d'analyser tous les mois la situation et d'apporter les modifications nécessaires en cas de besoin. Ainsi, au lieu de réaliser un Compte de Résultat Analytique (CREA) par pôle une fois par an, l'ANHAC en réalise un tous les mois et pour chaque service. Les CREA vont permettre de suivre le budget qui a été fixé en début d'année, de l'ajuster si nécessaire au fur et à mesure, de détecter les écarts et ainsi de réagir beaucoup plus vite. Afin d'utiliser cette méthode, l'AHNAC a créé un outil mêlant trois disciplines : médicale, ressources humaines et finance.

Toujours dans le cadre de son PRE, le groupe a mis en place un certain nombre de mesures classiques. Certaines portaient sur la masse salariale qui constitue le plus gros pôle de dépenses, d'autres ont agi sur la fonction logistique et, pour finir, une dernière partie de ces mesures était plus stratégique et concernait des coopérations et partenariats.

Selon Monsieur KLIMCZAK, l'Agence Régionale de Santé constitue un bon partenaire mais qui a parfois une logique différente de l'établissement. Il peut donc être nécessaire de se faire entendre et de convaincre l'ARS du bénéfice qui serait apporté par la stratégie mise en place. Dans le cas du groupe, l'ARS a compris la stratégie des dirigeants et son impact sur la performance, même si la méthode n'est pas académique.

Enfin, plusieurs améliorations pourraient être apportées aux PRE. En effet, l'ARS donne des outils aux établissements afin de suivre leur PRE, comme le COPERMO dans le cas où l'établissement est suivi au niveau national. Néanmoins, ces outils ne permettent pas toujours une lecture appropriée amenant un réel retour à l'équilibre. Les données financières sont trop statiques. Par exemple, le plan de financement pluriannuel sur 5 ans est difficile à réaliser. Il est en effet compliqué de se projeter si loin et d'appréhender comment les choses vont évoluer. Il est donc préférable de réévaluer en permanence le PRE, ce que peu de structures font, et cela explique les échecs constatés dans plusieurs établissements.

De plus, l'AHNAC a noté un manque en France d'outils type structure décisionnelle, et a donc créé son propre outil qui lui permet de gagner du temps.

Pour finir, Monsieur KLIMCZAK considère que les PRE sont utiles, que l'ensemble des hôpitaux et structures devraient s'y astreindre afin de progresser, mais que les établissements publics risquent d'être confrontés à une plus faible réactivité face aux problèmes conduisant à une dégradation de leurs situations financières.

2) Le Centre Hospitalier de Lens

Madame HIDYOUNESS, directeur des affaires financières du Centre Hospitalier de Lens a été interviewée dans le cadre de ce travail. **(ANNEXE 2)**

Le Centre Hospitalier de Lens n'est actuellement plus en PRE, mais il est néanmoins suivi dans le cadre de son projet d'investissement par le COPERMO. Le dernier plan de retour à l'équilibre mis en place dans la structure peut, en partie, être considéré comme un succès. Néanmoins, en raison de la structure même de l'établissement et de son historique, le Centre Hospitalier n'est toujours pas en l'équilibre et reste depuis une dizaine d'années dans une situation difficile. Afin d'y remédier, il a été décidé de construire un nouvel hôpital et d'y déménager l'activité : l'architecture pavillonnaire de l'ancien centre n'est plus adaptée, il y est impossible de mutualiser les professionnels entre services et donc de suivre les recommandations et ratio d'effectifs proposés par l'ANAP. De plus, l'hôpital est vieillissant et souffre de problèmes d'amiante. Enfin, il est entouré d'établissements plus modernes lui faisant concurrence. Il a donc été décidé de lancer un grand projet d'investissement pour construire un nouveau bâtiment plutôt que de réaménager l'ancien. Le but de cet investissement est sur le long terme le retour à l'équilibre de la structure.

La mise en place d'un PRE a donc permis de faire des économies et d'augmenter l'activité, mais il n'a pu atteindre le succès prévu en raison de causes indépendantes de sa volonté.

Madame HIDYOUNESS constate aussi que le succès d'un plan de retour à l'équilibre réside dans l'adhésion du personnel de l'établissement au projet. Cette adhésion peut être néanmoins compliquée à atteindre : les PRE sont souvent vus de façon négative par les syndicats et représentants du personnel à qui on demande de faire des efforts. L'enchaînement de PRE dans un établissement en difficulté financière depuis de nombreuses années comme Lens peut être difficilement vécu par les professionnels.

Les coopérations entre établissements s'avèrent nécessaires pour atteindre un retour à l'équilibre et, depuis plusieurs années, la plupart des établissements connaissent les mesures classiques à mettre en œuvre et se tournent vers les coopérations. Celles-ci peuvent s'avérer très intéressantes et résoudre les problèmes d'attractivité que peuvent connaître une structure. En effet, il est demandé aux établissements de faire preuve d'attractivité, mais celle-ci réside en grande partie dans le personnel médical : des négociations se font donc entre établissements afin de partager les médecins. Ces

coopérations sont de plus en plus nécessaires dans le Nord-Pas-de-Calais, territoire qui attire faiblement les médecins.

De surcroît, l'Agence Régionale de Santé a pour rôle d'accompagner les établissements et de les aider. Madame HIDYOUNESS estime que cette action de l'ARS pourrait être renforcée, notamment dans l'accompagnement des coopérations entre établissements et des négociations qui en découle. Il n'existe en effet aucun cadre réglementaire qui les encadre. L'ARS pourrait, de plus, participer à la création d'outils, par exemple concernant la facturation. Il a été en effet constaté qu'il n'existait pas au niveau régional ni national d'outils pouvant aider les établissements dans ces coopérations. Hors, même si celles-ci sont bénéfiques, elles apportent un surcoût notamment administratif aux structures. En plus de la gestion de la coopération, les établissements se retrouvent à créer des outils (par exemple pour la facturation) afin de rendre ces coopérations efficaces, ce qui est en soi générateur de coûts. Ces coûts ne sont pas encore intégrés dans la comptabilité analytique et ce travail se rajoute à celui habituel des employés déjà présents dans la structure.

Enfin, plusieurs améliorations pourraient être apportées au plan de retour à l'équilibre : elles concernent l'accompagnement proposé à l'établissement, avec notamment la création d'outils afin d'aider et de fixer des règles dans les négociations de coopération, mais également dans leur mise en œuvre effectives. De plus, il est nécessaire pour Madame HIDYOUNESS qu'un PRE ne se vive pas seulement à l'échelle de l'établissement, mais qu'il concerne également la région : c'est dans cet objectif que les coopérations interviennent. Un hôpital est ancré dans un territoire particulier, il est nécessaire de mobiliser les autres acteurs de ce territoire.

3) La polyclinique de Grande-Synthe

Madame Cécile GOZE, directrice de la Polyclinique de Grande Synthe, a aussi été questionnée dans le cadre de ce travail. **(ANNEXE 3)**

La polyclinique a engagé en 2014 un plan d'amélioration du résultat, même si elle ne se trouvait pas dans une situation justifiant un plan de retour à l'équilibre.

La méthodologie est similaire : en effet, un plan d'amélioration du résultat démarre au travers d'un diagnostic. Celui-ci permet d'évaluer et d'analyser l'existant au travers des données de la comptabilité analytique, d'un examen de l'organisation et des coûts mais également en se comparant à d'autres établissements et en utilisant le benchmarking.

Il a ensuite été décidé de mettre une stratégie en place et de la présenter à l'ARS afin de s'assurer de son soutien. De cette stratégie découlait un plan d'actions contenant des mesures d'économies et d'augmentation de l'activité.

Le choix a été fait d'agir sur la masse salariale en réduisant le nombre d'ETP administratifs à raison d'un par service. Cette réduction de personnel n'a pas fait l'objet d'un plan social mais s'est faite au travers de départs volontaires. C'est donc une mesure dont les résultats ne sont pas immédiats et qui met du temps à être implantée. Ainsi, des personnes ont choisi de procéder à une rupture conventionnelle, formule qui entraîne la première année des dépenses supplémentaires. Une réorganisation des services a été bien sûr nécessaire.

Enfin, des actions ont portées sur les services déficitaires. Deux étaient particulièrement concernés. Dans le cas du laboratoire, il a été décidé de céder l'activité économique. En effet, malgré des efforts d'économies, il n'était pas possible de faire revenir ce service à l'équilibre. En le cédant, l'activité reste réalisée dans le laboratoire mais le personnel et les locaux n'appartiennent plus à la polyclinique. Enfin, le deuxième service déficitaire était la radiologie. Dans le cas de celle-ci, une stratégie opposée à celle du laboratoire a été employée. En effet, suite à un audit réalisé, un plan d'actions a été mis en place et un effort d'investissement a été réalisé (nouveaux matériels). Le but de cet investissement était d'augmenter l'attractivité du service et donc son activité.

En plus de mesures d'économies, la polyclinique de Grande-Synthe a cherché à augmenter ses recettes en développant de nouvelles activités. Elle a, de plus, choisi de louer des locaux à des médecins libéraux. Le bénéfice était ainsi double : une source de revenu supplémentaire au travers des loyers et une rentabilisation du patrimoine, mais également une augmentation de l'attractivité de la structure.

En outre, l'ARS a accompagné l'établissement dans ces démarches. Elle a constitué un partenaire. C'est un acteur important notamment au niveau du diagnostic initial et dans la

prise de décisions qui en suit. Il est essentiel d'avoir son accord et sa validation avant de lancer la stratégie.

Selon Madame GOZE, il serait intéressant d'avoir plus d'outils et de données permettant la comparaison entre les établissements pour améliorer ce type de plan permettant le retour à l'équilibre. Certains outils existent mais ne sont pas actuellement en nombre suffisant. Il serait bénéfique pour un établissement de se comparer à d'autres possédant des caractéristiques similaires et d'étudier les mesures mises en place dans ces structures et leurs succès afin de les reproduire.

Enfin, les coopérations peuvent se révéler intéressantes et efficaces mais elles ne doivent pas être forcées par une tutelle. En effet, pour qu'une coopération fonctionne, les deux structures doivent y trouver un intérêt et être volontaires.

4) Centre Hospitalier de Denain

Le Centre Hospitalier de Denain a mis en place durant la période 2015-2017 un plan de retour à l'équilibre. Son directeur, Monsieur Éric LAGARDERE, explique les raisons de ce plan de redressement. **(ANNEXE 4)**

Le CH de Denain, contrairement à d'autres établissements, ne connaissait pas de réelles difficultés. Le plus gros problème auquel la direction devait faire face était la non maîtrise des charges. En effet, l'établissement était dans une situation de croissance mais qui n'était pas équilibrée entre les charges et les recettes, avec des charges augmentant de 5% et les recettes à hauteur de 2%.

Le plan de retour à l'équilibre visait donc surtout une maîtrise des charges. Et ainsi deux tiers de ce plan était composé de mesures visant à un rééquilibrage recettes/dépenses. Différents leviers ont été actionnés : une maîtrise des achats, une maîtrise de la masse salariale et enfin des efforts portés sur l'organisation.

Monsieur LAGARDERE explique qu'à l'aide d'un cost killing massif, 800 000 euros d'économies ont pu être réalisées sur les achats. Les maîtrises de la masse salariale n'ont pas affecté l'emploi permanent. Ces mesures résidaient surtout dans une stabilisation de la masse salariale. Cette stabilisation, effective depuis 2 ans, s'est établie grâce à une

remise en conformité des salaires, une suppression des heures supplémentaires et une maîtrise de l'organisation médicales (astreintes...)

De plus, le Centre Hospitalier de Denain a cherché à rendre son organisation plus efficiente et a ainsi, dans le cadre du Groupement Hospitalier de Territoire, implanté une coopération avec le Centre Hospitalier de Valenciennes concernant l'activité de biologie. Un mini laboratoire a été ouvert et permet de répondre aux besoins de prise en charge, et entraîne également un gain de temps et de coûts.

De surcroît, le CH a développé de nouvelles activités répondant aux besoins du territoire, comme par exemple des activités de gériatrie.

Selon Monsieur LAGARDERE, le plan de redressement mené au sein de son établissement a été un véritable succès avec un retour à l'équilibre dès 2016. Ce plan a permis de rebondir sur un projet stratégique, nécessaire au maintien d'un équilibre sur le long terme. Un projet stratégique permet à l'établissement de fixer des orientations et des objectifs sur plusieurs années et ce, en développant des collaborations avec les autres hôpitaux du GHT, notamment le CH de Valenciennes, mais également avec l'ARS.

L'ARS a été d'une grande aide dans le cadre du plan de retour à l'équilibre. Elle a contribué la première année sous forme d'aides et a, de plus, apporté une aide méthodologique, de même que le ministère au travers de l'ANAP.

Pour finir, Monsieur LAGARDERE conclut que chaque plan de retour à l'équilibre est différent et dépend de la situation de départ de la structure. Il distingue néanmoins deux types de plan : ceux qui nécessitent une rigueur et surtout une maîtrise des charges, et ceux dans lesquels une réorganisation est nécessaire. Selon lui, le PRE avec réorganisation est le plus difficile à mettre en place, car la structure qui fait déjà face à une baisse d'activités, peut en outre être isolée. Elle doit donc plus qu'une autre se remettre en question et modifier ses pratiques.

B) Analyse par organismes

1) L'agence régionale de santé

Afin de recueillir l'avis de l'Agence Régionale de Santé Hauts-de-France, Monsieur Emmanuel SINNAEVE, Responsable service amélioration de l'efficience a été sollicité le vendredi 21 juillet 2017. **(ANNEXE 5)**

Selon Monsieur SINNAEVE, les PRE sont des outils réglementaires et qui permettent à l'ARS de structurer le retour à l'équilibre des établissements. Ils sont, bien sûr, une exigence mais une exigence salubre puisqu'ils induisent la mise en place d'une tension bénéfique dans une structure et permettent d'impulser les changements nécessaires au retour à l'équilibre. De plus, ces PRE vont pousser les établissements à s'interroger sur leur activité et leur organisation, tout en impliquant le plus de professionnels possibles, et notamment le corps médical au travers de la Commission médicale d'établissement (CME). En effet, lors de chaque réunion concernant le PRE, trois acteurs sont présents : le directeur de l'établissement, le président de CME et l'ARS.

Concernant les facteurs de succès d'un plan de retour, Monsieur SINNAEVE considère que la réussite d'un PRE s'amorce dès la phase de diagnostic. Un PRE démarre lors d'une première réunion au cours de laquelle un diagnostic partagé est réalisé. Celui-ci est constitué à partir d'un autodiagnostic réalisé par l'établissement, et de données et d'indicateurs en provenance de l'ARS. Cette étape permet de comprendre les raisons du déséquilibre financier et d'ensuite les utiliser pour mettre en place des mesures. Il est nécessaire de comprendre les raisons structurelles mais aussi conjoncturelles expliquant le déséquilibre entre les recettes et l'activités.

Une fois cette étape réalisée, un plan d'actions doit être mis en place. Celui-ci est constitué d'un ensemble de mesures. Ces mesures seront divisées en deux catégories : celles portant sur l'activité comme le virage ambulatoire, et celles permettant de réaliser des économies, notamment à travers la maîtrise des dépenses (programme PHARE pour les achats). Parmi ces actions, plusieurs concerneront la masse salariale qui représente le plus gros pôle de dépenses (70% des dépenses), ainsi la politique RH pourra être revue. Il sera également nécessaire de revoir l'organisation de l'établissement et de s'interroger sur les capacités par activité. Il peut également être souhaitable de développer de nouvelles activités. Enfin, une des actions pourra porter sur l'optimisation des fonctions

médico-techniques et leur organisation (blocs, laboratoire, stérilisation). Une analyse des fonctions supports sera ainsi réalisée au travers du benchmarking.

Une fois l'ensemble des mesures identifiées, un plan d'actions est rédigé. Celui-ci comportera ainsi des mesures d'économies et des mesures d'augmentation d'activité. Dans le cadre du COPERMO, le déficit doit être compensé à 70% par des économies et à 30% par une augmentation de l'activité. Au niveau régional, l'ARS sera plus souple, elle fixera ces taux en fonction de l'établissement et pourra accepter un déficit couvert à 60% par des mesures d'économies et à 40% par des mesures concernant l'activité (voire 50/50).

Monsieur SINNAEVE juge la méthodologie des PRE comme étant pertinente et équilibrée. Il serait peu judicieux de modifier la durée d'un plan de redressement (actuellement 3 ans). Le plus gros point à améliorer serait au niveau national. Il est en effet nécessaire que le modèle de financement se stabilise. Pour finir, dans le contexte des GHT, il est important d'appuyer tout développement d'activités sur le projet médical partagé. De plus, ces GHT sont une opportunité et pousseront certains établissements à travailler avec leur établissement support.

2) La direction de l'offre de soins

Dans le cadre de ce mémoire, Monsieur Thibault BROSSARD du Bureau de l'efficience des établissements de santé publics et privés de la DGOS a été interrogé le vendredi 18 août 2017. **(ANNEXE 6)**

Monsieur BROSSARD a comme impression générale que les plans de retour à l'équilibre sont un outil indispensable mais il n'existe malheureusement aucune étude qualitative ou quantitative sur ce sujet.

La DGOS considère qu'un PRE repose tout d'abord sur un diagnostic qui doit être le plus précis possible. Ce diagnostic s'appuie sur un ensemble de données analytiques et d'indicateurs concernant l'activité de la structure, et sur des éléments de comparaison inter-établissements. Une fois le diagnostic réalisé, le PRE est élaboré et celui-ci se doit d'être ambitieux mais réaliste. Il comporte des mesures d'économies à hauteur de 70% et des mesures d'activité à hauteur de 30% du déficit. Les mesures d'économies ont en effet un impact immédiat et plus sûr que les mesures d'augmentation de l'activité qui peuvent

se révéler aléatoires. Parmi les mesures d'économies, on retrouve les mesures ayant un impact structurel sur l'offre de soins et le programme capacitaire de l'établissement notamment celles s'inscrivant dans le cadre du virage ambulatoire ou ayant trait à la gestion des lits. Certaines actions portent également sur les achats et sur la masse salariale (effectifs, organisation du travail).

Pour Monsieur BROSSARD, le succès d'un PRE repose sur plusieurs facteurs. Tout d'abord, il est nécessaire qu'il soit concerté avec l'ensemble des professionnels et présenté en instances, aux syndicats et aux élus. Ce plan de redressement sera porté par le binôme directeur-président de CME et il est nécessaire à sa réussite qu'il soit soutenu par l'ensemble des acteurs, et donc connu par tous les professionnels de l'établissement. Cette communication sur le plan et sa connaissance par les professionnels se fera notamment par l'intermédiaire des cadres de terrain.

Un PRE doit être mené selon une logique de gestion de projet et donc en utilisant des outils spécifiques (indicateurs, tableaux de bord, plans d'action). Ces outils sont mis à disposition par les agences responsables du suivi de ce plan (ARS ou COPERMO).

Enfin, l'ARS va représenter un partenaire essentiel dans la mise en place et le suivi d'un PRE. Afin de mener à bien un tel plan, la plus grande transparence est nécessaire entre l'établissement et l'ARS ce qui permet une collaboration rapprochée.

Afin d'améliorer la mise en place et le suivi d'un plan de retour à l'équilibre, Monsieur BROSSARD insiste sur la nécessité d'améliorer les outils mis à disposition des établissements et de les encourager à utiliser la comptabilité analytique. En effet, il existe des outils accessibles aux structures, délivrés par l'ANAP, notamment concernant les achats (programme PHARE), mais il n'existe aucune base nationale au sujet de la gestion des ressources humaines. Il serait intéressant de créer un guide ou une base de recommandations abordant un certain nombre de sujet comme le ratio professionnels par nombre de lits, la gestion du temps de travail et des avancements, l'absentéisme... Cette base aurait pour but d'aider les établissements à prendre des décisions et à se situer par rapport à une norme nationale et aux structures.

3) Fédération de l'hospitalisation française

Monsieur Vincent DUPONT, Directeur des affaires financières du CHRU de Lille et représentant de la Fédération de l'hospitalisation française a ensuite été interviewé.

(ANNEXE 7)

Selon Monsieur DUPONT, les PRE sont un dispositif dont les plans d'actions sont tournés vers l'efficacité du pilotage des activités. Le contexte de leur mise en place est particulier avec des pressions venant des pouvoirs publics et imposant des baisses de tarifs. Face à ce contexte, les établissements sont dans l'obligation d'améliorer leurs performances. Le but d'un PRE est bien sûr d'atteindre l'équilibre mais également une marge brute lui permettant de rembourser ses dettes et d'investir. La mise en place d'un PRE permet d'enclencher les mesures nécessaires à ce retour à l'équilibre et qui, dans un autre contexte, pourraient être difficiles à faire accepter. Les PRE sont ainsi utilisés comme des outils de levier dans la majorité des établissements. Néanmoins, leur aspect négatif va résider dans leur formalisme administratif avec notamment la nécessité d'un reporting important auprès de l'ARS.

Dans l'ensemble, ils constituent une réelle aide auprès des établissements et leur réussite est évidente dans les Hauts-de-France et particulièrement en Picardie.

Monsieur DUPONT dégage certaines mesures indispensables au succès d'un PRE. Tout d'abord, des mesures d'économies sont à mettre en place : une des premières actions doit porter sur la masse salariale qui représente 70% des charges. Cela peut se traduire par une harmonisation du cadre de fonctionnement des services, en vérifiant que le niveau de personnes est en adéquation avec l'activité. Ensuite, une partie des économies va porter sur les prescriptions et les achats notamment au travers du programme PHARE. Les actions portées sur les recettes seront plus aléatoires et dépendront de l'établissement : virage ambulatoire, optimisation du codage...

Il est également possible de mettre en place des mesures portant sur les recettes associées, dont les recettes hôtelières liées à la prise en charge du patient (chambres individuelles, parking...). Pour finir, il sera nécessaire qu'une partie du PRE porte sur les investissements et vérifie le retour sur investissement de chacun.

Monsieur DUPONT relève aussi qu'il sera nécessaire dans le futur de se tourner vers les GHT et la mutualisation qu'ils apportent.

Une amélioration des PRE ne réside pas dans leur méthodologie mais dans les contraintes externes présentées par l'Etat. Il est important qu'une responsabilisation des décisions soit faite au niveau national.

Pour finir, les relations avec l'ARS sont primordiales et indispensables, elles vont constituer le partenariat de proximité essentiel à la réalisation d'un PRE.

C) Analyse globale

1) Le succès des PRE

Tous les acteurs interviewés dans le cadre de ce travail considèrent les plans de retour à l'équilibre comme étant un succès en général. Ces plans s'adaptent en effet à des situations très diverses et permettent d'instaurer des mesures d'économies.

Dans certains cas, le PRE n'est pas un succès total mais plutôt partiel, soit en raison d'une mauvaise application de la méthodologie, soit à cause d'un déficit structurel qui empêche la structure d'avancer. En effet, dans le cas de l'AHNAC, le premier PRE s'était soldé par un échec : cela s'explique par un diagnostic de départ incomplet et non réaliste de la situation. Le CH de Lens est, quant à lui, en déficit permanent depuis une dizaine d'années, en raison de la population qu'il accueille et d'une structure vieillissante ne lui permettant pas de se moderniser et de répondre aux exigences nationales.

Dans l'ensemble, les PRE sont des outils indispensables et utiles auprès des établissements. Dans le cas où l'établissement n'a pas réussi à assurer un retour à l'équilibre, le PRE aura néanmoins permis d'instaurer une impulsion positive et un effort commun afin d'atteindre cet équilibre.

2) Les facteurs de succès identifiés

Ce travail a également permis d'identifier les facteurs de succès d'un plan de retour à l'équilibre. Tout d'abord, un PRE repose sur une méthodologie particulière qu'il est indispensable de respecter. Ensuite, une adhésion des équipes autour du projet et une bonne communication dans l'établissement permettent sa réussite. Enfin, le retour à l'équilibre sera possible au travers d'un certain nombre de mesures.

a) Une méthodologie précise

Afin de réussir à atteindre l'équilibre, l'établissement se doit de mener son plan de retour à l'équilibre selon une méthodologie précise. Un PRE est mené comme un projet, et donc avec une méthodologie de gestion de projet.

Tout d'abord, il démarre par un diagnostic qui doit d'être le plus précis et le plus réaliste possible. Ce diagnostic permet d'identifier les raisons ayant conduit à cette situation déficitaire, et ainsi de définir une stratégie afin de redresser les finances de l'établissement.

Ensuite, il sera nécessaire de repositionner l'établissement dans son territoire de santé et d'évaluer les besoins de la population. C'est dans cet optique là que la structure pourra développer des coopérations afin de mieux répondre aux demandes en soins.

Enfin, un PRE ne devra pas rester statique. Une fois le diagnostic réalisé, les mesures identifiées et le plan d'actions validé, le plan de retour sera mis en place. Néanmoins, il sera important de réévaluer régulièrement ces éléments et de s'adapter aux évolutions. Les établissements de santé publics sont souvent trop passifs et manquent de réactivité.

b) L'implication des professionnels

Un plan de retour à l'équilibre financier sera décidé par la direction et en concertation avec les instances. Néanmoins, les efforts pour redresser la situation financière seront portés par l'ensemble des professionnels de la structure. Il est donc très important qu'une bonne communication autour de ce plan soit mise en place.

Le PRE sera porté par le binôme directeur-président de CME, et chacun sera chargé de convaincre les équipes de la nécessité des mesures à mettre en place. Les équipes dans les services auront connaissance de ce plan et seront impliquées grâce aux cadres de santé de terrain.

Un plan de redressement est souvent mal vu par les professionnels et les syndicats d'un établissement, qui amalgament parfois plan de retour à l'équilibre et plan social. Ainsi,

avant de mettre en place le PRE, la présentation aux instances, aux élus mais aussi aux syndicats doit être réfléchi.

c) Les mesures employées

Les mesures déployées dans le cadre d'un plan de redressement vont être à la base du retour à l'équilibre de la structure. Elles vont découler du diagnostic et, dans le cadre d'un suivi national, ces mesures seront principalement des mesures d'économies. En effet, il est conseillé de résoudre le déficit à 70% par des mesures d'économies, et à 30% par des mesures d'augmentation de l'activité. Les régions seront généralement plus souples et ces taux varieront en fonction de la situation de chaque établissement.

De nombreuses mesures peuvent être mises en place dans le cadre d'un PRE. Elles vont varier en fonction de l'établissement, de sa situation et de son territoire de santé. Néanmoins, il est possible de classer les grandes actions possibles en catégories et d'identifier des actions dites « classiques ».

Tout d'abord, une partie des mesures va porter sur la maîtrise des charges et en particulier la masse salariale. Celle-ci représente, en effet, la majorité des charges d'une structure et il est nécessaire d'agir sur le poste le plus important pour assurer un retour à l'équilibre.

- Mesures sur la masse salariale

Dans le cadre des mesures portant sur les charges de personnel médical et non médical, il est possible de supprimer ou de ne pas remplacer des postes. Une autre mesure va porter sur la maîtrise des dépenses de formation. De plus, il est possible de réexaminer les avantages extra statutaires ou non conventionnels. L'ensemble de ces mesures s'inscrivent dans une modification de la politique des ressources humaines de l'établissement.

Il a également été constaté qu'une diminution des dépenses d'intérim, une fixation d'effectifs-cible par activité et une meilleure maîtrise de l'absentéisme participent à la maîtrise de la masse salariale. [40]

- Mesures sur la productivité et l'organisation

En plus d'agir sur la masse salariale, un établissement en PRE a pour nécessité de repenser son organisation, notamment en termes de productivité. Il analysera ainsi les effectifs par services et activités, travaillera sur l'optimisation du temps de travail et des heures supplémentaires, CET et intérim. De plus, il sera indispensable d'améliorer la production du temps de mise à disposition des blocs et de se tourner vers le développement des activités ambulatoires. Enfin, un travail portera sur l'ensemble des plateaux techniques et leur organisation (bloc opératoire, imagerie, stérilisation, laboratoire). Dans certains cas, des coopérations et partenariats peuvent être mis en place avec d'autres structures.

- Mesures sur la logistique

Les mesures portant sur la logistique seront liées aux mesures portant sur l'organisation. Il peut être décidé de réorganiser, mutualiser et éventuellement externaliser certaines fonctions logistiques (restauration, blanchisserie...). Des travaux peuvent être réalisés afin d'optimiser les achats et particulièrement à l'aide du programme PHARE.

- Mesures sur les charges médicales

Les charges médicales représentent 60% des achats d'un établissement. Il est donc important, dans le cadre d'un PRE, de porter des actions sur celles-ci. Ainsi, il est possible de mettre en place un contrat de bon usage du médicament, un suivi des molécules onéreuses mais également d'optimiser le circuit du médicament.

Des actions sont également possibles pour augmenter les recettes. Néanmoins, un retour à l'équilibre ne pourra s'atteindre et se prévoir uniquement sur une augmentation de l'activité. Parmi les mesures pouvant être mises en place, l'amélioration du codage s'est révélé très efficace dans de nombreuses structures. De même, l'optimisation du taux d'occupation des lits a été l'objet d'un programme national lancé par l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP) en 2013. Enfin, certaines mesures viseront l'augmentation du taux d'attractivité de la structure, visant souvent la population médicale, mais le Nord-Pas-de-Calais est une région souvent boudée.

Il est également possible de lancer des programmes d'investissement afin d'améliorer l'attractivité de la structure et d'augmenter ou diversifier son activité. Ces projets ne sont pas immédiatement rentables mais sont néanmoins bénéfiques sur le long terme.

De plus, il sera possible d'instaurer des mesures de gestion. Celles-ci concerneront particulièrement les finances de l'hôpital avec une gestion active de la dette, une amélioration de la chaîne de facturation et du recouvrement des créances. Un redimensionnement des investissements peut s'avérer également nécessaire.

Enfin, de nombreux établissements recommandent la mise en place de coopérations. Celles-ci permettent une meilleure organisation des soins dans un territoire de santé donné. Elles permettent également d'agir sur les problèmes d'attractivité que peut connaître un établissement.

Ainsi, le Centre Hospitalier de Lens et l'AHNAC ont, depuis 2013, lancé une coopération entre les deux structures. Cette coopération permet une meilleure répartition de l'activité sur leur territoire et résout une partie de la concurrence entre les deux établissements. Le CH sera désormais responsable des activités de médecine spécialisée (cardiologie, neurologie, oncologie, pneumologie). La polyclinique du Riaumont, faisant partie du groupe AHNAC, se consacrera elle à la gériatrie, en développant ses activités de soins de suite et de réadaptation. De plus, le CH de Lens concentrera le service des urgences et une partie de la maternité appartenant auparavant à l'AHNAC.

d) Les outils et programmes

La mise en œuvre d'un PRE se fera au travers d'un certain nombre d'outils tels que le diagnostic flash, des indicateurs, des plans d'actions, des tableaux de bord... Ceux-ci sont essentiels à la réussite du plan de redressement et au retour à l'équilibre de la structure.

Afin d'aider les établissements dans leur retour à l'équilibre, l'Etat a mis à disposition des outils et programmes visant à soutenir les efforts des hôpitaux.

Ainsi, l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) a été mise en place en 2009 afin d'agir auprès des établissements dans l'amélioration de leur performance dans le cadre de la réforme du système de santé en France. [78] Elle propose ainsi des outils afin d'améliorer le pilotage de l'établissement, l'organisation de sa prise en charge, mais également afin de développer une approche territoriale. Elle lance ainsi des programmes nationaux comme celui concernant la gestion des lits.

De plus, l'Etat agit également au travers de la DGOS. En effet, en plus d'accompagner les établissements en difficulté et ceux réalisant des investissements importants, cet

organisme lance des programmes permettant aux établissements de réaliser des économies.

Un de ces programmes, le programme PHARE, a été particulièrement cité par l'ensemble des personnes interviewées. [79] Le programme « Performance hospitalière pour des achats responsables » (PHARE) a été lancé par la DGOS en 2011 afin d'aider des établissements lors de la structuration de leur fonction achats. En effet, suite à la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST), la communauté hospitalière doit se moderniser et cela passe notamment par la restructuration de la fonction achat. Les achats représentent le deuxième poste de dépense après la masse salariale. Annuellement les achats effectués par les hôpitaux représentent 18 milliards d'euros dont 60% d'achats médicaux.

Les résultats de ce programme sont visibles. En effet, en 2013, 290 millions d'euros d'économies ont été réalisées.

De plus, chaque région a créé ses propres outils de suivi d'un plan de retour à l'équilibre (ANNEXE 8 et 9). Ceux-ci s'avèrent essentiels au suivi et au réajustement du plan de redressement. Il serait utile de multiplier ces outils et de les développer au niveau national.

e) Lien primordial avec l'ARS

L'Agence Régionale de Santé a pour mission l'accompagnement des établissements en difficultés. Elle va jouer un rôle essentiel dans la mise en œuvre d'un plan de redressement. En effet, elle constitue un partenaire de proximité indispensable.

L'ARS est présente dès le diagnostic initial au cours duquel elle apportera un certain nombre d'éléments : indicateurs, études de benchmarking... Le contrat sera signé entre elle et l'établissement et celui-ci sera chargé de lui faire des rapports réguliers.

De plus, elle fournira aux établissements des outils. Comme cité précédemment, ces outils sont essentiels à la réussite et au suivi d'un contrat de retour à l'équilibre.

Chapitre 3 Mise en perspective personnelle

A) Le diagnostic : étape primordiale

Le diagnostic est la première étape du plan de retour à l'équilibre. Il constitue un point de départ fondamental pour la réussite du redressement financier de l'établissement de santé.

Ce diagnostic est établi lors d'une première réunion entre l'établissement et l'agence régionale de santé. Chacun y apporte des éléments permettant d'avoir la vision la plus complète et la plus transversale possible de la structure afin de décider par la suite des mesures à mettre en œuvre et des leviers à actionner. En plus des données comptables et financières, le diagnostic permet d'avoir des éléments décrivant le positionnement stratégique, la performance des processus et le détail de la politique de ressources humaines.

Un diagnostic est construit à l'aide d'indicateurs répartis selon quatre axes : financier, patient, processus et ressources humaines. Ces axes rappellent les composantes d'un tableau de bord prospectif et les indicateurs d'HOSPIDIAG. [80]

Un tableau de bord prospectif est un outil développé par Robert S. KAPLAN et David NORTON. Cet outil a pour objectif de traduire la vision stratégique des dirigeants en objectifs, et de la suivre régulièrement au travers d'indicateurs. Ceux-ci sont divisés en quatre catégories : finance, clients, processus internes et apprentissage organisationnel. Tous les éléments de ces axes sont liés entre eux, et un équilibre est nécessaire. [81]
Bien qu'utilisé dans de nombreuses entreprises, cet outil de pilotage et de management commence tout juste à être mis en place dans le secteur de la santé.

Les quatre axes du diagnostic se retrouvent également dans l'outil Hospidiag porté par l'ANAP. C'est une aide à la décision permettant aux établissements de santé de se comparer aux autres établissements au travers d'indicateurs et de mesures de performance. Hospidiag est composé de cinq aspects : la qualité, l'activité, l'organisation, les ressources humaines et la finance.

Ainsi, les mêmes axes se retrouvent dans plusieurs outils d'aide à la performance, y compris dans le diagnostic flash proposé par la direction de l'offre de soins. En plus de permettre à l'établissement un retour à l'équilibre, ce diagnostic peut constituer la première étape de la mise en place dans la structure d'un management efficient et d'une recherche de la performance.

Pour représenter les éléments tirés du diagnostic, un SWOT est réalisé à la fin de cette étape. C'est un outil très répandu, permettant de déterminer les options stratégiques d'une entreprise et de prendre des décisions. Cette matrice est divisée en quatre parties : forces, faiblesses, opportunités et menaces.

En conclusion, à partir du diagnostic et du SWOT final, l'établissement de santé est capable d'avoir une vision transversale de son organisation. La direction pourra décider des mesures à mettre en œuvre pour retrouver un équilibre et la situation financière saine lui permettant de soutenir ses futurs investissements.

B) Le futur des PRE

L'ensemble des personnes interviewées dans le cadre de ce mémoire s'accordent pour dire que les plans de retour sont efficaces et que la méthodologie mise en place est synonyme de succès.

1) Les outils

Selon mes interlocuteurs, la méthodologie n'est pas à changer, ni la durée des plans. Néanmoins, ils considèrent qu'il serait bénéfique d'apporter aux établissements un plus grand nombre d'outils. Parmi ceux-ci, on trouve les outils de suivi, mais également les outils d'aide à la performance. Les outils et les programmes d'aides à la performance sont de plus en plus développés par l'Etat et l'ANAP, et ont prouvé leurs efficacités.

L'Etat s'est en effet engagé dans une politique d'aide et d'accompagnement à l'amélioration de l'efficience des établissements de santé. Il considère que cette efficience sera atteinte en améliorant la performance du pilotage, l'organisation et les processus. Afin de soutenir les établissements de santé dans cette démarche, la direction générale

de l'offre de soins a ainsi mis à disposition des fiches méthodologiques à destination des établissements mais également des agences régionales de santé. [82]

Ces fiches font partie des outils pouvant être utilisés par les établissements, qui de leur côté souhaitent voir leur nombre augmenter.

Elles peuvent concerner différents sujets comme les données de référence (comptabilité analytique, cartographie des risques, masse salariale). Elles peuvent également être des fiches techniques, des leviers d'efficacité mobilisables et des fiches d'analyse de l'efficacité des projets d'investissement. On trouve parmi les leviers d'efficacité des actions pouvant porter sur le positionnement territorial de l'établissement, sa qualité et sécurité des soins, les soins ambulatoires, la gestion des lits, le programme PHARE, la facturation et les recettes...

Les établissements de santé souhaitent voir ces outils se développer sur des sujets plus variés, comme les négociations des coopérations par exemple.

Enfin, les outils de suivi des plans de retour à l'équilibre sont, pour l'instant, propres à chaque Agence Régionale de Santé et peuvent donc varier entre les régions. Leur uniformisation et leur diffusion offrirait une aide aux structures pour réajuster leur PRE si besoin et suivre son évolution.

2) Les Groupements Hospitaliers de Territoire

Le futur des établissements de santé réside dans les Groupements Hospitaliers de Territoires. Leur but est d'améliorer la coopération entre les établissements et d'organiser au mieux l'offre de soins sur un territoire donné. Dans un contexte de renforcement des coopérations, un établissement de santé ne peut plus être uniquement regardé de façon individuelle. Il sera forcément intégré dans un groupe et dans un territoire. Tout plan de retour à l'équilibre mis en place devra prendre en compte ces informations et ne pas être géré uniquement par un établissement.

3) Stabilisation des modèles de financement

Pour finir, on constate qu'une stabilisation des modèles de financement et des politiques nationales de santé serait nécessaire. En effet, ces politiques changent fréquemment et empêchent la stabilisation des stratégies mises en place dans les établissements. Le contexte de la santé est particulier, avec une diminution des tarifs et donc des recettes, et une augmentation mécanique de la masse salariale, et donc des dépenses. Les contraintes externes pesant sur les structures n'aident pas à garder une situation financière saine. Parallèlement, les professionnels comprennent difficilement les mesures économiques et l'enchaînement de plans de retour à l'équilibre alors qu'on leur demande de plus en plus d'efforts. Il est donc impératif que les directions aient les moyens d'engager des stratégies à long terme.

Conclusion

Au cours du XXème siècle, il est devenu évident que le mode de financement des établissements de santé n'était plus viable et ne constituait pas l'outil de maîtrise des dépenses dont les hôpitaux avaient désespérément besoin.

Un nouvel système de financement a été introduit en 1983 : la dotation globale de fonctionnement. Celle-ci sera utilisée jusqu'en 2004, avant d'être remplacée par la tarification à l'activité. En effet, la dotation globale exacerbait les inégalités inter et intra régions et, de plus, ne poussait pas à l'efficacité et à l'économie. [18]

Introduite en 2004, la tarification à l'activité a permis de lier le financement des hôpitaux à son activité. Elle a été introduite au travers du « plan hôpital 2007 » dont elle constituait un des volets. Ce plan a également posé les bases de la nouvelle gouvernance hospitalière qui sera par la suite formalisée par la Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009, appelée loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires ». [83] La nouvelle gouvernance visait à diriger l'hôpital vers un fonctionnement plus efficace et un pilotage médico-économique en responsabilisant les acteurs de santé. Elle a, de plus, introduit l'organisation hospitalière telle qu'on la connaît aujourd'hui avec les pôles d'activités. Suite à cette loi, les Agences Régionales de Santé ont remplacé les agences régionales de l'hospitalisation.

L'ensemble de ces éléments a contribué au redressement de la situation financière du système de santé français. Afin d'aider les établissements en difficultés, l'Etat a introduit les plans de redressement. Mais dès 2008, un rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales révèle l'inefficacité de ces plans. La même année, 80 % des établissements publics de santé sont encore déficitaires. Le 16 juillet 2008 est publiée la circulaire DHIS/F2 n°2008-233 relative à l'équilibre financier des établissements de santé. [38] Cette circulaire encadre les plans de retour à l'équilibre et leur donne une méthodologie. De plus, la mise en place du COPERMO (Comité interministériel de la Performance et de la Modernisation de l'offre de soins hospitaliers) en 2012 a permis de poursuivre cette dynamique d'accompagnement des établissements en difficulté.

Ainsi, en 2016, les hôpitaux publics atteignent une situation de quasi-équilibre avec un résultat global à -295 millions soit au total -0,4% des produits.

En accord avec les résultats nationaux, la situation dans le Nord-Pas-de-Calais s'est nettement améliorée et les établissements de santé sont dans une trajectoire financière favorable avec une marge brute en constante augmentation. [18]

La démarche engagée par les différents gouvernements s'est donc révélée efficace. Les plans de retour à l'équilibre s'adaptent à différentes situations de déficit et offre la possibilité d'instaurer de nombreuses mesures d'économies. Certaines sont désormais considérées comme « classiques » et sont intégrées dans la plupart des hôpitaux. Il en est de même pour les mesures permettant une augmentation d'activités.

Désormais les établissements se tournent donc vers d'autres méthodes et mesures afin d'améliorer leur performance. Les coopérations entre établissements offrent ainsi de nouvelles opportunités aux structures pour développer leur activité, rentabiliser leur patrimoine... De plus, la mise à disposition d'outils et fiches au travers de l'ANAP, du Ministère et des ARS participe à l'amélioration de l'efficience des établissements de santé. Les directeurs d'établissement et responsables des affaires financières souhaitent voir le nombre de ces outils augmenter, notamment les outils de suivi du plan de retour à l'équilibre.

Pour finir, l'avenant des GHT et les évolutions de la tarification à l'activité offrent de nouvelles perspectives aux plans de retour à l'équilibre. Ces derniers sont destinés à évoluer et à s'adapter aux nouveautés à venir afin de continuer à être efficaces. Si les plans de redressement continuent à être efficaces, verra-t-on le jour où ils ne seront plus nécessaires ? Ou bien l'évolution constante de la médecine et le changement permanent des politiques de santé pousseront-ils toujours au déséquilibre les établissements qui ne s'adaptent pas assez vite ?

Bibliographie

- 1) TRUCHET D (2017) *Droit de la santé publique*, 9ème édition, Dalloz
- 2) OCDE (2017) *Base de données en ligne, Dépenses de santé et financement*, [en ligne]. Disponible sur internet
http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT&lang=fr
- 3) Legifrance (2017) *Le projet de loi de financement de la Sécurité sociale 2017, Annexe 7: ONDAM et dépense de santé*, [en ligne]. Disponible sur internet :
http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/annexe_7-2.pdf
- 4) DRESS (2014) *Le panorama des établissements de santé édition 2014*, [en ligne]. Disponible sur internet :
<http://drees.solidaritessante.gouv.fr/IMG/pdf/panorama2014.pdf>
- 5) MOLINIE E (2005) *L'hôpital public en France : bilan et perspective*, Conseil économique et social
- 6) IRDES (2015) *Historique des réformes hospitalières en France*, [en ligne]. Disponible sur internet : www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-des-reformes-hospitalieres-en-france.pdf
- 7) Conseil National des Luttres contre la pauvreté et l'exclusion sociale. (2009) *Histoire de l'hôpital et prise en charge des personnes en situation de pauvreté*, [en ligne]. Disponible sur internet : <http://www.cnle.gouv.fr/Histoire-de-la-prise-en-charge-des.html>
- 8) LACOMBE-SABOLY M, (1995), *Comptes et comptables hospitalières : une étude en Midi-Toulousain. De l'ancienne France au début du XIXe siècles*, Société Française d'Histoire des hôpitaux, p45
- 9) CARREZ J-P (2007) *Aux origines de la Salpêtrière de Paris, l'enfermement des mendiants et des mendiants et des filles débauchées*
- 10) *Les tribunes de la santé (2011)*, Presses de Sciences-Po, Editions de santé, 4, n°33
- 11) ROCHAIX M (1996), *Les questions hospitalières de la fin de l'Ancien Régime à nos jours*, Berger-Levrault, p133, p183
- 12) DE BERNONVILLE D (1911), *Le loi du 14 juillet 1905 sur l'assistance aux vieillards, aux infirmes et aux incurables : ses premiers résultats*, Journal de la Société statistique de Paris, n°52, p2016
- 13) VICHARD P (2007), *La loi hospitalière du 21 décembre 1941 origines et conséquences*, Histoire des Sciences Médicales, Tome XLI

- 14)** Legifrance (2010), *Décret n°43-891 du 17 avril 1943 portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics*, [en ligne]. Disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006072701&dateTexte=20101105>
- 15)** VICHARD P (2007), *La loi hospitalière du 21 décembre 1941 origines et conséquences*, Histoire des Sciences Médicales, Tome XLI
- 16)** Legifrance (2017), *Loi n°83-25 du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale*, [en ligne]. Disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000504452>
- 17)** JUVEN P-A (2016), *Une santé qui compte ? Les coûts et les tarifs controversés de l'hôpital public*, PUF
- 18)** PELJAK D (2011), *Traité de finances publiques hospitalières*, Les Etudes Hospitalières édition
- 19)** Legifrance (1996) *Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière*, [en ligne]. Disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000720668>
- 20)** HOLCMAN R (2013), *Management hospitalier, Manuel de gouvernance et de droit hospitalier*, Dunod, Paris
- 21)** GAGNEUR E (2012-2013), *Recherche sur les applications du PMSI dans le cadre d'un diagnostic territorial de santé et mise en application*, Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
- 22)** Cour des Comptes (2002), *Rapport sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale*, 487p
- 23)** Legifrance (2017), *Loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la Sécurité Sociale pour 2004*, [en ligne]. Disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000249276>
- 24)** IGAS, *Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les quinze dernières années*, p133
- 25)** EXPERT P, *La tarification à l'activité, Médecine et Gestion : vers une nouvelle dynamique*, Le Point
- 26)** GROLIER J, PERARD Y, PEYRET P (2008), *Comptabilité analytique hospitalière et tarification à l'activité*, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

- 27)** VERAN O. (2016), *L'évolution des modes de financement des établissements de santé*
- 28)** Legifrance (2017), *Article D 162-6 du Code de la Sécurité Sociale*, [en ligne].
Disponible sur internet :
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006073189&idArticle=LEGIARTI000006735354>
- 29)** Legifrance (2009), *Article L 6143-3 du Code de la santé publique*, [en ligne].
Disponible sur internet :
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006690970&dateTexte=&categorieLien=cid>
- 30)** Legifrance (2017), *Décret n° 2010-425 du 29 avril 2010 relatif à l'organisation financière et à l'investissement immobilier des établissements de santé*, [en ligne].
Disponible sur internet :
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022149672&categorieLien=id>
- 31)** Legifrance (2010), *Article D 6143-39 du Code de la santé publique*, [en ligne].
Disponible sur internet :
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000019083233&dateTexte=&categorieLien=cid>
- 32)** Legifrance (2016), *Article L 6143-3-1 du code de la santé publique*, [en ligne].
Disponible sur internet :
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006691158&dateTexte=&categorieLien=cid>
- 33)** DGOS (2013), *Circulaire interministérielle DGOSPF1/DSS/DGiP/2013/271 relative à la mise en place du comité interministériel de la performance et de la modernisation de soins hospitaliers (COPERMO)*
- 34)** Ministère des solidarités et de la santé (2017), *Amélioration de l'efficience des établissements de santé*, [en ligne]. Disponible sur internet :
<http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/performance-des-etablissements-de-sante/efficience-hospitaliere>
- 35)** ARS (2016), *Rapport d'évaluation du Projet Régional de Santé 2012-2016 Nord-Pas-de-Calais*
- 36)** VASSELLE A, CAZEAU B (2008), *Rapport d'information n°403 Pour une gestion responsable de l'hôpital*, Sénat

- 37)**IGAS (2008), *Rapport sur le contrôle des mesures prises dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre (CREF) par des hôpitaux « perdants » à la TAA*
- 38)**Legifrance (2008), *Circulaire DHIS/F2 n°2008-233 du 16 juillet 2008*, [en ligne].
Disponible sur internet :
http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2008/08-08/ste_20080008_0100_0141.pdf
- 39)**Legifrance (2008), *La loi de financement de la sécurité sociale pour 2008*, [en ligne].
Disponible sur internet :
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000017726554>
- 40)**DGOS (2008), *Guide méthodologique d'aide à la négociation, l'élaboration et au suivi des plans de redressement*, [en ligne]. Disponible sur internet :
http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_233_160708_annexe.pdf
- 41)**Revue Hospitalière de France (2009), *Elaboration et suivi d'un plan de retour à l'équilibre, Utilisation de la comptabilité analytique*
- 42)**MASSON B, LAGRAIS C. (2009), *Elaboration et suivi d'un plan de retour à l'équilibre, Utilisation de la comptabilité analytique*, *Réflexions hospitalières*, N° 53
- 43)**Legifrance (2015), *Article L 6143-6-1 du Code de santé publique*, [en ligne]. Disponible sur internet :
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006690952&dateTexte=&categorieLien=cid>
- 44)**Ministère de la Santé et des Sports (2010), *Présentation des opérations retenues au titre du plan hôpital 2012*
- 45)**Vie publique (2009), *Réforme de l'hôpital : modernisation et rationalisation ou simple recherche d'économies ?* [en ligne]. Disponible sur internet :
<http://www.vie-publique.fr/actualite/dossier/plan-hopital-2009/reforme-hopital-modernisation-rationalisation-ou-simple-recherche-economies.html>
- 46)**Boiront F. (2012), *De l'emprunt toxique au management éthique, Les hôpitaux aux prises avec la crise bancaire et financière : du bénéfice de la tactique collective et de la stratégie de groupe*, *Réflexions hospitalières*, N°544
- 47)**IGAS, IGF (2012), *Propositions pour la maîtrise de l'ONDAM 2013-2017*, 93p
- 48)**HCAAM, *L'assurance maladie face à la crise – Mieux évaluer la dépense publique d'assurance maladie: l'ONDAM et la mesure de l'accessibilité financière des soins*, Rapport annuel 2011, décembre 2011, p. 50.
- 49)**HEMERY P. (2007), *Etablissements en situation difficile, La fin du cache-cache déficitaire*, Hospimédia, [en ligne]. Disponible sur internet :

<http://abonnes.hospimedia.fr/dossiers/20071016-etablissements-en-situation-difficile-la-fin-du-cache>

50) HEMERY P (2008), *Plan de retour à l'équilibre, Une opportunité de renouveau*, Hospimédia, [en ligne]. Disponible sur internet :

<http://abonnes.hospimedia.fr/dossiers/20081223-plan-de-retour-a-une-opportunite-de-renouveau>

51) Cour des comptes (2012), *Rapport 2012 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, 608p

52) MASSON B, LAGRAIS C. (2009), *Elaboration et suivi d'un plan de retour à l'équilibre, Utilisation de la comptabilité analytique*, Réflexions hospitalières, N° 53

53) FOUQUE N-R, FONLUPT G (2009), *Les plans de retour à l'équilibre (PREF) : un levier pertinent pour les établissements de santé ?* Finances Hospitalières, n°24

54) Gestion hospitalière (2015), *Plan de retour à l'équilibre financier, Bilan et perspective au CHI Eure-Seine*, n°543

55) FHP MCO (2015), *Réflexions autour du plan de redressement dans les hôpitaux publics*, [en ligne]. Disponible sur internet :

<http://www.fhpmco.fr/2015/03/04/reflexions-autour-du-plan-de-redressement-dans-les-hopitaux-publics/>

56) DGOS (2017), *Situation financière des hôpitaux publics : premiers résultats 2016*, Paris Healthcare Week

57) AHNAC (2017), *Nos établissements*, [en ligne]. Disponible sur internet :

<https://www.ahnac.com/nos-etablissements/>

58) CORDIER C. (2012), *Pascal Forcioli "optimiste" sur les perspectives de redressement en 2013 du groupe AHNAC*, Hospimedia [en ligne]. Disponible sur internet :

<http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20120827-finance-pascal-forcioli-optimiste-sur-les-perspectives-de>

59) GERVAIS J-B, WATREMETZ L. (2013), *L'ARS Nord-Pas-de-Calais dément tout projet de licenciement de personnels de l'AHNAC*, Hospimedia [en ligne]. Disponible sur internet :

<http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20130530-l-ars-nord-pas-de-calais-dement-tout>

60) Scope Santé (2015), *Ch de Lens*, [en ligne]. Disponible sur internet :

<https://www.scopesante.fr/#/etablissements/620000257//0/2.82118/50.438088//7/0/0/>

61) CH de Lens (2017), *Présentation du CH de Lens*, [en ligne]. Disponible sur internet :

<http://www.ch-lens.fr/le-centre-hospitalier-de-lens/article/presentation-du-ch-de-lens#.WcDla63pPq0>

62)Chambre Régionale des Comptes Nord-Pas-de Calais Picardie (2015), *Rapport d'observations définitives et ses réponses Centre Hospitalier de Lens*, 48p

63)Direction du Développement Durable de la Prospective et de l'Évaluation (2014), *Fiche territoire : La communauté d'agglomération Lens-Liévin*, Région Nord-Pas-de-Calais, 33p

64)T.Q (2011), *L'ARS débloque 19 millions d'euros pour soutenir financièrement le CH de Lens*, Hospimédia, [en ligne]. Disponible sur internet : <http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20111229-nord-pas-de-calais-l-ars-debloque-19>

65)QUEGUINER T. (2013), *Le COPERMO examinera fin janvier ses premiers dossiers Hôpital 2012* [en ligne]. Disponible sur internet : <http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20130118-immobilier-le-copermo-examinera-fin-janvier-ses-premiers>

66)CH de Lens (2017), *Nouvel hôpital de Lens*, [en ligne]. Disponible sur internet : <http://www.ch-lens.fr/mini-sites/nouvel-hopital-de-lens/blog/article/nhl-ouverture-d-une-enquete-publique#.WcDISK3pPq0>,

67)Scope Santé (2015), *Polyclinique de Grande-Synthe*, [en ligne]. Disponible sur internet : <https://www.scopesante.fr/#/etablissements/590001749//0/2.291409/51.005206///7/0/0/>

68)Polyclinique de Grande Synthe (2017, *Présentation*, [en ligne]. Disponible sur internet : <http://www.polyclinique-grande-synthe.com/#>

69)WATREMETZ L. (2011), *GCS établissements de santé public-privés, Des alliances de raison fragiles*, Hospimedia [en ligne]. Disponible sur internet : <http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20111205-gcs-etablissement-de-sante-des-alliances-de-raison>

70)QUEGUINER T. (2012), *Une pétition pour sauver la polyclinique de Grande-Synthe*, Hospimedia [en ligne]. Disponible sur internet : <http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20120308-nord-pas-de-calais-une-petition-pour-sauver>

71)Scope Santé (2015), *Ch de Denain*, [en ligne]. Disponible sur internet : <https://www.scopesante.fr/#/etablissements/590000592//0/3.39597/50.328377///7/0/0/>

72)Centre Hospitalier de Denain (2017), *Présentation*, [en ligne]. Disponible sur internet : <https://www.ch-denain.fr/presentation>

- 73)**Chambre Régionale des Comptes Nord-Pas-de Calais Picardie (2014), *Rapport d'observations définitives et ses réponses Centre Hospitalier de Denain*, 25p
- 74)**TRIBAULT G. (2015), *Le CH de Denain est invité à trouver de nouvelles pistes pour supporter l'investissement*, Hospimedia [en ligne]. Disponible sur internet : <http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20150422-finance-le-ch-de-denain-est-invite-a>
- 75)**Direction générale de l'offre de soins (2015), *Rapport d'activité 2014*, [en ligne]. Disponible sur internet : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_activite_dgos_2014.pdf
- 76)**ARS (2017), *Qu'est-ce qu'une agence régionale de santé*, [en ligne]. Disponible sur internet : <https://www.ars.sante.fr/index.php/quest-ce-quune-agence-regionale-de-sante>
- 77)**Fédérations Hospitalières de France (2017), *Missions de la FHF*, [en ligne]. Disponible sur internet : <https://federation.fhf.fr/Missions-de-la-FHF2>
- 78)**ANAP (2017), *Qui sommes-nous ?*, [en ligne]. Disponible sur internet : <http://www.anap.fr/l-anap/qui-sommes-nous/>
- 79)**Ministère des solidarités et de la santé (2017), *Achats hospitaliers : le programme PHARE*, [en ligne]. Disponible sur internet : <http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/performance-des-etablissements-de-sante/phare>
- 80)**ANAP (2013), *Hospi-diag*, [en ligne]. Disponible sur internet : <http://www.anap.fr/publications-et-outils/outils/detail/actualites/hospi-diag-1/>
- 81)**Gestion hospitalière (2012), *Le tableau de bord prospectif : où en est l'hôpital ?* N° 520
- 82)**Ministères des solidarités et de la santé (2017), *Efficiences Hospitalières*, [en ligne]. Disponible sur internet : <http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/performance-des-etablissements-de-sante/efficience-hospitaliere>
- 83)**Legifrance (2017), *la Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires*, [en ligne]. Disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>

Tables des matières

Introduction	6
Partie I Analyse de la situation.....	8
Chapitre 1 Historique des modes de financement	8
A) De l'aumône à l'hôpital moderne.....	8
1) L'hôpital jusqu'à la révolution française	8
2) Le tournant de la révolution française et les changements qui suivirent.....	8
a) Loi du 7 octobre 1796	9
b) Décret du 28 mars 1805	9
c) Organisation du prix de journée	10
d) Obligation d'accueillir tous les malades	10
e) Normalisation du calcul du prix de journée et émergence d'un nouveau financement	10
B) L'hôpital moderne.....	11
1) La nouvelle organisation de l'hôpital et le prix de journée	11
2) Le budget global de 1983 à 2003	12
a) L'instauration de la dotation globale.....	12
b) Le Programme de Médicalisation du Système d'Information	13
3) La tarification à l'activité depuis 2004	14
a) Les financements liés à l'activité.....	15
b) Les financements par dotations forfaitaires	16
c) Les financements par forfaits	17
Chapitre 2 Mesures de redressement financier	18
A) Mesures de redressement	18
1) Définition	18
2) Critères déclenchant un redressement.....	18
3) Administration provisoire	19
4) COPERMO.....	19
B) Procédure dans les Hauts de France.....	20
C) Le rapport IGAS de janvier 2008.....	21
D) Méthodologie d'un plan de retour à l'équilibre.....	22
1) Principes.....	24

2) Diagnostic.....	25
3) Mise en œuvre du PRE	26
1) Evaluation et suivi	27
Chapitre 3 Situation actuelle	29
A) Evolution des politiques publiques	29
1) Investissements et dettes	29
2) Maitrise de l'ONDAM	29
B) Suivi des établissements en difficultés.....	31
C) Situation nationale en 2016.....	33
D) Situation dans le Nord-Pas-de-Calais	34
Partie II : Enquête	35
Chapitre 1 Outils utilisés et limites	35
A) Entretiens semi-directifs auprès des établissements	35
1) La grille d'entretien	35
2) Le choix des établissements.....	36
a) L'Association Hospitalière Nord-Artois Cliniques (AHNAC)	36
b) Le Centre Hospitalier de Lens.....	37
c) La Polyclinique de Grande-Synthe.....	38
d) Le Centre Hospitalier de Denain	39
B) Entretiens semi-directifs auprès des organismes.....	40
1) Grille d'entretien	40
2) Acteurs	40
a) DGOS	40
b) ARS	41
c) La Fédération hospitalière de France	43
Chapitre 2 Résultats	44
A) Analyse par établissements	44
1) L'AHNAC	44
2) Le Centre Hospitalier de Lens	45
3) La polyclinique de Grande-Synthe.....	47
4) Centre Hospitalier de Denain.....	49
B) Analyse par organismes.....	51
1) L'agence régionale de santé	51
2) La direction de l'offre de soins.....	52

3) Fédération de l'hospitalisation française.....	53
C) Analyse globale.....	55
1) Le succès des PRE	55
2) Les facteurs de succès identifiés.....	55
a) Une méthodologie précise	56
b) L'implication des professionnels	56
c) Les mesures employées	57
d) Les outils et programmes.....	59
e) Lien primordial avec l'ARS.....	60
Chapitre 3 Mise en perspective personnelle	61
A) Le diagnostic : étape primordiale	61
B) Le futur des PRE	62
1) Les outils	62
2) Les Groupements Hospitaliers de Territoire	63
3) Stabilisation des modèles de financement	63
Conclusion	65

Tables des figures

Figure 1: Architecture de la tarification à l'activité....	15
Figure 2 : Déroulement d'un PRE.....	23
Figure 3 : Les axes d'analyse d'un diagnostic flash.....	26

Tables des annexes

Annexe 1 Grille entretien AHNAC	2
Annexe 2 Grille d'entretien CH de Lens	6
Annexe 3 Grille d'entretien Polyclinique de Grande Synthe	10
Annexe 4 Grille d'entretien CH de Denain.....	14
Annexe 5 Grille d'entretien ARS.....	18
Annexe 6 Grille d'entretien DGOS.....	22
Annexe 7 Grille d'entretien FHF	26
Annexe 8 Extrait de l'outils de suivi d'un CREF Pays de Loire.....	30
Annexe 9 Outils de suivi d'un CREF PACA.....	38

Annexe 1 :
Grille entretien AHNAC

Grille entretien

Groupe ANHAC

Monsieur Philippe KLIMCZAK, Directeur Financier

Le jeudi 17 août 2017

Cadre et objectif de l'entretien : Dans le cadre d'un master II en Management des établissements de santé l'Institut Lillois d'Ingénierie de la Santé, réalisation d'un mémoire sur le thème des plans de retour à l'équilibre financier des hôpitaux publics. L'objectif de cette rencontre : définir par un retour d'expérience la réussite d'un plan de retour à l'équilibre

Conditions de diffusion : Cet entretien sera retranscrit dans le mémoire, lui-même diffusé dans le centre de documentation de l'université en version papier et numérique. Avant toute diffusion, la transcription de l'entretien sera communiquée à l'interviewé pour l'accord et toutes les demandes de modifications seront prises en comptes.

Quel était le contexte de la mise en place d'un plan de retour à l'équilibre dans votre structure ?	
Informations plus précises à obtenir	Réponse
Contexte succinct	L'AHNAC a mis en place deux plans de retour à l'équilibre, le premier entre 2012 et 2014 et le second prévu entre 2016 et 2018.
Date	Ce second PRE a été mis en place dans un contexte très compliqué. En effet, la situation financière était catastrophique, proche de l'asphyxie. Le groupe était presque en situation de rupture de trésorerie.
Difficultés de départ ?	Face à ces circonstances, il a été décidé de lancer un PRE et ainsi le groupe a réalisé leur diagnostic et contacté l'ARS.
Diagnostic initial ?	
Mise en œuvre du PRE dans les temps ou tardive ?	

Comment qualifieriez- vous l'aboutissement de celui-ci ?	
<i>Informations plus précises à obtenir</i>	<i>Réponse</i>
<p>Succès/ échec ?</p> <p>Aboutissement mitigé ?</p> <p>Cela correspond-t-il aux objectifs initiaux</p>	<p>Le premier plan de redressement était en échec total. Celui-ci a conduit à un changement et renouvellement, fin 2014, au sein de l'équipe de direction. Ainsi, l'arrivée d'un nouveau directeur, DAF et DIM ont lancé une nouvelle impulsion, qui a mené à la mise en place d'un nouveau PRE fin 2016.</p> <p>L'échec du premier PRE peut s'expliquer par l'incapacité à l'époque de faire un diagnostic de l'ensemble du groupe. En l'absence de celui-ci, il était impossible de cerner les mesures à mettre en place.</p> <p>C'est pourquoi, lors de l'arrivée de la nouvelle équipe, un audit du groupe a été lancé en janvier 2015. Cette audit, qui a duré 6 mois, a permis l'instauration d'une nouvelle stratégie.</p> <p>La réussite de celle-ci s'est confirmée. En effet, le groupe sera en équilibre cette année et réalisera un bénéfice estimée à 5 million.</p>

Quelles grandes mesures ont été mises en place ?	
<i>Informations plus précises à obtenir</i>	<i>Réponse</i>
<p>Issu du diagnostic ?</p> <p>Charges personnel ? Productivité ?</p> <p>Charges médicales et organisationnelles ?</p> <p>Logistique ?</p> <p>Gestion ?</p> <p>Rapprochement/ restructuration ?</p> <p>Redimensionnement des investissements ?</p> <p>Sur les recettes ? (activités ?) Et recettes associées (ex : hôtelières)</p>	<p>Afin de permettre la réussite du plan de retour à l'équilibre, il est nécessaire de connaître la situation de départ, savoir d'où on part. Ensuite, il faut définir une stratégie globale, savoir ce qu'on veut faire. Et enfin, la prochaine étape est de vérifier que l'on est capable de le faire.</p> <p>La réussite du PRE repose sur une comptabilité analytique puissante et qui permet d'analyser tous les mois la situation. Ainsi, au lieu de réaliser un CREA une fois par an, le groupe en réalise un chaque mois et pour chaque unité. A partir du moment où on a budgétisé l'année, des budgets par unité médicale sont réalisés. Tous les mois, ces budgets seront analysés afin de déceler les écarts et de réagir très vite. Ce point va constituer une différence par rapport aux autres structures qui elles vont l'analyser une fois par an et par pôle.</p> <p>La méthode développée par l'AHNAC permet de réagir plus rapidement et de traiter les écarts en amont.</p> <p>Enfin, un ensemble de mesures classiques ont été introduites. Une partie traitait la masse salariale qui consiste le plus gros pôle de dépenses. Certaines actions agissaient quant à elle sur la fonction logistique dans le but d'améliorer les coûts. Et pour finir, d'autres mesures plus stratégiques ont été implantées : coopérations, partenariats...</p>

Comment qualifiez-vous le lien avec l'ARS ?	
<i>Informations plus précises à obtenir</i>	<i>Réponse</i>
Engagement de l'ARS ? Suivi de la mise en œuvre du contrat et des objectifs ?	L'Agence régionale de santé constitue un partenaire. Néanmoins, sa logique n'est pas forcément la même et il peut être nécessaire de devoir se faire entendre et de les convaincre. Dans le cas de l'AHNAC, l'ARS a compris la stratégie employée dans le cadre du PRE qui permet au groupe de fonctionner différent mais avec une méthode performante même si elle n'est pas académique.

Quelles améliorations apporteriez-vous à sa méthodologie de mise en oeuvre ?	
<i>Informations plus précises à obtenir</i>	<i>Réponse</i>
Diagnostic ? Indicateurs ? Mesures ? Durée de mise en œuvre ? Relation avec les autorités ?	<p>Les outils donnés par l'ARS et dans le cadre d'un suivi national, par le COPERMO, ne sont pas efficaces. Ils ne permettent pas un lecture appropriée amenant à un réel retour à l'équilibre.</p> <p>Les données financière sont trop statiques. Par exemple, le plan de financement pluriannuel sur 5 ans est difficile à réaliser. Il est compliqué de se projeter autant et de savoir comment les choses vont évoluer.</p> <p>Afin d'être améliorer, un PRE doit être réajuster en permanence. Malheureusement, peu de structures le fait, ce qui explique les échecs de retour à l'équilibre.</p> <p>De plus, il manque de structures décisionnels en France. C'est pour cela que l'AHNAC a créé un outils, en vente sur le marché, et qui mêlent trois disciplines : médicale, ressources humaines et finances. Cet outils est un système big data qui prends en compte tous les éléments et permet de voir ce qui se passe en temps réel, de prendre des décisions. De plus, il permet un gain de temps très important.</p> <p>Les PRE sont très utiles et l'ensemble des hôpitaux et structures devraient s'y mettre afin de progresser.</p> <p>Le problème majeur des établissements publics résident dans leur absence de réactivité face aux problèmes et situations.</p>

Annexe 2 :
Grille d'entretien CH de Lens

Grille entretien

Centre Hospitalier de Lens

Madame HIDYOUNESS, Responsable des Affaires Financières

Le lundi 28 août 2017

Cadre et objectif de l'entretien : Dans le cadre d'un master II en Management des établissements de santé l'Institut Lillois d'Ingénierie de la Santé, réalisation d'un mémoire sur le thème des plans de retour à l'équilibre financier des hôpitaux publics. L'objectif de cette rencontre : définir par un retour d'expérience la réussite d'un plan de retour à l'équilibre

Conditions de diffusion : Cet entretien sera retranscrit dans le mémoire, lui-même diffusé dans le centre de documentation de l'université en version papier et numérique. Avant toute diffusion, la transcription de l'entretien sera communiquée à l'interviewé pour l'accord et toutes les demandes de modifications seront prises en comptes.

Quel était le contexte de la mise en place d'un plan de retour à l'équilibre dans votre structure ?	
<i>Informations plus précises à obtenir</i>	<i>Réponse</i>
Contexte succinct	Le Centre Hospitalier de Lens n'est actuellement pas en PRE mais en a connu un par le passé.
Difficultés de départ ?	Il est de plus, actuellement suivi dans leur cadre de leur projet de reconstruction et du suivi des investissements par le COPERMO. Une des conditions à ce suivi est un retour à l'équilibre.
Diagnostic initial ?	En effet, l'établissement est obligé de changer de localisation afin de respecter les demandes demandées actuellement, notamment en termes de mutualisation et de respect des ratios.
Mise en œuvre du PRE dans les temps ou tardive ?	

Comment qualifiez- vous l'aboutissement de celui-ci ?

<i>Informations plus précises à obtenir</i>	<i>Réponse</i>
<p>Succès/ échec ?</p> <p>Aboutissement mitigé ?</p>	<p>L'ancien PRE a été un succès partiel. Il a en effet permis la réalisation d'économies et une augmentation d'activité. Néanmoins, la structure même du centre ne lui permet pas de continuer. Il existe donc un projet de relocalisation afin de remédier à ce problème. Il est en effet moins coûteux de reconstruire un centre que de réaménager l'ancien particulièrement en raison des problèmes d'amiante.</p> <p>Le succès du PRE est donc mitigé et ce en raison de l'établissement même, de son architecture.</p> <p>De plus, le CH de Lens est sur un territoire particulier : il est en effet, entouré d'établissements plus récents et qui lui font donc une concurrence importante. De surcroit, le bassin de population est spécifique avec une clientèle qui attends souvent trop longtemps avant de se présenter à l'hôpital et dont on découvre rapidement des pathologies plus importantes et donc des séjours plus longs et avec plus de complications.</p>

Quelles grandes mesures ont été mises en place ?

<i>Informations plus précises à obtenir</i>	<i>Réponse</i>
<p>Facteurs de succès d'un PRE ?</p> <p>Issu du diagnostic ?</p> <p>Charges personnel ? Productivité ?</p> <p>Charges médicales et organisationnelles ?</p> <p>Logistique ?</p> <p>Gestion ?</p> <p>Rapprochement/ restructuration ?</p> <p>Redimensionnement des investissements ?</p> <p>Sur les recettes ? (Activités ?) Et recettes associées (ex : hôtelières)</p>	<p>Le succès d'un plan de retour à l'équilibre réside dans l'adhésion du personnel de la structure. Il est possible de mettre en place un PRE par la force mais celui-ci ne sera pas une réussite. Un plan de redressement est un projet et comme tout projet, celui-ci ne peut réussir sans l'adhésion des équipes qui sont convaincus de la nécessité de sa mise en place. On peut être confronté aux représentants des personnels, des syndicats qui craignent une détérioration des conditions du travail.</p> <p>Au CH de Lens notamment, un effort important est demandé aux personnels et ce depuis une dizaine d'année. Il est en effet dans une situation financière compliqué avec un historique déficitaire.</p> <p>De plus, les coopérations entre établissements sont nécessaires afin d'assurer un réel retour à l'équilibre.</p> <p>Actuellement, les établissements connaissent les mesures à mettre en oeuvre et se tournent maintenant vers les coopérations et les GHT.</p> <p>De plus, il est demandé aux établissements de faire preuve d'attractivité ce qui peut être difficile. En effet, l'attractivité d'une structure va reposer sur son personnel médical, l'établissement ne pouvant ni contrôler sa clientèle ni fixer ses prix. Dans le Nord-pas-de-Calais, il est compliqué d'attirer les médecins et particulièrement en étant en concurrence avec le secteur privé. Les coopérations peuvent ainsi remédier à ce problème mais il sera nécessaire de négocier entre établissements.</p>

Comment qualifieriez-vous le lien avec l'ARS ?

<i>Informations plus précises à obtenir</i>	<i>Réponse</i>
<p>Engagement de l'ARS ?</p> <p>Suivi de la mise en œuvre du contrat et des objectifs ?</p>	<p>L'agence régionale de santé a pour rôle d'aider les établissements et de les accompagner.</p> <p>Il serait néanmoins intéressant que son rôle soit renforcé et qu'elle ait plus de pouvoirs. Actuellement, elle donne des lignes directrices mais elle pourrait également dans le futur être plus impliquée notamment dans les coopérations et leurs négociations. Il serait également nécessaire de développer un cadre réglementaire pour ces négociations mais également de créer des outils au niveau national ou régional. En effet, en plus de générer des surcoûts surtout administratifs, les établissements doivent créer des outils afin de gérer au mieux ces coopérations, par exemple concernant la facturation. Il existe un réel manque d'outils afin de suivre ces coopérations et les administrations ne sont ainsi pas forcément prêtes.</p> <p>De plus, les tarifs des activités sont fixés grâce à l'échelle nationale des coûts, or celle-ci est construite à partir d'un échantillon d'établissement, or ceux-ci sont rarement des établissements en difficulté financière. Il serait intéressant que ces structures soient plus prises en compte dans la logique de tarification.</p>

Quelles améliorations apporteriez-vous à sa méthodologie de mise en œuvre ?

<i>Informations plus précises à obtenir</i>	<i>Réponse</i>
<p>Diagnostic ?</p> <p>Indicateurs ?</p> <p>Mesures ?</p> <p>Durée de mise en œuvre ?</p> <p>Relation avec les autorités ?</p>	<p>Plusieurs améliorations peuvent être apportées au plan de retour à l'équilibre.</p> <p>Tout d'abord, il est nécessaire qu'un PRE ne se vive pas seulement à l'échelle d'un établissement mais également à un niveau régional.</p> <p>Ensuite, les coopérations représentent une condition de retour à l'équilibre et ouvrent des opportunités importantes. Néanmoins, il n'existe pas de règles encadrant ces coopérations, une réglementation de la part de l'ARS serait donc intéressante et permettrait de faciliter les démarches. De plus, ces coopérations représentent des coûts supplémentaires notamment des coûts administratifs pour chaque structure. Ces coûts ne sont pas encore pris en compte par la comptabilité analytique. Les coopérations sont donc très intéressantes mais également génératrice de surcoût pour les établissements.</p>

Annexe 3 :
Grille d'entretien Polyclinique de Grande Synthe

Grille entretien

Polyclinique de Grande-Synthe

Madame Cécile GOZE, Directrice

Le vendredi 8 septembre 2017

Cadre et objectif de l'entretien : Dans le cadre d'un master II en Management des établissements de santé l'Institut Lillois d'Ingénierie de la Santé, réalisation d'un mémoire sur le thème des plans de retour à l'équilibre financier des hôpitaux publics. L'objectif de cette rencontre : définir par un retour d'expérience la réussite d'un plan de retour à l'équilibre

Conditions de diffusion : Cet entretien sera retranscrit dans le mémoire, lui-même diffusé dans le centre de documentation de l'université en version papier et numérique. Avant toute diffusion, la transcription de l'entretien sera communiquée à l'interviewé pour l'accord et toutes les demandes de modifications seront prises en comptes.

Quel était le contexte de la mise en place d'un plan de retour à l'équilibre dans votre structure ?	
Informations plus précises à obtenir	Réponse
Contexte succinct	Un plan de retour a été mis en place en 2012 au sein du Groupement de Coopération Sanitaire entre la Polyclinique de Grande-Synthe et le Centre Hospitalier de Dunkerque.
Date	En 2014, l'établissement cumulé un déficit de 1,5%, ce qui est en dessous du seuil de déclenchement d'un PRE. Néanmoins, des mesures étaient à mettre en place. Ainsi, la nouvelle directrice a conclu avec l'ARS, un plan d'amélioration du résultat.
Difficultés de départ ?	Ce plan est suivi par l'ARS lors de présentations régulières comprenant des analyses de la comptabilité analytique.
Diagnostic initial ?	Il dure donc depuis 3 ans.
Mise en œuvre du PRE dans les temps ou tardive ?	

Comment qualifiez- vous l'aboutissement de celui-ci ?	
Informations plus précises à obtenir	Réponse

Comment qualifieriez- vous l'aboutissement de celui-ci ?	
Succès/ échec ?	Ce plan d'amélioration du résultat avait pour objectif de mener des réformes dans les secteurs en difficultés. Il est encore en cours, néanmoins il a déjà prouvé son efficacité dans plusieurs domaines.
Aboutissement mitigé ?	
Cela correspond-t-il aux objectifs initiaux	

Quelles grandes mesures ont été mises en place ?	
<i>Informations plus précises à obtenir</i>	<i>Réponse</i>
Issu du diagnostic ? Charges personnel ? Productivité ? Charges médicales et organisationnelles ? Logistique ? Gestion ? Rapprochement/ restructuration ? Redimensionnement des investissements ? Sur les recettes ? (Activités ?) Et recettes associées (ex : hôtelières)	<p>Ce plan a démarré par une analyse de l'existant : de la comptabilité analytique, des services et des coûts. A la suite de quoi, un plan d'actions a été défini. L'analyse de la situation, de l'organisation, des coûts et des comparaisons à l'aide du benchmark permettent de définir une stratégie.</p> <p>Plusieurs mesures visant à des économies ont été mises en place :</p> <p>Tout d'abord, chaque service administratif s'est réduit d'un ETP. Cette réduction d'effectifs ne s'est pas faite au travers d'un plan social mais donc de départs naturels et d'une réorganisation des services.</p> <p>Ces mesures ont donc pris du temps à être mis en place et à montrer des résultats, plus de 18 mois. En effet, l'année de départs, il y a des coûts inhérents à ceux-ci (départs conventionnels...) mais qu'ils s'amortissent en 6-7 mois.</p> <p>De plus, deux services étaient en grande difficulté : le laboratoire et la radiologie. Dans les deux cas, deux stratégies opposées ont été implémentées.</p> <p>Tout d'abord, dans le cas du laboratoire, il a été choisi de céder l'activité économique. En effet, les coûts de production étaient très élevés et malgré des efforts d'économies, il n'était pas possible de revenir à l'équilibre. L'activité y est ainsi toujours réalisée mais les locaux et le personnel ne font plus partie de la polyclinique.</p> <p>Concernant, la radiologie qui était également déficitaire, il a été décidé d'investir dans celle-ci. Un audit a été réalisé et un plan d'actions composé de 21 actions a été mis en place. Celui-ci a été réalisé en 2015 et les effets de l'investissement ne commencent à se voir qu'aujourd'hui en 2017.</p> <p>Cet investissement avait pour but d'augmenter l'attractivité de ce service et son activité.</p> <p>Ensuite, la polyclinique a, en plus des mesures d'économies, cherchait à augmenter les résultats et donc à développer de nouvelles activités et relancer l'activité de l'établissement. La polyclinique a ainsi ouvert l'établissement à des médecins libéraux en louant des locaux. Ceux-ci apportent donc des recettes supplémentaires au travers des loyers, rentabilisent le patrimoine mais permettent également d'augmenter l'attractivité de la structure en la faisant connaître.</p> <p>Enfin, les coopérations peuvent se révéler intéressantes et bénéfiques. Mais elles constituent un levier que dans le cas où les deux partenaires l'aient voulu et non pas que la tutelle. A partir du moment où les deux y voient un intérêt sinon ce ne sera pas un succès.</p>

Comment qualifiez-vous le lien avec l'ARS ?	
<i>Informations plus précises à obtenir</i>	<i>Réponse</i>
Engagement de l'ARS ? Suivi de la mise en œuvre du contrat et des objectifs ?	L'agence régionale de santé a accompagné l'établissement dans la réflexion initiale et les décisions. Dans ce cas-là, la stratégie a été décidée en interne et ensuite présentée à l'ARS au travers d'un business plan. Il est nécessaire d'avoir l'accord de l'ARS et son soutien (donner les autorisations aux repreneurs du laboratoire dans ce cas là). L'ARS possède des données de comparaisons entre établissements, il serait intéressant que ceux-ci soient plus communiqués.

Quelles améliorations apporteriez-vous à sa méthodologie de mise en œuvre ?	
<i>Informations plus précises à obtenir</i>	<i>Réponse</i>
Diagnostic ? Indicateurs ? Mesures ? Durée de mise en œuvre ? Relation avec les autorités ?	Il serait intéressant de posséder plus de données comparatives entre établissements possédants les mêmes caractéristiques. Actuellement, les échanges de solutions se font surtout de manière informelle entre collègues directeurs, ils échangent sur leurs expériences et les mesures et outils utiles.

Annexe 4 :
Grille d'entretien CH de Denain

Grille entretien

Centre Hospitalier de Denain

Monsieur Éric LAGARDERE, Chef d'établissement

Le vendredi 15 septembre 2017

Cadre et objectif de l'entretien : Dans le cadre d'un master II en Management des établissements de santé l'Institut Lillois d'Ingénierie de la Santé, réalisation d'un mémoire sur le thème des plans de retour à l'équilibre financier des hôpitaux publics. L'objectif de cette rencontre : définir par un retour d'expérience la réussite d'un plan de retour à l'équilibre.

Conditions de diffusion : Cet entretien sera retranscrit dans le mémoire, lui-même diffusé dans le centre de documentation de l'université en version papier et numérique. Avant toute diffusion, la transcription de l'entretien sera communiquée à l'interviewé pour l'accord et toutes les demandes de modifications seront prises en comptes.

Quel était le contexte de la mise en place d'un plan de retour à l'équilibre dans votre structure?	
Informations plus précises à obtenir	Réponse
Contexte succinct	Un plan de retour a été mis en place durant la période 2015-2017. Le Centre hospitalier connaissait des difficultés. En effet, la marge brute était en train de s'effondrer et la capacité d'autofinancement était réduite. Le réel problème résidait dans la maîtrise des charges. En effet celles-ci étaient en constante augmentation, notamment les dépenses sur les achats et entraînaient ainsi une dégradation rapide de la CAF. En parallèle de cette non maîtrise des charges, les recettes n'étaient pas en croissance dans toutes les activités. On présentait une dynamique globale mais la croissance des charges allait deux fois plus vite (5% sur 70 millions) que celles des recettes (2%). On dégradait fortement les marges en raison d'une non maîtrise des charges, notamment en masse salariale. La trésorerie était ainsi dégradée sous l'effet d'un déséquilibre entre recettes et charges.
Date	
Difficultés de départ ?	
Diagnostic initial ?	
Mise en œuvre du PRE dans les temps ou tardive ?	

Comment qualifieriez-vous l'aboutissement de celui-ci ?	
Informations plus précises à obtenir	Réponse
Succès/ échec ?	Le plan de retour a été un véritable succès et celui-ci a été foudroyant. Il a été mené au 2/3 en 2015 et 2016 et a permis un retour à l'équilibre dès 2016. Actuellement le seul risque du CH de repasser en PRE serait une grosse baisse d'activité.
Aboutissement mitigé ?	
Cela correspond-t-il aux objectifs initiaux	

Quelles grandes mesures ont été mises en place ?	
<i>Informations plus précises à obtenir</i>	<i>Réponse</i>
<p>Issu du diagnostic ?</p> <p>Charges personnel ? Productivité ?</p> <p>Charges médicales et organisationnelles ?</p> <p>Logistique ?</p> <p>Gestion ?</p> <p>Rapprochement/ restructuration ?</p> <p>Redimensionnement des investissements ?</p> <p>Sur les recettes ? (Activités ?) Et recettes associées (ex : hôtelières)</p>	<p>Un levier très important sur les couts : cost killing massif</p> <p>Tout d'abord, 2/3 du plan de retour à l'équilibre correspondait à des mesures d'économies. Ainsi, 800 000 euros d'économies ont pu être réalisé sur les achats, en optimisant les marchés.</p> <p>De plus, le centre a réussi à stabiliser sa masse salariale depuis 2 ans. Trois volets ont été utilisés dans ce but : mise au carré des salaires en rapport avec la réglementation, la suppression des heures supplémentaires (sauf dans le cas où elles sont demandées) et une maitrise de l'organisation des astreintes. En utilisant ces mesures, l'emploi permanent n'a pas été affecté.</p> <p>Enfin, un effort a été porté sur les organisations et les activités. Comme exemple, l'activité de biologie a été repensé. Précédemment, le CH de Denain sous-traité l'activité de biologie à un laboratoire de ville. Dorénavant, le centre a ouvert un mini laboratoire d'analyses de biologie médicale en concertation avec le Centre Hospitalier de Valenciennes. Cette nouvelle organisation a entrainé un gamin de temps, une optimisation de la prise en charge et une réduction des coûts.</p> <p>De plus, de nouvelles activités ont été développer. Celles-ci répondaient à des besoins importants (par exemple la gériatrie). Un effort a été porté sur l'augmentation des recettes.</p> <p>Le plan de retour à l'équilibre permet de rebondir sur un projet stratégique. Ainsi le Centre a développé un projet stratégique d'établissement sur 5 à 10 ans avec des orientations stratégiques, des filières et des parcours de soins. Le PRE était un moyen de retrouver une croissance qui permet de se tourner vers un projet nécessitant la participation de partenaire (notamment du GHT). Ainsi, des projets sont en place avec le CH de Valenciennes : des équipes territoriales, mais également avec l'ARS afin de continuer les investissements nécessaires. Elle participe notamment à l'aide aux surcouts d'emprunts.</p>

Comment qualifieriez-vous le lien avec l'ARS ?	
<i>Informations plus précises à obtenir</i>	<i>Réponse</i>
<p>Engagement de l'ARS ?</p> <p>Suivi de la mise en œuvre du contrat et des objectifs ?</p>	<p>Le lien avec l'ARS est primordial. Elle accepte le projet territorial, donne des fonds pour l'investissement...</p> <p>Avant de présenter des projets à l'ARS, il faut diagnostiquer, expliquer et porter le projet.</p> <p>Elle est un partenaire indispensable car l'établissement est public et non privé.</p> <p>Lors du plan de retour à l'équilibre, l'ARS a été particulièrement aidante notamment lors des périodes difficiles. Elle a ainsi donné une aide ponctuelle la première année qui a été particulièrement appréciée.</p> <p>Elle a été interrompue la deuxième année car en raison d'un retour à des équilibres d'exploitation, la caf et la marge brute avait de plus augmenté.</p>

Quelles améliorations apporteriez-vous à sa méthodologie de mise en œuvre?

<i>Informations plus précises à obtenir</i>	<i>Réponse</i>
Diagnostic ?	Chaque PRE est fait en fonction de ses connaissances et de la situation de l'établissement.
Indicateurs ?	On part d'un diagnostic très clair, on regarde les organisations, les couts.
Mesures ?	Une fois le projet validé avec la tutelle et en ARS, on propose un certain nombre d'actions. Dans le cadre du PRE du CH de Denain, une vingtaine d'actions a été proposé avec des orientations pour chacune et bien sûr, un calendrier. Ici, la réalité est allée plus vite que ce qui était envisagé.
Durée de mise en œuvre ?	
Relation avec les autorités ?	La méthodologie du plan de retour a été construite avec l'ARS et une aide méthodologique a été apporté de l'ARS et du ministère au travers de l'ANAP.
	<p>Il existe plusieurs types de PRE en fonction de la situation de départ de l'établissement. Ici, l'hôpital ne connaissait pas de difficultés énormes, plutôt une surchauffe. La situation est beaucoup plus difficile quand l'établissement connaît une baisse d'activités, ce qui n'était pas le cas de Denain qui était toujours en croissance mais avec des coûts hors de contrôle.</p> <p>Certains établissements connaissent des situations plus difficiles notamment lorsqu'ils sont isolés dans leur territoire et subissent des baisses d'activités et une perte de vitesse (une concurrence importante, des activités qui ne fonctionnent plus faute de patients.)</p> <p>Dans ce cas-là, PRE est bâti sur une restructuration et une remise en question de la nature et du périmètre des activités.</p>
	<p>Il y a donc deux types de PRE. Un qui se repose sur une certaine rigueur et une réalité : pour les soins il faut dépenser ce qu'on nous donne et pas plus. Il consiste à maintenir l'évolution des coûts dans un contexte d'activité satisfaisante.</p> <p>L'autre type vise à s'ajuster, se réorganiser et faire des choix de transformation. Ce dernier type est beaucoup plus difficile à mettre en place.</p>

Annexe 5 :
Grille d'entretien ARS

Grille entretien

Agence Régionale de Santé (ARS) Hauts-de-France

Monsieur Emmanuel SINNAEVE, Responsable service amélioration de l'efficience

Vendredi 21 juillet 2017

Cadre et objectif de l'entretien : Dans le cadre d'un master II en Management des établissements de santé l'Institut Lillois d'Ingénierie de la Santé, réalisation d'un mémoire sur le thème des plans de retour à l'équilibre financier des hôpitaux publics. L'objectif de cette rencontre : définir par un retour d'expérience la réussite d'un plan de retour à l'équilibre

Conditions de diffusion : Cet entretien sera retranscrit dans le mémoire, lui-même diffusé dans le centre de documentation de l'université en version papier et numérique. Avant toute diffusion, la transcription de l'entretien sera communiquée à l'interviewé pour l'accord et toutes les demandes de modifications seront prises en comptes.

Que vous évoque les plans de retour à l'équilibre?	
Informations plus précises à obtenir	Réponse
Succès/ échec ?	Les PRE sont un outil réglementaire, fixé notamment par la loi HPST. Ils permettent à l'ARS de structurer le retour à l'équilibre des établissements. Ils sont de plus en plus indispensables afin de les remettre dans une trajectoire financière, permettant d'atteindre l'équilibre. Ils vont permettre la mise en place d'une tension constructive au sein d'un établissement mobilisant l'ensemble des acteurs, le pousser à s'interroger sur son activité et son organisation.
Aboutissement mitigé ?	C'est une exigence mais qui va apporter une tension salutaire dans un établissement, afin d'impulser les modifications nécessaires à apporter. Il implique particulièrement le corps médical en intégrant la CME et son président dans les discussions. En effet, une réunion concernant le PRE sera constituée a minima de trois acteurs : le directeur de l'établissement, le président de CME et l'ARS.

Quels sont les facteurs de succès d'un tel plan ?

<i>Informations plus précises à obtenir</i>	<i>Réponse</i>
<p>Diagnostic ? Mise en place d'indicateurs ?</p> <p>Mesures :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Charges personnel ? • Productivité? • Charges médicales et organisationnelles? • Logistique ? • Gestion ? • Rapprochement/ restructuration ? • Redimensionnement des investissements ? • Sur les recettes ? (Activités ?) Et recettes associées (ex : hotelières) <p>Lien avec l'ARS ? Les organismes ?</p> <p>Engagement des acteurs ? (Direction, médecins, professionnels de santé, administratifs)</p>	<p>Tout d'abord, un PRE démarre lors d'une première réunion, au cours de laquelle un diagnostic partagé de la structure est réalisé. L'ARS y apporte un certain nombre d'indicateurs, et l'établissement, y apporte son auto-diagnostic. Le but est ainsi de comprendre les facteurs qui ont conduits à une telle situation.</p> <p>Il est par la suite nécessaire de comprendre le déséquilibre entre les recettes et les dépenses. Une baisse d'activité peut être en cause, et celle-ci peut être due à une baisse du recrutement médical. Il est également nécessaire de vérifier si la maîtrise des dépenses est réalisée.</p> <p>Pour finir, il faut comprendre les facteurs ayant entraînés cette situation, ceux-ci peuvent être d'origine conjoncturelle, mais également structurelle.</p> <p>La prochaine étape constitue la mise en place d'actions. Certaines peuvent avoir un impact sur l'activité comme le virage ambulatoire, prévu dans le cadre de l'ONDAM. D'autres peuvent agir sur la maîtrise des dépenses et notamment des achats, à l'aide du plan PHARE. Un certain nombre d'actions concernera la masse salariale, qui représente le plus gros pôle des dépenses (70%). La politique RH pourra être revue (par exemple en renégociant les accords RTT).</p> <p>Finalement, il est nécessaire de revoir l'organisation et de s'interroger sur les capacités, de les adapter en fonction de l'activité (un service est-il rempli ou pas ? Et si non, est-il en surcapacité ? La durée de séjour des patients est-elle conforme?). Il sera également possible de développer de nouvelles activités.</p> <p>Enfin, une des pistes actions pourra porter sur l'optimisation des fonctions médico-techniques et leurs organisations (blocs, laboratoire, stérilisation). Une analyse des fonctions support à l'aide de benchmarking est également réalisée.</p> <p>Une fois l'ensemble de ces pistes d'actions identifiées, un plan d'actions synthétique sera réalisé. Dans le cadre d'un PRE, l'Etat fixe comme critères notamment dans le cadre du COPERMO, des économies de 70% des dépenses et des recettes supplémentaires de 30%. L'ARS sera quant à elle plus souple et fixera ces taux en fonction de l'établissement (60%/40% voire même 50%/50%) mais avec des clauses de revoyure dans le contrat.</p>

Quelles améliorations apporteriez-vous à sa méthodologie de mise en œuvre ?

Quelles améliorations apporteriez-vous à sa méthodologie de mise en œuvre ?

<i>Informations plus précises à obtenir</i>	<i>Réponse</i>
<p>Futur</p> <p>Diagnostic ?</p> <p>Indicateurs ?</p> <p>Mesures ?</p> <p>Durée de mise en œuvre ?</p> <p>Relation avec les autorités ?</p>	<p>Dans le futur et avec l'avenant des GHT, il est nécessaire d'appuyer tout développement d'activités sur le projet médical partagé et de toujours se remettre en perspective du GHT. Cela pourra pousser certains établissements à travailler avec leur établissement support, notamment concernant les fonctions supports.</p> <p>Tous les PRE n'aboutissent pas mais il ne serait pas judicieux de modifier leur durée (actuellement de 3 ans). En effet, il a été constaté qu'une telle situation ne peut durer trop longtemps au risque de s'essouffler.</p> <p>Le plus gros point à améliorer serait au niveau national. En effet, le contexte est compliqué avec des tarifs et des dotations en baisse et une masse salariale qui est mécaniquement en hausse compte tenu des mesures nationales réglementaires. Il devient ainsi nécessaire que le modèle de financement national se stabilise.</p> <p>Pour finir, un PRE constitue un accompagnement des établissements mais toujours avec une certaine exigence. L'intérêt pour l'établissement est qu'il reparte avec une situation saine financièrement lui permettant de soutenir ses projets notamment d'investissements.</p>

Annexe 6 :
Grille d'entretien DGOS

Grille entretien

DGOS

Thibaut BROSSARD, Chargé de mission,
Bureau de l'efficacité des établissements de santé publics et privés

Le vendredi 18 août 2017

Cadre et objectif de l'entretien : Dans le cadre d'un master II en Management des établissements de santé l'Institut Lillois d'Ingénierie de la Santé, réalisation d'un mémoire sur le thème des plans de retour à l'équilibre financier des hôpitaux publics. L'objectif de cette rencontre : définir par un retour d'expérience la réussite d'un plan de retour à l'équilibre.

Conditions de diffusion : Cet entretien sera retranscrit dans le mémoire, lui-même diffusé dans le centre de documentation de l'université en version papier et numérique. Avant toute diffusion, la transcription de l'entretien sera communiquée à l'interviewé pour l'accord et toutes les demandes de modifications seront prises en comptes.

Que vous évoque les plans de retour à l'équilibre ? Et quelle est la vision de votre organisme ?	
Informations plus précises à obtenir	Réponse
Succès/ échec ? Aboutissement mitigé ?	Il n'existe à ce jour, aucun bilan quantitatif concernant les plans de retour à l'équilibre. C'est néanmoins, un projet dans le cadre du COPERMO. Les plans de retour à l'équilibre constituent, de manière générale, un outil indispensable.

Quels sont les facteurs de succès d'un tel plan?

<i>Informations plus précises à obtenir</i>	<i>Réponse</i>
<p>Diagnostic ? Mise en place d'indicateurs ?</p> <p>Mesures :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Charges personnel ? • Productivité? • Charges médicales et organisationnelles? • Logistique ? • Gestion? • Rapprochement/ restructuration ? • Redimensionnement des investissements ? • Sur les recettes ? (Activités ?) Et recettes associées (ex : hotelières) <p>Lien avec l'ARS ? Les organismes ?</p> <p>Engagement des acteurs ? (Direction, médecins, professionnels de santé, administratifs)</p>	<p>Tout d'abord, un PRE repose sur un diagnostic qui, afin d'assurer le succès du plan de redressement, se doit d'être le plus précis possible.</p> <p>Il repose sur un ensemble de données analytiques, d'indicateurs concernant l'activité de la structure et de comparaison avec les autres établissements (benchmarking).</p> <p>De plus, avant de lancer le PRE, il est nécessaire qu'il soit concerté avec l'ensemble des professionnels de la structure et la CME. Il doit être présenté en instances de l'établissement, aux représentants du personnels et aux élus dont le soutien est nécessaire. En effet, l'engagement des acteurs est primordial. Le binôme directeur- président de CME sera porteur du PRE et il est donc nécessaire qu'il soit le plus proactive possible. Enfin, l'engagement des professionnels de l'établissement passera par l'engagement des cadres et notamment des cadres de terrain qui se devront d'être porteur de projet et de communiquer autant que possible sur les retombées positives du plan.</p> <p>Un des facteurs de succès d'un plan est sa large connaissance en interne. Ensuite, le plan doit être ambitieux mais réaliste. Son contenu doit comporter des mesures : à hauteur de 70% des mesures d'économies et 30% de mesures concernant l'activité. En effet, les mesures d'économies auront un impact immédiat et plus sur, tandis que les mesures d'activité peuvent se révéler plus aléatoires.</p> <p>Parmi les mesures d'économies, on retrouve les mesures ayant un impact structurel sur l'offre de soins et le programme capacitaire de l'établissement (virage ambulatoire, gestion des lits), les mesures portant sur les achats et les mesures portant sur la masse salariale (effectifs, organisation du travail...).</p> <p>Une des conditions de succès d'un PRE est qu'il soit mené selon une méthodologie de gestion de projet et celle-ci passe par l'utilisation d'outils, d'indicateurs de suivi...</p> <p>Dans le cadre du COPERMO, un modèle de plan d'actions synthétiques est proposé aux établissements. Il permet tout de suite de voir l'intégralité des mesures et leurs impacts financiers.</p> <p>Enfin, les ARS propose également des outils de suivi propre à chaque territoire.</p> <p>L'ARS est un partenaire essentiel dans la mise en place et le suivi d'un PRE et dont la collaboration rapprochée avec l'établissement est indispensable. Il est nécessaire qu'il existe la plus grande transparence possible entre les deux. Elle sera tout d'abord, un acteur nécessaire lors de l'élaboration du diagnostic et du plan de redressement, elle y apporte son expertise. Ensuite, une des missions de l'ARS consiste au suivi mensuel, trimestriel ou annuel du PRE.</p> <p>Dans le cas où l'établissement est suivi dans le cadre du COPERMO, ce dernier aura le même rôle que l'ARS. Il posera ses exigences en termes de mesures et apportera un suivi des actions et des indicateurs supplémentaires.</p>

Quelles améliorations apporteriez-vous à sa méthodologie de mise en oeuvre ?

<i>Informations plus précises à obtenir</i>	<i>Réponse</i>
<p>Diagnostic ?</p> <p>Indicateurs ?</p> <p>Mesures ?</p> <p>Durée de mise en oeuvre ?</p> <p>Relation avec les autorités ?</p>	<p>Il existe aujourd'hui des outils à disposition des établissements afin de mener à bien la phase de diagnostic et le plan dans l'ensemble. Certains de ces outils sont notamment délivrés par l'ANAP.</p> <p>La comptabilité analytique offre de grande possibilité aux structures mais néanmoins, peu d'établissements l'utilise vraiment. Il existe ici, une grosse marge de progression possible notamment lors de l'élaboration du diagnostic et le choix des mesures.</p> <p>Enfin, les outils existant s'avèrent très utiles, c'est le cas notamment du programme PHARE. Mais il n'existe pas un outil national permettant de contrôler la masse salariale alors que celle-ci représente le plus gros pôle de dépenses. Il serait nécessaire de créer un guide ou des recommandations de bonnes pratiques dans lequel on retrouverait des informations concernant la maquette organisationnelle, le temps de travail, l'avancement, l'absentéisme. Un ensemble de données qui aideraient les établissements à prendre des décisions sur un sujet qui est encore tabou.</p>

**Annexe 7 :
Grille d'entretien FHF**

Grille entretien

CHRU de Lille

Fédération Hospitalière de France (FHF)

Monsieur Vincent DUPONT, Directeur Affaires Financières

Fédération Hospitalière de France

Jeudi 20 juillet 2017

Cadre et objectif de l'entretien : Dans le cadre d'un master II en Management des établissements de santé l'Institut Lillois d'Ingénierie de la Santé, réalisation d'un mémoire sur le thème des plans de retour à l'équilibre financier des hôpitaux publics. L'objectif de cette rencontre : définir par un retour d'expérience la réussite d'un plan de retour à l'équilibre

Conditions de diffusion : Cet entretien sera retranscrit dans le mémoire, lui-même diffusé dans le centre de documentation de l'université en version papier et numérique. Avant toute diffusion, la transcription de l'entretien sera communiquée à l'interviewé pour l'accord et toutes les demandes de modifications seront prises en comptes.

Que vous évoquent les plans de retour à l'équilibre ?

Informations plus précises à obtenir

Réponse

Que vous évoquent les plans de retour à l'équilibre ?

<p>Succès/ échec ?</p> <p>Aboutissement mitigé ?</p>	<p>Les PRE sont un dispositif, piloté par les tutelles, dont les plans d'actions sont tournés vers l'efficience du pilotage des activités.</p> <p>Ils sont mis en place dans un contexte particulier, avec notamment, de nombreuses contraintes externes venant des pouvoirs publics, et imposant des baisses de tarifs tout en faisant face à une augmentation constante de la masse salariale.</p> <p>Les établissements sont donc dans l'obligation d'améliorer leurs performances, et celle-ci vient de la part de l'ARS au niveau régional et de la DGOS au niveau national. Elle passe par l'intervention de ces organismes. Le but recherché de ces PRE est tout d'abord d'atteindre l'équilibre, mais également que l'établissement obtienne une marge brute lui permettant de rembourser ses dettes et d'investir.</p> <p>La mise en place d'un PRE, a pour but d'aider les établissements à enclencher les actions nécessaires au retour à l'équilibre, et qui en l'absence de ce plan peuvent être difficiles à être introduites et acceptées. En effet, c'est l'Etat qui oblige à modifier la trajectoire, rendant ainsi les actions à mettre en place plus faciles à accepter.</p> <p>Les PRE constituent ainsi un outil, qui peut être utilisé comme effet de levier dans la majorité des établissements.</p> <p>L'aspect négatif des PRE réside dans leurs formalismes administratifs et la nécessité d'un reporting important auprès des ARS, et encore plus auprès du COPERMO lorsque l'établissement est suivi au niveau national.</p> <p>En conclusion, ils constituent une réelle aide aux établissements. Leur succès est évident en Hauts de France, notamment en Picardie où la situation s'est considérablement améliorée entre 2015 et 2016. Ces résultats sont tangibles et liés aux PRE. A l'inverse, on constate une légère détérioration dans le Nord-Pas-de-Calais sur la même période, qui peut s'expliquer par la baisse de mise en place de PRE dans cette zone (situation passive).</p>
--	---

Quels sont les facteurs de succès d'un tel plan ?

<i>Informations plus précises à obtenir</i>	<i>Réponse</i>
---	----------------

Quels sont les facteurs de succès d'un tel plan ?

<p>Diagnostic ? Mise en place d'indicateurs ?</p> <p>Mesures :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Charges de personnel ? • Productivité ? • Charges médicales et organisationnelles ? • Logistique ? • Gestion ? • Rapprochement/restructuration ? • Redimensionnement des investissements ? • Sur les recettes ? (Activités ?) Et recettes associées (ex : hôtelières) <p>Lien avec l'ARS ? Les organismes ?</p> <p>Engagement des acteurs ? (Direction, médecins, professionnels de santé, administratifs)</p>	<p>Tout d'abord, une des premières mesures est d'agir sur la masse salariale qui représente 70% des charges. Cela peut se traduire par une harmonisation du cadre de fonctionnement des services, et notamment de vérifier si le niveau de personnels est en adéquation avec l'activité.</p> <p>Ensuite, une partie des économies va porter sur les prescriptions et les achats, notamment au travers du programme PHARE. Les actions portées sur les recettes seront quant à elles plus aléatoires. Elles pourront passer par une augmentation des activités réalisées en ambulatoire mais qui, nécessitent une forte rotation des patients. On ne pourra donc pas obligatoirement miser sur une augmentation des activités. Une partie des actions pourra porter sur une amélioration du codage des activités (optimisation du codage). Il est également possible de réaliser des mesures portant sur les recettes associées, notamment les recettes hôtelières liées à la prise en charge du patient (facturation des chambres individuelles). Celles-ci seront évaluées au cas par cas et dépendront de l'établissement.</p> <p>Pour finir, concernant les investissements, il sera nécessaire de vérifier le retour sur investissements de ceux-ci (ex : modernisation des plateaux techniques). Certains gros investissements peuvent constituer des leviers agissant sur l'efficience mais également sur l'attractivité de la structure.</p>
--	---

Quelles améliorations apporteriez-vous à sa méthodologie de mise en œuvre ?

<i>Informations plus précises à obtenir</i>	<i>Réponse</i>
<p>Futur ?</p> <p>Diagnostic ?</p> <p>Indicateurs ?</p> <p>Mesures ?</p> <p>Durée de mise en œuvre ?</p> <p>Relation avec les autorités ?</p>	<p>Une des portes vers le futur est de se tourner vers les GHT. En effet, la mutualisation au sein des GHT est un levier à utiliser.</p> <p>Afin d'améliorer l'efficacité des PRE, des modifications sont à apporter au niveau de l'Etat. En effet, les contraintes externes, notamment de l'Etat, pèsent de plus en plus sur les établissements et deviennent de plus en plus importantes. Il est nécessaire qu'une responsabilisation des décisions soit faite au niveau national.</p> <p>En effet, dans le cas inverse, la récurrence des PRE et des mesures pèsent sur les établissements et les régions.</p> <p>Pour finir, les relations avec l'ARS sont indispensables. Elles constituent un partenaire de proximité privilégié qui sert d'interface avec l'Etat. Elles sont nécessaires dans la réalisation de ces PRE et sont des partenaires essentiels.</p>

Annexe 8 :
Extrait de l'outil de suivi d'un CREF
Pays de Loire

IMPACT DU CRE SUR LE RESULTAT DE L'ETABLISSEMENT

	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL DES OBJECTIFS AJUSTE	Poids %
Titre 1 - Produits versés par l'assurance maladie	0	0	0	0	0	0	0
Titre 2 - Autres produits de l'activité hospitalière	0	0	0	0	0	0	0
Titre 3 - Autres produits	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL Produits	0	0	0	0	0	0	0
Titre 1 - Charges de personnel	0	0	0	0	0	0	0
Titre 2 - Charges à caractère médical - hors RTC MO DMI	0	0	0	0	0	0	0
Titre 3 - Charges à caractère hôtelier & général	0	0	0	0	0	0	0
Titre 4 - Charges d'amort, de prov et dép	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL Charges	0	0	0	0	0	0	0
RESULTAT	0	0	0	0	0	0	0

IMPACT DES ACTIONS SUR LE RESULTAT

Action	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL DES OBJECTIFS AJUSTE
Optimisation capacitaire	0	0	0	0	0	0
Virage ambulatoire	0	0	0	0	0	0
Programme PHARE	0	0	0	0	0	0
Réorganisation des plateaux techniques	0	0	0	0	0	0
Réorganisation des fonctions support (hors programme PHARE)	0	0	0	0	0	0
Politique RH (accord RTT...)	0	0	0	0	0	0
Optimisation facturation / codage	0	0	0	0	0	0
Augmentations d'activité	0	0	0	0	0	0
Autres	0	0	0	0	0	0
TOTAL	0	0	0	0	0	0
<i>Répartition du CRE par année</i>						

IMPACTS DES ACTIONS EN ETPR

Action	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL DES OBJECTIFS AJUSTE
Optimisation capacitaire	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Virage ambulatoire	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Programme PHARE	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Réorganisation des plateaux techniques	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Réorganisation des fonctions support (hors programme PHARE)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Politique RH (accord RTT...)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Optimisation facturation / codage	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Augmentations d'activité	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Autres	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
TOTAL	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

IMPACT DU CRE SUR LE RESULTAT DE L'ETABLISSEMENT

	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL DES OBJECTIFS AJUSTE	Poids %
Titre 1 - Produits versés par l'assurance maladie	0	0	0	0	0	0	0
Titre 2 - Autres produits de l'activité hospitalière	0	0	0	0	0	0	0
Titre 3 - Autres produits	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL Produits	0	0	0	0	0	0	0
Titre 1 - Charges de personnel	0	0	0	0	0	0	0
Titre 2 - Charges à caractère médical - hors RTC MO DMI	0	0	0	0	0	0	0
Titre 3 - Charges à caractère hôtelier & général	0	0	0	0	0	0	0
Titre 4 - Charges d'amort, de prov et dép	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL Charges	0	0	0	0	0	0	0
RESULTAT	0	0	0	0	0	0	0

IMPACT DES ACTIONS SUR LE RESULTAT

Action	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL DES OBJECTIFS AJUSTE
Optimisation capacitaire	0	0	0	0	0	0
Virage ambulatoire	0	0	0	0	0	0
Programme PHARE	0	0	0	0	0	0
Réorganisation des plateaux techniques	0	0	0	0	0	0
Réorganisation des fonctions support (hors programme PHARE)	0	0	0	0	0	0
Politique RH (accord RTT...)	0	0	0	0	0	0
Optimisation facturation / codage	0	0	0	0	0	0
Augmentations d'activité	0	0	0	0	0	0
Autres	0	0	0	0	0	0
TOTAL	0	0	0	0	0	0
<i>Répartition du CRE par année</i>						

IMPACTS DES ACTIONS EN ETPR

Action	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL DES OBJECTIFS AJUSTE
Optimisation capacitaire	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Virage ambulatoire	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Programme PHARE	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Réorganisation des plateaux techniques	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Réorganisation des fonctions support (hors programme PHARE)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Politique RH (accord RTT...)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Optimisation facturation / codage	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Augmentations d'activité	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Autres	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
TOTAL	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

REALISATION

IMPACT DES ACTIONS SUR LE RESULTAT - Anticipation à fin d'année

Anticipation à fin d'année	2015	ECART A L'OBJECTIF DE L'ANNEE	TAUX DE REALISATION	ECART A L'OBJECTIF DEPUIS DEMARRAGE	TAUX DE REALISATION DEPUIS LE DEMARRAGE
Titre 1 - Produits versés par l'assurance maladie	0	0		0	0
Titre 2 - Autres produits de l'activité hospitalière	0	0		0	0
Titre 3 - Autres produits	0	0		0	0
TOTAL Produits	0	0		0	0
Titre 1 - Charges de personnel	0	0		0	0
Titre 2 - Charges à caractère médical - hors RTC MO DMI	0	0		0	0
Titre 3 - Charges à caractère hôtelier & général	0	0		0	0
Titre 4 - Charges d'amort, de prov et dép	0	0		0	0
TOTAL Charges	0	0		0	0
RESULTAT	0	0		0	0

RESULTAT FINANCIER PAR ACTION - ATTENDU A FIN D'ANNEE

Action	2015	ECART A L'OBJECTIF DE L'ANNEE	TAUX DE REALISATION	ECART A L'OBJECTIF DEPUIS DEMARRAGE	TAUX DE REALISATION DEPUIS LE DEMARRAGE
Optimisation capacitaire	0	0		0	0
Virage ambulatoire	0	0		0	0
Programme PHARE	0	0		0	0
Réorganisation des plateaux techniques	0	0		0	0
Réorganisation des fonctions support (hors programme PHARE)	0	0		0	0
Politique RH (accord RTT...)	0	0		0	0
Optimisation facturation / codage	0	0		0	0
Augmentations d'activité	0	0		0	0
Autres	0	0		0	0
TOTAL	0	0		0	0

IMPACTS DES ACTIONS EN ETPR - ATTENDU A FIN D'ANNEE

Action	2015	ECART A L'OBJECTIF DE L'ANNEE	TAUX DE REALISATION	ECART A L'OBJECTIF DEPUIS DEMARRAGE	TAUX DE REALISATION DEPUIS LE DEMARRAGE
Optimisation capacitaire	0	0		0	0
Virage ambulatoire	0	0		0	0
Programme PHARE	0	0		0	0
Réorganisation des plateaux techniques	0	0		0	0
Réorganisation des fonctions support (hors programme PHARE)	0	0		0	0
Politique RH (accord RTT...)	0	0		0	0
Optimisation facturation / codage	0	0		0	0
Augmentations d'activité	0	0		0	0
Autres	0	0		0	0
TOTAL	0	0		0	0

INDICATEUR PAR SOUS-ACTION - VALEUR ATTENDUE A FIN D'ANNEE

Action	Intitulé sous-action	Indicateur	2015	Ecart à l'objectif de l'année
Optimisation capacitaire			0 0 0 0 0 0	0 0 0 0 0 0
Virage ambulatoire			0 6 0 0 0 0	0 6 0 0 0 0
Programme PHARE			0 0 0 0 0 0	0 0 0 0 0 0
Réorganisation des plateaux techniques			0 0 0 0 0 0	0 0 0 0 0 0
Réorganisation des fonctions support (hors programme PHARE)			0 0 0 0 0 0	0 0 0 0 0 0
Politique RH			0 0 0 0 0 0	0 0 0 0 0 0
Optimisation facturation / codage			0 0 0 0 0 0	0 0 0 0 0 0
Augmentation d'activité			0 0 0 0 0 0	0 0 0 0 0 0
Autres			0 0 0 0 0	0 0 0 0 0

1. Situation budgétaire et financière

	Cible année	Cible à date (saisi)	Résultat à date (fin de mois)	Ecart prévision - réalisation	Résultat même mois année n-1	Evo N/N-1
Equilibre budgétaire (M€), situation à date						
Taux de Marge Brute (projection fin d'année)						
Taux de réalisation du Contrat de Retour à l'équilibre sur l'année (anticipation), en €						
Taux de réalisation du Contrat de Retour à l'équilibre sur l'année (saisonnalisation), ETPR						
RECETTES TZA (en M€, cumulé) (Cible EPRD)						
Recettes d'Hospitalisation TZA AM						
Recettes Externes TZA AM						

	Cible année	Cible à date (saisi)	Résultat à date (fin de mois)	Ecart prévision - réalisation	Résultat même mois année n-1	Evo N/N-1
PERSONNEL						
Masse salariale PMPNM à date						
Personnel Médical						
Personnel Non Médical						
ETP rémunérés à date						
Personnel Médical						
Personnel Non Médical						
Interim						
TITRE 2						
TITRE 3						
TITRE 4						

2 - Activité et organisations

OBJECTIFS EN SEJOURS ET SEANCES

	Cible année	Cible à date (saisi)	Résultat à date (fin de mois)	Ecart prévision - réalisation	Résultat même mois année n-1	Evo N/N-1
TOTAL HC + HP						
HOSPITALISATION COMPLETE						
Médecine						
Chirurgie						
Obstétrique						
HOSPITALISATION DE JOUR / SEANCES						
Seances						
Sejours médecine						
Sejours chirurgie						

SITUATION CAPITAIRE

	Cible année	Cible à date (saisi)	Résultat à date (fin de mois)	Ecart prévision - réalisation	Fin année n-1	Evo N/N-1
Hospitalisation Complète (Nbre de lits)						
Médecine						
Chirurgie						
Obstétrique						
Hospitalisation à temps partiel (Nbre de places)						
HdJ Médecine						
Chirurgie ambulatoire						

PERFORMANCE DE LA PRISE EN CHARGE

	Cible année	Résultat à date (fin de mois)	Ecart prévision - réalisation	Résultat même mois année n-1	Evo N/N-1
HOSPITALISATION COMPLETE					
IP-DMS					
Médecine					
Chirurgie					
Obstétrique					
Taux d'occupation					
Médecine					
Chirurgie					
Obstétrique					
HOSPITALISATION PARTIELLE					
Taux de chirurgie ambulatoire					
Global					
Sur gestes marqueurs					

CODAGE PMSI/MCO

	Cible année	Résultat à date (fin de mois)	Ecart prévision - réalisation	Résultat même mois année n-1	Evo N/N-1
PMCT					
Hospitalisation Complète					
Hospitalisation de Jour / Séances					

Annexe 9 :
Outils de suivi d'un CREF
Provence Alpes Côtes d'Azur

Liste des processus et Impact PGFP

- Liste des Processus / Domaines**
- 1 - Optimisation de la gestion des lits
 - 2 - Développement de la chirurgie ambulatoire
 - 3 - Efficience de la politique d'achats
 - 4 - Optimisation des organisations logistiques et administratives
 - 5 - Optimisation des plateaux techniques
 - 6 - Mesures générales d'organisation du temps de travail
 - 7 - Optimisation du processus de facturation et/ou du codage de l'activité
 - 8 - Développement d'activité
 - 9 - Autres recettes subsidiaires
 - 10 - Autres

	2015	2016	2017	2018	
Impact sur le PGFP					
Produits					
TITRE I - Produits pris en charge par AM					
TITRE II - Produits non pris en charge par AM					
TITRE III - Produits subsidiaires					
Charges					
TITRE I - Personnel					
TITRE II - Charges Méd & Pharma					
TITRE III - Charges Générales et Hôtels					
TITRE IV - Charges fi, amo et prov					
Effet CREF (recettes, surcoûts et économies)	surcoût	surcoût	surcoût	surcoût	
Impact par processus					
1 - Optimisation de la gestion des lits					
2 - Développement de la chirurgie ambulatoire					
3 - Efficience de la politique d'achats					
4 - Optimisation des organisations logistiques et administratives					
5 - Optimisation des plateaux techniques					
6 - Mesures générales d'organisation du temps de travail					
7 - Optimisation du processus de facturation et/ou du codage de l'activité					
8 - Développement d'activité					
9 - Autres recettes subsidiaires					
10 - Autres					
Effet CREF					
Total					Poids relatif / nature

Synthèse du CREF (suite) et Indicateurs

Suivi microéconomiques des Indicateurs du CREF															
Intitulé de l'action	Valeur initiale de l'indicateur	2015			2016			2017			2018			Vérification	
		Objectif	Réalisé	Ecart	Evolution globale	Valeur finale de l'indicateur									
FA1														0.0	0.0
FA2				0.0										0.0	0.0
FA3														0.0	0.0
FA4														0.0	0.0
FA4														0.0	0.0
FA6														0.0	0.0

Engagements de l'établissement

	2015		2016		2017		2018	
	Montant	% #DAV/01						
Total contract								
Variation du budget Actual	0,0		0,0		0,0		0,0	
Résultat avant (Réserve produits)	0,0		0,0		0,0		0,0	
Charges (Taxe de CAT)								
Marge Base d'exploitation (Tx de MBE)								
Variation du FDR (hors aides)								

Projection du compte de résultat incluant le plan de redressement

	2015	2016	2017	2018
Produits				
Titre 1 : produits versés par l'Assurance maladie				
Titre 2 : autres produits de l'activité hospitalière				
Titre 3 : autres produits				
Total	0,0	0,0	0,0	0,0
Charges				
Titre 1 : charges de personnels				
Titre 2 : charges à caractère médical				
Titre 3 : charges à caractère hôtelier et général				
Titre 4 : charges d'amortissements, de provisions, financières et exceptionnelles				
Total	0,0	0,0	0,0	0,0
Résultat courant avant aides exceptionnelles	0,0	0,0	0,0	0,0

Suivi mensuel

Suivi des données d'activité

		Nombre de séjours														
		01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	TOTAL		
2015	RSA															
	Hospitalisation complète															
	Ambulatoire															
	Séances HAD															
	Total général	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
2015	Hospitalisation complète															
	Ambulatoire															
	Séances HAD															
	Total général	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Suivi de l'exécution budgétaire																
PRODUITS Budget H (M€)																
	Libellé	EPRD initial	Réalisation ././20N	Réalisation ././20N-1	En Montant	Ecart même période N-1 en %	En Montant	Ecart EPRD mensualisé en %	Prévisions au31/12/20N	Ecart / EPRD initial	Tx de réal./EPRD					Commentaires
	Produits versés par l'Assurance Maladie		0	0					0							
	Daf, Forfait annuels, MIGAC, FIR															
	Produits T2A								0							
	> Valorisation des GHS															
	> Valorisation des actes externes, forfaits techniques, ATU et IVG															
	> Molécules onéreuses et dispositifs médicaux remboursés en sus															
	Autres Produits de l'activité hospitalière (ticket modérateur et forfait journalier)								0							
	Autres Produits								0							
	TOTAL		0	0					0							
CHARGES Budget H (M€)																
	Libellé	EPRD initial	Réalisation ././20N	Réalisation ././20N-1	En Montant	Ecart même période N-1 en %	En Montant	Ecart EPRD mensualisé en %	Prévisions au31/12/20N	Ecart / EPRD initial	Tx de réal./EPRD					Commentaires
	Charges de Personnels (TCC)		0	0					0							
	Personnel médical(Hors charges)															
	Personnel non médical(Hors charges)															
	Charges à caractère médical															
	Charges à caractère hôtelier et général															
	Charges Financières		0	0					0							
	TOTAL		0	0					0							
	RESULTAT	0							0							

LES PLANS DE RETOUR A L'EQUILIBRE SONT-ILS EFFICACES ?

Depuis 2004 et afin de redresser la **situation financière** des établissements de santé, le Gouvernement a mis en place les **plans de retour à l'équilibre financier**. Ceux-ci ont par la suite été formalisés au travers de la circulaire du 16 juillet 2008 relative à l'équilibre financier des établissements de santé.

L'objectif de ce travail est d'étudier l'efficacité des plans de retour à l'équilibre près de 10 ans après la sortie de la circulaire et la mise en place d'une **méthodologie** encadrée par les Agences régionales de santé.

Premièrement, la situation des établissements de santé en France sera présentée ainsi que l'historique des **modes de financements**, une description de la méthodologie des plans de redressements et enfin la situation actuelle des établissements de santé en France.

Dans un second temps, une étude composée d'entretiens semi-directifs sera menée et permet de prouver l'efficacité de ces plans de retour à l'équilibre grâce à des **mesures** mais également de donner des pistes de réflexions concernant leur futur.

Mots clefs : situation financière, plan de retour à l'équilibre, méthodologie, modes de financement, mesures

ARE THE PLANS TO RETURN TO A BALANCED BUDGET EFFECTIVE?

Since 2004 and in order to restore the **financial situation** of the healthcare institutions, the government established the **plans to return to a balanced budget**. Afterward, they were formalized through the circular of July 16, 2008 on the healthcare institutions' financial equilibrium.

The aim of this study is to study the efficiency of the plans to return to a balanced budget, 10 years after the release of the circular and the introduction of a **methodology** supervised by the regional public health agencies.

Firstly, the situation of the health care institutions will be presented as well as the **methods of funding's** history, a description of the methodology of the plans and finally the current situation of the care facilities in France?

Secondly, a study composed of semi-managerial interviews will be led and will prove the efficiency of the plans thanks to a series of **actions** but will also give reflexion paths regarding the future.

Key-words: financial situation, plans to return to a balanced budget, methodology, methods of funding, actions