



Chambre régionale des comptes
d'Île-de-France

Le Président

NOISIEL, le 18 FEV. 2010

N°/G/100/10-0152-E

N° 09-0462 R

RECOMMANDE AVEC A.R.

Monsieur le Directeur général,

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint le rapport comportant les observations définitives arrêtées par la chambre régionale des comptes d'Île-de-France sur la gestion de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris sur le thème de l'organisation des soins.

Il est accompagné de la réponse reçue à la chambre dans le délai prévu par l'article L. 243-5, alinéa 4, du code des juridictions financières.

Conformément à la loi, ce document final qui lui a été adressé directement par mes soins, devra être communiqué par le président au conseil d'administration dans les conditions prévues par l'alinéa 5 de l'article précité. Dès la plus proche réunion du conseil d'administration, le document final sera considéré comme un document administratif communicable à toute personne en faisant la demande, dans les conditions fixées par la loi n° 78-753 du 17 juillet 1978.

Vous voudrez bien informer le greffe de la chambre de la date à laquelle le rapport d'observations et la réponse jointe auront été portés à la connaissance du conseil d'administration.

P.J-1

Monsieur le Directeur général
de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris

3, avenue Victoria

75184 PARIS CEDEX 04

Enfin, je vous précise qu'en application des dispositions de l'article R. 241-23 du code précité, le rapport d'observations et la réponse jointe sont transmis au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, au préfet et au trésorier-payeur général de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

Veillez agréer, Monsieur le Directeur général, l'expression de ma considération distinguée.

Jean-Yves BERTUCCI



**Chambre régionale des comptes
d'Île-de-France**

RAPPORT D'OBSERVATIONS DEFINITIVES

Organisation des soins

à l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP)

-.*.*.*-

Exercices 2004 et suivants

-.*.*.*-

La situation financière et la présentation des comptes de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) se sont sensiblement améliorées depuis 2004, grâce aux financements supplémentaires de l'assurance maladie, accordés par l'Etat dans le cadre du plan de retour à l'équilibre (230 M€), ainsi qu'à des cessions d'immeubles déclassés du patrimoine hospitalier. En 2008, le résultat consolidé est excédentaire de 11 M€, le résultat de l'activité principale est, quant à lui, très légèrement déficitaire de 20,8 M€, soit 0,32 % des recettes de l'activité principale.

Cependant, la surdotation dont bénéficiait l'AP-HP dans le cadre de la dotation globale tend à diminuer avec la mise en œuvre progressive du financement à l'activité. L'écart entre les dépenses et les recettes valorisées uniquement en fonction de l'activité était estimé, fin 2007, à près de 300 M€, toutes choses égales par ailleurs. Ce montant n'est qu'une indication et les évolutions futures du financement des activités hospitalières de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation (SSR), de même que la modification de la nomenclature des séjours de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) pourraient faire varier sensiblement les lignes. En l'état, il permet cependant d'apprécier les efforts à fournir pour rendre la structure financièrement équilibrée.

Les différents engagements pris par l'AP-HP pour réduire ce déficit potentiel sont peu aboutis, faute d'avoir mis en place un suivi consolidé des différentes actions et surtout d'avoir élaboré une véritable restructuration médico-économique des activités. Le plan efficience, nouvellement mis en œuvre, entend répondre à ces critiques, mais la chambre a constaté que les outils de pilotage restent encore embryonnaires et que les relais manquaient au niveau des hôpitaux.

En effet, si l'AP-HP s'est fortement impliquée dans la mise en place de la nouvelle gouvernance en son sein, cette opération s'avère un rendez-vous manqué. Les différentes instances sont effectivement installées, les hôpitaux découpés en pôles de taille satisfaisante. Pour autant, les lignes directrices fixées au niveau du siège sont demeurées trop mouvantes pour faire émerger des entités efficaces sur le plan médico-économique et les outils d'analyse mis à disposition des responsables locaux sont insuffisants pour pointer les dysfonctionnements et structurer les activités. Les silences de la loi quant aux compétences laissées aux chefs de service et aux affectations des personnels médicaux constituent autant d'obstacles aux reconfigurations envisagées. Enfin, les tensions budgétaires ont vidé de sens la contractualisation et la délégation de gestion accordées aux pôles.

Ce faisant, la chambre n'a pu que constater les inadéquations existantes dans l'affectation des ressources disponibles.

La gestion du temps médical demeure contraire à la réglementation et l'absence de données objectives sur l'affectation de cette ressource aux différentes activités effectuées à l'AP-HP (soins, recherche, enseignement...) obère toute possibilité de vérifier la pertinence des financements qui leur sont accordés. L'organisation des équipes soignantes demeure marquée par une forte rigidité, qui nuit à l'attractivité de l'AP-HP. Le régime des droits à récupération du temps travaillé au-delà des normes fixées à cet effet, extrêmement favorable au personnel, engendre des tensions importantes sur l'organisation des services et, cumulé à l'absentéisme significatif rencontré dans les établissements publics de santé (EPS), nuit aux conditions de travail de l'ensemble des agents.

L'analyse de différents segments des plateaux médico-techniques (biologie, imagerie, blocs opératoires) fait apparaître une grande inertie des structures, même lorsque des schémas d'ensemble sont élaborés (biologie, par exemple). Quand les hôpitaux sont livrés à eux-mêmes, comme dans le cas des blocs opératoires, les évolutions se heurtent à la défense de certains « prés carrés » et à l'absence de pilote clairement identifié.

¹ Millions d'euros.

Procédure

Dans le cadre de l'enquête conduite par les juridictions financières sur l'organisation des soins à l'hôpital, la chambre a inscrit à son programme 2008 l'examen de la politique mise en oeuvre en la matière par l'AP-HP. La lettre d'ouverture de ce contrôle a été adressée, le 17 juin 2008, à l'ordonnateur en place et à son prédécesseur, ainsi qu'au président du conseil d'administration.

L'entretien préalable, prévu à l'article L. 241-7 du code des juridictions financières, s'est déroulé respectivement les 12 et 14 mai 2009 avec la précédente directrice générale et l'actuel directeur général.

Lors de sa séance du 18 mai 2009, la chambre a formulé les observations provisoires qui ont été adressées au directeur général actuel et à l'ancienne directrice générale, le 8 juillet 2009.

Le premier y a apporté une réponse datée du 21 septembre 2009, enregistrée au greffe de la chambre, le 23 septembre. En revanche, la seconde n'a pas apporté de réponses.

Dans sa séance du 10 décembre 2009, la chambre a formulé les observations définitives rapportées ci-dessous.

Déroulement du contrôle

Les observations ci-après résultent de l'examen d'informations fournies par le siège, complétées par des données issues des sources nationales². Trois établissements ont fait l'objet d'investigations plus approfondies :

- Chenevier – Henri Mondor, du groupe hospitalier universitaire (GHU) Sud,
- Bichat – Claude Bernard, du GHU Nord,
- Broussais – Hôpital européen Georges-Pompidou (HEGP), du GHU Ouest.

En effet, ces hôpitaux ont tous les trois une activité orientée essentiellement vers le court séjour et d'un volume comparable, réalisée dans des structures architecturales non pavillonnaires. En revanche, ils appartiennent à des GHU différents et leurs résultats financiers en 2007 présentaient des situations contrastées (déficits de 5,7 M€, soit 1,6 % des recettes, pour Chenevier-Mondor, de 16,9 M€, soit 6 % des recettes, pour Bichat – Claude Bernard et de 33,2 M€, soit 12,3 % des recettes, pour Broussais - HEGP).

Des entretiens ciblés sur l'organisation du temps médical et la gestion des blocs opératoires, menés avec la directrice des affaires médicales et le coordonnateur général des soins de l'hôpital Necker – enfants malades, sont venus compléter ces analyses.

² Les données utilisées dans ce rapport sont issues du comptable pour une part des informations financières, de la direction générale de l'AP-HP pour ce qui concerne les renseignements relatifs à l'institution dans son ensemble, des hôpitaux examinés plus particulièrement, s'agissant des outils de pilotage implantés localement, et de la Statistique d'activités des établissements (SAE) lorsqu'il a été jugé nécessaire de faire des comparaisons nationales.

L'objectif du contrôle était de vérifier que l'AP-HP, par la mise en place de la nouvelle gouvernance, s'est mise en condition d'affecter ses ressources aux soins de la façon la plus efficiente, dans un contexte de tension budgétaire et financière.

A cet effet, le présent rapport traite de :

- la situation financière de l'AP-HP et des plans de redressement qui lui ont été associés,
- la mise en place de la nouvelle gouvernance, compte tenu des modalités spécifiques d'organisation de l'AP-HP,
- et, enfin, l'affectation des moyens (temps de travail médical et organisation du travail des soignants, gestion des blocs opératoires, biologie et imagerie, recherche) aux activités de soins.

1. Fiabilité et situation financière

L'analyse des comptes de l'AP-HP n'a pas été facilitée par la discontinuité de leur présentation liée, d'une part, aux évolutions appliquées aux établissements hospitaliers (refonte de l'instruction budgétaire et comptable M 21, passage d'une présentation en budget prévisionnel/comptes administratif et de gestion à celle assise sur un état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD)/compte financier unique), et, d'autre part, à des changements spécifiques à l'AP-HP.

En effet, jusqu'aux comptes administratif et de gestion de l'exercice 2005, la présentation des comptes de l'AP-HP était scindée en trois sections et trois budgets annexes. Depuis 2006, le compte financier, élaboré conformément à la nouvelle réglementation, ne comporte plus de sections, mais un seul compte de résultat principal (CRP), et trois comptes de résultat annexes³.

L'article R. 6147-21 du code de la santé publique (CSP) dispose, depuis le mois d'octobre 2007, que « chaque hôpital, groupe hospitalier ou service général est doté, dans le cadre de l'état des prévisions de recettes et de dépenses de l'Assistance publique - hôpitaux de Paris, d'une section qui lui est propre ». Les premiers EPRD par établissement ont été établis à partir de 2008.

1.1. La fiabilité des comptes

Dans son rapport sur la fiabilité des comptes de l'AP-HP, rendu communicable le 30 juin 2007, la chambre constatait que la fiabilité des comptes s'était significativement améliorée dans la période antérieure à 2004. Depuis, ce mouvement s'est poursuivi, mais il demeure encore plusieurs points contestables.

³ Le compte de résultat principal retrace les résultats des activités à caractère essentiellement hospitalier. Les comptes de résultat annexes ont trait à la dotation non affectée (DNA), à l'unité de soins de longue durée (USLD) et aux écoles paramédicales.

Les prestations que se rendent en interne les structures de l'AP-HP⁴, dites prestations inter-hospitalières (PIH), font l'objet d'une émission de titres de recettes et de mandats de dépenses, comme s'il s'agissait de prestations externes. Les comptes financiers enregistrent donc ces opérations une fois en produits et une autre en charges. Le gonflement artificiel du montant total de ces recettes et dépenses, qui a atteint 662 M€ en 2007⁵, nuit à la lecture des comptes de l'AP-HP.

La chambre note, en outre, que l'automatisation de l'émission simultanée des mandats et des titres de recettes n'est pas encore totalement aboutie. Ainsi, par lettre du 18 juin 2008 adressée au directeur général de l'AP-HP, le trésorier-payeur général de l'établissement relevait 52 titres de prestations internes, émis en 2006 et 2007, sans contrepartie en dépenses, représentant respectivement plus de 2 M€ et près de 3,4 M€. La qualité et la sincérité des comptes de l'AP-HP en sont d'autant altérées, même si ces montants sont sans commune mesure avec ceux observés précédemment, dont le cumul dépassait les 150 M€ en 2005.

L'AP-HP, dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, a précisé que la mise en place du nouveau système d'information prévoit le traitement analytique, hors comptabilité générale, des prestations inter-hospitalières.

Le montant des restes à recouvrer s'est réduit entre 2004 et 2007 de près d'un tiers. Il est habituellement admis qu'il ne doit pas représenter plus de 3 % des produits d'exploitation. A l'AP-HP, ce taux a été régulièrement dépassé jusqu'en 2006. En 2007, il n'a atteint que 2,34 %.

Cette réduction a été obtenue par la baisse sensible des créances détenues sur les caisses de sécurité sociale et les mutuelles. Les créances sur les hospitalisés ont, en revanche, continué d'augmenter. En 2007, leur montant avait progressé de 5,19 % par rapport à 2004 et représentait encore près de 75 M€.

Les admissions en non-valeur des exercices antérieurs ont été apurées à la fin de l'exercice 2004. Depuis, le compte correspondant est soldé chaque année.

Contrairement à ce qu'exige la réglementation, les comptes de recettes et de dépenses à classer n'ont pas été soldés à la fin de chaque exercice, mais le montant de leur solde a été réduit depuis 2004.

Les dépenses à classer n'ont jamais constitué un poste véritablement significatif (3,7 M€ environ à la fin de l'année 2007). En revanche, les recettes à classer ont représenté, entre 2004 et 2006, des sommes qui ont évolué entre 160 M€ et 120 M€. En 2007, elles atteignent encore plus de 60 M€. L'amélioration des procédures de transmission des titres entre l'ordonnateur et le comptable, d'une part, avec les caisses, d'autre part, permettrait d'améliorer sensiblement les résultats des différents exercices, grâce à l'enregistrement des recettes correspondantes en produits.

⁴ Notamment, la délivrance de médicaments par l'Agence générale des équipements et produits de santé (AGEPS) aux différents établissements hospitaliers.

⁵ dont plus de 562 M€ au seul titre des produits pharmaceutiques fournis par l'AGEPS

1.2. La situation financière

1.2.1. Les résultats de la période sous revue

Ces résultats ont évolué comme suit :

Résultats - en euros

	2004	2005	2006	2007
Résultats de l'activité principale	-33 111 199	-90 448 247	106 544 457	-40 793 513
Résultats consolidé	87 942 587	-61 692 555	153 350 673	-13 565 824

Source : comptes de gestion et comptes financiers

Les résultats sont contrastés d'une année sur l'autre, tant pour l'activité principale qu'après consolidation avec les activités annexes⁶. Pour l'activité principale, ils sont négatifs à l'exception de ceux de l'exercice 2006, mais constituent une faible part des recettes. Ainsi, le déficit de 2007 ne représente que 0,60 % du total des produits de l'exercice⁷, l'excédent de 2006, 1,63 %. Quant aux résultats consolidés, les excédents importants dégagés en 2004 et 2006, ne représentent respectivement que 1,26 % et 2,21 % du total des produits de l'exercice et les déficits de 2005 et de 2007 n'atteignent respectivement que 0,88 % et 0,19 % de ces mêmes produits.

Ces variations s'expliquent en partie par l'apurement des reports de charge effectué principalement au cours des exercices 2004 et 2005. Les montants de charges sur exercices antérieurs, comptabilisés en 2006 (16 M€) et en 2007 (15 M€), sont sans commune mesure avec ceux inscrits aux comptes des deux exercices précédents (respectivement 123 M€ et 147 M€).

Ces résultats ont été obtenus grâce au versement de crédits exceptionnels liés, pour l'essentiel, à la mise en œuvre du plan dit « plan Equilibre », contrat d'engagement réciproque d'une durée de quatre ans (2004 à 2007), entre l'Etat, porteur des crédits de l'assurance maladie, et l'AP-HP. L'Etat a ainsi procédé à un rebasage progressif, pour un montant total de 230 M€. Les montants annuels avaient été fixés initialement à 35 M€ en 2003, 70 M€ en 2004, 65 M€ en 2005 et 60 M€ en 2006 ; ils ont été renégociés à 35 M€ en 2003, 70 M€ en 2004, 45 M€ en 2005, 45 M€ en 2006 et 45 M€ en 2007.

Les résultats consolidés tiennent compte également des cessions d'actif, comptabilisés dans la dotation non affectée. En effet, l'AP-HP s'était engagée à céder une partie de son patrimoine immobilier non lié aux activités de soins pour un montant de 170 M€, afin de financer le déficit cumulé antérieur, en supplément de la réalisation d'un plan d'économie de 240 M€. Entre 2004 et 2007, les produits de cession d'actifs ont atteint les montants prévus (116 M€ en 2004, 19 M€ en 2005 et 37 M€ en 2006).

⁶ Les résultats de l'activité principale sont ceux tirés du compte de résultat principal de l'AP-HP. Les résultats des activités annexes sont issus des comptes de résultat annexes.

⁷ Total des produits figurant au compte de résultat consolidé

Les opérations de fin d'exercice, notamment la constitution de dotations aux provisions et les reprises correspondantes, ont eu un effet pro-cyclique. Le résultat de l'exercice 2005, déficitaire à hauteur de 61,69 M€, apparaît ainsi lié pour près de la moitié à la constitution de provisions. De même, le résultat positif, à hauteur de 153,35 M€, de l'exercice 2006, a été obtenu par une reprise sur provisions pour un montant de 30,06 M€⁸. L'exercice 2007 enregistre, quant à lui, 2 M€ de reprises sur provisions.

1.2.2. L'évolution des recettes et des charges

L'analyse de l'évolution des recettes et des charges de l'activité principale montre, d'une part, que les charges ont tendance à augmenter plus vite que les recettes, malgré l'augmentation constante des recettes issues de l'assurance maladie et, d'autre part, que les dépenses de personnel, qui ont le poids le plus important dans les charges de l'établissement, n'ont cessé de progresser au cours de la période sous revue.

L'évolution des recettes :

Entre 2004 et 2007, les recettes de l'AP-HP sont passées de 6,6 à 6,8 Mds €⁹, soit une croissance de 3,82 %. On constate, cependant, entre 2004 et 2005, une faible augmentation des recettes, quasiment annulée par leur recul entre 2005 et 2006 et, à nouveau, une progression les deux exercices suivants. On note également une très forte hausse des produits de l'activité hospitalière, avec une augmentation de 9 % pour les seules recettes issues de l'assurance maladie et de près de 20 % pour les autres recettes et, parallèlement, un recul sensible des autres produits.

Le nombre de séjours en MCO a augmenté de 6,17 % entre 2005 et 2007, et leur valorisation, sur la base de la tarification complète à l'activité (T2A)¹⁰, progresse de 7,6 % sur la période. En revanche, avec la réduction progressive de la dotation annuelle complémentaire (DAC), les recettes effectives (tarification séjours et DAC) ont diminué de 6 %.

Les dotations, dites de missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), moins liées à l'activité, ont, en revanche, évolué de manière nettement plus favorable. Elles ont ainsi progressé de 31 % entre 2005 et 2007. L'AP-HP rappelle que l'augmentation, au plan national, de ces dotations sur la même période a été de 23,49% (soit 12,6 % en 2006 et 9,67 % en 2007).

Les dépenses¹¹ :

Les dépenses, dans leur ensemble, ont progressé de 3,92 % entre 2004 et 2007, pour atteindre 6,89 Mds €, soit légèrement plus vite que les recettes.

⁸ La réserve de trésorerie a été annulée en 2006. En reprise des soldes, l'exercice 2006 enregistre 64 521 820 € au titre du CET, qui ne figuraient pas en clôture du compte de gestion 2005.

⁹ Mds € : milliards d'euros.

¹⁰ Calcul résumé par l'expression «valorisation en 100% T2A ».

¹¹ La modification du périmètre des groupes de dépenses dans la nouvelle instruction comptable M 21, qui conduit à sortir du groupe 1 les reports de charge, affectés désormais en groupe 4, ne modifie pas sensiblement l'analyse des évolutions de charges de personnel de l'AP-HP puisque l'essentiel des reports de charge était enregistré dans les prestations internes avec l'AGEPS.

La hausse des dépenses de personnel (titre I)¹² est continue (8,43 % entre 2004 et 2007) et calée globalement sur l'évolution des produits issus de l'assurance maladie. Elles atteignent 3,9 Mds € en 2007.

L'analyse des dépenses de personnel montre que les charges concernant le personnel médical ont augmenté de manière continue au cours de la période sous revue, et que la progression entre 2004 et 2007 est de 15,28% (soit 588,62 M€ en 2007¹³).

L'évolution des charges totales de personnel non médical est demeurée relativement contenue entre 2004 et 2007. Elles n'ont progressé que de 5,07 % entre 2004 et 2007 (pour atteindre 2 034,65 M€ en 2007), représentant, ce faisant, une dépense supplémentaire de l'ordre de 100 M€. Si les charges représentatives de la rémunération des titulaires ont augmenté dans une proportion équivalente (soit + 5,53 %, et 1 906,98 M€), celles des agents en contrat à durée indéterminée (CDI) ont été significativement réduites, de l'ordre de 38 % (soit 49,49 M€ en 2007). En revanche, les charges des personnels en contrat à durée déterminée (CDD) ont, quant à elles, fortement progressé, de l'ordre de 60 % (soit 72,17 M€ en 2007)¹⁴.

Le recours à l'intérim a représenté une charge qui s'est sensiblement accrue entre 2004 et 2007. Elle est ainsi passée de près de 17 M€ à 31 M€, soit une progression de plus de 83 %. En 2007, les charges de personnel intérimaire paramédical sont largement prédominantes : elles représentent près de 90 % du total. En revanche, celles concernant le personnel intérimaire médical sont marginales : 0,47 % du total. En raison des fortes augmentations des dépenses de personnel de remplacement et d'intérim, les postes correspondants ont représenté 5 % des dépenses de personnel.

La progression des charges à caractère médical (titre II) est plus heurtée, puisqu'elles baissent entre 2005 et 2006, avant de repartir à la hausse. La baisse s'explique, pour partie au moins, par le mandatement au cours de l'exercice 2005 des reports de charge des exercices antérieurs.

Les charges à caractère hôtelier et général (titre III) enregistrent une forte réduction acquise, pour l'essentiel, entre 2005 et 2006. En effet, jusqu'en 2005, la répartition de l'activité générale en sections conduisait à enregistrer, en section des établissements hospitaliers, une contribution aux charges communes, avec une contrepartie comptabilisée en section des services centraux. Le montant de cette double inscription atteignait 335,35 M€ en 2005 et pesait, en conséquence, sur cette catégorie de charges. La suppression de la section des services centraux a entraîné l'enregistrement des charges correspondantes directement sur les comptes concernés.

Les charges d'amortissement, de provisions, ou financières et exceptionnelles (titre IV) enregistrent une très forte hausse au cours de la période, principalement entre 2006 et 2007. Une partie de cette augmentation s'explique non seulement par la constitution de provisions importantes, mais également par les ajustements, d'un exercice sur l'autre, portant sur les annulations de titres sur exercices antérieurs. De 37,25 M€ en 2005 (charges hors groupe), ce poste a atteint 68,38 M€ en 2007. En contrepartie, les réémissions de titres annulés n'ont atteint, en 2007, qu'un montant de 17,19 M€.

¹² Par simplification, il a été retenu la différenciation introduite par l'EPRD.

¹³ Source : comptes de gestion et financiers

¹⁴ Source : comptes de gestion et financiers

1.2.3. Le compte financier de 2008 et l'EPRD de 2009

1.2.3.1.1. Le compte financier de 2008

En 2008, la procédure budgétaire a été contraignante pour l'AP-HP. Les derniers arbitrages de la tutelle étant intervenus tardivement, les EPRD pour 2008 n'ont été communiqués aux hôpitaux qu'à la fin du mois de mai, soit après cinq mois d'activité, sur la base de contrats signés en février à partir des pré-notifications de crédits. L'obligation tardive de réduire les dépenses¹⁵ a parfois conduit à couper sans nuance dans les charges.

En 2008, le résultat consolidé est excédentaire de 11 M€, en raison, essentiellement, d'un excédent de la DNA de plus de 35 M€, obtenu par descessions d'actifs pour 25,7 M€ et une sous-exécution de travaux d'entretien pour 3,3 M€ par rapport aux évaluations initiales.

Le compte de résultat principal est, quant à lui, déficitaire de 20,8 M€, soit 0,32 % des recettes de l'activité principale. Ce résultat est meilleur que celui prévu à la fin du deuxième trimestre (déficit de 37,2 M€), mais moins bon que celui initialement retenu (déficit de 10 M€).

Les recettes progressent de 4,5 % par rapport à 2007, plus rapidement que les charges qui augmentent de 4,2 %.

Les recettes de titre I ont augmenté de 2,46 % au cours de 2008. L'activité, exprimée en nombre de séjours, a cru de 3,3 % en hospitalisation complète et de 4,1 % en hospitalisation partielle, soit une augmentation de 3,7 %¹⁶ de l'activité totale. En 2008, la progression des recettes issues de l'assurance maladie est liée à la modification des taux appliqués sur les tarifs des prestations spécifiques (passages aux urgences, interruptions volontaires de grossesse (IVG)...), qui induit un supplément de recette de 150 M€. Dans les produits que verse l'assurance maladie, ceux liés aux séjours s'élèvent à 2,5 Md€. Ce montant est inférieur d'environ 100 M€ à celui perçu en 2007 qui incluait un versement au titre de la DAC, qui a été supprimée au 1^{er} janvier 2008. Il est cependant supérieur de 100 M€ au produit qu'aurait perçu l'AP-HP si, en 2007, les séjours qu'elle a enregistrés avaient été, en totalité, valorisés en T2A.

La part des recettes issues des mutuelles ou des patients augmente en 2008 de 45 M€, soit une croissance de 8,37 %, dont près de la moitié, soit 24 M€, provient de facturations à des patients étrangers, non bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat (AME).

Les charges de personnel ont, quant à elles, progressé de 3,41 %, soit 132 M€, au cours de l'exercice 2008.

Dans l'EPRD 2008, le recours au personnel extérieur a fait l'objet, à la demande de la tutelle, d'une réduction drastique de 30% par rapport aux prévisions initiales, ramenant ainsi à 21 M€ le montant du crédit ouvert à cet effet. La notification tardive des EPRD aux hôpitaux s'est traduite, à ce titre, par des dépenses effectives d'un montant de 26 M€.

¹⁵ 25 M€ en moins, par exemple, sur les dépenses d'interim.

¹⁶ EPRD de 2009

La croissance des dépenses de personnel en 2008 résulte, à la fois, de l'augmentation des effectifs médicaux de 643 emplois en équivalent temps plein (ETP)¹⁷ (dont 557 pour les internes et les étudiants), de l'augmentation des rémunérations brutes de 1,3% ainsi que de la « monétisation »¹⁸ partielle des comptes épargne temps (CET) médicaux et non médicaux, pour un montant de 47 M€¹⁹ (cette charge ayant pesé peu sur l'équilibre, puisqu'elle a été compensée en partie par une dotation de 43 M€ du Fonds pour l'emploi hospitalier (FEH)).

En revanche, les effectifs non médicaux n'ont pas progressé. Ils ont même diminué de 447 ETP entre 2007 et 2008, soit une régression de 0,62 %. Cette réduction a principalement concerné les emplois de soignants titulaires ou en CDI, qui ont diminué de 301 ETP, alors que les effectifs techniques ont augmenté de 154 ETP. En outre, le recours à des CDD n'a pas été réduit, contrairement à l'objectif fixé dans le cadre de l'EPRD de 2008. Ainsi, alors qu'il était prévu de rémunérer seulement 2 742 ETP, 3 215 ETP l'ont été effectivement.

Les charges médicales ont, quant à elles, augmenté de 15 % entre 2006 et 2008 et de 8,41 % entre 2007 et 2008, représentant un montant de dépenses supplémentaires de près de 100 M€. Les stocks de produits pharmaceutiques se sont accrus, de manière plus marginale, de 5 M€, l'AGEPS ayant anticipé les difficultés du passage au nouveau système d'information.

Les dépenses représentatives des amortissements, des provisions et des charges financières et exceptionnelles, regroupées au sein du titre IV de la seule activité principale ont, entre 2006 et 2008, fortement augmenté : plus de 33 %, représentant un montant de charges supplémentaires de l'ordre de 159 M€. Une partie de cette augmentation est liée à l'alourdissement des charges financières, qui passent, au cours de la même période, de 33 M€ à 59 M€ soit une croissance de 80 %. L'augmentation des dotations aux provisions durant la période masque, en réalité, une baisse du niveau des provisions liée aux reprises très importantes auxquelles il a été procédé.

Le déficit de 20,8 M€ intègre également des recettes non reconductibles et des produits exceptionnels, comme les reprises sur provisions devenues sans objet pour un montant de 27 M€ et la valorisation de l'activité antérieure, pour un montant de 13 M€. Dans le cas où ces recettes et produits exceptionnels n'auraient pas été comptabilisés, le déficit de l'AP-HP, au titre de l'activité principale, s'élèverait à environ 60 M€.

Enfin, alors que la capacité d'autofinancement s'élevait à 281 M€ à la fin de l'année 2007, elle a été réduite à près de 257 M€ à la fin de 2008, soit 4 % des produits d'exploitation.

1.2.3.1.2. L'EPRD de 2009

Les prévisions de résultat pour l'exercice 2009 comportent un déficit de l'activité consolidé de 82,86 M€ et un déficit de l'activité principale de 95,5 M€, soit 1,5 % de ses recettes.

¹⁷ Tableaux prévisionnels des effectifs rémunérés dans les EPRD 2008 et 2009.

¹⁸ Recrutement de personnels supplémentaires pour faire face aux demandes des agents voulant bénéficier des jours de réduction du temps de travail épargnés.

¹⁹ Troisième état quadrimestriel 2008, page 10.

Ces résultats prévisionnels sont obtenus grâce à une stabilisation des charges d'exploitation (réduction de 0,41 %), acquise pour l'essentiel au moyen d'une réduction de 700 du nombre d'ETP rémunérés de personnel non médical et d'une baisse de la dotation aux provisions, par rapport à l'exercice précédent. Cet effort s'insère dans le cadre du plan efficience qui sera examiné par la suite.

Ils intègrent également une baisse des recettes totales de 1,57 %, due pour l'essentiel à une réduction des reprises sur provisions par rapport à l'exercice 2008. L'EPRD intègre, en revanche, une augmentation des produits issus de l'assurance maladie de 2,3 %, représentant une recette supplémentaire de 111 M€. Cet accroissement est lié à celui des MIGAC, pour 98 M€, en raison du transfert sur cette enveloppe de crédits de la permanence des soins et de la précarité, pour des montants respectifs de 57,7 M€ et de 8,7 M€. En revanche, les produits tirés de la tarification des séjours sont prévus en baisse, malgré le passage à la version 11 (V11) de la classification des groupes homogènes de malades (GHM), Cette nouvelle version devrait se traduire par une augmentation de recettes pour l'AP-HP, estimée à seulement 19,4 M€, en raison de la réduction concomitante du coefficient de transition qui doit se traduire par une baisse de recettes prévisionnelles de 41,5 M€.

La chambre estime que le résultat comptable prévisionnel pour l'exercice 2009, qui est déficitaire, ne pourra être atteint qu'au prix d'une réduction effective des effectifs non médicaux, qui devra être le double de celle déjà effectuée en 2008, ainsi que d'une augmentation du personnel médical limitée à 50 ETP.

1.2.4. La situation financière en T2A à 100 %

Depuis 2006, l'AP-HP publie des comptes d'exploitation par hôpital, en valorisant en 100 % T2A les recettes de l'activité hospitalière issues de l'assurance maladie. Cette catégorie de comptes est également établie globalement et en différenciant les hôpitaux de court séjour (HCS) et les hôpitaux de long et moyen séjour (HLMS). Leur périmètre est uniquement celui du compte de résultat principal, portant sur les activités de MCO, de SSR et de psychiatrie. La chambre a examiné les comptes d'exploitation, ainsi retraités, des exercices 2006 et 2007. Ils sont synthétisés dans le tableau qui suit.

Financement en 100% T2A de l'activité – en M€

		Dépenses	Recettes	Solde	Part dans recettes
2007	Total Hôpitaux	5 785,502	5 486,19	- 299,317	5,50%
	Total HLMS	536,199	523,348	- 12,851	2,50%
	Total HCS	5 193,185	4 899,301	- 293,884	6,00%
2006	Total Hôpitaux	5 539,720	5 311,098	- 228,622	4,30%
	Total HLMS	515,360	514,748	- 0,612	0,10%
	Total HCS	4 971,862	4 733,585	- 238,277	5,00%

Source : comptes d'exploitation 2007 AP-HP

Les résultats que ces comptes font apparaître une situation qui pourrait rapidement se dégrader, l'AP-HP se trouvant face à une impasse budgétaire importante.

Ainsi, en financement 100 % T2A, l'ensemble des hôpitaux de l'AP-HP, quel que soit leur segment dominant d'activité principale, présente, tant en 2006 qu'en 2007, des dépenses qui excèdent les recettes. A la fin de l'exercice 2007, l'écart de convergence pour les seules activités principales (MCO, SSR, psychiatrie, recherche) s'élève à environ 300 M€²⁰.

En 2009, la nouvelle nomenclature des séjours (V11) et le financement de la précarité devraient accroître les recettes de l'AP-HP, respectivement de 20 M€ et 8 M€. Les crédits supplémentaires, obtenus au titre des missions d'enseignement, de recherche et référence et d'innovation (MERRI) devraient également conduire à améliorer le volet recettes de l'activité principale, pour plus de 40 M€.

En revanche, l'évolution à terme des modes de financement des SSR et de la psychiatrie pourrait amplifier l'écart de convergence. Les données disponibles ne permettent pas de dresser actuellement un compte d'exploitation des activités de SSR et de psychiatrie. Il serait pourtant intéressant de connaître l'apport de ces deux secteurs à l'écart de convergence estimé à fin 2007. L'AP-HP estime à 45 M€ l'effort global de péréquation qu'elle devra fournir et n'est pas en mesure de chiffrer l'écart de convergence éventuellement lié au secteur de la psychiatrie, le modèle n'étant pas suffisamment avancé. L'écart de convergence risque donc fort d'être aggravé lors du passage à un financement à l'activité de ces secteurs.

De surcroît, le calcul de cet écart de convergence ne tient pas compte des effets du financement des activités annexes, et notamment de celui des USLD. La signature à venir de la convention tripartite et la mise en œuvre éventuelle du « clapet anti-retour²¹ », ainsi que la recomposition de l'offre de lits dans ce secteur, auront nécessairement un impact sur les comptes consolidés de l'AP-HP.

Pour l'établissement du compte d'exploitation de chaque hôpital, les dépenses sont celles mandatées par l'hôpital, augmentées d'une participation aux charges communes, qui atteignent 336,40 M€ en 2007. La ventilation de cette répartition intervient selon des clés de répartition, d'une part, communes à l'ensemble des hôpitaux de l'AP-HP et, d'autre part, spécifiques à chaque type de charges concernées.

Ces charges communes sont constituées de charges financières et de dépenses de personnel que l'institution a choisi de mutualiser, comme celles liées à la promotion professionnelle, à la formation continue, etc.... Ainsi, la clé de répartition retenue en la matière repose pour l'essentiel sur les dépenses de personnel. Elle a pour effet d'induire que chaque recrutement dans les hôpitaux entraîne une charge supplémentaire, qui n'apparaît pas en titre I, mais dont il convient de tenir compte.

²⁰ Cet écart correspond à la différence entre le montant effectif des dépenses de l'exercice et celui des recettes évaluées dans le cadre d'un financement à 100% en T2A.

²¹ En application de l'article R. 314-188 du code de l'action sociale et des familles, lorsque les établissements font l'objet d'un montant total de financement alloué par l'assurance maladie supérieur à celui qui résulterait de l'application de la clé de répartition des charges entre les sections tarifaires de soins et liée à la dépendance, ces établissements continuent à bénéficier de la prise en charge par l'assurance maladie acquise lors de l'exercice antérieur à celui relevant de l'application de la convention tripartite. Toutefois, l'équilibre de la section tarifaire afférente aux soins doit être réalisé à l'échéance de la première convention.

Les charges que représentent les services du siège de l'AP-HP ont été valorisées à hauteur de 65 M€ et celles relatives à la mise en place du schéma cible à 11 M€. On peut donc considérer que le coût du pilotage de l'ensemble de l'institution est de 76 M€ en 2007. Il est cependant difficile d'apprécier la valeur ajoutée des structures qui y participent, notamment en raison de l'existence parallèle de directions fonctionnelles de plein exercice au sein de chaque hôpital. L'AP-HP a cependant tenu à signaler l'existence d'un projet de modernisation du siège, porté par la direction générale depuis la fin de l'année 2008.

1.2.4.1.1. La situation financière des hôpitaux de l'AP-HP

Les comptes d'exploitation en 100 % T2A des établissements montrent des situations extrêmement différentes. 11 hôpitaux apparaissent excédentaires, 27 ressortent déficitaires. Parmi les situations les plus dégradées figurent :

- l'hôpital Trousseau qui contribue aux recettes de l'AP-HP à hauteur de 2,23 % mais représente 8,56 % de son déficit total ; son déficit représente plus de 20 % de ses recettes propres ;

- l'hôpital Broussais-HEGP qui participe à hauteur de 4,91 % aux recettes totales de l'AP-HP mais contribue à son déficit à hauteur de 11 % ; son déficit propre représentant 12 % de ses recettes ;

- l'hôpital La Pitié-Salpêtrière qui contribue pour 10 % aux recettes de l'AP-HP mais représente près de 16 % de son déficit global ; son déficit propre représentant 8,6 % de ses recettes.

En outre, la chambre note que les cinq premiers hôpitaux (Rotschild, Trousseau, Avicenne, Broussais - HEGP, La Pitié-Salpêtrière, Cochin) sont à l'origine, en 2007, de plus de la moitié du déficit global de l'AP-HP.

Parmi les hôpitaux en excédent, on en compte quatre qui ont principalement une activité en court séjour (Saint Antoine, Antoine Bécclère, Robert Debré et Raymond Poincaré), les autres étant des établissements de long et moyen séjour.

1.2.4.1.2. La situation financière comparée des trois hôpitaux de l'enquête

Comme il a été indiqué plus haut, les hôpitaux Chenevier – Henri Mondor, Bichat – Claude Bernard et Broussais – HEGP ont été sélectionnés à titre d'exemples par la chambre. Il est apparu utile d'effectuer une analyse comparative approfondie de leur situation financière. Elle a permis d'identifier deux causes principales de divergence sur le plan financier.

Au regard des charges, l'hôpital Broussais – HEGP est particulièrement handicapé par le poids des amortissements, conséquence du caractère récent de sa construction et par celui des coûts de maintenance. Les titres III et IV, qui recensent ces catégories de charges²², représentent ainsi respectivement 7 % et 10,8 % du total des charges de cet établissement, contre 4 % et 8 % environ pour les deux autres hôpitaux²³.

²² Le titre III pour les contrats de maintenance et le titre IV pour les amortissements.

²³ Comptes d'exploitation 2007

En ce qui concerne les recettes, l'hôpital Broussais – HEGP n'a pu, malgré le développement de son activité, compenser ses charges structurelles pour deux raisons essentielles. Il a enregistré en 2007 et 2008, comparativement aux deux autres établissements et à la moyenne constatée pour l'ensemble de l'AP-HP, un pourcentage de lits ouverts très faible (respectivement 79,78 % et 75,77 % contre des taux compris entre 85 et 90 % pour les deux autres établissements et la moyenne de l'AP-HP). De surcroît, en 2007, son taux d'occupation des lits n'atteint que 76,2 %, contre 83,2 % pour l'hôpital Chenevier – Henri Mondor et 85,3 % pour l'hôpital Bichat – Claude Bernard, selon les données fournies par la SAE. Une partie de cette contre performance est cependant imputable aux fermetures de lits consécutives à l'incident électrique du 14 août 2007.

Par ailleurs, l'hôpital Chenevier – Henri Mondor bénéficie d'une dotation globale d'activités importante pour la psychiatrie et les SSR, à la différence des deux autres établissements. Une analyse plus précise des recettes et des dépenses liées à ces deux activités permettrait de vérifier si le versement de cette dotation constitue pour l'hôpital Chenevier – Henri Mondor un avantage financier conséquent.

En conclusion, si la situation financière globale de l'AP-HP n'apparaît pas, en l'état des informations transmises à la chambre, fortement dégradée (il n'en est pas de même pour certains des hôpitaux qui la composent), il reste que d'importants efforts devront être accomplis pour faire disparaître, d'ici à 2012, l'écart de convergence évalué à la fin de l'année 2007 à 300 M€.

1.3. Les plans structurants de l'AP-HP

La situation financière de l'AP-HP a pesé sur les choix stratégiques, qui se sont exprimés dans son projet d'établissement, dans ses relations contractuelles avec la tutelle ou encore dans ses plans d'économie.

1.3.1. Le projet d'établissement

Le projet d'établissement de l'AP-HP, appelé « plan stratégique 2005-2009 », avec ses quatre axes principaux et ses 21 lignes directrices, s'inscrivait dans la continuité du plan stratégique 2001-2004 qui s'articulait déjà autour de quatre grands axes et 12 programmes d'actions prioritaires. Le projet médical reprenait, en outre, les orientations prioritaires retenues dans le cadre du schéma régional d'organisation des soins (SROS) 3.

A l'horizon 2009, le montant total annuel des moyens d'exploitation supplémentaires nécessaires à la mise en œuvre du projet d'établissement a été évalué à 103 M€. Pour financer ce surplus de dépenses, il a été retenu une hypothèse d'augmentation de l'activité de 1 % par an représentant, à l'horizon 2009, une recette supplémentaire de 110 M€. Il était, par ailleurs, prévu que les recrutements, que le projet rendait nécessaires, seraient compensés par les suppressions nettes de postes inscrits au tableau des emplois, soit 1 820 postes. L'AP-HP s'était donc fixé pour objectif le maintien, entre 2005 et 2009, de ses effectifs. Cet objectif n'a pu finalement être atteint.

Actuellement, le projet d'établissement 2010-2014 est en cours d'élaboration.

1.3.2. Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM)

Sans entrer dans le détail du CPOM, la chambre a observé qu'en dehors de la psychiatrie pour laquelle l'AP-HP peine à augmenter significativement son activité d'hospitalisation, les objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS) qu'il fixe pour 2010 étaient déjà dépassés en 2007²⁴. Dans ces conditions, elle s'interroge sur le contenu de ce contrat, d'autant qu'il était censé permettre le pilotage de l'organisation des soins et elle critique le fait qu'aucune évaluation des résultats obtenus ne soit réellement possible.

1.3.3. Le plan « Equilibre » (2004-2008)

Le plan Equilibre, défini entre 2004 et 2005, comportait 27 thèmes transversaux, de nature à entraîner un « potentiel raisonnable » d'économies, déclinés en 48 projets. Concrètement, l'analyse des mesures du plan Equilibre pour 2004 et 2005 fait apparaître plus de 1 000 actions de recherche d'efficience proposées par les hôpitaux et réparties en une cinquantaine de thèmes.

Les économies, envisagées au titre de chaque année, correspondaient, toutefois, à moins de 1 % du budget global. Fondées essentiellement sur l'addition de mesures morcellées, elles ont rarement eu une action de restructuration profonde de l'organisation de l'AP-HP. Elaboré dans un contexte de « dotation globale », l'essentiel de ces mesures a consisté à économiser sur les autorisations de dépenses, ce qui explique que le résultat obtenu soit éloigné de l'ambition initiale du plan, consistant à faire, au total, 4 % d'économies « structurelles ».

Le bilan du plan, établi à la fin de 2007²⁵, montre que, bien que l'on se soit approché des objectifs annuels, ils n'ont jamais été atteints, l'ensemble du programme n'ayant été réalisé qu'à 94,5%.

Alors même que l'AP-HP s'était engagée à maintenir ses effectifs globaux constants au cours de la période 2005-2009, mesures nouvelles incluses, la chambre constate que le nombre moyen d'ETP PNM s'est accru chaque année, comme le montre le tableau ci-après :

Effectifs du personnel non médical

	2004	2005	2006	2007
accroiss ETP PNM	+264	+336	+399	+420
Recrutements	+1072	+ 855	+904	+904

Source : SAE

Elle observe également, toujours à partir des chiffres de la SAE, qu'entre 2005 et 2007, l'effectif moyen rémunéré de personnel non médical s'est accru de 1 155 ETP et que le personnel médical a progressé de 529 ETP, sans prise en compte des internes

De surcroît, certaines modalités d'évaluation des économies envisagées ou réalisées peuvent paraître contestables.

²⁴ En chirurgie, le haut de la fourchette prévoit 155 232 séjours pour une réalisation en 2007 de 164 645 séjours ; en médecine, pour une fourchette haute de 643 109 séjours, l'année 2007 a enregistré 655 237 séjours réalisés ; en soins de suite, pour un objectif de 1 379 165 journées, l'exercice 2007 a comptabilisé 1 470 885 journées réalisées.

²⁵ A la date de ce rapport, le bilan 2008 n'était pas encore élaboré.

Certaines d'entre elles s'appuient sur des gels de mensualités associées à des postes non pourvus ou bien à des « rendus de postes » définis par rapport au tableau des emplois, alors que le plan équilibre a été « délibérément bâti sur l'hypothèse d'un taux de vacance de 0 % »²⁶. Dans une organisation qui compte plus de 90 000 salariés, une telle hypothèse de calcul a forcément conduit à surestimer les « économies » réalisées.

Des opérations plus complexes et dont les enjeux financiers sont parfois importants n'ont pas fait l'objet d'un bilan global, mais d'une comptabilisation des seules économies réalisées. En tout état de cause, la chambre s'interroge sur l'absence d'élaboration d'un bilan net des économies effectivement réalisées, consolidé au niveau de l'AP-HP.

Alors que le plan équilibre, par la qualité du dialogue qu'il a instauré, au niveau de son élaboration comme de son suivi, apparaissait prometteur, la chambre estime que son impact est assez faible, du fait de la dispersion des mesures et de la faiblesse de leur caractère structurant. Ainsi, après cinq années d'efforts, le travail de réorganisation de la production de soins reste à faire et l'ensemble des acteurs éprouve une forme de lassitude face à la démarche d'économies permanente et un sentiment de déception face à l'insuffisance des résultats obtenus.

1.3.4. Le plan d'efficience

La recherche d'une amélioration de l'efficience est perceptible dans l'ensemble des plans stratégiques mis en œuvre depuis 2001. Elle donne son appellation au nouveau programme d'économies, applicable à partir de 2009.

Ce plan identifie quatre axes directeurs et 26 pistes d'efficience et repose, notamment, sur la création de 14 groupes hospitaliers, à partir des 37 établissements existants.

L'objectif global est celui d'un gain final de 300 M€, sur les bases retenues à la fin de 2007, mais susceptible d'évoluer d'ici à 2012, compte tenu des incertitudes relatives à l'écart de convergence. La déclinaison de cet objectif global n'était pas aboutie au moment du contrôle.

En conclusion, la gestion, au cours des dix dernières années, de l'AP-HP se caractérise par un enchevêtrement de plans stratégiques et économiques successifs. Depuis 2000, les axes structurants de tous ces plans sont récurrents : faire face à l'augmentation du volume des urgences, développer des lits en aval des urgences pour éviter les transferts, optimiser l'utilisation des blocs opératoires et des plateaux d'imagerie, prendre en charge le grand âge, multiplier les alternatives à l'hospitalisation, développer la recherche, recentrer le siège sur la définition des orientations stratégiques, allouer au mieux les moyens et mettre en œuvre une évaluation, diminuer les coûts généraux de structure, décloisonner l'organisation des activités médicales, mesurer l'amélioration des performances. Si ces différents plans sont cohérents entre eux, il n'en demeure pas moins qu'ils ne se sont pas traduits jusqu'ici par l'atteinte satisfaisante des objectifs annoncés.

2. La mise en oeuvre de la nouvelle gouvernance à l'AP-HP

Pour l'AP-HP, la nouvelle gouvernance s'inscrit dans la réorganisation définie dans le code de la santé publique et à partir de 2003, dans l'institution des quatre GHU.

²⁶ Source : document du 7 mai 2004 sur le plan Equilibre

La création des GHU est concomitante à la réforme des universités de Paris intra-muros et a été largement déterminée par elle²⁷. Cette configuration permet, en effet, au directeur exécutif de chaque GHU de n'avoir qu'un ou deux correspondants universitaires.

Les GHU avaient vocation à devenir «le cadre de cohérence forte qui permettra une constante allocation de ressources au plus efficient et au plus juste»²⁸. Or, les territoires couverts par les GHU ne sont pas cohérents avec ceux du SROS et peu d'actions ont visé à réorganiser l'offre de soins au sein des GHU. Ils ne sont donc pas des entités structurantes de l'offre, ni, d'ailleurs, de la gestion hospitalière. La rationalisation de l'offre de soins relève désormais des missions assignées aux groupes hospitaliers en cours de constitution.

2.1. Les pôles

L'AP-HP s'est fortement investie dans la mise en place de la nouvelle gouvernance, en l'expérimentant, en structurant la réflexion et en accompagnant des responsables au niveau de l'ensemble de l'établissement.

2.1.1. La démarche et le calendrier de l'AP-HP

Le passage de l'expérimentation sur quatre hôpitaux à la généralisation des pôles a été rendu complexe par le nombre d'établissements concernés. L'AP-HP a néanmoins respecté le calendrier prévu par l'article L. 6146-1 du CSP²⁹, à la mise en œuvre de la délégation de gestion près³⁰, ainsi que les prescriptions réglementaires et associé étroitement les établissements hospitaliers et les services du siège³¹.

Un grand nombre de groupes de travail ont été mobilisés pour réfléchir et définir les différents volets de cette nouvelle organisation. Par ailleurs, un effort certain de communication interne, de formation et d'accompagnement des équipes de direction a été opéré.

A la fin juin 2006, l'essentiel du découpage en pôles des hôpitaux de l'AP-HP était achevé. Ultérieurement, quelques modifications ont été apportées à cette nouvelle organisation. Les 720 services de l'AP-HP ont ainsi été répartis en 176 pôles³²

2.1.2. Le bilan

Selon la taille des hôpitaux, le nombre de pôles varie de un (hôpital Villemin-Paul-Doumer, hôpital Vaugirard ...) à 11 pôles (hôpital de La Pitié-Salpêtrière).

²⁷ Les trois facultés parisiennes ont fondé les GHU Nord (Paris 7 Denis Diderot), Ouest (Paris 5 René Descartes), et Est (Paris 6 Pierre et Marie Curie). Les universités franciliennes ont été, soit rattachées aux GHU précédents, compte tenu de leur localisation (Paris 13 Bobigny rattachée au GHU Nord, et Paris Ouest Saint-Quentin-en-Yvelines, rattachée au GHU Ouest), soit regroupées dans un quatrième GHU – GHU sud (Paris 11 Paris Sud Kremlin-Bicêtre et Paris 12 Créteil).

²⁸ Définition figurant au site internet AP-HP.

²⁹ Les pôles devaient être mis en place au plus tard le 31 décembre 2006

³⁰ La DHOS a considéré comme « mis en place », les pôles d'activité pleinement opérationnels, avec contrat interne et délégation de gestion.

³¹ Compte rendu de la commission médicale d'établissement (CME) du 11 octobre 2005.

³² Bilan établi par l'AP-HP, le 4 avril 2007, à l'occasion d'une réunion avec les responsables des Hospices civils de Lyon et de l'Assistance publique de Marseille.

La notion de masse critique, retenue au niveau règlementaire, a été très correctement appliquée dans la définition du périmètre des pôles : la moyenne des effectifs rattachés au pôle est de 313 ETP pour les hôpitaux de MCO et de 260 ETP pour les hôpitaux gériatologiques.

La création de pôles interhospitaliers a fait l'objet de débats dans les différentes instances, mais elle a été rejetée. La mise en œuvre du plan d'efficience, qui prévoit la création de groupes hospitaliers rassemblant différents établissements, renouvelle le débat et tous les acteurs hospitaliers rencontrés estiment que le périmètre des pôles devra être revu après fusion.

Certains pensent cependant que la stabilité de l'organisation, mise en œuvre en 2006, risque d'en être perturbée.

Malgré les différents filtres prévus pour la constitution des pôles, les périmètres sont très divers et rendent quasiment impossible toute comparaison entre les hôpitaux. Deux types d'interrogations, d'importance inégale, subsistent in fine. Il existe ainsi des pôles dont le périmètre est contestable, en raison de leur faible masse critique (pôle radiologique de l'hôpital Trousseau ; pôle imagerie et explorations fonctionnelles de l'Hôtel Dieu). Ces anomalies ont été acceptées de manière transitoire³³ et semble en grande partie répondre à des antagonismes entre chefs de service.

Par ailleurs, de façon plus fondamentale, les activités médico-techniques ont été traitées différemment selon les établissements, sans qu'une ligne directrice se soit imposée au cours des processus d'expérimentation et de validation. Ainsi, les blocs opératoires sont, dans 60 % des cas, rassemblés dans une coordination des blocs, rattachée directement aux conseils exécutifs locaux (CEL). Les pharmacies à usage intérieur, la biologie et l'imagerie sont soit isolées dans un pôle, soit couplées entre spécialités, soit intégrées dans un pôle mixte comprenant une activité clinique. Enfin, l'anesthésie et la réanimation ont été soit rassemblées dans un même pôle, soit éclatées entre différents pôles.

En effet, les instances de l'AP-HP souhaitaient le regroupement, dans chaque hôpital, de l'ensemble des laboratoires de biologie et de l'ensemble des services de réanimation, afin d'en accroître l'efficience. Toutefois, ces pôles auraient regroupé des équipes extrêmement hétérogènes, rendant ainsi difficiles leur pilotage et la mise en place d'éventuelles mutualisations.

Des logiques différentes ont également été suivies dans la mise en place des pôles cliniques, principalement autour d'une structuration par filière ou par thème médical (pathologie ou organe).

Ainsi, à l'hôpital Chenevier - Henri Mondor, constitué d'une structure dédiée au MCO et d'une autre dotée d'une forte composante en soins de suite (267 lits³⁴), les pôles ont été composés essentiellement dans une logique de filière, rapprochant systématiquement les spécialités de soins aigus, des soins de suite spécialisés correspondants : c'est le cas du pôle neuro-locomoteur, du pôle médico-chirurgical cardiaque et vasculaire, du pôle de médecine des urgences. En revanche, le pôle oncologie, transplantation et immunité répond à une logique de thématique médicale.

³³ Ils ont été validés sous condition d'un réexamen au bout de deux ans.

³⁴ SAE 2007

A l'hôpital Bichat - Claude Bernard comme à l'hôpital Broussais – HEGP, la structuration qui a prévalu a été celle du thème médical, mêlant l'identification d'un organe (pôle cœur, vaisseaux, pôle thorax), d'une spécialité (pôle clinique et biologie des maladies infectieuses et tropicales, pôle médecine spécialisée) et le mode d'intervention (pôle chirurgie) dans le premier, et une orientation fortement marquée par la pathologie pour le second (pôle cancérologie – spécialités, pôle cardio-vasculaire).

La recherche d'une taille critique satisfaisante a nécessairement conduit à des rattachements arbitraires et peu cohérents de certains services. Au-delà de ces constats, il convient de noter l'absence d'une véritable réflexion sur l'articulation la plus efficace sur un plan médico-économique des activités cliniques entre elles, d'une part, cliniques et médico-techniques, d'autre part.

2.2. Les instances

2.2.1. Les conseils exécutifs

Le « conseil stratégique » mis en place à l'AP-HP par anticipation, en février 2004, a été érigé en conseil exécutif³⁵, tel que défini par l'ordonnance du 2 mai 2005. Un nouveau conseil exécutif a été installé le 15 mai 2007, après les élections à la CME, renouvelée comme prévu sur le plan réglementaire, en avril 2007.

Spécificité de l'AP-HP, des CEL ont été instaurés pour prendre en compte, au niveau de chaque hôpital, la régulation, l'analyse partagée et le pilotage des pôles et de l'activité. Tous les hôpitaux de l'AP-HP ont installé leur CEL dès 2005, généralement constitué à parité. Le nombre réduit de pôles dans les établissements autorise une représentation de tous les responsables dans ces CEL³⁶, ce qui renforce la légitimité de cette instance.

La mise en place des CEL a posé la question du maintien des comités consultatifs médicaux (CCM) locaux, qui semblaient faire double emploi. En effet, si la différence est marquée en matière décisionnelle³⁷, les champs de compétence restent cependant proches. Les CCM ont été finalement maintenus.

2.2.2. Les instances des pôles

La structuration des équipes de pôles a progressé conformément au calendrier réglementaire et aux souhaits de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) : dès 2006³⁸, les responsables étaient tous nommés (176 PH responsables de postes, avec l'AGEPS). En revanche, les cadres destinés à assister le responsable de pôle ont été recrutés plus difficilement : fin 2006, les équipes comptaient 170 cadres paramédicaux de pôle (hors AGEPS) et 144 cadres administratifs de pôle (hors AGEPS), dont 12 sur deux pôles.

³⁵ Les textes prévoient que les conseils exécutifs déjà créés sont maintenus dans leur composition actuelle jusqu'à la date de renouvellement de la CME.

³⁶ Compte rendu de la CME du 12 décembre 2006. Le décret n° 2007-1555 du 30 octobre 2007 a acté cette situation en modifiant l'article R 6147-24 du CSP.

³⁷ Les CCM ne rendent qu'un avis consultatif.

³⁸ Voir le PowerPoint « gouvernance, contractualisation, délégation de gestion à l'AP-HP » 4 juin 2008.

La mise en place des pôles ne s'est pas effectuée sans susciter des résistances. En effet, le pôle a vocation à répartir les moyens entre les services qui demeurent, cependant, l'entité de base de production de l'activité de soins. La légitimité très forte des chefs de service est confortée par l'esprit de compagnonnage et la spécialisation de la formation des médecins. Les entretiens menés avec des responsables de pôles et des chefs de service ont fait apparaître des interprétations différentes, notamment quant au droit de regard accordé au responsable de pôle sur l'efficacité de l'organisation interne du service.

La note cosignée par le directeur général et le président de la CME, datée du 15 octobre 2008 et diffusée auprès des chefs de pôle et des chefs de service, a cherché à dépasser ce conflit latent. Rédigée à l'occasion de l'évaluation des candidatures aux fonctions de chef de service de plus de 100 services hospitaliers, au moment où le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) envisageait de renforcer les prérogatives des responsables de pôles, cette note réaffirme le rôle du chef de service. Elle peut être -et a été- également lue comme un rappel des obligations de gestion qui s'imposent à ce dernier. Le pôle apparaît alors essentiellement comme un espace d'analyse, de coordination et de diffusion de l'information. Le contenu de cette note démontre l'ambiguïté de la position de la direction en la matière, faute d'un cadre clairement établi par la loi.

Ce difficile positionnement des chefs de pôle par rapport aux chefs de service se double des difficultés rencontrées par les cadres des pôles à déterminer précisément le périmètre de leur fonction.

Les missions du cadre paramédical de pôle sont décrites dans les documents validés par le conseil exécutif³⁹ ou les supports de communication interne⁴⁰. Mais, de fait, les investigations menées dans les trois hôpitaux de l'échantillon ont montré que les cadres paramédicaux de pôle ont des positionnements différents selon leur légitimité personnelle, leur proximité avec le responsable de pôle, ou également l'importance de l'encadrement supérieur existant.

Les cadres administratifs de pôle ont, quant à eux, été centrés sur une mission de contrôle de gestion, fondée sur le suivi de l'activité et du budget de pôle⁴¹. Dans la pratique, constatée dans les trois établissements de l'étude, leur rôle dépend beaucoup de la volonté et de la capacité des responsables de pôle à assumer leur fonction d'organisation et de la bonne entente du trinôme exécutif.

L'élection des conseils de pôle n'a pas remporté le succès escompté⁴². Tous les responsables de pôle rencontrés ont souligné le caractère pléthorique de cette instance qui rend son animation difficile. L'absence d'intérêt qu'elle suscite est d'autant plus regrettable qu'elle représente, en définitive, le seul lieu où les soignants et les autres personnels non médicaux du pôle sont informés des conséquences de la nouvelle gouvernance et des réorganisations ou projets des pôles. La défaillance de l'information de ces personnels a souvent été pointée comme une des difficultés majeures de l'adhésion aux réformes de l'hôpital.

³⁹ Voir le Powerpoint de présentation « L'équipe exécutive du pôle quelques éléments de cadrage ».

⁴⁰ Voir la publication flash n° 238 spécial gouvernance.

⁴¹ Voir le Powerpoint de présentation « L'équipe exécutive du pôle quelques éléments de cadrage » et flash n° 238 spécial gouvernance

⁴² A l'AP-HP, les premières élections aux conseils de pôles, organisées dans chacun des 176 pôles, ont eu lieu le 15 avril 2008⁴²

2.3. La contractualisation

Le règlement intérieur, validé par le conseil d'administration du 20 octobre 2006, a précisé les conditions d'élaboration des contrats de pôle, dont la durée a été fixée à quatre ans -correspondant à la durée du mandat de responsable de pôle- et un contrat type a été validé par le conseil d'administration, à la fin de l'année 2006, et porté en annexe du règlement intérieur.

2.3.1. La délégation de gestion

L'AP-HP a fait le choix « d'une délégation de responsabilité ou de décision et non d'un transfert de tâches de la part des directions fonctionnelles vers le pôle, n'impliquant pas nécessairement une délégation de signature »⁴³. La mise en place de la délégation de gestion était prévue pour la fin du premier trimestre de 2007. L'intégralité du socle commun cible de la délégation de gestion devait intervenir avant la fin du premier semestre de 2007. La délégation de gestion a fait l'objet d'un guide, dont la première version a été élaborée à la fin de l'année 2005.

Au-delà des intentions qu'elles affichent, les différentes versions de ce guide font apparaître le caractère relativement étroit du contenu réel des délégations.

La gestion du personnel médical est expressément réservée aux seules directions des affaires médicales, le responsable de pôle n'étant compétent que pour les redéploiements de moyens au sein du pôle, la définition du tableau des emplois, l'organisation des gardes et astreintes et l'utilisation des demi-journées vacantes.

La délégation concerne essentiellement, en matière de ressources humaines, les fonctions de proximité. Ainsi, pour le recrutement, le cadre paramédical lance la demande de recrutement et sélectionne les candidats, mais la gestion administrative s'effectue au niveau de la direction. Pour la gestion des présences et de l'activité, les cadres de proximité conservent l'élaboration des plannings et la direction définit l'effectif minimum par unité et décide de l'affectation ou non des moyens de remplacement. Le cadre paramédical de pôle est le relais de la demande de remplacement, après recherche de solutions internes au pôle. Enfin, la délégation du budget du personnel consiste, d'une part, en la négociation entre la direction et les pôles des crédits de personnel affectés, à partir des propositions émises par le pôle et, d'autre part, dans la gestion interne au pôle des enveloppes « déléguées », sous contrôle de la direction.

Pour les investissements, les enveloppes « déléguées » sont relativement étroites et ne concernent que des produits ciblés.

En matière de délégation de gestion, le bilan dressé à la fin de 2007⁴⁴ fait apparaître la diversité des situations.

Le recrutement du personnel a été largement délégué mais à des degrés divers (le plan de recrutement prévisionnel est délégué dans 80 % des hôpitaux, l'élaboration de la fiche de poste dans 92 %, le choix du candidat dans 95 %).

⁴³ Compte rendu CME du 12 décembre 2006.

⁴⁴ PowerPoint « gouvernance, contractualisation, délégation de gestion à l'AP-HP » 4 juin 2008

Les enveloppes de fonctionnement sont moins largement déléguées (la part d'enveloppe de recrutement de personnel non médical déléguée est en moyenne de 52 % ; la part d'enveloppe déléguée en formation continue de personnel non médical est en moyenne de 20 % ; la part d'enveloppes de demi-journées médicales déléguée est en moyenne de 64 %).

Les enveloppes globales d'investissement, les enveloppes pour petits travaux et pour petits équipements connaissent des situations très disparates selon les hôpitaux.

Dans les trois hôpitaux, objet de l'enquête, les délégations sont plus ou moins formalisées, avec des tableaux de répartition des tâches à l'hôpital Broussais - HEGP, une note concernant le personnel médical à Bichat - Claude Bernard. L'hôpital Chenevier - Henri Mondor a choisi de ne pas produire de guide de la délégation de gestion. A Bichat - Claude Bernard, les enveloppes relatives aux heures supplémentaires, aux prestations de l'équipe de suppléance et à l'intérim n'ont été déléguées aux pôles qu'en 2009.

2.3.2. L'élaboration des contrats de pôle

En matière de contractualisation, le bilan établi à la fin de 2007⁴⁵ était le suivant :

- 22 contrats de démarrage ont été conclus avec les hôpitaux qui avaient anticipé la réforme de la gouvernance à la fin de 2006⁴⁶ ;

- 83 % des contrats de pôle étaient signés ; parmi ceux-ci, 87 % étaient des contrats annuels de démarrage, 13 % des contrats pluriannuels ;

- enfin, 77,56 % des contrats comportaient des objectifs d'activité, 72,59 % des objectifs d'amélioration de la qualité et de performance des organisations, 73,47 % des contributions aux objectifs stratégiques de l'AP-HP, 72,11 % des objectifs de qualité et de sécurité dans la prise en charge des patients, 71,43 % des objectifs de maîtrise financière des ressources et des coûts, 64,63 % des objectifs en termes de recherche et d'enseignement et 60,54 % des objectifs d'amélioration des conditions de travail.

Les contrats de pôle examinés dans les trois hôpitaux, objet de l'enquête, se sont avérés extrêmement disparates.

A l'hôpital Chenevier – Henri Mondor, ils sont apparus défailants tant sur le plan formel que dans leur contenu : les contrats portent rarement mention de la date de signature et leur rédaction est inaboutie. Ainsi, des paragraphes entiers ne sont que la reprise des dispositions non aménagées du contrat-type. Ils ont été signés, pour l'essentiel, à la fin du mois de juillet 2008 et portent sur la période 2008-2009. Les objectifs sont peu précis, parfois absents, et les moyens sont trop souvent identifiés à partir d'un nombre d'ETP de personnels médical et non médical et de dépenses des titres II et III fondées sur la reconduction des dépenses de l'année précédente. Dans un grand nombre de contrats, les articles mentionnent des réclamations tendant à augmenter les effectifs, sans que l'équilibre financier de ces recrutements éventuels n'ait été expertisé.

⁴⁵ Voir le PowerPoint « gouvernance, contractualisation, délégation de gestion à l'AP-HP » 4 juin 2008.

⁴⁶ Note du directeur général et du président de la CME aux directeurs d'hôpital et aux présidents de CCM du 9 janvier 2007.

A l'hôpital Bichat – Claude Bernard, les contrats de pôle communiqués ne concernent que l'année 2008, et n'ont été établis qu'en avril 2008. Présentés sous forme de tableaux, ils sont précis dans les objectifs, le plus souvent quantifiés, et déclinés selon trois axes principaux (organisation, qualité de la prise en charge du patient, management/pilotage/ressources humaines) assortis d'un barème de points destiné à calculer l'intéressement éventuel.

A l'hôpital Broussais – HEGP, les contrats apparaissent complets. Ils ont été signés en avril 2008 et portent sur la période 2008-2009. Ils comportent 11 annexes, traitant de l'ensemble des aspects des pôles, de la comptabilité analytique et des objectifs précis et quantifiés pour 2008-2009 et ils font également référence au bilan de l'activité et aux objectifs de l'année 2007, assortis de commentaires.

Les contrats de pôle examinés sont donc extrêmement hétérogènes selon les établissements. Mais la question fondamentale est celle de leur portée. L'intéressement n'est effectif qu'en cas de résultat positif de l'AP-HP, d'une part et de l'hôpital, d'autre part. Il n'a donc pu être effectivement servi qu'au vu des résultats de l'année 2006. Les sommes ainsi distribuées ont, du reste, été utilisées de manière intéressante : dans le cas du pôle urgences – réseaux, les 150 000 € récupérés ont été dépensés en faveur du bloc opératoire de traumatologie, pour rendre plus conviviales les salles de détente du personnel, pour la mise en place d'une médiathèque et la mise en œuvre d'un audit sur les urgences.

Ce constat souligne les difficultés d'un exercice de contractualisation, en période de tensions financières. Faute d'incitation, comme de sanction, les objectifs non atteints sont simplement reportés d'une année sur l'autre, ce qui a une portée faible en termes de pilotage.

2.4. L'élaboration d'outils de pilotage

Pour faciliter le pilotage des pôles, l'AP-HP a élaboré des outils, mis à leur disposition (entrepôt de données partagées (EDP), éléments de comptabilité analytique). Elle a également défini des schémas de tableaux de bord que les pôles peuvent s'approprier (quatre cadrans).

Ces outils sont cependant insuffisamment achevés, malgré les efforts qui y ont été consacrés.

2.4.1. Les outils mis à disposition par le siège

Les exécutifs des pôles, comme les interlocuteurs des directions fonctionnelles des établissements, ont tous souligné l'intérêt des données issues de l'EDP. Pour autant, leurs limites sont l'absence de fiabilité liée, pour partie, aux problèmes d'interface avec les nombreux logiciels présents dans les établissements et le caractère partiel des informations disponibles, que le nouveau système d'information devrait pallier, en 2012.

Le siège rencontre des difficultés à établir des éléments de comptabilité analytique de manière routinière. Des tableaux coût case mix (TCCM) ont été produits pour l'exercice 2005. En 2006, les tableaux produits n'ont pas été diffusés, compte tenu du nombre important d'anomalies relevées. Fin 2008, les tableaux relatifs à l'exercice 2007 n'étaient toujours pas produits.

L'AP-HP élabore également des tableaux synthétiques d'activité (TSA), relatif aux activités de logistique générale et médicale. Mais ils souffrent d'un certain nombre de handicaps : le niveau d'analyse est souvent trop fin, rendant ainsi chaque structure irréductible aux autres ; la méthodologie particulière à l'AP-HP interdit les comparaisons externes. L'exercice 2007 a encore souffert dans ce domaine de retards trop importants.

2.4.2. L'élaboration de tableaux de bord

2.4.2.1.1. Les quatre cadrans

L'AP-HP⁴⁷ a souhaité se doter de tableaux de bord pour faciliter le pilotage de ses structures et, ce, à trois niveaux, pôle, hôpital, AP-HP, selon les domaines de responsabilité qui leur sont dévolus. Le souci principal a été de créer des tableaux de bord cohérents entre eux, afin de permettre une mesure des mêmes paramètres aux trois niveaux. Ces documents sont divisés en quatre secteurs d'intérêt, visualisés sous forme de quatre cadrans, d'où leur nom de « quatre cadrans ». Dans chaque secteur, figure un socle d'indicateurs communs aux différents niveaux⁴⁸. Des indicateurs propres à chaque structure peuvent être ajoutés.

La mise en place de ces « quatre cadrans » a été soutenue par des réflexions associant des médecins, des soignants, des représentants du siège et des hôpitaux, ainsi que les personnels pressentis pour constituer les équipes de pôles. Une formation spécifique concernant la constitution des tableaux de bord a été délivrée aux responsables médecins, aux cadres paramédicaux et aux cadres administratifs des pôles.

Pour autant, ces tableaux de bord ne sont pas élaborés systématiquement au niveau de chacun des pôles.

A l'hôpital Chenevier – Henri Mondor, seuls trois pôles les élaborent régulièrement, notamment depuis janvier 2008. Malgré les relances répétées de la direction des finances, le pôle neuro-locomoteur n'a plus réalisé de tableau de bord depuis juin 2008, mais la nomination d'un nouveau cadre administratif de pôle pourrait modifier cette situation. Les pôles psychiatrie et anesthésie réanimation ne souhaitent pas en produire. La psychiatrie suit son activité à l'aide de tableaux de bord classiques et le chef du pôle anesthésie-réanimation considère qu'aucun des indicateurs de suivi d'activité proposés n'est pertinent pour décrire l'activité de son pôle. A l'hôpital Bichat – Claude Bernard, chaque pôle élabore son tableau de suivi de l'activité et des dépenses et le tableau de bord quatre cadrans n'est établi qu'au niveau de l'hôpital. Enfin, pour l'hôpital Broussais – HEGP, des tableaux de bord mensuels, établis avec une fréquence régulière, n'ont été transmis à la chambre que pour les seuls pôles biologie et imagerie - explorations fonctionnelles.

⁴⁷ Compte rendu CME du 11 octobre 2005 et note du secrétaire général aux directeurs d'hôpital et aux présidents de CCM du 23 janvier 2007.

⁴⁸ Les indicateurs sont relatifs à l'activité, à l'attractivité/qualité/risques à l'efficacité et aux projets

2.4.2.1.2. Les comptes de résultat analytiques

Un groupe de travail a été réuni d'octobre 2006 à juin 2007 pour définir une méthodologie d'élaboration de comptes de résultats analytiques des pôles (CREA). Mais ses travaux ont seulement permis de poser les grands principes méthodologiques, notamment ceux avancés par la mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH) et de fournir des outils automatisés d'identification d'une partie des dépenses et des recettes de chaque hôpital. Chaque hôpital a donc été obligé de préciser sa méthodologie, sur des sujets aussi déterminants que la répartition des MERRI ou l'imputation des charges induites médico-techniques. Par ailleurs, la réalisation des CREA 2007 a été retardée par la parution très tardive des données de comptabilité analytique éditées par la direction des finances du siège (décembre 2008).

L'hôpital Bichat - Claude Bernard a bénéficié d'un accompagnement de la MEAH. A l'hôpital Broussais - HEGP, la méthodologie a été discutée avec la MEAH, avant même la diffusion du guide, et prévoyait des CREA pour les pôles médico-techniques. A l'hôpital Chenevier – Henri Mondor, la MEAH n'est pas intervenue et la direction des finances a souhaité élaborer ses propres outils de pilotage avec l'appui d'un groupe de travail associant notamment des personnels médicaux. La méthodologie n'a pu être validée qu'en décembre 2008.

Sur la méthode d'imputation des dépenses indirectes, les choix ont varié. L'exemple le plus significatif est celui des charges induites issues de la consommation des prestations des plateaux médico-techniques.

A l'hôpital Chenevier – Henri Mondor, les coûts représentatifs du hors pôle, correspondant aux structures de logistique générale, de logistique médicale, à la blanchisserie et à la restauration, n'ont finalement pas été intégrés dans les charges des pôles, contrairement aux recommandations de la MEAH, qui affecte la totalité des charges de structure aux pôles cliniques, puisque la T2A conduit à couvrir l'ensemble des charges de fonctionnement par les produits issus de l'activité de soins. La prise en compte des prestations inter-pôles, calculées différemment en recettes⁴⁹ et en charges⁵⁰, induit un décalage avec le compte d'exploitation de l'hôpital, exprimé en 100 % T2A et tend, de ce fait, à aggraver en apparence, de 14 M€, le déficit de l'établissement. Cette pratique retire toute pertinence au résultat que fait apparaître le CREA.

A l'hôpital Bichat - Claude Bernard, le coût des prestations médico-techniques est également valorisé, en charges induites au coût de revient pour les pôles cliniques. En revanche, les recettes des pôles incluant des laboratoires sont minorées du niveau de sur-prescription identifié pour l'hôpital.

A l'hôpital Broussais - HEGP, les recettes induites de biologie et d'imagerie ont été traitées sur la base de l'étude nationale des coûts (ENC).

⁴⁹ Sur la base des recettes GHS de l'établissement, à partir de l'échelle des coûts décomposés par l'étude nationale des coûts (ENC).

⁵⁰ Calculées au coût identifié de la prestation à l'hôpital

Les recettes, et tout particulièrement celles issues des MERRI, sont traitées très différemment. La difficulté principale vient de l'absence de traçabilité des sommes reçues à ce titre de l'assurance-maladie. De ce fait, depuis 2006, le siège a recalculé les MERRI (et même les MIGAC), attribuées à chaque établissement. A partir du taux de publications par ETP médical et du classement en trois groupes (fort, moyen et faible taux de publication) des hôpitaux concernés, il alloue forfaitairement une enveloppe MERRI égale à 13,5, 12 ou 10,5 % des dépenses MCO de l'établissement⁵¹. Dans chaque établissement, des règles de répartition interne entre les pôles ont donc dû être définies. Ainsi, à l'hôpital Chenevier – Henri Mondor comme à l'hôpital Bichat - Claude Bernard, l'enveloppe des MERRI est répartie au prorata des publications de chaque pôle. A l'hôpital Broussais - HEGP, la répartition des MERRI intervient selon le score de publications pondéré par les ETP PM.

Faute d'harmonisation, on ne peut donc pas comparer les pôles similaires des différents hôpitaux. De plus, le sens du résultat des pôles est fortement tributaire des conventions qui le déterminent. La parution tardive des CREA pour 2007 leur a retiré une grande partie de leur utilité pour le pilotage des pôles et des établissements. Enfin, les modifications apportées aux méthodes d'élaboration en réduisent le caractère pertinent auprès des responsables de pôles. L'absence de coordination en la matière de la part du siège apparaît donc, de toute évidence, préjudiciable.

En conclusion de l'examen de la mise en place de la nouvelle gouvernance, il apparaît que l'AP-HP a tenu le plus grand compte de l'hétérogénéité de ses structures. Ce faisant, la direction générale a choisi d'intervenir essentiellement au travers de la définition de pistes de réflexion et de l'harmonisation des décisions prises localement. Cette position s'est traduite par une grande diversité des périmètres des pôles, qui résulte également pour partie de l'absence de réflexion sur l'optimisation de l'allocation des ressources ou sur la recherche de l'efficacité médico-économique. Par ailleurs, chaque hôpital a élaboré ses propres instruments, selon des méthodes différentes. En outre, les objectifs assignés à chaque pôle ne font pas l'objet d'une remontée d'informations au niveau central, empêchant ainsi tout regard critique et comparatif. Cette situation laisse donc les directions de chaque hôpital isolées face aux attentes de leur personnel et ne facilite pas le partage d'expérience et de bonnes pratiques.

De surcroît, l'AP-HP, comme tous les EPS, se heurte aux incohérences du dispositif réglementaire et aux difficultés inhérentes à la campagne budgétaire nationale. A ce titre, on peut signaler la difficulté à changer de gouvernance en période de ralentissement de l'évolution des crédits budgétaires, les évolutions incessantes du modèle de financement et son opacité, le caractère tardif de la notification des crédits en 2008. De même, on peut souligner la sédimentation qui résulte de la mise en place des pôles et du maintien des chefferies de services qui, lui-même, ne pouvait qu'aboutir à des conflits d'intérêts et de positionnement.

A cela s'ajoutent, pour l'AP-HP, des difficultés de gestion liées à son système d'information actuel qui manque encore de fluidité, malgré la mise en place d'un EDP. La substitution d'un progiciel de gestion intégré est présentée comme la solution à un grand nombre de problèmes actuellement rencontrés. Les défaillances du système d'information, comme la vacance de certains postes au siège, expliquent pour partie le caractère tardif de la parution de la comptabilité analytique de l'exercice 2007.

⁵¹ Méthodologie des comptes de résultats 2006 de l'hôpital Bichat - Claude Bernard.

3. L'affectation des moyens aux besoins

3.1. L'affectation des ressources humaines

Les dépenses de personnel de l'AP-HP représentaient un peu moins de 4 Md€ en 2007, soit 63,48 % des charges totales de l'AP-HP⁵². Cette part, relativement faible par rapport à la moyenne des EPS, s'explique par la présence d'un grand nombre de professeurs des universités – praticiens hospitaliers (PU-PH). En effet, seule la moitié environ de leur rémunération est portée dans les comptes de l'hôpital, l'autre part étant versée par l'université à laquelle ils sont rattachés.

Pour autant, la charge de personnel est déterminante dans les comptes et la question de l'efficacité de l'affectation de la ressource humaine est au cœur de la problématique de l'organisation des soins. L'optimisation du temps de travail des PM et des PNM est, du reste, l'une des 26 pistes retenues dans le cadre du plan efficience.

3.1.1. L'affectation des personnels médicaux

Les dispositions de la directive européenne relative à l'intégration du temps de garde dans les obligations de service et à l'obligation du repos de sécurité, conjuguées à la réduction du temps de travail (RTT), ont fait émerger de nouvelles règles de gestion du temps médical, précisées en particulier par différents textes publiés aux mois d'avril et de mai 2003. Ces nouvelles dispositions ont, à la fois, raréfié le temps médical disponible en accroissant le besoin en ETP de l'ordre de 40 %⁵³, et augmenté son coût pour les établissements (temps additionnel, recours aux médecins intérimaires, versement de jours dans les CET).

3.1.1.1. Les disparités constatées

La dépense annuelle en masse salariale totale des personnels médicaux à l'AP-HP s'élevait à 832 M€, en 2007.

L'AP-HP comptait, en 2007, 7 259 ETP médicaux⁵⁴, soit 332 de plus qu'en 2005, ce qui correspond à une progression de 4,8 % en deux ans, pour un coût supplémentaire qui peut être évalué à 33 M€. En 2008, 7 367 ETP médicaux étaient identifiés dans la SAE.

Les données de la SAE de 2007 indiquent que l'AP-HP représente 9,4 % des lits et places installées dans les centres hospitaliers (CH) et les centres hospitaliers universitaires (CHU), ainsi que 9,1 % des journées d'hospitalisation et des venues, en MCO et pour l'ensemble des activités retracées dans le périmètre du budget principal. Ainsi, sans compter ses 2 860 internes, l'AP-HP emploie 13,1 % des ETP de PM qui travaillent dans l'ensemble des hôpitaux publics français de court séjour. L'effectif en la matière de l'AP-HP est donc supérieur de 44 % à celui observé en moyenne dans l'ensemble des hôpitaux pour réaliser la même part d'activité.

⁵² Sources EPRD de 2008 et anticipations du compte de résultat prévisionnel principal (CRPP) de 2007. Cette source est retenue, car elle est la donnée la plus actualisée, et présente des comptes hors prestations interhospitalières (ce qui n'est pas le cas du compte financier).

⁵³ Etude de la MEAH sur le temps de travail médical.

⁵⁴ Source SAE

Quand on compare l'AP-HP à l'ensemble des CHU, au sein duquel elle représente environ 30 % de l'activité, on constate que le ratio qui rapporte le nombre de journées aux ETP médicaux présente un écart de 11,6 % en défaveur de l'AP-HP. Ainsi, contrairement au sentiment d'un manque de temps médical exprimé par différents interlocuteurs de l'AP-HP, on peut chiffrer, en 2007 à partir des ratios rapportant les lits ou journées aux ETP médicaux, à 550 ETP l'écart entre le personnel médical de l'AP-HP et celui des CHU. Dans un contexte de tarification à l'activité, fondée sur des tarifs uniformes, établis à partir d'un échantillon d'établissements de toutes catégories, la sur - représentation médicale constitue une charge importante.

Il demeure cependant une incertitude, quant au chiffre précis des effectifs médicaux, puisque les données divergent selon les sources utilisées, comme le montrent les exemples des hôpitaux de l'étude :

ETP PM 2007

Sources	H.MONDOR	BICHAT	HEGP
Source : données DRH des établissements	446	612	
Source SAE 2007	479	379	385
Source données EDP fournies par HEGP	440	366	391

Le coût du personnel médical rapporté au nombre de lits ouverts est très variable d'un établissement à l'autre : de 34 693 € à Mondor à 55 188€ à l'HEGP⁵⁵. Les services de SSR et de psychiatrie sont moins consommateurs de temps médical que le court séjour en MCO, expliquant ainsi que le coût des PM par lit à l'hôpital Chenevier – Henri Mondor soit inférieur en moyenne aux deux autres établissements qui ont des structures d'activité plus comparables. Le coût du personnel médical par lit est, néanmoins, inférieur de 30 % à l'hôpital Bichat – Claude Bernard (40 513€).

3.1.1.1.2. Les outils de suivi de l'activité médicale

L'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins prévoit dans son article 5 que le directeur, avec la commission de l'organisation de la permanence des soins, arrête annuellement l'organisation du temps de présence médicale, après avis de la commission médicale d'établissement et consultation des chefs de service⁵⁶. De plus, il prévoit que le tableau de service, nominatif, mensuel et prévisionnel, répartit les sujétions résultant de la participation à la permanence des soins, de la mise en place du repos quotidien et du repos de sécurité, par roulement entre les PH. Ce tableau doit être arrêté avant le 20 de chaque mois, pour le mois suivant, par le directeur, sur proposition du chef de service. La réglementation impose donc aux établissements de produire des tableaux généraux d'activité et des tableaux prévisionnels d'activité qui, parce qu'ils sont arrêtés par le directeur, ne peuvent rester des documents internes aux services.

⁵⁵ Source : lits ouverts: suivi siège AP-HP / masse salariale CEX 2007

⁵⁶ Sous forme de tableau de service général, selon la circulaire DHOS/M 2 n° 2003-219 du 6 mai 2003 relative aux modalités d'organisation de la permanence des soins.

La chambre note qu'aucun des trois établissements contrôlés n'a été en mesure de produire des tableaux généraux d'activité, malgré des démarches de sensibilisation importantes et réitérées effectuées notamment à HEGP. Ainsi, une lettre signée conjointement de la direction générale et de la présidence de la CME demandait à l'ensemble des directeurs d'hôpitaux et des présidents de CCM, en février 2008, soit près de cinq ans après l'entrée en vigueur de la réglementation, de produire un tableau général d'activité et des tableaux de services prévisionnels. Un an après l'envoi de ce courrier, ces tableaux n'ont toujours pas été mis en place. Dans l'intervalle, il semblerait que les collégiales aient été amenées à réfléchir à une organisation type par spécialité, destinée à servir de référentiel pour les tableaux généraux d'activité. Les directions des hôpitaux se sont, dans ces conditions, considérées comme écartées de la réflexion et se sont mises en position d'attente. A ce jour, les collégiales n'ont produit aucun référentiel et, semble-t-il, seules deux d'entre elles ont produit un document démontrant que les spécialités concernées étaient en sous-effectif. Le chantier est donc au point mort et n'a fait l'objet d'aucune relance de la part du siège.

Les directions des affaires médicales des hôpitaux ont rappelé que la mise en place du système d'information en ressources humaines (SIRH), outil de gestion informatisée du temps de travail, y compris de celui du corps médical, qui sera généralisé à compter de 2010, devrait « imposer » la production des tableaux de service, puisque cet élément sera nécessaire au déclenchement du paiement de la rémunération des médecins.

Les tableaux prévisionnels d'activité sont également peu nombreux à l'AP-HP et les tableaux de service réalisés sont inégalement produits, tout au moins dans les établissements contrôlés.

A l'hôpital Chenevier – Henri Mondor, il n'existe pas de tableau de service informatisé prévisionnel, des tableaux manuscrits sont effectivement établis, mais ne sont pas diffusés hors des services. Les indemnités de sujétions pour la permanence des soins, ainsi que les plages additionnelles sont rémunérées au vu du tableau de service réalisé, qui est, en revanche, produit à l'administration.

A l'hôpital Bichat – Claude Bernard, les tableaux de service réalisés sont produits en utilisant le logiciel « Méditemps », généralisé à tous les services. Ils permettent à la direction des affaires médicales de consulter en temps réel les tableaux de service et autorisent le calcul automatisé des cartes de situations individuelles. Les tableaux prévisionnels deviennent définitifs après mise à jour par le secrétariat des services des absences non prévues.

A l'hôpital Broussais - HEGP, la production des tableaux de service réalisés n'est pas généralisée, seuls 18 des 39 services en produisent. Ce sont, pour l'essentiel, les services où les PH ont ouvert un CET, car ces tableaux sont utilisés pour décompter les jours portés sur les comptes. Aucun tableau prévisionnel n'est, cependant, adressé à la direction des affaires médicales.

A l'hôpital Necker - Enfants malades, tous les praticiens du service de réanimation pédiatrique ont signé la charte d'organisation de l'activité clinique et non clinique, lors de leur entretien annuel à l'automne 2008. Dans cette charte, figure un tableau général d'activité en période d'activité normale et en période de congés, ainsi que, pour chaque PH, le niveau de sa participation à la permanence des soins, ses activités non cliniques, et la part de ces dernières dans le temps médical.

Ce service est le plus grand de l'hôpital en effectifs médicaux, avec 69 PH. Cette démarche pilote s'est faite dans une spécialité qui fonctionne en horaire continu, et qui rend ainsi obligatoire une comptabilité du temps médical. C'est aussi la seule spécialité, au sein de l'établissement, dans laquelle les plages additionnelles sont rémunérées. Il est vrai que, dans ce service, on compte plus de PH que dans les autres services, où les PU-PH sont en majorité.

La signature de cette charte, sous forme d'un engagement personnel sur l'année, constitue une avancée dans la gestion du temps médical. Toutefois, il convient de souligner la lenteur de la mise en place d'un tel processus. En effet, la démarche a démarré en mai 2006. La charte, testée à la fin de l'année 2008 à l'échelle d'un service, n'a pas encore fait l'objet d'une validation à fin de généralisation, en mars 2009. D'ores et déjà, sa phase de déploiement se heurte à des objections de la part des PU-PH des autres services qui considèrent qu'elle n'est pas adaptée à l'exercice spécifique de leurs activités.

Les tableaux de service réalisés soit ne sont pas produits, soit le sont sur le mode déclaratif, sans qu'il ne soit procédé à un quelconque contrôle. Comme dans beaucoup d'hôpitaux, les chefs de service ne s'estiment pas en charge du contrôle du service fait. Quant aux directions des affaires médicales des établissements étudiés, elles reconnaissent ne procéder dans les faits que rarement à de tels contrôles.

Or, l'examen de quelques plannings de services réalisés montre un certain nombre d'anomalies. Par exemple, au service d'immunologie clinique de l'hôpital Broussais - HEGP, les médecins déclarent régulièrement une activité de trois demi-journées consécutives. Par principe, lorsque que l'activité médicale de jour se prolonge, ce prolongement est inclus dans le décompte de la demi-journée⁵⁷. Une journée ne peut donc être comptabilisée pour trois ou quatre plages par un médecin que s'il est de permanence sur place (ou d'astreinte ayant fait l'objet d'un déplacement de plus de trois heures), ce qui n'est pas le cas dans ce service, où jusqu'à cinq praticiens peuvent déclarer une « journée longue » en même temps. Or, si le temps de travail additionnel n'est pas rémunéré dans cet établissement, il peut cependant faire l'objet d'une récupération.

3.1.1.1.3. Plages additionnelles et CET

Le rapport Acker⁵⁸ sur les CET des personnels médicaux et non médicaux dans les établissements de santé montre que le temps épargné cumulé depuis 2002 pour le corps médical s'élève, pour l'AP-HP, à 560 ETP à la fin de 2005. Il représente 641 ETP à la fin de 2006. A ce rythme, en 2011, pour les seuls PH, il risque d'atteindre près de 1 300 ETP, soit 24 % du temps médical hospitalier⁵⁹.

A l'AP-HP, entre 2002 et 2006, les PH ont ainsi accumulé en moyenne 47,9 jours sur leur CET. Cependant, on peut constater de grandes disparités d'un établissement à l'autre⁶⁰. Si l'on s'intéresse aux trois établissements, objet de l'enquête, on constate sur la même période les chiffres suivants :

⁵⁷ C'est le principe même du décompte forfaitaire en plages "sans considération du nombre d'heures effectivement réalisées" prévu par une circulaire de la DHOS du 6 mai 2003

⁵⁸ Rapport demandé en mai 2006 par la DHOS au ministère de la santé à Mme Dominique ACKER, conseillère générale des établissements de santé, en vue de présenter un état des lieux du CET dans les EPS, et diffusé en juillet 2007

⁵⁹ Présentation du rapport Acker à la CME du 8 janvier 2008

⁶⁰ Rapport Acker

- à l'hôpital l'hôpital Broussais - HEGP : 61,7 jours ;
- à l'hôpital Chenevier – Henri Mondor : 56,5 jours ;
- à l'hôpital Bichat – Claude Bernard : 27,1 jours.

Le décret du 14 mai 2008 relatif aux modalités d'indemnisation des jours accumulés sur les comptes épargne-temps des personnels médicaux des EPS prévoyait que les médecins pouvaient opter pour l'indemnisation (sur la base d'un montant de 300 € brut par jour) des jours qu'ils avaient accumulés sur leur compte épargne-temps avant le 31 décembre 2007, dans la limite de la moitié des jours non soldés à cette date. Cette disposition a, dans ces conditions, représenté, pour l'AP-HP, un coût de 26,6 M€ en 2008.

Dans la mise en place des contrats de pôles, l'une des recommandations du rapport ACKER était de généraliser l'inscription, parmi les indicateurs de suivi des dépenses et moyens, du volume prévisionnel de jours épargnés en CET, de même que de plages additionnelles rémunérées.

A l'hôpital Bichat - Claude Bernard, le suivi du nombre de jours de RTT pris (et donc non épargnés sur le CET) est un objectif des contrats de pôles. En revanche, ni à l'hôpital Broussais – HEGP, ni à l'hôpital Chenevier – Henri Mondor, le suivi des jours de RTT n'a été contractualisé. A l'hôpital Necker – Enfants malades, la délégation de gestion aux pôles relative à la dépense médicale s'entend hors plages additionnelles et RTT, pour lesquelles les responsables de pôles ne disposent pas d'informations. Les établissements de l'AP-HP, qui ne sont dotés d'un EPRD que depuis 2008, n'ont pas toujours perçu l'impact sur le résultat financier de l'hôpital du provisionnement comptable du temps épargné sur les CET, puisque la rémunération des jours de RTT en 2008 a été effectuée par imputation sur une dotation spécifique venant du siège.

Lors de l'examen des comptes des établissements, objet de l'enquête, il a été constaté que les pratiques concernant la rémunération des plages additionnelles pouvaient varier d'un hôpital à l'autre. Ainsi, l'obligation de service réglementaire est de 168 demi-journées par quadrimestre. A la fin du quadrimestre, les demi-journées en sus correspondent à du temps additionnel.

A l'hôpital Chenevier – Henri Mondor, les plages additionnelles sont rémunérées, conformément à la réglementation, déduction faite des indemnités de sujétion versées au titre de la permanence des soins. Dans les deux autres hôpitaux, les directions des affaires médicales ne rémunèrent pas le solde des plages additionnelles. C'est la raison pour laquelle les exemples de tableaux de service réalisé, produits à la demande de la chambre, montrent très peu de plages additionnelles. A l'hôpital Necker – Enfants malades, les plages additionnelles ne sont pas rémunérées, sauf pour les anesthésistes-réanimateurs.

Dans sa réponse aux observations de la chambre, l'AP-HP indique avoir amélioré l'organisation de la permanence des soins dans la perspective d'un redéploiement du temps médical au profit des périodes diurnes. Elle compte sur l'informatisation de la gestion du temps médical pour aboutir à un décompte plus exact du temps effectif. Enfin, elle a mis à l'étude des mesures de contractualisation et de responsabilisation en direction des chefs de pôle sur les conditions dans lesquelles les CET sont pourvus.

3.1.1.1.4. L'adéquation des moyens aux besoins

Du fait de la diversité des activités médicales, une des difficultés pour l'AP-HP est d'évaluer le temps médical disponible pour les soins et le temps consacré à d'autres tâches. Les médecins sont libres, dans le cadre de leur service, d'organiser leur temps de travail comme ils l'entendent.

Le lexique qui accompagne les tableaux de service permettrait d'établir des tableaux précisant la nature des activités des PH, qu'il s'agisse de la présence normale de jour, des activités d'enseignement et de recherche, des activités d'intérêt général⁶¹, des activités de formation (stages, congrès, colloques), ou de l'activité libérale (au maximum deux demi-journées par semaine).

A l'hôpital Bichat - Claude Bernard, comme à Chenevier – Henri Mondor, les exemples de tableaux de service qui ont été communiqués à la chambre ne font pas apparaître un tel niveau de précision. Si l'on peut regretter que les médecins ne fournissent que peu d'informations sur leur activité, aucun traitement de celles qu'ils produisent n'est, de toute façon, prévu au niveau de la direction des affaires médicales.

A l'hôpital Broussais - HEGP, les tableaux communiqués à titre d'exemple par l'hôpital font, quant à eux, apparaître les activités d'enseignement et de recherche. Ainsi, au mois de décembre 2008, pour le service d'immunologie biologique, ces activités ont représenté 25 demi-journées médicales sur 124, soit 20 % du temps médical disponible. 4 % de ce temps médical a été consacré à la formation des médecins du service. Ces tableaux permettent donc de visualiser le nombre de médecins présents pour les activités de soins. On constate alors que ces effectifs sont très variables, de un à six l'après-midi, sur une même semaine, indépendamment de l'activité du service.

Faute de référentiel d'organisation du temps de travail médical, les effectifs sont encore répartis dans les services selon le tableau des emplois, qui n'est que le produit de l'histoire, corrigé des crédits fléchés de personnel. La révision annuelle des effectifs remet rarement en cause les demi-journées de prestations médicales, mais tend essentiellement à ajuster les statuts des intervenants à l'enveloppe financière disponible.

Depuis la mi-2008, les données relatives au personnel médical sont communiquées aux hôpitaux sous forme de masse salariale et non plus de tableaux des emplois. Cependant, au moment du contrôle, les budgets de pôle étaient encore établis dans les établissements à partir du tableau des emplois.

En effet, des difficultés pratiques sont rencontrées pour ajuster les moyens médicaux aux besoins. Différents facteurs de rigidité se cumulent : la masse salariale des PM est plus difficile à ajuster que celle des PNM, car il y a beaucoup moins de rotation et, en outre, il est prévu, en 2009, peu de départs en retraite. La diversité des disciplines médicales (24 spécialités représentées par les collégiales à l'AP-HP) fait obstacle à la simple substitution mathématique d'un médecin par un autre. En outre, la modification du statut des PH, introduite par le décret du 4 mai 2007, assouplit les conditions d'affectation dans les établissements, mais ne règle pas le problème d'une suppression éventuelle d'un poste pourvu.

⁶¹ Au maximum deux demi-journées par semaine, à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement ; une convention précisant les conditions d'exercice et de rémunération doit être passée entre l'hôpital et les organismes concernés.

Du reste, la révision des effectifs de praticiens hospitaliers, effectuée chaque année sous l'égide de la commission médicale d'établissement (CME), porte principalement sur le remplacement ou non des postes vacants.

En conséquence, la prise en compte de l'élément historique continue donc d'être prépondérante, puisque la masse salariale affectée aux pôles ne procède pas de la recherche d'une adéquation entre l'activité et le temps médical mis à disposition, mais de la reconduction des moyens dévolus à un temps T. Cette méthode favorise, en conséquence, fortement les pôles en sur-effectif à cette date.

Ces rigidités expliquent également que, lorsque des économies en matière de temps médical sont recherchées, les solutions mises en œuvre ne portent que sur de ajustements à la marge. A Broussais - HEGP, l'objectif d'efficience pour 2009 concernant la dépense en personnel médical est fixé à 1 M€. La masse salariale par pôle servira de clé de répartition de l'effort à fournir. L'option retenue est de faire réévaluer, par les services, l'intérêt des demi-journées de praticiens attachés (PA) peu présents à l'hôpital. Cette démarche permettra sans doute d'atteindre l'objectif en matière de dépenses, mais, en se focalisant sur les seules prestations médicales complémentaires, elle dispense d'une réflexion approfondie sur les besoins et l'organisation de l'hôpital dans un des établissements où la productivité médicale est parmi les plus faibles de l'AP-HP et où la permanence des soins a un coût plus élevé qu'ailleurs.

En conclusion, alors que le manque de places ou l'indisponibilité des équipes conduisent à transférer vers d'autres établissements près de 10 000 patients par an qui se présentent aux urgences, que, par ailleurs, au moins sept « pistes d'efficience » sur 2662 sont directement dépendantes d'une organisation médicale efficiente, la chambre s'étonne que le sujet du temps de travail des PM n'ait pas fait l'objet de la part des services du siège d'une intervention plus ferme et qu'elle ait pu également relever autant d'observations dans le domaine de l'affectation des personnels médicaux.

3.1.2. L'affectation des personnels soignants

3.1.2.1.1. Présentation des effectifs

La dépense annuelle, exprimée en masse salariale totale, des personnels non médicaux à l'AP-HP s'élevait, au 31 décembre 2007, à 3,246 Md€ pour 75 000 ETP.

Selon la SAE, le nombre total d'agents non médicaux, calculé en ETP moyen rémunéré, s'établissait à 77 234,32 ETP en 2006 et à 78 053,06 ETP en 2007, en légère augmentation de 1,06 %, mais représentant plus de 800 emplois supplémentaires. Pour autant, le nombre de personnels soignants est resté stable sur la période, en raison d'une diminution significative des personnels d'encadrement de l'ordre de 8 %. Le personnel des plateaux médico-techniques a, en revanche, fortement augmenté : le personnel de pharmacie, de plus de 13 % et le personnel de radiologie, de plus de 17 %.

⁶² Optimisation du temps de travail des personnels PM et PNM, gains de part de marché en médecine, en chirurgie ambulatoire et conventionnelle, en obstétrique et sur l'activité médico-technique, ainsi que le développement et la valorisation de la recherche

La SAE 2007 indique que l'AP-HP représente 8,7 % des lits et places installées dans les hôpitaux de court séjour publics en France, ainsi que 8,6 % des journées d'hospitalisation et des venues en MCO et pour l'ensemble des activités entrant dans le périmètre de son budget principal. Pour y parvenir, l'AP-HP emploie 11,6 % des ETP de PNM qui travaillent dans des hôpitaux de court séjour publics, soit près de 20 000 ETP de plus qu'exigerait un effectif correspondant à la part d'activité de l'AP-HP. Cet écart à la moyenne varie cependant fortement d'une catégorie de personnel à l'autre. Ainsi, si l'AP-HP emploie en moyenne 35 % de personnel soignant de plus que la moyenne des hôpitaux publics, elle compte 46 % d'agents administratifs et 115 % de personnels de direction de plus que la moyenne. La réforme des services du siège ainsi que la constitution des groupes hospitaliers devraient à terme infléchir ces chiffres.

Si on limite la comparaison aux seuls CHU, les données de la SAE 2007 montrent un écart en défaveur de l'AP-HP de 5 % pour le ratio rapportant le nombre de journées aux ETP de PNM. Il est de 9 % pour les seuls ETP soignants, 10 % pour les personnels administratifs dont 40 % pour les personnels de direction. En revanche, pour son activité exprimée en nombre de journées, l'AP-HP emploie 45,5 % de moins de personnel ouvrier titulaire que l'ensemble des CHU.

Comme pour le personnel médical, les dotations en personnel non médical recouvrent des situations variées au sein des hôpitaux de l'AP-HP.

Toutefois, il convient de noter, au préalable, que les hôpitaux Bichat – Claude Bernard et Broussais - HEGP ne communiquent pas de bilan social à l'attention de leurs instances représentatives, alors même que ces données sont disponibles. La chambre note toutefois que la production d'un bilan social fait partie du plan d'action d'amélioration des ressources humaines de l'établissement et que le bilan social 2008 est en cours de rédaction.

Par ailleurs, des disparités très importantes ont été constatées entre les données chiffrées disponibles relatives aux trois hôpitaux, objet de l'enquête, alors même que toutes ces informations émanent de l'AP-HP, comme le montre le tableau ci-après.

ETP PNM de l'AP-HP en 2007

Source :	H. MONDOR	BICHAT	HEGP
Données DRH des établissements	3 873	3 304	2 631
Source SAE 2007	4 470	3 504	3 007
Source EDP fournie par HEGP	4 305	3 488	3 030
Source Bilan social AP-HP 2007	3 790	3 136	2 767

Ainsi, il existe un écart portant sur plus de 500 ETP sur le nombre d'ETP PNM de l'hôpital Chenevier - Henri Mondor en 2007, le bilan social de l'AP-HP et de la DRH de l'hôpital faisant état d'un nombre d'ETP d'environ 3800, alors que la SAE et l'EDP le situent entre 4 300 et 4 500. De même, des écarts atteignant respectivement 368 ETP et 300 ETP apparaissent également pour les hôpitaux Bichat – Claude Bernard et Broussais - HEGP. Ces différences sont expliquées, comme résultant du suivi par la DRH de chaque hôpital du seul effectif ETP des personnels permanents, hors personnels contractuels.

Si l'on raisonne en masse salariale, on constate alors que la dépense de personnel non médical par lit de l'hôpital Broussais - HEGP (166 434 €) est supérieure de 10 % à celle de l'hôpital Bichat – Claude Bernard (150 899 €) et de 24 % à celle de Chenevier - Henri Mondor (134 390 €)⁶³.

Si l'on prend en considération comme unité de charge de travail la journée d'hospitalisation, le personnel employé atteint plus de 13 ETP pour 1 000 journées à l'hôpital Broussais - HEGP, alors qu'il en faut moins de 11 à l'hôpital Chenevier – Henri Mondor et légèrement plus de 12 à l'hôpital Bichat – Claude Bernard⁶⁴.

Si une partie de la productivité moyenne du personnel de l'hôpital Chenevier - Henri Mondor s'explique par l'existence de secteurs importants de psychiatrie et de SSR, les disparités constatées entre les hôpitaux Bichat – Claude Bernard et Broussais – HEGP, dont les activités sont plus semblables, sont, elles, moins faciles à interpréter.

Rapporté au nombre de lits ouverts, le personnel administratif est également plus nombreux de 24 % à l'hôpital Broussais - HEGP (61 administratifs pour 100 lits) que dans les deux autres hôpitaux (quelque 48 et 49 pour 100 lits)⁶⁵.

Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'AP-HP indique que le taux plus élevé de personnel administratif à l'hôpital Broussais – HEGP s'explique notamment par une organisation délocalisée de l'accueil administratif des patients, mise en place dès l'ouverture de l'hôpital, pour en améliorer la qualité mais plus coûteuse en personnel. Elle ajoute que des réflexions sont en cours dans le cadre du projet efficacité pour revoir cette organisation.

Le personnel de direction est, quant à lui, plus nombreux de 23 % à l'hôpital Bichat – Claude Bernard (21,51 ETP moyen rémunéré) que dans les deux autres établissements (17,16 à l'hôpital Chenevier – Henri Mondor, 17,56 à l'hôpital Broussais - HEGP).

3.1.2.1.1.1. L'organisation des équipes

Parmi les PNM, le personnel soignant occupe une place particulière : sa présence conditionne l'ouverture de lits et donc, en partie, le niveau d'activité et de recettes potentielles du service ou de l'établissement. C'est à ce titre que l'optimisation du temps de travail des PNM comme des PM constitue l'une des 26 pistes retenues dans le cadre du plan efficacité.

A l'AP-HP, la composition des équipes se heurte à la prégnance des équipes du matin, dont la durée de travail est de 7 heures 36 par jour, alors que les équipes de l'après-midi décomptent leur travail par tranche de 7 heures 50.

⁶³ Source : lits ouverts: suivi siège AP-HP/masse salariale CEX 2007

⁶⁴ Sources : EDP pour lits ouverts, SAE Soignants en ETP moyen rémunéré et nombre de journées

⁶⁵ Sources : EDP pour lits ouverts, SAE en ETP moyen rémunéré et nombre de journées

Organisations de travail		Répartition de l'effectif
JOUR	7h36 De Jour (38h Semaine)	50,81%
	7h50 De Jour (38h20 Semaine)	19,22%
	10h De Jour (35h Semaine)	0,87%
	12h De Jour (35h Semaine)	2,09%
	7h De Jour (35h Semaine)	5,54%
	Cadre Au Forfait	5,53%
S/total		84,07%

Source bilan social AP-HP 2007

Cette organisation crée des problèmes de recrutement car les postes vacants concernent essentiellement les équipes de l'après-midi dont les horaires sont moins conciliables avec une vie de famille.

En 2007, dans les trois établissements, objet de l'enquête, les agents se répartissaient de la manière suivante entre les différentes plages horaires :

Constitution des équipes

2007	Mondor	Bichat	HEGP
agents travaillant dans une équipe « de jour » (matin)	1689	305	1052
agents travaillant dans une équipe d'après-midi	353	287	77
agents travaillant dans une équipe de nuit	538	297	371
agents affectés à la grande équipe	839	492	1047
horaire administratif	495	1988	433

Source : données des établissements

A l'hôpital Chenevier - Henri Mondor, l'importance des équipes du matin est perçue par la coordination générale des soins comme un facteur important de la rotation du personnel. L'établissement recrute près de 250 infirmiers diplômés d'Etat (IDE) chaque année, soit 20 % de l'effectif.

Entre 2005 et 2007, à l'hôpital Broussais - HEGP, l'effectif de l'équipe du matin a progressé aux dépens de celle de l'après-midi et de la grande équipe, aggravant ainsi la situation.

A l'hôpital Bichat - Claude Bernard, l'aménagement du temps de travail a fait l'objet d'une étude visant le renforcement de l'attractivité des postes, notamment dans les services d'accueil des urgences et de dermatologie, qui sont passés à des journées de travail de 10 heures, se fondant sur le fait qu'il existait une demande pour cette forme d'organisation du temps de travail. Entre 2005 et 2007, l'établissement a recruté 45 agents sur un temps de travail de 10 heures, multipliant par trois l'effectif concerné par cette organisation du temps de travail.

3.1.2.1.2. Analyse des plannings : l'adéquation des moyens aux besoins

Pour évaluer l'adéquation des moyens aux besoins et déterminer la nature des questions que pose la gestion des PNM, la chambre a examiné des plannings prévisionnels et réalisés des trois hôpitaux, objet de l'enquête⁶⁶. Elle a constaté des variations très importantes, d'un jour sur l'autre, de l'effectif présent, quels que soient l'équipe concernée (matin, après-midi ou de nuit) ou le type de service (médecine, chirurgie, ssr).

Par exemple, pour l'hôpital Chenevier - Henri Mondor, les plannings réalisés du mois d'octobre 2008 font apparaître, en médecine interne, une variation considérable d'un jour sur l'autre de l'effectif de l'équipe du matin. La chambre a ainsi relevé la présence de cinq aides soignants et trois infirmiers le mercredi et de seulement deux aides soignants et deux infirmiers le lendemain. Le nombre d'agents soignants est donc passé de huit à quatre, indépendamment de l'activité du service. En neurochirurgie, pour l'équipe du matin, la plus recherchée, l'effectif varie de huit à 14 soignants, en semaine. Cette variation ne peut pas uniquement s'expliquer par la grande garde régionale tous les six jours. Elle se retrouve également pour les équipes de nuit. En chirurgie digestive, les effectifs de soignants présents varient de sept à 12 personnes, en semaine, au cours du même mois.

Pour l'hôpital Bichat - Claude Bernard, la chambre a constaté que le planning prévisionnel du mois de novembre 2008 pour l'équipe de jour dans le service de chirurgie générale, prévoit la présence de deux à quatre infirmiers et de trois aides soignants, avec, en moyenne, la présence de six soignants (trois jours à cinq, une journée à sept). Or, dans les faits, le service a fonctionné deux jours avec quatre soignants seulement, et deux jours avec sept soignants.

Dans le service de gériatrie, le planning prévisionnel en semaine prévoit certains jours la présence de cinq, six, sept ou huit soignants, alors que le planning réalisé révèle des écarts qui vont du simple au double, de quatre à huit soignants présents.

De même, pour l'hôpital Broussais - HEGP, l'analyse des plannings du mois de janvier 2009 du service de médecine interne a permis de constater, dans le document prévisionnel, une variation, en semaine, de 17 à 21 du nombre d'infirmiers, soit un écart de l'ordre de 20 %, pour un nombre de présents effectifs qui va de 15 à 19, soit un écart supérieur à 25 %, le tout apparemment sans relation avec l'activité. Dans le service de chirurgie digestive, au cours de la même semaine du mois de janvier, on compte, le lundi, 14 infirmiers et neuf aides soignants, soit 23 soignants présents et, le vendredi, neuf infirmiers et huit aides soignants, soit 17 soignants, alors que, certains dimanches du même mois, le nombre de soignants présents atteint 21. Dans le service de rééducation vasculaire, alors que le planning prévisionnel prévoit sept ou huit soignants présents l'après-midi, le nombre de présents varie, en semaine, de six à neuf, soit une différence de 50 %.

⁶⁶ Sur la base de quatre exemples de plannings choisis et transmis par chaque établissement.

De manière assez générale, la chambre a constaté, à partir des documents qui lui ont été communiqués, que les plannings prévisionnels, quelle que soit la taille des services concernés, étaient assez peu suivis. Ils présentent, en cours de semaine, de fortes variations du nombre de personnels soignants, laissant ainsi penser que les cycles ne sont pas intégrés et articulés dans un dispositif d'organisation du travail et de roulement d'ensemble des effectifs, mais sont davantage élaborés sur la base d'une juxtaposition de cycles individuels de travail. De même, les plannings réalisés font apparaître des variations importantes des présents d'un jour sur l'autre, qui ne peuvent s'expliquer que, ponctuellement, par l'intégration progressive des infirmiers récemment diplômés. Faute de réflexion institutionnelle sur les besoins en personnels soignants des services, il est extrêmement difficile de se prononcer sur l'adéquation des effectifs à l'activité.

En outre, la chambre estime que toute variation des effectifs indépendante de l'activité ou non programmée ne peut être qu'à l'origine d'une dégradation des conditions de travail et/ou de coûts supplémentaires. Elle considère également que l'absence presque permanente de concordance entre le nombre de présents et celui initialement prévu accentue ces conséquences, notamment en termes de coûts.

3.1.2.1.3. Le régime des droits à récupération et l'absentéisme

Parmi les absences réglementaires, celles liées au régime spécifique de RTT de l'AP-HP ne sont pas sans conséquence financière.

Le protocole national prévoit 18 jours ouvrés de repos au titre de la RTT pour une durée hebdomadaire de travail de 38 heures et 20 jours de RTT pour une durée hebdomadaire de 38h20. A l'AP-HP, l'article 13 du protocole central du 22 janvier 2002 relatif à la RTT accorde, de surcroît, des repos récupérateurs « liés aux heures supplémentaires effectuées en dépassement des bornes horaires définies par le cycle ». Cet article 13 dispose que «le plafond des jours récupérateurs [...] est fixé à :

- 2 jours pour les personnels effectuant une durée journalière de 7 heures 36 ;
- 6 jours pour les personnels effectuant une durée journalière de 7 heures 50 en repos variable ».

L'annexe 4 dresse le tableau des jours de congés accordés, par an et selon les cycles de travail. L'extrait concerne les cycles les plus fréquents :

ANNEXE 4 : Tableau de concordance

Tableau de concordance : Personnel en repos fixe

Cycle de référence : 38 heures sur 7 semaines ; Durée de travail journalière : 7 heures 36;

Heures	Journées	Durée	RH	CA	Fériés	RTT	RR (plafond)
1589	207	7 H 36	104	25	9 ¹¹	18	2

Tableau de concordance : Personnel en repos variable

Equipe du matin : Cycle de référence : 38 heures sur 7 semaines ; Durée de travail journalière : 7 heures 36; (repos variable 10 à 19 DJF/an)

Heures	Journées	Durée	RH	CA	Fériés	RTT	RR (plafond)
1575	205	7 H 36	104	25	11	18	2

Equipe d'après-midi : Cycle de référence : 38 heures 20 sur 7 semaines ; Durée de travail journalière : 7 heures 50; (repos variable >19 DJF/an)

Heures	Journées	Durée	RH	CA	Fériés	RTT	RR (plafond)
1561 ¹²	199	7 h 50	104	25	11	20	6

Ainsi, ces jours de récupération, qui s'ajoutent au régime défini dans le protocole national, représentent, sur la base d'un calcul théorique effectué à partir du plafond des jours accordés⁶⁷, 161 000 journées de travail, soit l'équivalent de 800 ETP⁶⁸. Sur le plan financier, ils représentent 33 M€, si l'on valorise un ETP à 42 000 €⁶⁹ par an.

Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre et sur la base d'une interrogation de son logiciel de gestion du temps de travail, l'AP-HP évalue le coût pour 2007 de cette disposition à 611 ETP, soit 25,7 M€.

Ces jours repos complémentaires n'ont pas eu pour effet de réduire l'absentéisme au sein de l'AP-HP. Il est comparable à celui observé dans les autres CHU.

Il s'élève, pour le personnel non médical, tous motifs confondus, à 1 607 765 journées⁷⁰, soit l'équivalent de 7 800 ETP⁷¹ et un coût annuel de l'ordre de 300 M€. L'absentéisme pour la seule maladie ordinaire représente, à elle seule, 2 400 ETP et un coût annuel de l'ordre de 82 M€⁷².

En moyenne, un agent non médical est absent 22,25 jours, soit plus d'un mois par an, en sus des jours de congés habituels, de RTT et de repos récupérateur. Pour le personnel soignant, cette moyenne est supérieure à 24 jours, dont près de sept jours d'absence pour maladie ordinaire.

Toutefois, la situation diffère sensiblement d'un hôpital à l'autre et notamment dans les trois établissements, objet de l'enquête, comme le montre le tableau ci-après.

Absentéisme par agent par établissement en 2007

	AP-HP	Mondor	Bichat	HEGP
absences pour raisons médicales	18,2 jours	15,95 jours	24,07 jours	23,70 jours
Dt maladie ordinaire	6,92 jours	7,45 jours	10,38 jours	10,02 jours
absences pour raisons non médicales	4,05 jours	4,12 jours	5,7 jours	5,97 jours
Total absence/agent	22,25 jours	20,07 jours	29,77 jours	29,68 jours
Absentéisme en %	10,9%	9,8%	14,5%	14,5%

Sources : Bilan social de l'AP-HP et données fournies par les établissements

Les hôpitaux Bichat – Claude Bernard et Broussais - HEGP connaissent un absentéisme⁷³ de 33% supérieur à la moyenne des établissements de l'AP-HP, avec notamment plus de 40 % sur les congés pour maladie ordinaire. En revanche, l'hôpital Chenevier – Henri Mondor présente un absentéisme inférieur à cette moyenne.

⁶⁷ Données : Nombre d'ETP retenu = 75 000 (bilan social 2007 : 75 313)
50 % du personnel en 38 heures par semaine et 19 % en 38h 20 (bilan social 2007)

Calcul : (75 000 x 50 % x 2 jours RR) + (75 000 x 19 % x 6 jours RR).

⁶⁸ Pour 202 jours de travail.

⁶⁹ Rémunération moyenne du personnel non médical AP-HP indiquée dans le bilan social 2007.

⁷⁰ Bilan social 2007, nombre de journées travaillées théoriques moins nombre de journées de présence au travail

⁷¹ Sur la base de 205 jours de présence annuelle.

⁷² Bilan social 2007

⁷³ Sources : Bilan social de l'AP-HP et données fournies par les établissements

A l'hôpital Chenevier – Henri Mondor, il existe pour l'ensemble de l'établissement un pool de remplacement de 20 à 25 agents pour 2 750 ETP soignants, soit moins de 1 %. Dans l'EPRD pour 2008, le crédit des heures supplémentaires s'élève à 1,4 M€, celui réservé aux recrutements en CDD est de l'ordre de 4,4 M€. A l'hôpital Bichat – Claude Bernard, il existe également un pool de remplacement de 14 ETP pour 2 400 soignants, soit 0,5 %. En 2007, la rémunération des heures supplémentaires et les dépenses d'intérim ont représenté un coût respectif de 1 M€ et de 1,146 M€. La chambre note à cet égard que l'existence d'un absentéisme important conjugué à un faible volant de remplacement, qui n'en est pas pour le moins coûteux, gêne le fonctionnement quotidien des services et, éventuellement, l'activité lorsqu'il n'y a pas d'autre alternative que de fermer des lits.

Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'AP-HP souligne qu'elle a fait réaliser deux études sur l'absentéisme dans les hôpitaux Necker – Enfants malades et Broussais – HEGP et réuni un groupe de travail qui doit formuler des recommandations et diffuser les bonnes pratiques en la matière. Elle confirme ainsi que l'absentéisme n'a pas encore fait l'objet d'un plan d'actions visant à sa réduction.

A la faveur des plans successifs d'économies, les modes d'organisation ont été modifiés à la marge, en raison de l'obligation faite aux établissements de réduire le nombre d'emplois. Il en résulte, selon les entretiens effectués en cours d'instruction, un sentiment de dégradation progressive des conditions de travail des personnels, malgré l'augmentation du nombre des ETP, sous l'effet conjugué d'une réduction du temps de travail disponible, d'absences non programmées et, probablement, de la lourdeur accrue des cas pris en charge.

En conclusion, il est apparu à la chambre que ni la mise en place de l'aménagement et de la réduction du temps de travail (ARTT) à partir de 2002, ni la réforme de la T2A à compter de 2004, n'ont amené l'AP-HP à entamer une véritable réflexion sur l'organisation des services hospitaliers pour renforcer leur efficacité et la qualité des soins prodigués.

3.2. Les moyens affectés à la recherche

Dans le cadre de l'ordonnance de 1958⁷⁴, la recherche médicale apparaît comme l'une des missions fondamentales confiées aux CHU. La réforme de la gouvernance des CHU, résultant des dispositions de l'ordonnance du 2 mai 2005, place également la recherche au cœur de la stratégie de ces établissements.

3.2.1. L'organisation de la recherche à l'hôpital

L'AP-HP est le premier centre d'essais cliniques en France et en Europe. Elle est à l'origine de la moitié des publications émanant des 29 CHU français et de 73 % des articles publiés dans les 10 meilleures revues médicales⁷⁵. Elle est associée à sept universités, constituées de sept facultés de médecine, de deux facultés de pharmacie et de deux facultés d'odontologie, qui regroupent, dans ces disciplines, 38 % des chercheurs universitaires de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) et du Centre national de la recherche scientifique (CNRS).

⁷⁴ Ordonnance n° 58-12373 du 30 décembre 1958 relative à la création des CHU- (article L. 6142-1 du CSP).

⁷⁵ Source Rapport « Faillite et carence de la recherche médicale universitaire » de Philippe EVEN, directeur de l'Institut Necker.

L'AP-HP intervient dans les domaines de la recherche institutionnelle, où elle est le promoteur de la recherche à promotion industrielle et de la recherche à promotion académique qui s'effectuent hors de ses propres établissements. Au 30 septembre 2008, la recherche institutionnelle concernait 722 projets en cours. Elle avait permis, en 2007, la publication de 7 380 articles. De plus, l'AP-HP participe à un tiers des essais cliniques à promotion industrielle sur le médicament pratiqués en France. Il y a, enfin, en cours 500 projets de recherche à promotion académique, associant des équipes de l'AP-HP. En tout, ce sont près de 2 000 projets de recherche, tous promoteurs confondus, auxquels l'AP-HP participe directement ou indirectement.

La circulaire DHOS/OPRC du 26 mai 2005 prévoit que, dans chaque établissement hospitalo-universitaire, un département ou une fédération de la recherche clinique est mis en place, rassemblant l'ensemble des moyens et structures opérationnels de recherche.

Conformément à ces dispositions, l'AP-HP s'efforce de mettre en place de tels pôles dédiés à la recherche. Ainsi, l'hôpital Chenevier - Henri Mondor a créé, en 2007, un pôle « recherche clinique et santé publique ». De même, l'hôpital Bichat – Claude Bernard comprend un pôle santé publique et recherche clinique.

Toutefois, ces pôles sont loin d'être achevés, compte tenu de la dispersion et des difficultés d'identification des activités concernées. Cette organisation est, en fait, une structure support d'aide administrative à la recherche. Elle n'a donc pas vocation à embrasser l'ensemble de la recherche de l'hôpital Chenevier - Henri Mondor, qui, du point de vue opérationnel, continue à relever de chaque pôle concerné. Le pôle recherche ne dispose ainsi ni de contrat de pôle, ni d'indicateurs, ni de CREA.

La constitution des pôles de recherche, comme les tentatives d'évaluation des moyens spécifiquement dédiés à la recherche, se sont jusqu'à ce jour heurtées à l'extrême intrication, dans les faits, des activités de recherche cliniques et de soins. Dans ces conditions, le résultat de la mise en œuvre des dispositions de la circulaire précitée ne peut être que décevant. L'évaluation à mener passe probablement davantage par la mise en œuvre d'outils relevant de la comptabilité analytique.

3.2.2. Le financement de la recherche à l'hôpital

3.2.2.1.1. Le financement par l'assurance maladie

Comme la plupart des nombreuses autres missions d'intérêt général, la recherche à l'hôpital est financée par la dotation des MIGAC, et plus précisément par l'enveloppe de crédits MERRI. En 2008, cette dernière représente pour l'AP-HP une ressource de plus de 500 M€⁷⁶, soit 45 % des crédits MIGAC qu'elle reçoit et 8 % de ses recettes totales au titre de l'activité principale.

Il est à noter que cette enveloppe conséquente qui permet de financer des activités nombreuses et variées, fait l'objet d'une notification sommaire et globalisée de la part de la DHOS, ce qui peut nuire à la qualité de la gestion attendue pour ce type de crédits fléchés.

⁷⁶ Soit un socle fixe forfaitaire de 160 M€, une part modulable de 264 M€, dont 191 M€ au titre des publications, 65 M€ pour l'accueil des étudiants et 8 M€ au titre de ses brevets, une part variable de 77 M€ et la part variable non reconductible pour 34 M€ en 2008.

3.2.2.1.2. Le financement des essais par les promoteurs industriels

Le département de la recherche clinique et du développement (DRCD) fonctionne au sein de l'AP-HP comme un guichet unique pour les promoteurs industriels depuis octobre 2004. Ce mode d'organisation constitue une réelle amélioration dans les relations établies avec les partenaires privés. Avant cette date, chaque établissement négociait le montant des dédommagements qu'il percevait, sur la base d'un calcul réalisé par le laboratoire promoteur. Depuis, une convention est établie, quel que soit le nombre de centres d'inclusion. Cette convention précise, en particulier, les modalités de prise en charge par le promoteur des frais supplémentaires supportés par l'AP-HP pour l'essai clinique, objet du contrat.

En outre, une grille de calcul des surcoûts hospitaliers engagés pour la réalisation d'un essai à promotion industrielle a été élaborée, commune à l'ensemble des établissements de l'AP-HP. Cette évaluation (ex-ante), pour incomplète et discutable qu'elle soit, jette les bases méthodologiques d'une évaluation du surcoût lié à la recherche.

Le rôle du DRCD s'arrête à la signature de la convention unique. Chaque établissement procède ensuite aux mandatements des dépenses qui le concernent sans intervention d'un contrôle centralisé.

Le montant annuel, facturé par l'ensemble des hôpitaux de l'AP-HP aux laboratoires promoteurs au titre des surcoûts générés par les 709 essais cliniques en cours, est de l'ordre de 2,5 M€. Ce montant apparaît très faible au regard du budget de 34 M€ géré par le DRCD pour financer les surcoûts des 722 essais institutionnels. Il convient d'ajouter qu'il n'inclut pas les honoraires liés à la charge de travail du personnel médical. Ces honoraires médicaux font l'objet d'accords directs avec les médecins concernés et sont versés au profit de structures ad hoc (le plus souvent des associations ou des fondations), hors du champ de l'AP-HP. Les honoraires seraient compris entre 3 000 à 5 000 € par dossier complet, ce qui représenterait, au vu du nombre de dossiers, une recette annuelle supplémentaire de 40 M€ environ, qui échappe à l'AP-HP.

Le temps que consacrent les médecins à ces essais et qui justifie le montant de ces honoraires, ne fait donc l'objet d'aucune évaluation quantitative, ni d'aucun dédommagement de la part du promoteur au profit de l'AP-HP. Or, ce temps correspond à une charge qui est supportée par l'AP-HP.

Plusieurs études ont cherché vainement à apprécier le surcoût lié à la recherche⁷⁷. Le problème essentiel est celui du temps médical consacré à l'activité de recherche. L'hôpital ne reçoit, en contrepartie de ce temps qui est « perdu » pour les soins, qu'une compensation à hauteur de 25 % des dépenses de PM, par le biais de la dotation MERRI.

⁷⁷ En 1994, une comparaison des composantes des coûts moyens par séjour entre deux sous-échantillons de l'ENC (le premier comportant les CHU et les centres de lutte contre le cancer (CLCC), le second les autres établissements), après analyse des seuls postes susceptibles d'être touchés par les activités d'enseignement et de recherche (pour l'essentiel, les postes de dépenses médicales), a conduit à attribuer aux CHU une majoration de leur budget d'exploitation de 13 % dans le cadre du calcul de la valeur du point indice synthétique d'activité (ISA). Cette estimation est évidemment très approximative et se voit facilement reprocher le fait de mélanger toute une série d'autres effets de différenciation des coûts. L'école des Mines de Paris a réalisé deux études, en 2001 et 2007, concernant l'évaluation des surcoûts liés à la recherche dans les hôpitaux.

De fait, les activités concernant l'enseignement et la recherche sont intimement mêlées aux dépenses de soins. Dans ces conditions, il est impossible avec les éléments actuellement disponibles de déterminer quelle part des 300 M€ de l'écart de convergence est attribuable respectivement aux activités de soins et à celles de recherche.

3.3. L'activité des laboratoires de biologie

L'AP-HP comptait 208 laboratoires de biologie en 2003, soit une dépense annuelle de 324 M€. La direction générale a souhaité rationaliser cette activité qui concourt aux soins. A cet effet, la biologie a fait l'objet d'un schéma cadre spécifique, inclus dans le plan de retour à l'équilibre.

3.3.1. La rationalisation de l'activité de biologie

Le schéma cadre de la biologie visait à limiter la dispersion des activités et la surprescription évaluée à 45,8 % pour les patients hospitalisés en MCO, comparativement à l'ENC⁷⁸.

Le bilan de ce schéma, tiré en janvier 2008, apparaît fortement contrasté. Ainsi, sur les 170 actions qui y sont définies, 69 étaient déjà réalisées et 83 étaient seulement engagées. Parmi ces dernières, certaines mesures s'étalent sur le long terme, comme le transfert et le regroupement d'activités, la juste prescription des analyses biologiques et la veille sur les activités innovantes.

Le suivi de la réorganisation de la biologie a été effectué dans le cadre du plan Equilibre. De 2004 à 2007, le bilan fait apparaître une contribution de la biologie aux économies de 19,4 M€, soit près de 10 % de l'effort d'économie global. La rationalisation des moyens humains aurait permis une économie de 4 M€ ; la mutualisation des gardes, une économie de 1,1 M€ ; le regroupement des examens très spécialisés sur quelques sites référents, une économie d'un peu moins de 1 M€ ; le transfert de six laboratoires des hôpitaux de long et moyens séjours vers les établissements de court séjours, un gain de 1,9 M€ ; la juste prescription des actes de biologie aurait permis une moindre dépense de 3,7 M€.

Or, l'examen attentif de ce bilan montre que l'économie liée à la juste prescription correspond, en fait, à la réduction de crédits affectés aux réactifs et ne recouvre que très imparfaitement le champ de cette notion.

Par ailleurs, les données de la SAE de 2004 et de 2007 font ressortir l'augmentation des personnels de laboratoire en 2007 par rapport à 2004, en contradiction avec l'affichage d'une économie de 4 M€, liée à la suppression de près de 200 postes. Cet écart s'explique par la méthodologie utilisée pour assurer le suivi du plan. L'AP-HP s'est attaché exclusivement à la prise en compte des crédits budgétaires qui ont été économisés.

L'absence d'élaboration de tableau coût case mix (TCCM), depuis 2005 et de tableaux synthétiques d'activité (TSA) pour 2007 fait obstacle à un suivi économique précis des performances en la matière.

⁷⁸ Cf. étude de 2003 de la direction de la politique médicale (DPM)

La DPM a cependant entrepris un important et régulier travail de suivi. Mais, dans le cadre d'un plan de restructuration aussi substantiel que celui envisagé dans le schéma cadre de la biologie, il présente bien des insuffisances.

La DPM utilise, en outre, deux indicateurs synthétiques pour apprécier les effets de la mise en oeuvre du schéma cadre. Le premier est le nombre d'actes en B et en B hors nomenclature prescrits par séjours et séances en MCO. Depuis la mise en oeuvre du plan, cet indicateur évolue de manière favorable pour l'ensemble de l'AP-HP, passant entre 2003 et 2007 de 1,078 à 1,041 actes par séjour⁷⁹.

Cependant, la chambre a constaté qu'à l'hôpital Chenevier - Henri Mondor, faute de récupération exhaustive des données du logiciel GLIMS de gestion des laboratoires par le logiciel GILDA de données administratives, l'indicateur des actes en B et B hors nomenclature par séjour de MCO est erroné. L'implantation de ce système de gestion des laboratoires, encouragée par la DPM dans le but d'harmoniser l'information, peut donc avoir un effet pernicieux en termes de statistiques.

Le deuxième indicateur mesure la performance de la biologie par établissement, en appréciant l'écart entre la prescription attendue selon l'ENC, à case mix comparable, et les activités de biologie prescrites dans le champ de la MCO. L'évolution de cet indicateur montre qu'après trois années consécutives d'amélioration, l'écart entre l'AP-HP et l'ENC s'est à nouveau creusé en 2007, approchant les 50 %⁸⁰.

L'exemple des actes en B hors nomenclature est symptomatique des avancées et des difficultés rencontrées dans les efforts de cadrage des activités à l'AP-HP.

Les actes cotés hors nomenclature représentent environ 30 % des actes de biologie effectués à l'AP-HP. En 2003, en l'absence de référentiel commun, les examens concernés recouvraient des prestations très différentes et des tarifs divers d'un laboratoire à l'autre. Une des actions transversales du schéma cadre de la biologie concernait la mise en place d'un référentiel commun et homogène, tant sur les intitulés que sur la cotation des actes de biologie hors nomenclature, d'autant qu'une analyse des prescriptions des actes en B, effectuée en 2006 par la DHOS, avait montré une sur-prescription au sein de l'AP-HP des actes en B de 13 % et des actes en B hors nomenclature de 24,6 % par rapport à l'ENC. L'élaboration de ce référentiel a commencé en juin 2005, sa mise en application est intervenue en janvier 2006, avec une seconde version applicable à compter de janvier 2008. Si l'élaboration de ce guide représente un progrès incontestable, les changements de méthodologie rendent le dénombrement des actes en B, y compris hors nomenclature, effectués en 2003, 2006 et 2008, difficilement comparables entre eux.

3.3.2. L'exemple du regroupement des laboratoires de biologie à l'hôpital Chenevier - Henri Mondor

Une étude datant de juin 2003 concluait à l'intérêt financier et organisationnel de fermer les laboratoires de biologie (hématologie, biochimie et microbiologie) sur le site de l'hôpital de Chenevier et identifiait une économie potentielle de 790 000 €, grâce au redéploiement de neuf ETP PNM, de quatre PH, d'un interne et de 11 vacations.

⁷⁹ Source : tableau DPM/SATIM/COPIL BIOLOGIE -28 janvier 2008 et suivi par établissement de mars 2008

⁸⁰ Source : tableau DPM/SATIM/COPIL BIOLOGIE -28 janvier 2008 et suivi par établissement de mars 2008

Le transfert des laboratoires de ce site vers celui de l'hôpital Henri Mondor a été réalisé en 2004. Aucune évaluation économique et financière ex-post n'a été réalisée après cette opération. Pourtant, il aurait pu être intéressant d'y procéder, étant donné que le schéma cadre de la biologie envisageait le transfert de tous les laboratoires des hôpitaux de long et moyen séjour vers des hôpitaux de court séjour.

A partir des éléments dont elle a disposé, la chambre a cherché à établir un bilan économique du transfert des laboratoires entre les deux sites.

Les données de suivi du plan Equilibre 2004-2007 montrent que, en 2004 et 2005, la réorganisation des laboratoires de biologie a permis de « rendre » 9,75 postes de PNM, ainsi que 22 mensualités de personnel médical, c'est-à-dire de réaliser en tout une économie de 409 000 €, soit à peine plus de la moitié de ce qui était attendu, compte non tenu des coûts supplémentaires de transports des prélèvements occasionnés par le transfert.

Le TCCM 2005 fait apparaître un coût des actes en B pour l'hôpital Chenevier – Henri Mondor de 0,17 €, pour une moyenne au sein de l'APHP de 0,16 €. Toutefois, si l'on se réfère au TSA de 2006 de l'hôpital, on observe que 99 millions d'actes en B⁸¹ ont été effectués pour un coût global, hors coût indirect, de 22,5 M€, soit un coût moyen des actes en B de 0,23 €, entraînant un surcoût annuel de 5 M€ par rapport à celui constaté pour l'ensemble de l'AP-HP. L'explication de cette divergence tient notamment au fait que deux des laboratoires de l'hôpital, qui représentent la moitié de ses dépenses directes en biologie, ont des coûts par actes en B supérieurs de 50 et 75 % à ceux observés en moyenne à l'AP-HP.

Les données de la SAE montrent que les effectifs des laboratoires de l'hôpital ont été réduits de l'ordre de trois ETP pendant deux ans, pour réaugmenter ensuite de près de 12 ETP et que le nombre des actes en B par agent du laboratoire n'a progressé que faiblement entre 2004 et 2006, pour atteindre respectivement, en 2006 et 2007, 460 000 et 278 000 actes pour une moyenne nationale de 600 000 observée pour l'ensemble des EPS.

Par ailleurs, des actions ont été entreprises pour diminuer le volume des actes en B prescrits. Selon le responsable du comité de la juste prescription, des examens n'ayant pas fait la preuve de leur intérêt ont été arrêtés, d'autres, prescrits trop fréquemment et pas toujours à bon escient, devaient être motivés. Des réunions d'information auprès des prescripteurs, notamment les internes, ont été organisées et un livret de recommandations de bonnes pratiques a été diffusé. Toutefois, la portée d'une telle action est faible, car les internes changent de poste tous les six mois.

En outre, le développement simultané de cette démarche de maîtrise des volumes de prescription et de la prescription informatisée grâce au logiciel Actipidos s'est traduit par des effets contraires. En effet, la saisie informatisée peut générer une sur-prescription, car elle simplifie considérablement les demandes d'examens. Dans l'état actuel du système, il n'y a pas de dispositif d'alerte permettant de signaler les doublons de prescriptions. La chambre note qu'à l'hôpital Broussais - HEGP où un tel système a été mis en oeuvre, la réduction du nombre d'actes en B prescrits n'a été que de 2 %.

Les résultats de ce regroupement montrent, à la fois, l'intérêt d'un regroupement de laboratoires dispersés, mais également, les limites de l'exercice, faute de disposer de leviers efficaces sur la prescription et de mener une politique adaptée des ressources humaines.

⁸¹ Il y a neuf laboratoires au sein de l'hôpital, constituant une unité dans le TSA.

3.4. L'activité d'imagerie

Le parc d'équipements en imagerie disponible à l'AP-HP est à la taille de l'établissement. Comme souvent, les chiffres fournis par l'AP-HP ne sont pas en totale adéquation avec ceux de la SAE ; les premiers sont globalement supérieurs aux seconds.

L'AP-HP a récemment cherché à rationaliser l'exploitation de son parc d'équipement. En effet, à la fin de 2007, le directeur général a souhaité faire le point sur l'implantation des équipements lourds d'imagerie. Des rapports particuliers d'évaluation portant sur l'activité de l'année 2007 ont été rédigés. Ils concernent les appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM), les scanners, les tomographes par émission de positon (TEP) et les gammacaméras. Parallèlement, un comité de pilotage de l'imagerie, animé par la DPM, en lien avec les deux collégiales concernées, a travaillé dans trois directions : la réduction des délais d'installation des équipements, la comparaison systématique des avantages respectifs de la location et de l'achat et l'amélioration des délais de rendez vous et de remise des comptes rendus pour améliorer la fluidité.

L'absence de réflexion sur la juste prescription des examens s'explique par le fait qu'en imagerie médicale, contrairement à la biologie, le médecin radiologue doit valider la demande avant de réaliser l'examen. Cependant, il conviendrait qu'une étude soit réalisée sur la tarification des séjours, afin de déterminer la quotité d'examens radiologiques qu'ils recouvrent effectivement. Cette proposition ne vise pas à ajuster la prescription des examens à ce ratio financier, mais elle permettrait probablement de vérifier si les pratiques ne s'écartent pas trop des conditions de financement et de mettre ainsi en évidence, le cas échéant, un sous-calibrage du tarif. Par ailleurs, un référentiel d'examens radiologiques pourrait être établi par consensus pour l'essentiel des séjours courants réalisés à l'AP-HP, afin d'éviter les sur-prescriptions.

3.4.1. La productivité des équipements

L'AP-HP s'est engagée dans un effort important de renouvellement de ses équipements, ainsi qu'en témoigne les taux de vétusté de 2007, soit 48,8 % pour les IRM, 34,3 % pour les scanners, 19,4 % pour les TEP, 37,1 % pour les gammacaméras, très inférieurs à ceux des autres équipements de l'AP-HP, de l'ordre de 60,7 % .

Le directeur général a fixé, fin 2007, des objectifs annuels d'utilisation des appareils d'imagerie soumis à autorisation, soit 10 000 à 12 000 actes par an et par scannographe et 4 000 à 4 500 actes annuels par IRM. Il a été, cependant, convenu de pondérer ces objectifs pour la pédiatrie et les maladies dont la prise en charge est complexe. Les conditions d'atteinte de ces objectifs ont été discutées site par site et des pistes ont été, le cas échéant, définies localement. Les rapports établis à la fin de 2007 permettent d'apprécier les évolutions qu'il reste à mettre en œuvre.

Pour les IRM, l'activité a été orientée à la hausse entre 2005 et 2007, qu'elle soit mesurée par le nombre de patients qui est passé de 67 922 à 82 829 - soit une croissance de 21,95 % -, par le nombre d'examens ou par le nombre d'actes qui ont respectivement augmenté de 22,51 % et de 20,23 %.

En revanche, le nombre de patients traités par appareil diminue, passant de 3 881 en 2005 à 3 451 en 2007, soit une baisse de 11,08 % , comme d'ailleurs le nombre d'examens ou d'actes par appareil qui s'est respectivement réduit de 10,67 % et de 12,34 %.

En outre, les objectifs de productivité fixés par le directeur général ne sont atteints, en 2007, que dans sept des 18 établissements concernés. Même si l'on prend en compte les index de complexité relative (ICR), la corrélation entre complexité et productivité ne paraît pas évidente⁸².

L'activité des scanners a progressé, passant de 167 873 patients en 2005 à 177 126 en 2007, soit une augmentation de 5,5 %. En nombre total d'exams, la croissance est encore plus nette, puisqu'elle atteint 12,90 % sur la même période. En nombre d'actes, enfin, l'augmentation est également très importante et constante d'une année sur l'autre. Elle a atteint 6,67 % entre 2005 et 2006 et 6,83 % entre 2006 et 2007, soit, globalement, 15,03 %.

Comparé aux objectifs fixés par le directeur général, le nombre moyen d'actes par appareil s'est établi à 9 290 à la fin de 2007, soit 7 % de moins que l'objectif minimal. Sur les 23 établissements concernés, six avaient dépassé l'objectif, sept l'avait atteint. Cependant, hors hôpitaux dédiés à la pédiatrie ou accueillant des patients polyhandicapés, la moyenne des actes par appareil a atteint 10 024. En outre, les performances d'activité ne sont pas parfaitement corrélées ni aux incidents techniques, ni à la technicité des actes mesurée par les ICR moyens⁸³. La chambre estime donc que les conditions mêmes d'utilisation des scanners doivent être analysées sous l'angle de l'organisation des services, afin de dégager et de diffuser les meilleures pratiques.

En médecine nucléaire, l'activité a été très perturbée en 2006 et 2007 par les remplacements d'appareils et les travaux de mise en conformité des locaux exigés par l'autorité de sûreté nucléaire.

Pour les TEP, l'activité a fortement augmenté entre 2005 et 2007, compte tenu de la mise en service de deux des appareils à la mi-2005. Le nombre d'actes est ainsi passé de 5 048 à 9 370 entre 2005 et 2007, soit une progression de 85,62 % avec, notamment, une utilisation plus intensive des équipements. On comptait ainsi 1 010 actes par TEP en moyenne en 2005 et 1 874 actes par TEP en moyenne en 2007.

L'activité diffère, cependant, fortement selon les hôpitaux. En 2007, exprimée en nombre d'actes par TEP, elle s'échelonne de 2 357 à l'hôpital Saint-Louis à 1 493 à l'hôpital de La Pitié-Salpêtrière (avec une moyenne de 1 671 à l'hôpital Chenevier - Henri Mondor, 1 846 à l'hôpital Tenon et 2 003 à l'hôpital Broussais - HEGP). On constate que ni la durée d'immobilisation, ni la complexité de l'examen ne déterminent complètement la performance en termes d'activité. L'organisation des prises en charge est, en revanche, déterminante, puisqu'il n'y a pas de corrélation entre le nombre d'heures annuelles de disponibilité des équipements et le nombre de patients par heure traités. Ainsi, en 2007, à l'hôpital Chenevier - Henri Mondor, on compte 2 125 heures de disponibilité pour 0,79 patient par heure, alors que, pour l'hôpital Broussais - HEGP qui a connu une fermeture de sept semaines pour incident technique et pour celui de la Pitié-Salpêtrière qui a été arrêté pendant un mois, ces deux grands atteignent respectivement 1 881 et 1,06 pour le premier et 1 998 et 0,75 pour le second⁸⁴.

⁸² Source : rapport d'activité 2007 IRM

⁸³ La moyenne en 2007 de l'AP-HP des ICR était de 62,19.

⁸⁴ Rapport d'activité 2007 des TEP et gammas caméras

Pour les gammas caméras, l'activité a baissé entre 2005 et 2007. Elle est passée de 84 317 actes en 2005 à 61 988 actes en 2007, soit une diminution de 26 %. En 2007, le nombre moyen d'actes réalisés est de 1 631 actes par appareil, en baisse de 28 % par rapport à 2005⁸⁵. Une fois de plus, l'activité est très fortement liée à l'organisation des prises en charges, en l'absence de corrélation entre le nombre d'acte et le nombre d'heures de disponibilité des équipements.

3.5. Les blocs opératoires

L'activité chirurgicale structure en grande partie l'organisation des hôpitaux de l'AP-HP. Elle représente 29 % des lits installés et 28 % des entrées.

Le recoupement, à partir des données de la SAE de 2007, du nombre des interventions et de celui des personnels affectés aux blocs opératoires, fait apparaître des divergences très importantes entre les établissements :

- le nombre annuel d'interventions par anesthésiste et par établissement est ainsi compris entre 81 (soit 1 tous les 2 jours et demi⁸⁶) et 983 (soit près de 5 interventions par jour), alors que la moyenne annuelle pour l'AP-HP se situe autour de 350 (soit 1,7 intervention par jour) ;
- le nombre annuel d'interventions rapporté au personnel non médical affecté aux blocs opératoires avoisine 70 en moyenne pour l'AP-HP. Mais ce ratio s'échelonne de 17 à plus de 186, selon les hôpitaux concernés.

Quatre hôpitaux ont fait l'objet d'une analyse particulière : les trois établissements identifiés au titre de l'enquête, dans lesquels les blocs opératoires sont rattachés directement aux CEL et celui de Necker – Enfants malades, où les trois blocs opératoires sont intégrés dans les différents pôles. L'analyse du fonctionnement des blocs opératoires repose sur les constats de la MEAH réalisés sur les différents établissements de l'AP-HP, complétés par des entretiens conduits avec leur responsable, faute de disposer d'informations statistiques ou de documents portant sur l'utilisation des blocs.

3.5.1. Les activités des différentes salles

Les audits réalisés par la Meah font apparaître des performances globalement assez faibles, en tous cas, inégales des différentes salles opératoires.

Ainsi, pour l'hôpital Chenevier - Henri Mondor, le rapport entre le temps de vacation offert aux praticiens (TVO) et le temps conventionnel de capacité d'utilisation fixé par la MEAH, est de 80,94 %, alors que l'objectif cible est compris entre 80 et 100 %. Le bloc opératoire de l'hôpital est donc dans la limite basse de la fourchette. Le rapport entre temps réel d'occupation des salles (TROS) et TVO est de 62,94 %, performance faible au regard de l'objectif cible, fixé à 85 %. Enfin, le taux de débordement, qui correspond à l'utilisation des salles au-delà des horaires d'ouverture réglementés, est de 12,76 %, alors que l'objectif cible est inférieur à 5 %.

⁸⁵ Rapport d'activité 2007 des TEP et gammas caméras

⁸⁶ sur la base de la durée annuelle de travail de référence : 207 jours

La situation relative des spécialités y est donc très variable : certaines apparaissent en forte activité et d'autres surdotées. Deux exemples sont symptomatiques : d'une part, la chirurgie viscérale enregistre un TVO proche du maximum (96,9 % du temps conventionnel), un TROS correspondant à l'objectif cible (85,8 % du TVO), mais des taux de débordement excessifs (27,3 % du TVO), qui posent question sur les moyens offerts à cette activité ; d'autre part, la neuro-chirurgie, affiche un TVO très faible, comparé à l'objectif (54,7 %), un TROS très en-deçà de l'objectif cible (47 %) et un taux de débordement néanmoins très important (17 %).

A l'hôpital Bichat – Claude Bernard⁸⁷, les performances en matière d'occupation réelle des salles, calculées par le rapport entre le TROS et le TVO, et de débordement, sont également très variables en fonction des spécialités : en chirurgie générale, la performance en matière de temps d'occupation réelle, de 87,50 %, est conforme à l'objectif fixé par la MEAH, alors que le taux de débordement est légèrement supérieur à l'objectif de la MEAH (7,44 % contre 5 % maximum). Dans toutes les autres spécialités, les performances en termes d'occupation des salles sont inférieures à l'objectif recherché (78,49 % en urologie, 74,62 % en chirurgie thoracique, 69,63 % en orthopédie, 66,1 % en cardiologie). L'hôpital explique cette moindre performance en cardiologie par la nécessité de conserver une salle d'urgence disponible l'après-midi en cas de besoin de reprise immédiate des patients opérés le matin.

De même, les taux de débordement sont supérieurs à la limite fixée par la MEAH pour toutes les spécialités. Si les taux restent raisonnablement élevés en urologie (6,34 %) et en cardiologie (8,63 %), ils sont anormalement forts en orthopédie (21,39 %) et en chirurgie thoracique (27,11 %), notamment au regard des performances en matière d'occupation réelle des salles.

A l'hôpital Broussais – HEGP, hors salles d'urgence, les taux d'ouverture diffèrent entre les salles du premier étage (59 %) et celles du troisième étage (65 %). Les taux d'occupation sont inverses : 63 % pour les salles du premier étage, 56 % pour les salles du troisième étage. Les taux de débordement sont de 19 % au premier étage et de 15 % au troisième étage. Les performances sont donc relativement faibles sur tous les indicateurs analysés.

Du reste, la comparaison avec les CHU de 15 salles et plus se fait au détriment de l'établissement. Ainsi, son taux moyen d'ouverture est de 59 % contre 64 % en moyenne dans les CHU, son taux d'occupation est de 55 % contre 68 % et son taux de débordement de 13 % contre 7 %. En termes de productivité, l'hôpital se situe en position plutôt favorable par rapport à la moyenne des CHU disposant de plus de 15 salles d'opération, même si le nombre d'intervention par anesthésiste est beaucoup plus faible. La complexité des cas peut expliquer en partie ce constat.

A l'hôpital Necker – Enfants malades, les résultats de l'audit de la MEAH, effectué en 2008⁸⁸, montrent, une fois de plus, la diversité des conditions d'utilisation des salles. Ainsi, les salles non dédiées à l'urgence du secteur adulte offrent un taux d'ouverture proche de l'objectif cible de la MEAH (94 %), mais un taux d'occupation insuffisant (75 %). Le taux de débordement de 5 % avancé semble peu cohérent avec le taux d'occupation. En revanche, les six salles réservées à la chirurgie cardiaque infantile ont un taux d'ouverture faible (69 %), mais des taux d'occupation et de débordement très satisfaisants, respectivement 97 % et 4 %.

⁸⁷ L'audit de la MEAH n'a porté que sur le bloc central.

⁸⁸ Portant sur la seconde partie du « benchmarking des blocs » – RH, activité et productivité.

La comparaison avec les CHU, comptant 15 salles et plus, permet d'observer que le taux d'ouverture moyen de l'établissement est de 59 % contre 64 % en moyenne dans les CHU, que le taux de débordement est de 9 % contre 7 % pour les CHU et que le taux d'occupation est de 77 % contre 68 % pour les CHU. En termes de productivité, l'établissement se situe ainsi systématiquement en position plus défavorable que la moyenne des CHU disposant de plus de 15 salles d'opération. Ce constat est particulièrement vérifié pour l'anesthésie. La prise en compte, au travers des ICR, de la complexité des cas ne modifie pas ce classement, sauf à considérer que la prévalence des enfants dans la prise en charge constitue, en soi, une difficulté supplémentaire.

3.5.2. L'organisation des blocs opératoires

Lors de la mise en place des pôles, le groupe structure de la CME a promu, sans être toujours entendu, le rattachement direct des blocs opératoires aux CEL, espérant améliorer leur gestion, notamment au travers de la mutualisation des salles, voire des équipes.

Sur les quatre établissements étudiés, seul l'hôpital Necker – Enfants malades, doté d'une structure pavillonnaire, a intégré ses salles d'opération dans les pôles.

Quelle que soit l'organisation retenue, les blocs constituent de fait des entités peu autonomes, notamment parce qu'ils sont la résultante de la juxtaposition de salles dédiées aux différentes spécialités chirurgicales.

Les budgets des blocs, lorsqu'ils sont identifiés, représentent des montants faibles. Par exemple, à l'hôpital Chenevier - Henri Mondor, un centre de responsabilité identifie les dépenses relatives au fonctionnement du bloc opératoire commun. Il ne comprend que des dépenses à caractère médical et à caractère général et hospitalier, pour un montant de 201 961 € en 2007. De fait, l'essentiel des charges afférentes au fonctionnement du bloc sont incluses dans les budgets des services de chirurgie (sept services, répartis entre trois pôles).

Dans tous les établissements, chaque service de chirurgie est pourvu de salles d'opération et d'équipes identifiées, en semaine et de jour. Les rares mutualisations concernent les salles réservées aux urgences et les salles septiques, ainsi que les moyens anesthésiques. A l'hôpital Chenevier - Henri Mondor, une panseuse était, au moment de l'enquête, complètement polyvalente et intervenait par décision d'affectation des cadres transverses dans tous les secteurs, sur une plage horaire s'étendant de 8 heures à 16 heures. Le recrutement d'une deuxième infirmière polyvalente devait permettre un élargissement de cette mutualisation.

A l'hôpital Broussais - HEGP, à la suite de l'incident électrique survenu le 14 août 2007 et de l'impossibilité d'exploiter le bloc opératoire du deuxième étage, une organisation transitoire a été mise en place, mutualisant les salles disponibles et élargissant les périodes d'ouverture, de sorte que deux équipes puissent utiliser la même salle. L'hôpital a donc su réagir rapidement et positivement aux besoins liés à une situation de crise, le retour à la normale s'étant accompagné d'une nouvelle spécialisation des salles.

Un cadre supérieur paramédical encadre l'activité au sein des blocs rattachés directement au CEL. A l'hôpital Chenevier - Henri Mondor, il est secondé par un cadre transverse et chaque secteur opératoire est doté d'un cadre supérieur de santé. La présidence du conseil de bloc est systématiquement assurée par un médecin mais à l'hôpital Chenevier - Henri Mondor toujours, le titulaire de la fonction n'a pas été désigné comme responsable du groupe de réflexion sur les travaux programmés du bloc.

Des chartes de bloc ont été établies dans la plupart des établissements, comme à l'hôpital Broussais – HEGP, récemment, ou, comme à l'hôpital Necker – Enfants malades, de manière incomplète (le secteur adulte n'a pas élaboré de charte de bloc). A l'hôpital Chenevier - Henri Mondor, la charte ne mentionne pas explicitement les horaires d'ouverture des blocs et se contente de poser quelques jalons, parmi lesquels les horaires de la garde médicale de semaine de 17 heures à 8 heures le lendemain, qui mobilise notamment les anesthésistes, l'ouverture des salles à 7 heures, l'heure d'arrivée des premiers patients à 7 heures 30, l'heure de présence au bloc opératoire des anesthésistes à 8 heures et d'incision chirurgicale entre 8 heures 15 et 8 heures 30. De fait, les heures d'ouverture du bloc opératoire de 8 heures à 18 heures résultent de la coutume et ne sont indiquées dans aucun document officiel. Les responsables des blocs confirment qu'il est fréquent que sept salles soient encore ouvertes après 18 heures. Le rapport de la MEAH montre d'ailleurs que les taux de débordement sont ici importants. Ce constat aurait dû conduire à modifier l'organisation de l'anesthésie dont la garde médicale débute à 17 heures.

A l'hôpital Bichat – Claude Bernard, la présence d'un anesthésiste jusqu'à 18 heures dans chacun des secteurs permet de continuer l'activité (urgences ou débordement), au-delà de 17 heures. En revanche, le rapport de la MEAH a relevé, parmi les points faibles de la gestion du bloc, l'inadéquation des horaires des différentes catégories de personnel.

3.5.3. Les amorces de réorganisation

Contrairement aux secteurs de la biologie et de l'imagerie, les blocs opératoires n'ont pas fait l'objet d'une étude pilotée par le siège. Cependant, il leur a été demandé, par courrier du directeur général aux établissements, de s'inscrire dans l'enquête réalisée par la MEAH, dans le cadre de la campagne de 2007 de benchmarking en Ile-de-France⁸⁹.

19 établissements de l'AP-HP ont participé à cette enquête. Les hôpitaux Rotschild et Charles Foix-Jean Rostand s'en sont exclus pour cause de fermeture ou de transfert imminent. Les hôpitaux Jean Verdier et Louis Mourier n'ont, quant à eux, pas répondu à la demande du directeur général et l'hôpital de La Pitié-Salpêtrière n'a pas souhaité s'y engager.

Ces études ne semblent pas avoir donné lieu à une analyse d'ensemble, ni à l'édition de prescriptions générales. En effet, les suites données aux audits de la MEAH apparaissent très limitées, tant en matière de mutualisation des salles que de polyvalence des personnels et d'organisation des temps de travail.

⁸⁹ Comité technique local d'établissement du 29 mai 2008 de l'hôpital Chenevier - Henri Mondor « Etude des blocs opératoires à l'AP-HP MEAH » ; source documents de la DPM.

A l'hôpital Chenevier - Henri Mondor, la diffusion des résultats de la MEAH a conduit à transformer l'une des trois salles initialement dédiées à la neuro-chirurgie en salle polyvalente, selon des modalités qui demeurent complexes. Ainsi, le chef du service de neuro-chirurgie détermine les plages durant lesquelles cette salle ne sera pas occupée par son service et les communique aux cadres transverses. Ceux-ci attribuent alors ces créneaux aux autres services intéressés et réaffectent des personnels en service dans les secteurs, en accord avec les cadres de ces derniers.

La mutualisation des salles au bloc opératoire central de l'hôpital Bichat – Claude Bernard est déjà en cours, comme le souligne la direction de l'établissement, en réponse aux observations provisoires de la chambre. Elle se réduit, cependant, au seul « prêt » de salles sur certaines plages horaires : l'activité de chirurgie viscérale est ainsi réalisée pour partie au bloc orthopédie, les mercredis et jeudis, et la chirurgie cardiaque est réalisée dans une salle de chirurgie thoracique, les vendredis. Une mutualisation plus efficace a consisté à mettre en commun les personnels en urologie et digestif.

A l'hôpital Broussais – HEGP, la reprise d'un fonctionnement normal, après l'incident électrique de l'été 2007, a permis de reconfigurer la répartition des activités et de partager les 11 salles du troisième étage entre cinq spécialités contre quatre antérieurement. Par ailleurs, trois salles d'opération ont été « neutralisées » afin de développer de nouvelles activités tant conventionnelles qu'ambulatoires.

A l'hôpital Necker – Enfants malades, des progrès ont été enregistrés, selon la direction de l'établissement, dans la gestion des blocs, après l'audit de la MEAH, et le temps opératoire des salles sous-utilisées a été réalloué aux disciplines engorgées, notamment pour la prise en charge des urgences, qui ne bénéficient de salles dédiées qu'en chirurgie cardiaque infantile. Par ailleurs, les temps d'ouverture des salles a été aménagé pour correspondre aux vacations horaires des personnels.

La polyvalence des personnels est recherchée dans l'ensemble des hôpitaux dont l'organisation a été examinée. A l'hôpital Necker – Enfants malades, cette pratique a permis d'élargir, depuis 2007, les heures d'ouverture de certaines salles, par redéploiement du personnel non médical. A l'hôpital Chenevier - Henri Mondor, outre les deux agents polyvalents de jour et l'équipe de nuit, la coordinatrice de bloc peut négocier la mise à disposition des effectifs disponibles de cardio-chirurgie dans les autres secteurs.

Quant à la réorganisation des horaires, elle a été réalisée dans les hôpitaux Broussais – HEGP et Bichat - Claude Bernard pour accroître l'adéquation entre les personnels et l'activité et réduire ainsi la consommation de temps paramédical, conformément aux préconisations de la MEAH.

Par ailleurs, l'AP-HP a généralisé l'informatisation des blocs opératoires. A l'hôpital Necker - Enfants malades a été retenu comme site pilote pour l'implantation du logiciel de gestion des blocs, mis en œuvre également dans les hôpitaux Bichat - Claude Bernard et Chenevier - Henri Mondor. Selon la direction de l'hôpital, si, dans trois secteurs sur quatre, son utilisation est quasiment généralisée en tant qu'outil de mesure de l'activité tant prévisionnelle que réalisée, le secteur adulte continue d'opposer une forte résistance à la communication d'informations sur l'activité réalisée. Il est, cependant, prévu que le suivi des indicateurs intégrés dans le logiciel, proches de ceux diffusés par la MEAH, soit inclus dans les contrats signés avec les pôles. L'information issue de ce logiciel a vocation à être largement diffusée, permettant ainsi un contrôle par les pairs. Elle est dès maintenant débattue en conseil de bloc.

A l'hôpital Chenevier - Henri Mondor, toutes les salles du bloc sont informatisées. Néanmoins, la collecte des informations est insatisfaisante. La programmation des interventions n'est pas homogène sur l'ensemble du bloc : cinq secteurs disposent du même logiciel de programmation, le secteur de chirurgie vasculaire possède un logiciel spécifique et le secteur de neuro-chirurgie n'en a pas. De plus, la connexion sans fil du réseau pose manifestement des problèmes et ne permet pas l'enregistrement des différentes étapes des opérations en direct (il est prévu de câbler les salles pour assurer de meilleures conditions de connexion). Ce faisant, le planning prévisionnel est établi manuellement. Ce tableau ne permet évidemment pas de vérifier la réalisation conforme du programme et de gérer les urgences quotidiennes. Ce sont donc les cadres transverses qui surveillent l'avancement des opérations et mobilisent au coup par coup les disponibilités. Faute de suivi, il n'est procédé à aucune analyse du temps opératoire qui permettrait d'identifier les points de blocage, de redondance et de délais, de sorte qu'il y soit remédié.

A l'hôpital Bichat – Claude Bernard, le même logiciel a été généralisé à l'ensemble des intervenants du bloc. Si des résistances très vives ont été opposées à son utilisation comme support d'analyse rétrospective de l'activité, la direction de l'hôpital indique, cependant, dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, que son alimentation permet désormais la production automatisée des indicateurs d'occupation des blocs.

Les blocs opératoires souffrent d'une absence de pilotage. Pour y remédier, il appartient à la direction générale de l'AP-HP de désigner un chef de projet pour harmoniser les pratiques et promouvoir les meilleures d'entre elles. Il conviendrait également que la généralisation des logiciels de gestion des blocs aille de pair avec l'insertion d'indicateurs de performances dans les contrats d'objectifs et de moyens des pôles utilisateurs.

En conclusion de cette partie consacrée à l'affectation des moyens aux besoins, il n'est pas apparu que la juste affectation des moyens en fonction de la demande locale de soins ait constitué une priorité dans la réflexion sur l'organisation des services. Les différentes ressources, qu'elles soient humaines ou médico-techniques, sont encore réparties sur des bases influencées par le passé que les réformes récentes, comme les différents plans d'économie, n'ont pas permis de modifier, sinon à la marge.

La pratique récente de suivi d'activité a déterminé une surabondance d'indicateurs. Cumulée à des sources de données multiples et incohérentes et à un système d'information inadapté, elle complique le pilotage des 37 hôpitaux. A ce constat, s'ajoute une absence de culture de l'évaluation.

De plus, l'engagement insuffisant des services du siège n'a pas permis, ces dernières années, de progresser sur des sujets aussi importants que le temps médical ou la gestion des blocs opératoires. Il s'agit pourtant là d'une question essentielle dans la perspective de la stratégie qu'il appartiendra à la direction générale de l'AP-HP de définir, pour combler l'écart de convergence de 300 M€ d'ici à 2012.