

---

**DESSMS 2013 – 2014**

Promotion : **Geneviève LAROQUE**

Date du Jury : **Décembre 2014**

---

**Mise en œuvre d'un Contrat  
de Retour à l'Equilibre  
Financier (CREF) au Centre  
Hospitalier ALPHA  
Démarche, enjeux et préconisations**

---

**Marie MASSOT**

---

# Remerciements

---

Mes remerciements vont aux personnes ayant aidé à la réalisation de ce mémoire :

- Le directeur du Centre Hospitalier ALPHA, qui m'a accompagnée tout au long de mon stage et auprès duquel j'ai pu découvrir le métier de Directeur d'Etablissement Sanitaire, Social et Médico-Social (DESSMS) ;
- Toutes les personnes qui ont répondu à mes questions, et contribué à son élaboration, notamment les agents du Centre Hospitalier ALPHA, les tutelles (Conseil Général, Agence Régionale de Santé (ARS)), ainsi que les différents directeurs d'établissements que j'ai pu rencontrer au long de mon stage de professionnalisation, et avec qui j'ai pu avoir des échanges aussi riches qu'intéressants.
- Monsieur Le Roux, professeur de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP), qui a réussi à me faire aimer la gestion comptable budgétaire et financière.

Je remercie enfin mes collègues de la promotion Geneviève Laroque pour leur soutien et leur solidarité durant ces deux années à l'EHESP.

---

# Sommaire

---

<b>Introduction.....</b>	<b>1</b>
<b>1 Etat des lieux de la situation financière du Centre Hospitalier ALPHA.....</b>	<b>7</b>
1.1 Le Contrat de Retour à l'Equilibre Financier : une convention née pour des finances hospitalières saines .....	7
1.1.1 Contexte national d'apparition des difficultés financières des Centres Hospitaliers .....	7
1.1.2 La contractualisation d'un retour à l'équilibre dans un Centre Hospitalier en situation de déficit.....	12
1.2 Mise en avant des atouts et handicaps du CH ALPHA .....	14
1.2.1 Rôle et place prépondérants du CH ALPHA dans son environnement .....	14
1.2.2 Apparition du déficit au CH ALPHA : analyse des causes potentielles .....	16
<b>2 Mise en œuvre du CREF : stratégies managériales et organisationnelles développées par le CH ALPHA.....</b>	<b>19</b>
2.1 Optimisation de la marge de l'établissement sans altérer la qualité de la prise en charge : réduction des coûts et augmentation des produits.....	19
2.1.1 Répondre aux contraintes par une réduction des dépenses... ..	19
2.1.2 ...Ainsi qu'une augmentation des recettes .....	24
2.2 Focus sur les charges de personnel, principal poste de dépenses du Centre Hospitalier ALPHA .....	28
2.2.1 Réduction des dépenses de personnel par une diminution de la masse salariale .....	28
2.2.2 Modification des stratégies managériales déployées par la direction du CH ALPHA .....	29

<b>3 Identification des dérives lors de la mise en œuvre d'un CREF : préconisations pour un accompagnement efficace .....</b>	<b>32</b>
3.1 Mise en garde des dérives d'un management en période de CREF : l'équilibre au détriment de la qualité.....	32
3.1.1 Préconisations des acteurs extérieurs pour un objectif de retour à l'équilibre financier adapté.....	33
3.1.2 Eviter l'écueil d'une « santé à deux vitesses » pour un équilibre financier au détriment du service rendu à l'usager.....	34
3.2 Utilisation de multiples outils pertinents mis à disposition du DESSMS .....	36
3.2.1 Déploiement des outils financiers.....	36
3.2.2 La communication : outil « relationnel » vecteur d'amélioration nécessaire au bon fonctionnement d'un établissement sous CREF .....	41
<b>Conclusion.....</b>	<b>46</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>48</b>
<b>Annexe.....</b>	<b>51</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

ANAP :	Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux
APA :	Allocation Personnalisée d'Autonomie
AP-HP :	Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
ARS :	Agence Régionale de Santé
ASG :	Aide-Soignant (e) spécialisé (e) en Gériatrie
CH :	Centre Hospitalier
CHR :	Centre Hospitalier Régional
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
CME :	Commission Médicale d'Etablissement
CNR :	Crédit Non Reconductible
CNRA :	Caisse Nationale de Retraites des Agents des Collectivités Locales
CPOM :	Contrat Pluriannuel d'Objectif et de Moyens
CREF :	Contrat de Retour à l'Equilibre Financier
DESSMS :	Directeur d'Etablissement Sanitaire Social, Médico-Social
DGOS :	Direction Générale de l'Offre de Soins
DMS :	Durée Moyenne de Séjour
EHEPS :	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
EHPAD :	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ETP :	Equivalent Temps Plein
GIR :	Groupe Iso-Ressources
HPST :	Hôpital Patients Santé Territoires
IGAS :	Inspection Générale des Affaires Sociales
INSEE :	Institut National
I-SATIS :	Indicateur de la satisfaction des patients hospitalisés
LET :	Logistique Et Technique
MCO :	Médecine Chirurgie Obstétrique
PAA :	Plan d'Action Achats
PASA :	Pôle d'Activités et de Soins Adaptés
PASS :	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PHARE :	Performance Hospitalière pour des Achats REsponsables
PIB :	Produit Intérieur Brut
PRE :	Plan de Retour à l'Equilibre
Résah-LR :	Réseau des Acheteurs Hospitaliers du Languedoc-Roussillon
RH :	Ressources Humaines
RTT :	Réduction du Temps de Travail
SAMETH :	Service d'Appui aux entreprises pour le Maintien dans l'Emploi des Travailleurs Handicapés
SMUR :	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SROS :	Schémas Régionaux d'Organisation des Soins
SSIAD :	Services de Soins Infirmiers d'Aide à Domicile
SSR :	Soins et de Suite et de Réadaptations
T2A :	Tarifification à l'Activité
UNIHA :	Achat coopératif des hôpitaux publics
USLD :	Unité de Soins de Longue Durée

## Introduction

Le dernier rapport de la Cour des Comptes<sup>1</sup> fait apparaître les chiffres actuels concernant la dette à moyen et long terme des établissements publics de santé, qui a triplé en dix ans, représentant à la fin de l'année 2012 près de 1,4% du Produit Intérieur Brut (PIB).

Les finances hospitalières sont le reflet de la situation actuelle d'austérité sur l'ensemble du territoire, le contexte national faisant apparaître deux tendances marquées dans le paysage de l'Hexagone : d'une part une population vieillissante, d'autre part une population qui s'appauvrit.

Le vieillissement de la population dans ce contexte d'austérité est particulièrement marqué dans l'Hérault, où 14% des personnes entre 70 ans et 84 ans perçoivent des revenus inférieurs à 670 euros (premier plafond de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)), ce pourcentage augmentant avec l'âge des héraultais (à partir de 95 ans, 31% perçoivent un revenu inférieur au premier plafond de l'APA)<sup>2</sup>.

L'augmentation de la dépendance sur le territoire français, couplé au maigre pouvoir d'achat des personnes âgées fait sensiblement augmenter le recours de ces dernières aux Institutions spécialisées de type Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) les moins onéreuses. Or, si trois « structures » d'établissements pour personnes âgées dépendantes sont prêtes à couvrir les besoins de cette population âgée (le privé, l'associatif et le public), c'est à l'Etat qu'il revient d'accueillir prioritairement les populations défavorisées, répondant à la notion de service public.

Ex-hôpital local<sup>3</sup>, le Centre Hospitalier (CH) ALPHA est un établissement public de santé de 232 lits/places répartis comme suit :

- 26 lits de médecine,
- 22 lits de Soins de Suite et de Réadaptation,
- 106 lits d'EHPAD,
- 49 lits dans une Unité de Soins de Longue Durée (USLD),
- 29 places de Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD).

---

<sup>1</sup> « La dette des établissements publics de santé », rapport de la Cour des Comptes, avril 2014.

<sup>2</sup> Données INSEE septembre 2009. Etude réalisée sur la base d'un revenu mensuel par personne calculé sur la base des revenus fiscaux de 2004.

<sup>3</sup> La loi n°91-798 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière avait instauré les hôpitaux locaux comme des établissements publics de santé. Depuis la loi HPST numéro ces derniers ont été remplacés par ces Centre Hospitaliers.

Cette structure est située dans la région du Languedoc-Roussillon, et plus particulièrement dans le département de l'Hérault (34). Le canton d'ALPHA est composé de treize communes et a une proportion importante de personnes âgées de plus de 75 ans. Avec un taux d'accroissement de la population d'environ 2.2% par an, la ville ALPHA compte actuellement 22 346 habitants dont 14% de la population est âgée de 60 ans à 74 ans et 8% de 75 ans et plus.

Concernant la rémunération de son activité, le Centre Hospitalier ALPHA n'est pas encore soumis à la tarification à l'activité (T2A) et dispose donc encore du forfait global.

Les établissements sanitaires et médico-sociaux font face à des contraintes parfois difficiles à assumer financièrement. Selon les derniers chiffres le déficit de la branche maladie de la sécurité sociale pour 2013 s'élève à 6,8 milliards d'euros<sup>4</sup>.

En 2012, 9 établissements de santé de la région Languedoc-Roussillon sur 33 avaient des difficultés de paiement.

Le Centre Hospitalier ALPHA n'échappe pas à la règle et accusait un déficit de 724 880 euros, selon le rapport de présentation du compte financier de 2012. D'après les chiffres du dernier Conseil de Surveillance, ce déficit était de 155 385 euros pour 2013.

Les finances du CH ALPHA ont alors nécessité un assainissement. Les risques encourus étant une mise sous administration provisoire ou encore un rattachement au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Montpellier qui se situe à environ 30 kilomètres.

Afin de redresser les finances de l'établissement, le CH a donc alors contractualisé un plan de retour à l'équilibre financier (PREF) durant la période 2009-2011, engagement rigoureux d'assainissement des finances<sup>5</sup>.

Après des années de pertes et un plan de redressement le CH ALPHA avait retrouvé l'équilibre en 2011, avant de retourner dans une situation de déficit en 2012. Cette nouvelle situation déficitaire a amené le CH ALPHA à réaliser un nouveau Plan de Retour à l'Équilibre Financier sur 5 ans, ayant fait l'objet d'une validation à travers d'un Contrat de Retour à l'Équilibre Financier (CREF) par l'ARS fin 2013.

---

<sup>4</sup> *Loi de Finances de la Sécurité Sociale pour 2014.*

<sup>5</sup> *Article D.6143 - 39 du Code de Santé Publique.*

Les CREF ont été instaurés en 2004 afin de permettre l'assainissement de la situation financière des établissements de santé.

Ce mémoire aura pour finalité d'analyser la mise en œuvre d'un CREF au sein d'un CH en étudiant les différentes actions pouvant être mises en place par un Directeur Sanitaire Social et Médico-Social (DESSMS), et en s'interrogeant sur leur pertinence et leur efficacité dans la conduite de la politique de l'établissement.

Selon le rapport d'Edouard Couty<sup>6</sup>, « *les hospitaliers se sentent sous pression constante et toujours plus forte entre contrainte économique d'une part, qualité et quantité des prises en charge d'autre part* ». Ce rapport met en avant les deux approches différentes de l'hôpital suite aux contraintes de gestion :

- « *Une approche strictement économique et gestionnaire qui priorise le volume d'activité et le résultat budgétaire annuel ;*
- *Une approche strictement professionnelle et traditionnelle, qui rejette le primat des contraintes budgétaires et exprime parfois une nostalgie des anciennes pratiques* ».

***Quelles stratégies de management alors adopter pour atteindre une situation d'équilibre financier, tout en continuant d'assurer un fonctionnement optimal au sein de la structure et, par conséquent, une prise en charge de qualité ?***

Les sous-hypothèses pouvant être avancées sont les suivantes :

- Quelles sont les différentes pistes d'actions pour réduire le déficit d'un établissement public de santé ?
- Quels ont été les choix de la direction du CH ALPHA pour assainir les finances de la structure afin de tenter de revenir à une situation d'équilibre financier ?
- Est-il possible de modifier le fonctionnement et l'organisation d'un établissement sans impacter sur la qualité de la prise en charge ?
- Quels sont les risques d'effets pervers d'un CREF ?
- Jusqu'où peut-on adopter un pilotage « *low-cost*<sup>7</sup> » de l'établissement sans risquer d'apercevoir une diminution de la qualité des soins?

---

<sup>6</sup> « *Le pacte de confiance pour l'hôpital* », rapport du ministère des affaires sociales et de la santé, président Edouard Couty, mars 2013.

<sup>7</sup> Définition du LAROUSSE : mot anglais signifiant bas coût : Stratégie commerciale consistant à proposer un bien ou un service à un prix inférieur à ceux que pratiquent habituellement les entreprises concurrentes.

La qualité peut se définir comme l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés et implicites, par l'engagement de la structure hospitalière et des professionnels, dans des actions permanentes et systématiques d'amélioration du service rendu au patient<sup>8</sup>.

Or, la réduction de certains postes de dépenses d'un Centre Hospitalier doit faire l'objet d'une attention particulière. En effet, une diminution trop drastique des coûts pourrait compromettre cette notion de qualité de la prise en charge, et par là-même entériner de fait la situation de difficulté d'un établissement.

Le choix de ce sujet de mémoire fait volontairement référence à ma détermination d'analyser la gestion du quotidien d'un établissement sanitaire et/ou médico-social à travers deux facettes principales : les finances et l'organisation managériale.

Pour un DESSMS, choisir la politique de son établissement n'est pas toujours chose aisée car il doit prendre en compte les contraintes internes et externes, qui lui sont imposées. Or, la problématique autour des marges de manœuvre financières de l'établissement est un axe d'étude opportun pour devenir un gestionnaire respectueux de la qualité de son activité, et ce malgré les contraintes qui lui sont imposées.

L'arrivée en tant que directeur dans un établissement sanitaire, social ou médico-social peut s'avérer particulièrement complexe, notamment pour un élève sortant d'école.

Traiter un sujet relatif à l'aspect financier ouvre une vision transversale sur la stratégie de l'établissement en termes de Ressources Humaines (RH), d'achats et/ou de finances au regard de la problématique commune des moyens mis en place.

La venue d'un nouveau directeur dans l'établissement du lieu de stage de professionnalisation a été une opportunité méritant d'être approfondie. En effet, celui-ci s'est vu contraint d'étudier tous les choix stratégiques qui ont été faits antérieurement, et d'en comprendre les enjeux, tout en ayant une politique nouvelle et en améliorant les actions déjà mises en place afin de redresser les finances.

C'est alors qu'est née l'idée de réaliser un mémoire sur la mise en œuvre d'un contrat de retour à l'équilibre financier dans un ancien hôpital local, jusqu'à présent encore relativement préservé des problématiques de rigueur nationales.

En période de restriction budgétaire, nombreuses sont les mesures qui peuvent être mises en œuvre par les établissements sanitaires de petite taille, qui permettent de retourner en situation d'équilibre financier.

---

<sup>8</sup> [www.hopital.fr](http://www.hopital.fr)

Pour atteindre ces objectifs, les efforts peuvent porter dans plusieurs directions. Mais, s'agissant bien « d'efforts », la route peut être longue et sinueuse pour des actions pouvant s'avérer difficiles à faire accepter aux agents, ou encore aux usagers et leurs familles.

Seront analysées dans ce mémoire les raisons qui ont entraîné la situation de déficit budgétaire du Centre Hospitalier ALPHA et donc la mise en place d'un contrat de retour à l'équilibre financier (1). L'étude portera alors sur les réflexions de la direction pour modifier les choix stratégiques de management adoptés, afin de favoriser l'ensemble des dépenses tout en identifiant les avantages et opportunités apportant à l'établissement une amélioration de sa capacité financière (2). Modifier le fonctionnement ou l'organisation même de l'établissement peut être complexe à mettre en œuvre. Une réflexion sera donc apportée afin d'analyser les risques engendrés dans le cadre d'une politique financière trop rigoureuse, assortie de préconisations au regard notamment des études proposant des recommandations de bonnes pratiques (3).

Pour l'élaboration de ce mémoire, les démarches effectuées ont été dans un premier temps l'observation directe sur mon lieu de stage, notamment l'observation et l'analyse du management du directeur de l'établissement. Dans un second temps, a été examiné le fonctionnement des diverses équipes au travers des différents services, ce qui a permis d'aborder une vision non seulement financière mais également humaine du sujet.

Lors de cette période de stage, des entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès des agents de l'hôpital : personnel soignant, personnels logistiques et techniques, personnels administratifs, ainsi qu'auprès des cadres de santé, des syndicats, de la pharmacienne ou des médecins, afin de comprendre tous les mécanismes qui composent le bon fonctionnement de l'ensemble d'un établissement. Les échanges effectués avec l'Agence Régionale de Santé (ARS) Languedoc-Roussillon et le Conseil Général de l'Hérault, m'ont permis de percevoir la vision des tarificateurs, nécessaire pour une analyse complète du sujet.

Des observations documentaires ont également été réalisées sur place par une lecture des différents textes, tableaux de bord, écrits disponibles auprès des agents ou sur le réseau interne, afin d'avoir une vision d'ensemble de la stratégie de management du CH ALPHA. Certaines réflexions de ce mémoire ont un lien direct avec les missions qui m'ont été confiées lors du stage de professionnalisation effectué dans cet établissement, en relation avec la gestion des finances ou des ressources humaines.

Par la suite, les méthodes d'analyse ont consisté à prendre connaissance de la documentation générale et spécialisée sur la réalisation de plans de retours à l'équilibre dans les établissements publics de santé. Une veille documentaire dans la presse et les revues spécialisées pour être au fait de l'actualité sur les thèmes abordés dans ce mémoire a également été source de documentation.

# **1 Etat des lieux de la situation financière du Centre Hospitalier ALPHA**

L'Agence Régionale de Santé du Languedoc-Roussillon et le CH ALPHA ont contractualisé un retour à l'équilibre financier aux vues des difficultés rencontrées par l'établissement ces dernières années.

Ce CREF, de niveau local, est né dans un contexte particulier d'austérité nationale dont les finances hospitalières ne sont pas épargnées (1.1). Après avoir mis en avant la nécessité pour l'établissement de retourner à l'équilibre en raison de la place prépondérante qu'il occupe dans son environnement, il conviendra d'examiner les diverses raisons qui ont pu entraîner le CH ALPHA dans cette situation de déficit, en analysant l'activité ainsi que les dépenses cet établissement (1.2).

## **1.1 Le Contrat de Retour à l'Equilibre Financier : une convention née pour des finances hospitalières saines**

Les difficultés que connaissent les établissements publics de santé ces dernières années sont dues au contexte national particulièrement difficile (1.1.1). Les ARS ont alors pour mission d'épauler les structures aux budgets les plus déficitaires, en instaurant des politiques drastiques afin de restaurer une situation financière saine (1.1.2).

### **1.1.1 Contexte national d'apparition des difficultés financières des Centres Hospitaliers**

On peut lire dans le récent rapport de la Cour des Comptes que « *le niveau atteint par l'endettement hospitalier au terme de ces dix années de croissance apparaît critique* »<sup>9</sup>. Ce rapport avance en premier lieu un recours excessif aux emprunts, notamment durant les deux plans « Hôpitaux » qui se sont succédés en 2007 et 2012 (A). Les difficultés des Centres Hospitaliers peuvent également être analysées au travers des diverses contraintes législatives et règlementaires (B).

---

<sup>9</sup> « *La dette des établissements publics de santé* », rapport de la Cour des Comptes, avril 2014.

## A) Le recours excessif aux emprunts

**Notion d'emprunts toxiques**<sup>10</sup>. Les finances hospitalières connaissent d'importantes difficultés ces dernières années. Cette situation est due notamment à la mise en place de deux plans nationaux de soutien à l'investissement : Hôpital 2007<sup>11</sup> et Hôpital 2012<sup>12</sup>.

C'est dans le cadre de ces plans d'aides qui ont favorisé le recours à l'emprunt au détriment d'aides en capital, que les Centres Hospitaliers ont commencé à creuser un déficit dans leurs finances.

En effet, selon le rapport de la Cour des Comptes, le recours à l'endettement a alors représenté près du tiers des moyens mobilisés par les établissements pour financer leurs investissements sur la période 2003-2012.

La Cour révèle non seulement les erreurs des pouvoirs publics, qui ont « *priviliégié le levier de la dette* », mais également les gestionnaires hospitaliers, qui ont vu là une opportunité d' « *argent facile* ».

C'est le recours aux emprunts structurés<sup>13</sup>, dont les dérives ne sont apparues que par la suite, qui ont été largement employés et ont créé les plus gros déficits des hôpitaux.

Ces emprunts, attractifs au départ car ils ont des taux d'intérêts intéressants, s'avèrent en réalité être très dangereux par la suite, car ils comportent des risques apparaissant plus tard, liés à l'évolution du marché.

Dans ce rapport, les sages de la rue Cambon pointent du doigt tous les mécanismes qui ont fait défaut autour du recours à ces emprunts, ces opérations d'investissement n'ayant pas été assorties de procédures rigoureuses ni de contrôles.

---

<sup>10</sup> Les emprunts structurés sont qualifiés de « toxiques » car interdits en raison de leur grande dangerosité par la Charte Gissler (il s'agit d'une classification établie par les pouvoirs publics).

<sup>11</sup> Le plan « Hôpital 2007 », annoncé en 2003, visait à moderniser l'offre de soin en réduisant particulièrement les dépenses. C'est alors qu'ont été instaurées la nouvelle gouvernance hospitalière (avec notamment la création de Pôles d'activités) ainsi que la T2A.

<sup>12</sup> Le plan « Hôpital 2012 », annoncé en 2007 succède au plan Hôpital 2007 et apporte un soutien de l'Etat dans les projets de modernisation des hôpitaux, le premier objectif étant le maintien d'un niveau d'investissement important.

<sup>13</sup> L'emprunt structuré repose sur le principe suivant : plus l'investisseur accepte de prendre un risque élevé, plus la rémunération potentielle est importante. Mais a contrario, la perte peut-être importante. Les contrats d'emprunt structurés sont des outils de financement qui ont été utilisés dans de nombreux Centres Hospitaliers, notamment en cas de réaménagement de la dette.

**Des investissements trop optimistes.** En effet, ces investissements, jugés trop optimistes selon la Cour des Comptes, n'ont pas tenu compte de la réalité d'évolution des recettes dans le cadre de la tarification à l'activité.

Sans être soumis à la T2A, le CH ALPHA a toutefois vu des difficultés de trésorerie apparaître suite à la grande opération d'investissement pour la construction du Pôle Santé, afin de créer un partenariat avec la Clinique de la ville.

## **B) Le financement des établissements publics de santé : entre contraintes et contrôles**

Les établissements publics de santé ne peuvent pas élaborer leur budget comme ils l'entendent, et sont soumis à de nombreuses contraintes financières, législatives ou réglementaires.

- Financement de l'ancien hôpital local ALPHA

**Retour sur les activités de l'établissement.** Le budget d'un établissement de santé n'est pas réalisé de la même façon selon les activités développées par la structure.

Depuis 2004<sup>14</sup>, le système hospitalier français est majoritairement passé à un mode de financement différent de celui dont il disposait auparavant. En effet, nous sommes passés d'un financement global à un financement réel, basé sur l'activité de l'établissement, permettant une rémunération à l'activité (T2A). Mais les ex-hôpitaux locaux tel que le CH de ALPHA ne sont pas encore passés au système de la T2A, même concernant son activité de médecine.

Afin de permettre le passage de ce forfait global à la T2A, la circulaire du 14 juin 2004 a mis en place une aide non reconductible de 300 millions d'euros pour le financement des reports de charges des établissements dans le but d'éviter un « passif ». Le CH ALPHA faisant partie des établissements n'ayant pas encore été soumis à la T2A<sup>15</sup>, cette aide a été mise en provision.

---

<sup>14</sup> Loi numéro 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004.

<sup>15</sup> Statut dérogatoire.

Cet établissement est donc aujourd'hui encore financé de façon globale et homogène, pour les différents services qui le composent (en scindant toutefois les activités sanitaires (médecine, SSR), des activités médico-sociales (EHPAD, USLD, SSIAD)).

**EPRD.** Un Centre Hospitalier ne peut pas organiser son budget de façon complètement autonome et aléatoire. En effet il doit composer avec les exercices précédents, les recettes et les dépenses prévues. Concernant plus particulièrement les dépenses, le directeur d'un CH doit pouvoir présenter un Etat Prévisionnel de Recettes et de Dépenses (EPRD).

**Evolutions ?** La T2A pour les anciens hôpitaux locaux devrait être mise en place en 2016. Mais le rapport du pacte de confiance pour l'hôpital d'Edouard Couty propose pour le futur un modèle mixte de financement composé de trois volets :

- « *T2A pour les activités MCO de court séjour*
- *Mode de financement (tarif adapté au parcours de soins) pour les maladies au long cours*
- *Part en dotation pour les missions d'intérêt général et de service public »*

La T2A est une tarification complexe à mettre en place au sein des anciens hôpitaux locaux, qui ont certaines spécificités comme une durée moyenne de séjour (DSM) importante<sup>16</sup>. En effet, selon Pascal Gendry<sup>17</sup>, passer uniquement à la T2A ne répond pas à l'activité des Centres hospitaliers tel que le CH ALPHA, puisque ces derniers traitent beaucoup de personnes âgées avec des pathologies qui demandent des hospitalisations de long séjour, hospitalisations non valorisées par la T2A.

- Obligation de fiabilisation des comptes

**Sincérité des comptes.** La notion de sincérité des comptes est une notion fondamentale, qui s'applique aux comptes des hôpitaux publics ainsi qu'à tous les comptes d'établissements publics.

Le concept de sincérité s'entend de deux façons : lors de l'élaboration de l'EPRD, qui doit justifier de projections futures les plus justes possibles, et lors de la rédaction du compte administratif, qui clôt l'exercice précédent.

---

<sup>16</sup> 14 jours en moyenne.

<sup>17</sup> Médecin généraliste président de l'association nationale des médecins généralistes des hôpitaux locaux.

**Certification des comptes.** La certification des comptes va au-delà de la sincérité des comptes. C'est une garantie supplémentaire dans le processus de fiabilisation des comptes, codifié à l'article L.6155-16 du Code de Santé Publique, suite à la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST)<sup>18</sup>. Les comptes des hôpitaux seront alors examinés par la Cour des Comptes ou des commissaires aux comptes.

Toutefois, l'entrée en vigueur de la certification des comptes sur un petit établissement tel que le CH ALPHA n'est pas encore prévue, cette obligation ne s'appliquant en 2014 qu'à 31 établissements. En 2015 et 2016, les établissements de plus de 100 millions de recettes les rejoindront.

- Contraintes législatives et réglementaires

**Contraintes conjoncturelles.** La conjoncture économique et les choix gouvernementaux sont des impératifs extérieurs auxquels les établissements doivent se soumettre.

Chaque année les charges d'exploitation connaissent une hausse, due principalement à des contraintes économiques réglementaires telles que l'augmentation des charges patronales liées aux cotisations de la Caisse Nationale de Retraites des Agents des Collectivités Locales (CNRACL). Selon les chiffres avancés concernant les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) ou les CHU<sup>19</sup>, ce sont alors des charges de personnel qui augmentent de presque 3%.

Les dépenses à caractère médical ont également subi une hausse de 3,1% à cause de l'augmentation des médicaments et dispositifs facturables en plus des séjours.

Les dépenses à caractère hôtelier ont, quant à elles, augmenté de 2,2%.

Si ces chiffres reflètent la situation financière des CHU et CHR, on peut imaginer qu'à leur image, les anciens hôpitaux locaux tendent vers ces mêmes hausses inquiétantes des dépenses.

**Statut rigide de la fonction publique.** Les établissements de santé sont soumis aux contraintes extérieures telles que le statut de la fonction publique, qui peut être perçu comme un frein du fait de sa « rigidité » réglementaire et législative.

Ce statut oblige effectivement à faire passer les agents à l'échelon ou au grade supérieur, augmentant l'indice, base du traitement des fonctionnaires<sup>20</sup>.

---

<sup>18</sup> Loi numéro 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

<sup>19</sup> Etude sur 2013 par la Conférence des Directeurs Généraux des CHR et CHU.

<sup>20</sup> Il peut être avancé que ces obligations peuvent être compensées par le gel du point d'indice servant de base pour le traitement des fonctionnaires

### **1.1.2 La contractualisation d'un retour à l'équilibre dans un Centre Hospitalier en situation de déficit**

Lorsqu'un CH se trouve en situation de déficit et qu'il n'arrive pas à redresser ses finances année après année, l'ARS peut intervenir en sa faveur, et, après diagnostic complet, proposera un Contrat de Retour à l'Equilibre Financier (**A**). En cas d'échec de ces exigences de retour à l'équilibre, l'établissement concerné risque une mise sous administration provisoire (**B**).

#### **A) Du Plan de Retour à l'Equilibre (PRE) au Contrat de Retour à l'Equilibre financier (CREF) au sein du Centre Hospitalier ALPHA**

**Principe.** Le Plan de Retour à l'Equilibre (PRE) vise à atteindre un équilibre financier en prenant en compte différents aspects tels que l'augmentation de la productivité ou l'amélioration de la qualité des prises en charge et de la sécurité des soins, ou encore le repositionnement de l'établissement selon les besoins du territoire de santé.

**Procédure.** Un plan de redressement d'un établissement public de santé présente la première condition suivante : le constat d'un déséquilibre financier. L'établissement a alors trois mois pour présenter à l'ARS des mesures pour redresser la situation financière. Une fois le plan de redressement voté en Conseil de Surveillance après avis des instances, c'est au directeur de piloter ce projet de retour à l'équilibre financier.

Le plan de redressement doit positionner l'établissement au sein du Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) dans lequel il est implanté. Afin de comprendre la situation de l'établissement, il est nécessaire de le positionner au sein de son territoire, quant à son activité et ses parts de marchés. S'il n'y a pas de remise en cause du positionnement stratégique de l'établissement dans l'offre territoriale de soins, l'ARS peut alors engager avec l'établissement un plan de retour à l'équilibre financier.

Un plan de redressement doit avoir une vision globale, il doit toucher toutes les activités de l'établissement en termes de recettes et de dépenses, afin de trouver un objectif d'équilibre.

**Notion d'équilibre financier structurel.** Lors d'un plan de retour à l'équilibre financier, ça n'est pas le résultat comptable qui est pris en compte mais l'équilibre budgétaire structurel. La circulaire du 23 septembre 2009 relative à l'équilibre financier des établissements de

santé<sup>21</sup> donne une définition : « *Le résultat structurel est calculé en déduisant du résultat comptable enregistré lors du dernier compte financier, ou du dernier suivi d'exécution de l'EPRD, toute aide allouée qui ne correspond pas à la mise en œuvre d'une prestation identifiée. Les ajustements de fin de campagne, les aides attribuées dans le cadre de plans de retour à l'équilibre antérieurs ainsi que les aides ponctuelles attribuées par le ministre de la santé, doivent donc être soustraits* ».

Les principaux leviers prônés par les ARS sont alors des efforts sur les charges et plus particulièrement les charges de personnel. C'est pourquoi, dans le cadre d'un plan de retour à l'équilibre, il est primordial de bien diagnostiquer les besoins et les dépenses relatives au titre I, et aller jusqu'à demander un audit organisationnel à l'ARS afin de discerner si le service peut fonctionner aussi efficacement avec une masse salariale maîtrisée voire réduite.

*A contrario*, un plan de redressement n'a pas à affecter les recettes, sauf justifications suivantes : augmentation de l'activité, amélioration du codage<sup>22</sup> , croissance démographique conséquente sur le territoire de santé, augmentation des parts de marché<sup>23</sup>, ou réouvertures de lits liées à la fin de travaux.

Après la phase de diagnostic, l'établissement sous PRE doit élaborer des fiches actions avec des perspectives d'évolutions et des axes d'économies tout en assurant la prise en charge de l'utilisateur et en permettant la continuité des soins.

**Contrat de Retour à l'Equilibre Financier.** Le contrat de retour à l'équilibre financier est le contrat pluriannuel conclu entre l'établissement de santé et l'ARS. Un CREF doit justifier de mesures conséquentes prises au sein d'un établissement en contrepartie d'une aide financière provisoire.

Le CREF ne doit pas excéder trois ans et chaque tranche annuelle devra être l'objet d'un objectif prédéfini.

L'élaboration d'un plan de redressement se fait en association du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM).

---

<sup>21</sup> *Circulaire DHOS/F2/CNAMTS/2009/295 du 23 septembre 2009 relative à l'équilibre financier des établissements de santé.*

<sup>22</sup> *En admettant qu'il y ait un sous codage.*

<sup>23</sup> *Cette augmentation doit pouvoir être chiffrée et doit être le fruit d'une fermeture de structures d'accueil semblables sur le territoire de santé ou d'une augmentation continue de l'activité calculée sur trois années.*

## **B) La mise sous administration provisoire**

**Principe.** Dans le cas où l'établissement refuserait de signer l'avenant au CPOM relatif au plan de redressement, l'ARS pourra désigner un administrateur provisoire.

C'est le Code de Santé Publique qui dispose que « *s'il n'est pas satisfait à l'injonction, ou en cas de refus de l'établissement de signer l'avenant susmentionné le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation peut désigner un administrateur provisoire de l'établissement pour une durée qui ne peut être supérieure à six mois renouvelable une fois* »<sup>24</sup>.

Cette administration provisoire permet de passer outre le refus de l'établissement, ainsi « *l'administrateur provisoire accomplit, pour le compte de l'établissement, les actes d'administration urgents ou nécessaires pour mettre fin aux dysfonctionnements ou irrégularités constatés* »<sup>25</sup>.

Le représentant du Conseil Général de l'Hérault a relevé lors de l'entretien le fait qu'une administration provisoire était toujours mise en place dans le but de préserver l'activité : qu'il s'agisse de changement des modalités de l'activité ou d'une fermeture.

### **1.2 Mise en avant des atouts et handicaps du CH ALPHA**

Le CH ALPHA a une place dominante dans son environnement, et reste un établissement de proximité indispensable même s'il dispose d'une situation complexe en raison de son rapprochement géographique avec deux CHU<sup>26</sup> (1.2.1). Pourtant, ce dernier a des difficultés structurelles, organisationnelles et financières qui empêchent le Centre Hospitalier de ALPHA d'avoir une situation financière saine (1.2.2).

#### **1.2.1 Rôle et place prépondérants du CH ALPHA dans son environnement**

Le CH ALPHA a une position stratégique intéressante dans son environnement, comme le démontre le CPOM (A) ou sa place au sein du SROS du Languedoc-Roussillon (B).

---

<sup>24</sup> Article L. 616 – 3 – 1 du Code de Santé Publique.

<sup>25</sup> Article L. 616 – 3 – 1 du Code de Santé Publique.

<sup>26</sup> Les CHU de Montpellier et de Nîmes se situent chacun à une trentaine de kilomètres d'ALPHA.

## **A) Le CPOM comme levier d'amélioration de l'activité d'un Centre Hospitalier**

**Gage de pérennité.** Le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens, engagé avec l'ARS pour 5 années, assure la pérennité financière d'un établissement et permet de stabiliser son implantation et son activité sur le territoire.

Lors de la signature du CPOM en 2012 il a été relevé que le Centre Hospitalier ALPHA répondait parfaitement aux besoins de la population du bassin ALPHA, de par la diversité de ses services à forte vocation gériatrique.

De plus, le CH dispose d'une antenne de Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR), il est donc nécessaire de maintenir son existence pour une prise en charge de proximité de qualité.

## **B) La poursuite d'activités du CH ALPHA comme véritable enjeux de proximité des soins**

**Acteur de proximité.** Le CH ALPHA est un établissement de proximité disposant de plusieurs atouts dont une antenne SMUR rattachée au CHU de Montpellier.

Premier maillon de la chaîne de prise en charge en matière de médecine d'urgence, le CH ALPHA est alors un acteur indispensable du réseau languedocien, en particulier en raison de son engagement dans volet du SROS « lutte contre l'exclusion », du fait de son service PASS (permanence d'accès aux soins de santé)<sup>27</sup>.

Le CH ALPHA reconnu comme mission de service public prend en charge un nombre important de patients en situation de précarité.

Or, la Direction Régionale de l'Offre de Soins (DGOS) a diffusé il y a peu une instruction aux ARS, sur le rôle fondamental des hôpitaux de proximité, et donc des anciens hôpitaux locaux<sup>28</sup>. Ces derniers offrent une « offre de soins de premier recours » et sont « des acteurs majeurs dans l'organisation du parcours de soins ».

Cette instruction revient par ailleurs sur la T2A et l'éventuel passage des ex-hôpitaux locaux à ce mode de financement. La DGOS a déclaré que cette tarification n'était pas forcément favorable à ce type d'établissement, qui accueille beaucoup de personnes âgées avec des pathologies nécessitant une hospitalisation longue.

---

<sup>27</sup> Loi n°98-657 du 29 juillet 1998, Loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions.

<sup>28</sup> Instruction du 17 juillet 2014 sur le positionnement des hôpitaux de proximité et modalités de financement spécifiques des ex-hôpitaux locaux.

De plus, comme il a été vu précédemment, cette notion de SROS est particulièrement importante car selon la circulaire du 23 septembre 2009 « *le plan de redressement nécessite de positionner l'établissement par rapport au SROS et aux autres établissements de son territoire de santé* ».

Cette étude du positionnement du CH ALPHA dans son environnement permet de mettre en avant l'importance de poursuite de son activité, compromettant une prise en charge de proximité en cas de fermeture.

Une fois ces conclusions admises, il est nécessaire de rechercher comment sont apparues les problématiques financières au sein de cet ancien hôpital local.

### **1.2.2 Apparition du déficit au CH ALPHA : analyse des causes potentielles**

Le CH ALPHA dispose de bâtiments anciens, non fonctionnels, car scindés en trois sites différents (A).

La marge d'amélioration des fonctions support est une opportunité lors d'un diagnostic d'un établissement public de santé en déficit. Or il s'avère que ces charges de personnel sont parfois trop importantes au regard des activités de l'établissement (B).

#### **A) Un parc immobilier vétuste et peu concurrentiel**

**Un investissement non rentabilisé.** La première des raisons qui est avancée est la suivante : un emprunt important a été contracté afin de réaliser la construction d'un bâtiment neuf, qui aurait dû accueillir l'ensemble des agents ainsi que des résidents des deux autres bâtiments de l'hôpital déjà existants, anciens, qui manquaient alors d'attractivité.

Cette construction a été menée afin de créer un partenariat avec la Clinique de la ville et c'est comme cela qu'est né le Pôle Santé. Toutefois la configuration des locaux n'étant finalement pas assez importante, seuls les services de médecine et de SSR ont alors été déplacés et la moitié du bâtiment a été loué à cet établissement privé.

**Bâtiments anciens.** L'autre des premières causes peut s'expliquer par le fait que justement cet établissement ait une architecture particulière du fait de ces trois bâtiments, qui complique parfois la gestion du personnel ou l'échange d'informations, alourdissant nécessairement les dépenses qui en découlent (par exemple, il y a 1 Equivalent Temps Plein (ETP) de chauffeur afin de faire passer le courrier entre les bâtiments, afin de faire venir les médicaments de la Pharmacie à Usage Intérieur sur les deux autres sites...).

**Bâtiments coûteux.** Le Centre Hospitalier ALPHA est divisé en trois bâtiments sur la commune. Ceci s'avère être un frein au bon fonctionnement de la structure, les frais étant parfois multipliés par trois. Le fait des trois bâtiments pose également la question des trois accueils et donc des trois personnes physiques qui devraient les assurer.

Cela vient aussi compliquer le travail des agents d'entretien, qui sont sans cesse en train de se déplacer d'un bâtiment à l'autre pour les petites réparations.

Deux des bâtiments sont anciens et ont un coût de revient particulièrement élevé en matière d'électricité (mauvaise isolation), de ménage....

Le déménagement prévu dans le nouveau bâtiment aurait dû permettre de faire des économies conséquentes, non seulement du fait de la vente des deux anciens bâtiments mais aussi de part la réduction des coûts qui en aurait découlé.

**Non attractif.** Le CH ALPHA est installé dans des locaux vétustes, qui proposent difficilement une offre de qualité. La construction du Pôle Santé devait être la solution pour rendre plus attractif les lits. Pourtant, l'aménagement dans les nouveaux locaux n'ayant pu être réalisé, l'hôpital s'est mis dans une impasse, ne pouvant plus déménager par manque de moyens pour agrandir, et n'ayant plus assez pour investir dans les anciens bâtiments.

La situation de l'ancien hôpital ALPHA (dans ses deux bâtiments) est assez préoccupante parce qu'elle ne permet pas de proposer une offre attractive face à la concurrence.

En effet, le Centre Hospitalier ALPHA, malgré un prix de journée peu élevé<sup>29</sup> ne reste encore actuellement que trop peu concurrentiel au regard des établissements pour personnes âgées alentours. Les conséquences néfastes qui en sont suivies ont été un taux de remplissage longtemps inférieur à 100%, une charge de la dette bien trop élevée et un déficit qui n'a cessé de se creuser ces dernières années.

## **B) Charges de personnel trop importantes au regard de l'activité**

**Structure du personnel.** Si l'on regarde plus précisément la structure du personnel, on peut constater :

- 16,9 ETP de personnel administratif,
- 5,55 ETP de personnel socio-éducatif,
- 153,15 ETP de personnel soignant,
- 39,5 ETP de personnel Logistique et Technique,
- 3 ETP personnel médico technique (pharmacie),
- 3,06 ETP personnel médical.

---

<sup>29</sup> Moins de 60 euros par jour.

**Analyse.** Afin de réduire les charges du Centre Hospitalier, il a été nécessaire d'analyser les charges du titre I, charges de personnel.

En règle générale, les charges de personnel représentent dans un établissement de santé entre 50% et 60% des dépenses. Au CH ALPHA ces coûts de personnel sont d'environ 67%, il s'agit donc d'un très gros poste de dépenses à ne pas négliger.

Toute la difficulté est de réduire le personnel sans toucher à l'activité, ou même au contraire, en l'augmentant, tout en maintenant un niveau de prise en charge de qualité.

En 2012, le service en charge de la paie éditait plus de 300 bulletins de salaires, et si des efforts ont été engagés dès 2013, le nombre d'agents reste conséquent en 2014 (près de 260 agents).

En effet, jusqu'à maintenant le Centre Hospitalier ALPHA avait une politique d'embauche particulièrement souple et conduisait également une politique d'avancement très favorable à l'agent : avancement d'échelons à la durée minimum, titularisations, etc...

Une réflexion de la nouvelle direction a également porté sur la question de savoir si les services ne comportaient pas trop de personnel d'encadrement dans les services de soins (1 cadre supérieur de santé, 3 cadres de santé, 2 infirmières coordonnatrices), qui ont un coût particulièrement élevé.

**Primes et indemnités.** Lors d'un examen approfondi des bulletins de salaire, la nouvelle direction s'est rendu compte du versement d'une prime qui ne respectait pas les conditions d'attribution encadrées par la loi. Il s'agit de la prime pour les Aides-Soignants ayant suivi la formation spécifique à la fonction d'assistant de soins en gérontologie (ASG). Une fois la formation de 140 heures effectuée, les ASG perçoivent une prime de 90 euros brut lorsque ces agents travaillent « *dans une unité cognitivo-comportementale, une unité d'hébergement renforcée, un pôle d'activités et de soins adaptés ou dans une équipe spécialisée pour la prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer d'un service de soins infirmiers à domicile* ». Ca n'est pourtant pas le cas au Centre Hospitalier ALPHA, qui s'était vu sa demande de Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) refusée, les locaux ne correspondant pas aux critères.

## **2 Mise en œuvre du CREF : stratégies managériales et organisationnelles développées par le CH ALPHA**

En recherche de retour à l'équilibre financier, les principaux leviers stratégiques sont des leviers classiques d'optimisation des coûts de l'établissement : recherche de diminution des dépenses et volonté d'augmentation des recettes (2.1), tout en préservant la qualité de la prise en charge.

Une analyse plus approfondie sera réalisée sur le poste de dépense le plus conséquent au sein du Centre Hospitalier ALPHA : les charges de personnel (2.2).

### **2.1 Optimisation de la marge de l'établissement sans altérer la qualité de la prise en charge : réduction des coûts et augmentation des produits**

Dès 2013, l'arrivée d'un nouveau directeur au sein de l'établissement a été l'occasion de mettre l'accent sur une volonté marquée de réduire les dépenses. Les plans nationaux sont une aide précieuse et permettent de suivre un programme encadré très souvent par l'ARS elle-même, par le biais d'un CREF.

Le CH ALPHA a alors réactualisé sa vision de la politique d'achats et a cherché toutes les pistes d'optimisation des coûts de fonctionnement, dans le but final d'une réduction conséquente des dépenses (2.1.1) ainsi que d'une augmentation des recettes inscrites au budget (2.1.2.).

#### **2.1.1 Répondre aux contraintes par une réduction des dépenses...**

Au niveau national, les achats hospitaliers représentent, après les charges de personnel, le second poste de dépenses avec 18 milliards d'euros. Les achats d'un Centre Hospitalier sont aujourd'hui au cœur des recherches d'économies, même si la mise en place obligatoire du programme Performance Hospitalière pour des Achats REsponsables (PHARE), au sein des établissements publics de santé, ne doit pas pour autant impacter sur la qualité du service rendu aux patients ou aux résidents (A).

La réduction des coûts peut également être analysée par le biais de l'optimisation des postes de dépenses, en recherchant des économies, notamment sur les investissements ou les amortissements déjà engagés (B).

## **A) Repenser la fonction achat au travers de la mise en place du programme PHARE**

- Réalisation d'un Plan d'Action Achat (PAA)

**Elaboration du PAA.** Le Centre Hospitalier ALPHA ne dispose pas d'une cellule achat, mais se compose toutefois d'une équipe logistique importante. Le service se compose uniquement une directrice adjointe « Logistique Et Technique » (LET) ainsi que d'un responsable LET, responsable des achats de l'établissement.

Depuis 2013, il a été effectué une centralisation du magasin afin de concentrer les achats sur l'ensemble de l'établissement, et ainsi réaliser des économies (avant tous les services pouvaient acheter de leur côté).

De plus l'établissement s'est engagé dans le processus du programme PHARE, qui a nécessité la mise en place d'un Plan d'Action d'Achat (PAA).

Le Centre Hospitalier ALPHA avait déjà commencé à optimiser ses dépenses par le biais de la mutualisation et les groupements d'achats. Le programme PHARE a donc rapidement été mis en place au sein de l'établissement.

Ce programme propose des gains économiques tout en respectant la qualité des achats au travers des vecteurs suivants :

- La mutualisation,
- Le juste besoin et bon usage,
- La négociation,
- Le raisonnement en coût complet,
- L'activation du marché fournisseurs,
- Le meilleur suivi fournisseurs,
- La standardisation.

Adopter une démarche d'optimisation des achats est un atout pour un Centre Hospitalier qui souhaite réaliser des économies, parce que les gains sont importants et l'enjeu est conséquent au regard de l'effort à réaliser. En premier lieu, il s'agit de réaliser un état des lieux de la fonction achat, de réaliser une cartographie des dépenses, d'identifier les segments les plus coûteux, d'organiser un « remue-méninges » avec les prescripteurs sur les pistes d'amélioration et de positionner des actions en termes d'enjeux et d'efforts.

**Les achats chiffrés du CH ALPHA.** Au Centre Hospitalier ALPHA, 20 pistes de gains ont été identifiées dans la cadre de cette recherche d'optimisation des achats, dont 9 ont pu

faire dès 2014 l'objet d'une action (7 dans le cadre d'une mutualisation du « résah-LR <sup>30</sup>» et 2 dans le cadre d'une mutualisation « UNIHA <sup>31</sup>»).

Ces actions ont permis pour 2014 un gain de 348 300 euros.

Les achats représentent un poste important de dépenses, notamment parce qu'ils prennent en compte les achats médicaux.

Actuellement au sein du Centre Hospitalier ALPHA, 95% des achats font l'objet d'une mutualisation, dont les produits pharmaceutiques (il y a au sein de la structure une Pharmacie a usage intérieur).

- Acheter sans impacter sur la qualité et la sécurité des achats

**Notion de qualité.** Si le but est d'acheter au meilleur prix en continuant à acquérir des produits de qualité, il n'est certes pas non plus nécessaire de faire appel à une « surqualité <sup>32</sup>».

Les achats sont un enjeu très important au sein d'un Centre Hospitalier, mais la recherche d'économies ne doit pas pour autant faire baisser la qualité des produits achetés à moindre coût.

Acheter à bas prix ne doit pas vouloir dire acheter des produits de qualité moindre. En effet, dans un Centre Hospitalier, les produits doivent être de qualité pour répondre aux exigences de sécurité des patients et des résidents.

**Alimentation.** Pour ce qui est de l'alimentation, l'achat des denrées alimentaires doit être fait dans le respect de la réglementation en vigueur concernant la sécurité, l'hygiène et la traçabilité.

Le recours aux mutualisations ne doit pas être un frein à un gage de qualité.

L'un des leviers prôné est également le recours à des prestataires locaux, afin d'éviter les coûts intermédiaires et profiter d'une alimentation de qualité sur un territoire qui le permet, comme c'est le cas pour le CH ALPHA.

**Produits « dépendance » et les produits médicaux.** Pour ce qui est des achats « autres », acheter « en gros » doit uniquement être synonyme de « gain-achat », ou

---

<sup>30</sup> Réseau des Acheteurs Hospitaliers du Languedoc-Roussillon.

<sup>31</sup> L'achat coopératif des hôpitaux publics. Il s'agit d'un Groupement de Coopération Sanitaire leader des achats groupés en santé.

<sup>32</sup> L'une des trois grandes catégories de levier de gains dans le programme PHARE est l'optimisation des produits et des services achetés où il est évoqué une « élimination de la surqualité dans les spécifications ».

d'économie, et non d'achats moins chers mais de mauvaise qualité. L'un des principaux postes de dépenses pour la dépendance est l'achat de « couches ». L'achat groupé peut parfois avoir des travers, comme un stockage ne respectant pas les exigences de sécurité, détériorant ainsi la qualité du produit.

Il en va de même pour les produits pharmaceutiques par exemple, l'achat de lots ne devant pas passer outre l'obligation de sécurité des produits eux-mêmes, ni la sécurité des approvisionnements en terme de délais, de quantité et de qualité.

**Rénovation du patrimoine mobilier.** Une démarche d'inventaire de l'ensemble du patrimoine mobilier a été effectuée au CH ALPHA afin de répertorier les meubles devant être changés ou rachetés. La rénovation du patrimoine mobilier passera nécessairement par le respect de sécurité, de confort et d'hygiène. Pour les « accessoires de travail », du personnel par exemple, il pourra être fait appel à l'ergothérapeute afin de choisir des meubles correspondant à ces exigences<sup>33</sup>.

## **B) Optimisation du budget**

**Réduction des coûts d'entretien.** La réduction des coûts d'entretien du CH de ALPHA passe nécessairement par une mise en commun des trois bâtiments. Comme prévu à l'origine de la construction du troisième site en 2009, l'ensemble des services devait être centralisés en un seul bâtiment, le Pôle Santé.

La construction du Pôle Santé aurait dû permettre la réunion sur un seul site des deux autres bâtiments plus anciens. Cependant le coût élevé de l'investissement n'a pas permis de finir ce qui avait été prévu initialement.

La future mise en commun des trois bâtiments aura de nombreux effets positifs, comme réduire les dépenses d'énergie, ou encore mutualiser les personnels (soignants, cadres de santé, personnels d'accueil ou personnels d'entretien...).

**Révision des investissements.** L'augmentation des charges, qui a été mal compensée par les recettes (baisse de résultat) a eu un effet négatif sur la capacité d'autofinancement (CAF). Or une diminution de la CAF influe nécessairement sur les investissements. En effet, une CAF trop faible oblige à recourir aux emprunts pour permettre de combler le besoin éventuel en investissement.

Si arrêter d'investir peut s'avérer être une option, l'état du parc d'immobilisations ne le permet pas toujours.

---

<sup>33</sup> Par exemple, il a été effectué des achats de tabourets hauts pour les préparatrices en pharmacie pour plus de confort de ces dernières qui restaient debout.

Il est parfois également possible de jouer sur les investissements déjà réalisés et engagés. En effet, il peut être intéressant de renégocier les emprunts, même si les démarches sont parfois lourdes et complexes.

Il faut par exemple se documenter sur les taux actuels, et jouer sur la concurrence en allant voir les banques en leur proposant un rachat des emprunts à des taux plus favorables. Cette démarche peut être intéressante, notamment lorsque des emprunts toxiques ont été contractés.

**Révision des amortissements.** Les anciennes immobilisations peuvent être utilisées plus longtemps que prévu initialement. Une réflexion a été engagée au sein du CH ALPHA sur la durée réelle d'utilisation de façon à étaler la charge liée aux dotations aux amortissements.

**Modification des comportements.** En période de recherche d'économies et donc de restriction des dépenses, des efforts peuvent être réalisés sur le comportement des agents et des usagers au sein de l'établissement. C'est le cas pour les dépenses d'électricité (surchauffe des bâtiments et donc ouverture des fenêtres malgré le chauffage, lumières continuellement allumées de jour...) ou les dépenses d'eau (robinets que l'on ne ferme pas...). Des campagnes d'informations peuvent être mises en place au sein de l'établissement afin de faire prendre conscience aux agents de l'importance de faire attention à ce genre de dépenses.

Par exemple, dans le cadre du programme PHARE, l'un des leviers d'action mis en avant dans le Plan d'Action Achats afin d'aider dans cette modification des comportements, est le changement des interrupteurs, de façon à mettre des interrupteurs équipés de minuterie.

**Capacité d'Autofinancement.** La Capacité d'Autofinancement mesure la capacité des hôpitaux à rembourser leur dette et à financer leurs amortissements. Selon le rapport de la Cour des Comptes de septembre 2013, la CAF des hôpitaux s'est stabilisée à 4 milliards d'euros en 2012.

## 2.1.2 ...Ainsi qu'une augmentation des recettes

L'augmentation des recettes d'un établissement public de santé peut être effectuée la conséquence de plusieurs actions. Dans un premier temps, la solution peut être la recherche de ressources complémentaires à inscrire au budget (**A**), et dans un second temps une phase de réflexion peut être engagée pour améliorer les produits de l'établissement (**B**).

### A) Recherches de ressources complémentaires

**Crédits non reconductibles.** Les crédits non reconductibles sont, comme leur nom l'indique, des crédits ponctuels permettant de faire face à un coût non prévu, non provisionné ou plus important qu'imaginé. Les crédits non reconductibles peuvent venir uniquement financer les dépenses relevant du périmètre de celles pouvant être prises en compte par l'assurance maladie dans le cadre de la dotation de soins.

La politique d'allocation de ces crédits est encadrée selon des modalités bien particulières, qui est soit dans le cadre d'actions régionales, soit dans le cadre d'appels à candidature spécifiques (ressources humaines et amélioration des systèmes d'information). La demande peut également être individuelle et porter sur un point précis. Par exemple, le Centre Hospitalier de ALPHA a eu une réflexion pour demander un CNR afin de répondre à l'enquête de satisfaction « I-SATIS »<sup>34</sup> qui, si elle n'est pour l'instant que facultative, devrait être mise en place prochainement de façon obligatoire et qui nécessite de faire appel à un prestataire extérieur.

**Aides individuelles ponctuelles.** Les établissements de santé peuvent ponctuellement demander des crédits pour répondre à des besoins particuliers.

Sur le volet ressources humaines par exemple, existe le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP)<sup>35</sup>.

---

<sup>34</sup> « Indicateur de la satisfaction des patients hospitalisés » est le premier indicateur de résultat généralisé afin d'associer pleinement le patient à sa prise en charge, par le biais d'une enquête téléphonique. Cette enquête de satisfaction, obligatoire dès 2014 pour les établissements MCO, reste néanmoins facultative pour les établissements dont l'activité est trop faible (uniquement 22 lits de médecine sur le site du CH ALPHA). Devant être réalisée par un organisme de sondage indépendant, elle a un coût qui peut s'avérer être rapidement important.

<sup>35</sup> Article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001. Ce fonds participe au financement « d'aides individuelles destinées à favoriser la mobilité et l'adaptation des personnels des établissements engagés dans opérations de recomposition et de modernisation ».

Au Centre Hospitalier de ALPHA une aide avait été accordée au travers de ce FMESPP pour la mise en place d'une Gestion Prévisionnelle des Moyens et des Compétences (GPMP)<sup>36</sup>.

**Subventions diverses.** Le directeur d'un établissement a la possibilité d'obtenir, après recherches, des subventions diverses auprès d'organismes extérieurs, d'associations ou auprès des collectivités locales afin de financer un projet (achat de véhicule, travaux...). Il est possible par exemple de multiplier les partenariats associatifs dans le but de se faire aider pour des domaines particuliers. Par exemple, le CH ALPHA a engagé un partenariat avec le SAMETH<sup>37</sup> afin de subventionner des achats de mobilier pour maintenir dans son emploi un agent confronté à un risque d'inaptitude.

**Emprunts.** Comme développé plus haut, le recours à l'endettement n'est pas soutenable et pourrait avoir comme effet irréversible une perte d'autonomie du Centre Hospitalier. En effet, même en admettant qu'il s'agisse d'un emprunt à taux fixe, la difficulté lorsqu'il est question d'emprunt, est la capacité de l'établissement à le rembourser.

Il aurait été intéressant de pouvoir bénéficier du fonds de soutien aux structures publiques touchées par les emprunts toxiques (financé pour moitié par l'Etat et pour moitié par les banques), instauré par la loi de finances 2014<sup>38</sup>. Pourtant les hôpitaux sont exclus de ce dispositif.

## **B) Réflexions pour une optimisation des ressources de l'établissement**

**Optimisation de la gestion du patrimoine privé.** L'optimisation de la gestion du patrimoine privé des hôpitaux publics est selon la Cour des Comptes indispensable dans le

---

<sup>36</sup> L'aide de 8000 euros a permis le paiement d'un prestataire extérieur pour cette mise en place.

<sup>37</sup> Le SAMETH « Service d'Appui aux entreprises pour le Maintien dans l'Emploi des Travailleurs Handicapés » intervient en appui de l'employeur en lien avec les médecins du travail, ou en prévention et en accord avec l'agent et l'employeur, afin de trouver des solutions pour le maintien dans l'emploi et éviter ainsi la désinsertion professionnelle des personnes confrontées à un risque d'inaptitude. Il s'adresse en effet soit aux agents déclarés inaptes ou en risque d'inaptitude à leur poste de travail, soit aux agents en arrêt maladie nécessitant une reprise adaptée à leur handicap ou enfin aux agents en situation de handicap aggravé du fait d'une évolution du contexte professionnel.

<sup>38</sup> Loi numéro 2013-1278 du 29 décembre 2013 de finances pour 2014.

contexte actuel d'extrême déficit des finances hospitalières<sup>39</sup>. Elle propose pour cela aux établissements qui en ont la possibilité de « conduire une politique active de valorisation » de leurs biens immobiliers, permettant non seulement d'assurer des recettes nouvelles mais également d'éviter des charges d'entretien de bâtiments anciens et coûteuses par la vente du bien ou l'amélioration du rendement locatif.

- Vente du patrimoine immobilier :

La construction d'un bâtiment en 2007 aurait dû permettre le regroupement des deux anciennes structures en un seul bâtiment. Ces dernières auraient alors pu faire l'objet d'une cession, afin de récupérer des fonds et les réinvestir dans le bâtiment récent.

- Location :

Toujours dans un objectif final d'amélioration des finances, la construction du Pôle Santé avait pour but de créer un partenariat financier entre le Centre Hospitalier et la Clinique sur le territoire d'ALPHA : la Clinique reverse chaque mois un loyer au CH ALPHA pour l'utilisation des locaux.

Le loyer pourrait être renégocié au moment de la reconduction du contrat de location des locaux.

L'un des trois établissements dispose de diverses pièces « désaffectées », dont la structure n'a plus l'usage. La location de ces pièces pour des associations de la ville pourrait être une solution intéressante pour une augmentation des recettes (jusqu'à présent le CH ALPHA proposait l'une de ces pièces à une association sportive à titre gracieux).

**Augmentation de l'activité.** Durant l'entretien avec le Conseil général de l'Hérault, il a été mis en avant que le plus important lors de la mise en œuvre d'un CREF est de se poser la question de l'activité que l'on souhaite : d'une part l'activité que l'on souhaite garder et de l'autre celle que l'on peut justement choisir de diminuer. Mais ce choix ne doit, quoi qu'il advienne, pas modifier le but premier du service public : la prise en charge de qualité des usagers.

---

<sup>39</sup> Rapport de la Cour des Comptes, *Le patrimoine immobilier des hôpitaux non affecté aux soins*, février 2012.

Au contraire, il pourrait être possible de miser sur une hausse de l'activité de certains services. Si le CH a un taux de remplissage très correct pour la majorité des services, le SSIAD mériterait toutefois d'être développé. En effet, celui-ci pourrait bénéficier d'un taux de remplissage à 100% si des actions de communication étaient mises en place. C'est ce qui a d'ailleurs été engagé début 2014 par le CH ALPHA, qui a réalisé une plaquette pour valoriser le service et permettre une communication plus efficace auprès des usagers.

Une amélioration d'une activité peut être envisagée: le CH ALPHA a eu une autorisation d'hospitalisation à domicile de 30 places avec des lits dédiés aux soins palliatifs.

Des modifications de l'activité peuvent également être mises en place. Une réflexion a été réalisée par la direction afin de penser aux possibilités d'augmentation du nombre de séjours, par réduction de la durée moyenne de séjour. Mais cette réflexion a été abandonnée parce qu'elle contrevenait au principe même du service public de qualité.

**Développement de nouvelles prestations.** Afin de récupérer des recettes, les hôpitaux peuvent disposer selon leur environnement de nombreuses possibilités de développement de prestations externes afin d'augmenter leurs recettes.

Mais au Centre Hospitalier ALPHA, la diversification de l'offre est restreinte : l'établissement situé en plein centre-ville ne dispose pas de patrimoine permettant de faire fructifier son parc immobilier et donc de récupérer des recettes supplémentaires.

**Externalisation.** Afin de percevoir des ressources complémentaires, une réflexion peut être engagée sur l'externalisation de différents services, notamment pour les services blanchisserie et restauration de l'hôpital.

La prestation concernant l'entretien des bâtiments a déjà été externalisée (bio-nettoyage), permettant une renégociation des contrats par le jeu de la concurrence.

*A contrario*, l'externalisation pourrait être effectuée à l'inverse, le CH ALPHA pouvant proposer aux EHPAD ou aux établissements publics alentour diverses prestations, comme le portage de repas à domicile. C'est déjà le cas pour le service restauration, l'hôpital ayant négocié avec les agents du Conseil Général la vente de repas au sein de la Cafeteria.

## 2.2 Focus sur les charges de personnel, principal poste de dépenses du Centre Hospitalier ALPHA

La réduction des achats est une opération de réduction des coûts qui touche principalement aux efforts et économies à réaliser sur un budget. Parler de marges de manœuvres financières sur la gestion des agents va encore plus loin, et est nécessairement plus complexe à mettre en œuvre car il y a une véritable notion de management. L'amélioration des dépenses du titre I peut passer par la recherche de ressources (2.2.1) ou une véritable modification de l'organisation de l'établissement afin de maximisation des coûts (2.2.2).

### 2.2.1 Réduction des dépenses de personnel par une diminution de la masse salariale

En 2007, lors de la construction du Pôle Santé, même s'il n'a jamais été question d'une mise en commun des compétences médicales, le directeur de l'époque avait déjà mis en avant une possibilité future d'améliorer les collaborations entre le public et le privé car « *la proximité favoriserait à plus ou moins long terme l'organisation de la complémentarité* ».

**Mutualisation du personnel.** L'une des pistes d'action choisie par le CH ALPHA dès 2014 est la mutualisation des ressources. Le service administratif se composant de 2 ETP d'informaticien, la direction a fait le choix de mutualiser 0,5 ETP avec un Centre Hospitalier du département<sup>40</sup>. De même que l'agent responsable de la sécurité ALPHA exerce des prestations de sécurité ponctuelles. Enfin cette mutualisation de personnel entre le CH et la Clinique sur le site du Pôle Santé a déjà été engagée avec la mise à disposition de 0,5 ETP d'agent d'accueil au sein de l'établissement.

Cette mutualisation du personnel permet des reversements auprès du Centre Hospitalier, ce qui fait une recette nouvelle sans toucher aux dépenses, les agents « mutualisés » faisant déjà partie du personnel de l'hôpital.

**Mutualisation des services.** L'une des pistes envisagée par la direction de l'établissement est la mutualisation des services. La mutualisation des services permet dans de nombreux cas de proposer une meilleure offre de soins

Mais aussi et surtout, la mutualisation permet de réduire les efforts et les coûts et ainsi de réaliser des économies.

---

<sup>40</sup> 0,5 ETP de l'un des deux agents du service informatique de l'établissement a été mutualisé avec le Centre Hospitalier X, établissement de l'Hérault.

Concernant dans un premier temps les services logistiques et techniques, le CH met à disposition une Cafétéria au sein du Pôle santé afin de proposer au personnel un service de restauration pour le déjeuner et percevoir des recettes dans ce cadre. De plus, cette Cafétéria est ouverte au public pour les familles accompagnant les patients des services du Pôle Santé. Un partenariat a été créé avec l'antenne du Conseil Général de ALPHA afin de faire bénéficier les agents de prix avantageux et permettant au service restauration d'accumuler une recette supplémentaire. Le public partenaire du CH ou de la Clinique tels que les pompiers ou les ambulanciers peuvent profiter de cette prestation.

Consciente des recettes conséquentes pouvant être apportées par ce service de restauration, la direction, après enquête de satisfaction, a engagé une réflexion afin d'ouvrir ce service le week-end. La volonté d'augmenter les recettes doit être fait de façon efficace et efficiente, aussi il est nécessaire de penser au coût d'une telle opération : l'ouverture de la Cafétéria le week-end ne doit pas générer de surcoûts et ne doit donc pas nécessiter une nouvelle embauche au service restauration, ni un agent supplémentaire au nettoyage.

Des réflexions sur la mutualisation des services médico-techniques et notamment de la pharmacie ont été engagées, puisque la Clinique et le CH disposent chacun de leur Pharmacie à Usage Intérieur dans les locaux du Pôle Santé, avec chacun leur ETP de pharmacien. Or les coûts découlant de cette non-mutualisation sont importants puisqu'une tel pharmacie ne peut être ouverte que si pharmacien est présent, ce qui nécessite donc pour toute absence de faire appel à un praticien contractuel pour effectuer le service<sup>41</sup>.

### **2.2.2 Modification des stratégies managériales déployées par la direction du CH ALPHA**

La question de l'absentéisme est au cœur des préoccupations d'un Centre Hospitalier parce qu'il revient à un prix particulièrement élevé. Le CH ALPHA a depuis 2014 modifié sa politique en matière de gestion de l'absentéisme (**A**) et modifié ses stratégies managériales en règle générale (**B**).

---

<sup>41</sup> Art. R. 6152-31, R. 6152-221 et R. 6152-402 du Code de Santé Publique.

## A) Stratégies en cas d'absentéisme

**Gestion modifiée de l'absentéisme.** Une enquête du ministère de la santé<sup>42</sup> a mis en avant que les établissements publics de santé avaient un taux d'absentéisme de 6,2%. L'absentéisme au CH ALPHA est élevé, il était de 9,55% en 2013 contre 6,97% en 2010. Une nouvelle politique de lutte contre l'absentéisme a été engagée depuis 2014 au sein du Centre Hospitalier ALPHA. Les deux axes principaux d'amélioration pour contrer cet absentéisme est d'une part de procéder à des contrôles médicaux, d'autre part de réaliser des audits sur les risques psycho-sociaux avec des plans d'actions assortis.

L'absentéisme des agents a un coût particulièrement élevé au CH ALPHA car ce dernier est son propre assureur depuis 2011. Aussi, si la dépense auprès d'une compagnie d'assurance n'existe plus, la charge existe toujours puisque la moindre absence a un coût double : le coût de l'agent absent et le coût de son remplacement.

**Intérim.** Depuis 2009<sup>43</sup>, le recours à l'intérim comme mode de recrutement ponctuel est légalisé dans la fonction publique. Le taux d'absentéisme élevé a conduit le CH ALPHA à avoir recours à l'intérim sur de nombreuses années.

Cette pratique, qui selon la loi doit rester exceptionnelle, a l'avantage certain de répondre à une demande ponctuelle lorsque cela est nécessaire, notamment en présence d'absentéisme du personnel soignant ou médical, mais a un coût particulièrement élevé auquel le budget du CH ALPHA aurait aujourd'hui des difficultés à faire face.

Pourtant, le caractère nécessaire de la continuité des soins nécessite qu'un personnel soignant soit remplacé, sous peine de toucher à la qualité et la sécurité du service rendu à l'usager.

Le Centre Hospitalier ALPHA a fait le choix de ne plus recourir aux intérimaires pour les remplacements d'agents en maladies ou en congés, même lorsque l'absence est notifiée à l'heure où l'agent doit se présenter pour travailler.

---

<sup>42</sup> Enquête de la DGOS sur l'absentéisme dans les Etablissements Publics de Santé entre 2009 et 2010.

<sup>43</sup> Loi du 3 août 2009, relative à la mobilité et aux parcours professionnels dans la fonction publique.

## **B) Une stratégie managériale rénovée**

**Réorganisation de la stratégie managériale.** La règle qui dispose qu'un tiers des agents doivent bénéficier d'avancements d'échelon à la durée minimum n'est en réalité pas une obligation réglementaire<sup>44</sup>. Le CH ALPHA a donc choisi d'adopter cette politique de diminution du nombre d'agents afin de réaliser des économies.

**Acquisition d'un logiciel de gestion des plannings adapté.** La direction du CH ALPHA a souhaité acquérir un nouveau logiciel de gestion des plannings. Ce dernier, plus adapté et plus facile d'utilisation, permettra non seulement de réduire le temps passé à réaliser les plannings mais aussi d'éviter toutes les erreurs qui pouvaient apparaître avec l'ancien logiciel.

**Dénonciation de l'accord sur la Réduction du Temps de Travail (RTT).** La réorganisation du temps de travail peut s'avérer être une source d'économies très importante. Actuellement les agents ont un temps de travail de 7h36, et la direction souhaite passer à 7h30 afin de gagner deux jours de RTT.

Un entretien avec l'un des représentants du personnel du CH a mis en avant les risques de fatigabilité des agents en cas de réduction de ces deux RTT. C'est un aspect à prendre en considération par la direction, qui doit avant toute dénonciation de l'accord sur la gestion du temps de travail, bien prendre en compte toutes les problématiques annexes avant de faire un choix.

**Réduction des effectifs.** Selon les nouvelles orientations de l'Etat, le CH applique la politique concernant le non remplacement des agents partant à la retraite. De plus, le CH développe particulièrement le recours aux contrats à durée déterminée, avec une priorisation des contrats aidés.

Afin de justifier la réduction de ces effectifs, le Centre Hospitalier ALPHA a fait appel à l'ARS, qui doit venir prochainement dans l'établissement afin de réaliser un audit sur le nombre d'agents nécessaires dans un service. Cet audit organisationnel permettra, selon la réponse donnée par l'ARS, de réduire le nombre d'effectifs notamment dans les services de soins.

---

<sup>44</sup> Article 67 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

### **3 Identification des dérives lors de la mise en œuvre d'un CREF : préconisations pour un accompagnement efficace**

La mise en œuvre d'un contrat de retour à l'équilibre financier passe nécessairement par des décisions pouvant entraîner non seulement des difficultés de mise en œuvre, mais également des difficultés à faire accepter ladite mise en œuvre.

Quels sont les enjeux de la bonne marche d'un plan de retour à l'équilibre ? Quels sont les écueils et quelles sont les pistes pour les éviter ?

Comme susmentionné, la qualité du service ne doit certes pas être affectée, mais de telles modifications peuvent toutefois affecter la tranquillité du service et avoir des conséquences sur son fonctionnement.

Une identification ainsi qu'une analyse des différentes dérives ont été soulevées (3.1). Afin d'éviter toutes les problématiques liées à la mise en œuvre de CREF, les DESSMS sont bien outillés et doivent être en capacité de faire appel à ces dispositifs dès lors qu'ils en ressentent le besoin (3.2).

#### **3.1 Mise en garde des dérives d'un management en période de CREF : l'équilibre au détriment de la qualité**

En période de contrat de retour à l'équilibre, nombreuses sont les dérives qui peuvent en résulter. En effet, jusqu'où peut-on faire des économies ? Un pilotage « *low-cost* » peut-il être mis en place en matière de santé publique ? Faire des économies ou encore des « gains-achats » ne s'est pas traduit par un véritable passage à ce système d'organisation à moindre coût. En effet, il a été constaté que les produits achetés à bas coût sont restés de qualité. Pourtant des dérives peuvent apparaître et la mise en œuvre des CREF « nouvelle génération » doit prendre en compte les erreurs passées et notamment celles remontées par l'IGAS (3.1.1) et continuer de proposer à tous les usagers un service public de santé de qualité (3.1.2).

### 3.1.1 Préconisations des acteurs extérieurs pour un objectif de retour à l'équilibre financier adapté

L'IGAS avait déjà en 2008<sup>45</sup> fait état des différents travers du CREF. L'essentielle de ses critiques venait du contenu insuffisant de ce contrat de retour à l'équilibre. Les critiques portaient principalement sur certaines mesures durables qui étaient trop fréquemment absentes des CREF, et il semblerait que ces manquements pointés aient été revus pour faire partie du contrat signé entre le CH ALPHA et l'ARS. Par exemple, aujourd'hui des notions telles que les objectifs de restructuration des sites ou d'amélioration des outils de gestion ou encore de rétablissement de la CAF sont courantes.

L'IGAS avançait également en 2008 un manque de diagnostic sur la performance médico-économique des services.

La maîtrise de la masse salariale enfin, était jugée comme une mesure d'économie « *peu ambitieuse* » et aucun effort n'était alors fait dans ce sens. Pourtant c'est là que réside l'un des principaux atouts de la direction d'ALPHA, qui a déjà commencé à faire des économies conséquentes par le biais de ce poste de dépenses.

L'un des reproches avancés par l'IGAS est également la non-prise en compte de l'impact des investissements sur les charges d'exploitations. En effet, les CREF n'ont généralement pas tenu compte de l'impact sur les charges d'exploitation des importants programmes d'investissement engagés par les hôpitaux, les amortissements étant sur les charges d'exploitation.

Avant d'investir sur quelque programme d'investissement qu'il soit, l'établissement aurait dû rétablir sa situation financière. Contractualiser par la suite pour un retour à l'équilibre financier devrait se faire obligatoirement par une révision des prochains investissements.

Les CREF ont également parié sur un objectif peu réaliste de développement de l'activité dans le but de redresser la situation financière des établissements. Les conséquences néfastes qui en ont découlé sont des équipements bien trop importants par rapport à l'activité réelle de l'établissement. Ces prévisions de recettes utopiques ont alors engendré en sus des investissements.

Les termes des avenants des CREF n'ayant pas permis d'atteindre les objectifs financiers qui se sont avérés irréalistes, l'amélioration de la situation financière des établissements

---

<sup>45</sup> Rapport numéro 2007-164P sur le contrôle des mesures prises dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre financier par des hôpitaux « perdants » à la T2A, janvier 2008.

sous CREF n'a été en réalité qu'une apparence du fait des aides exceptionnelles autorisées justement dans le cadre de ces contrats.

L'entretien avec le Conseil Général a également mis en avant la difficulté de revenir à la situation antérieure au CREF, car dès lors que l'équilibre financier sera revenu, l'activité reviendra aussi et il faudra alors dans ce cas penser à réorganiser la prise en charge.

### **3.1.2 Eviter l'écueil d'une « santé à deux vitesses » pour un équilibre financier au détriment du service rendu à l'utilisateur**

**Hôpital ou entreprise ?** L'une des principales craintes avancée lors de l'élaboration de la loi HPST concernait notamment la peur d'une recherche de rentabilité au détriment de la qualité du service rendu aux usagers. Cette notion de rentabilité à tout prix peut se traduire par :

- Le travail à flux tendus,
- L'occupation maximale des lits,
- La réduction des durées de séjours,
- Une logique de moyen à logique de résultat,
- La rationalisation extrême du temps de travail,
- L'exigence de flexibilité.

**Tarifications discriminatoires.** L'une des dérives à éviter est pour la direction, de positionner ses choix concernant les futurs résidents uniquement en raison de leur capacité de paiement, et donc de choisir uniquement des usagers payeurs. Mais cet écueil est particulièrement difficile à prévenir en période de CREF puisqu'il semble logique de choisir des « bons dossiers », que l'on sait solvables afin de ne pas avoir à faire face à des difficultés de paiement. La tendance qu'ont les établissements en difficultés de choisir des bons payeurs est une réalité difficile à enrayer parce qu'elle présente des avantages, surtout lorsque les finances de l'établissement sont en difficulté.

Afin d'éviter cela il faut dans un premier temps éviter une dérive tarifaire. Rehausser le prix de journée peut-être une solution viable certes, mais engage en conséquence des difficultés pour les usagers à accéder à ce type de structure par manque de moyens, contrevenant, *in fine*, au principe d'égalité devant le service public.

**Prestations supplémentaires.** Cette dérive tarifaire peut également apparaître au niveau des chambres individuelles qui pourraient devenir plus chères que les chambres doubles.

Actuellement le système d'attribution des chambres individuelles est égalitaire puisqu'il se base sur l'ancienneté des patients inscrits sur une liste d'attente. Il pourrait alors être pertinent de faire payer plus cher ces chambres individuelles, mais cela irait encore une fois à l'encontre de l'un des principes fondamentaux qui est l'égalité de tous devant le service public. De plus, cela est contraire aux nouvelles orientations qui prônent intimité et dignité de la personne hospitalisée.

De nombreuses structures ont pourtant décidé d'effectuer ce choix, comme récemment l'AP-HP<sup>46</sup> de Paris, qui depuis le 1er février 2011 facture 45 euros supplémentaires pour une chambre individuelle pour des raisons de confort.

La même problématique peut être envisagée pour la télévision. La direction a fait le choix de supprimer le parc de télévisions de l'établissement des services EHPAD et USLD et proposer aux résidents d'amener leur propre télévision. Pourtant, il pourrait au contraire être envisagé de louer le service télévision aux résidents afin de faire un bénéfice par rapport à l'investissement et donc percevoir des recettes dans ce cadre.

Mais un tel choix pourrait encore une fois contrevenir au principe d'égalité des usagers devant le service public, seuls les plus fortunés pouvant se payer la possibilité de regarder la télévision.

De plus, le rapport d'Edouard Couty met en évidence que la notion de concurrence par les prix n'est pourtant pas gage d'efficacité, parce que « *la santé n'est pas un marché comme les autres* ».

**Evaluation du GIR au plus juste.** Il faut également faire attention à ne pas tendre à choisir uniquement les Groupes Iso-Ressources (GIR) les plus lourds. En effet, l'APA étant versée de façon globale au CH ALPHA, plus les résidents ont un GIR important, plus la dotation globale sera conséquente.

**Egal accès pour tous à une santé de qualité.** La tarification, on l'a vu, peut être un frein à l'égalité des usagers devant la santé, mais il faut également faire attention de composer avec la qualité des services proposés par le CH. En effet, adopter un pilotage « *low cost* » en réduisant les prestations et diminuant la qualité du service pourrait avoir comme conséquences néfastes non seulement une dégradation de la qualité de vie au travail pour les usagers, mais également un taux de remplissage diminué.

---

<sup>46</sup> Assistance Publique – Hôpitaux de Paris.

Toutefois, selon un avis du Comité Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé « *la garantie d'un accès juste aux soins de qualité n'est pas incompatible avec une rigueur économique* »<sup>47</sup>. Le CH ALPHA peut donc essayer d'appliquer une certaine rigueur économique sans toucher à la qualité de son activité et son accès pour tous.

Pour éviter une telle dérive il serait opportun de faire participer les usagers aux modifications managériales, afin que, lors des changements nécessaires, soient prises en compte toutes les problématiques « pratico-pratiques » soulevées par ces derniers pour continuer d'offrir des prestations de qualité et avoir un taux de remplissage de 100%.

### **3.2 Utilisation de multiples outils pertinents mis à disposition du DESSMS**

De nombreuses mesures sont mises en place en période de retour à l'équilibre financier afin d'accéder à l'objectif fixé. Mais pour éviter les dérives dont il a été question précédemment, il est nécessaire de mettre en place divers outils pour un fonctionnement optimal de la structure. Ces outils peuvent être purement financiers (3.2.1), ou peuvent faire l'objet d'une stratégie managériale (3.2.2).

#### **3.2.1 Déploiement des outils financiers**

Lors de la mise en œuvre d'un Contrat de Retour à l'Equilibre financier, les outils financiers sont nécessairement les plus importants. Ces outils sont classiquement les tableaux de bords (A), et permettent, outre le suivi budgétaire, de piloter l'activité et de jouer sur le fonds de roulement (B).

##### **A) Utilisation quotidienne de tableaux de bord pour un suivi efficace des indicateurs budgétaires**

**Définitions.** L'utilisation de tableaux de bord permet d'effectuer un suivi efficace des recettes et des dépenses afin d'avoir une vision la plus juste possible.

---

<sup>47</sup> Avis CCNE numéro 101 du 26 juin 2008 « Santé, éthique et argent : les enjeux éthiques de la contrainte budgétaire sur les dépenses de santé en milieu hospitalier ».

Mais recourir aux tableaux de bord ne doit pas être chronophage et doit au contraire permettre un pilotage efficace afin de gagner du temps sur la stratégie future de l'établissement. Or tous les indicateurs financiers ne sont pas nécessairement pertinents. C'est à la direction de faire les choix les plus avantageux pour l'établissement.

L'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) définit des indicateurs d'un tableau de bord comme « *une information, nécessairement chiffrée, normalisée (au moyen d'une fiche indicateur), produite à intervalle régulier, qui permet à une entité de suivre/piloter sa performance en répondant à une « question clé » ...* »<sup>48</sup>.

Dans un Centre Hospitalier, il est par exemple fondamental de retenir le taux d'occupation comme l'un des premiers indicateurs. En effet, l'attractivité d'un établissement va jouer un rôle essentiel dans la gestion de ses finances.

Il sera pour cela nécessaire d'analyser tous les indicateurs qui en découlent (par exemple le coût moyen d'une chambre en service de médecine).

**Tableaux de bord financiers.** L'EPRD est un outil de pilotage fondamental dont les conditions d'élaboration et de suivi nécessitent une rigueur particulière de prévision et de maîtrise du budget. Afin de créer un EPRD le plus juste et le plus fiable possible, il est essentiel d'avoir un suivi mensuel des dépenses et des recettes, afin de réaliser des projections futures les plus précises.

C'est au travers d'un tableau de bord où sont réajustées chaque mois les charges et les recettes. A l'hôpital ALPHA, ce tableau est réalisé en partenariat avec la responsable des services financiers et l'équipe de direction.

**Tableaux de bord des effectifs.** Les dépenses du Titre I sont les dépenses les plus importantes dans un Centre Hospitalier. Il est alors nécessaire d'avoir une projection la plus juste qui soit pour les mois, voire les années à venir, et pour construire un EPRD en adéquation avec la réalité des différents services. Un tableau de suivi des effectifs permet alors d'avoir non seulement cette vision d'ensemble, mais aussi une vision individuelle de chaque agent et des dépenses qui lui sont afférentes.

Cette prévision permet de prendre en compte les départs à la retraite, les augmentations d'échelon, et les diverses indemnités selon les personnels.

---

<sup>48</sup> « *Piloter la performance dans le secteur médico-social. Expérimentation d'un tableau de bord de pilotage* », ANAP.

Le Centre Hospitalier ALPHA a mis en place fin 2013 ces tableaux de bord, mais il faudra bien faire attention à ce que ces derniers soient suivis quotidiennement, afin de pouvoir être en capacité de retranscrire la réalité à tout instant.

Ce tableau des effectifs est l'un des piliers de la construction d'un EPRD, « il ne doit pas faire apparaître d'écart notable avec les différents comptes de résultats qu'il doit justifier<sup>49</sup> ».

**Les Comptes Epargne Temps.** Le tableau de bord de suivi des Comptes Epargne Temps (CET) est également très important, parce qu'il faut recenser les heures non payées et non rémunérées qui sont additionnées sur le CET chaque année. Ces dernières représentent un coût financier particulièrement important. Pour le Centre Hospitalier ALPHA, il s'agit de 851 jours, soit presque 87 000 Euros, qui doivent être provisionnés dans l'EPRD.

## **B) Optimisation du fonds de roulement**

**Définition.** Le fonds de roulement est la différence entre les ressources stables et les immobilisations (soit la différence entre l'actif circulant et les dettes à court terme). Le besoin en fonds de roulement est la différence entre les stocks, et les créances, et les dettes à court terme (non bancaires).

Afin d'optimiser le fonds de roulement, trois constantes peuvent être améliorées : la gestion des créances, celle des dettes des fournisseurs et enfin la gestion des stocks.

En corolaire de la bonne gestion du fonds de roulement et du besoin en fonds de roulement, une gestion efficiente de la trésorerie du CH ALPHA sera nécessaire.

**Augmentation du délai des dettes fournisseurs.** Il est important d'augmenter le délai de règlement des dettes fournisseurs pour pouvoir gagner en liquidité. L'une des préconisations serait alors de renégocier les contrats avec les fournisseurs pour payer le plus tard possible le fournisseur, ainsi gagner du délai de règlement, et donc optimiser la trésorerie.

**Optimiser la gestion des stocks.** Avoir un stock important peut s'avérer être une source de coûts importante pour l'établissement. En effet, les stocks peuvent dans certains cas revenir chers : ils prennent de la place, ils coûtent de l'argent *via* la perte de la valeur. Leur financement (achats massifs), entraîne une importante sortie de trésorerie. Travailler en

---

<sup>49</sup> Circulaire DHOS/F4/DGCP/5C/2008/98 du 25 mars 2008 relative à l'état des prévisions de recettes et de dépenses.

flux tendus présente donc de nombreux avantages. Mais la diminution des stocks sera difficile à mettre en place dans les CH car elle contrevient à l'essence même du programme PHARE, qui consiste à acheter d'importantes quantités à des prix préférentiels, appliqué afin de recherches d'économies.

De plus, l'anticipation des besoins peut également être un gage de qualité, surtout concernant certains achats de l'hôpital tels que les produits de « dépendance » (couches) ou ceux de médicaments. *A contrario*, la qualité du service et donc *in fine* de la prise en charge peut être mise en cause lorsque l'établissement choisit de travailler à flux tendus.

L'une des préconisations afin de concilier ces deux visions pourrait alors être la négociation des contrats dans le cadre de ces mutualisations, avec la possibilité de bénéficier d'un prix de gros tout en se faisant livrer les divers produits en différé.

**Gestion efficace des créances.** Afin de percevoir les créances clients plus rapidement, diverses solutions peuvent être mises en œuvre. La première solution envisagée peut être de faire appel à une agence de recouvrement. Le travers négatif de cette solution est le coût d'une telle prestation. Lorsque sont analysées les impayés des services du CH ALPHA (notamment dans les services d'EHPAD), il ressort que moins de 5 dossiers présentent des problématiques de non-paiement. Aussi cette solution n'a aucune raison d'être retenue par la direction.

Allant dans ce sens, une seconde solution peut être de faire appel à une agence d'affacturage, qui utilise une technique de gestion financière particulière. En effet, l'établissement de crédit spécialisé (affactureur ou factor) prend en charge le recouvrement des créances d'une entreprise dans le cadre d'un contrat au travers de trois prestations :

- Le recouvrement des créances clients,
- Le financement de la trésorerie,
- L'assurance-crédit.

Cette technique qui permet d'avoir des liquidités sans attendre le paiement des patients ou des résidents, n'est pas approprié dans les situations des CH, pour les mêmes raisons que celles avancées pour l'agence de recouvrement.

La meilleure gestion des créances peut également tout simplement passer par une réorganisation des services internes, en jouant sur des relances par mails ou par envois de courriers, de manière fréquente avec un véritable suivi. La préconisation effectuée dans le sens d'une optimisation de la chaîne de facturation va en ce sens.

**Révision de la chaîne de facturation.** En 2006 un comité de pilotage sur l'organisation de la chaîne de facturation à l'hôpital<sup>50</sup> a mis en avant des dysfonctionnements, afin de chercher des marges d'améliorations pour éviter un impact négatif sur les finances des CH. La première des raisons invoquées a été le cloisonnement étanche entre les professionnels. Or il s'agit d'une activité transverse dont tous les agents doivent pouvoir en appréhender les enjeux.

Le bilan de ce comité a alors mis en avant trois axes d'amélioration :

- La communication, qui doit faire prioritairement partie des plans d'actions, afin de valoriser les agents dans le processus de facturation ;
- Le décloisonnement, qui permet une identification des problèmes en commun et permet de les régler plus rapidement ;
- Le pilotage, qui doit être « éclairé et consensuel » et se référer à des « indicateurs partagés ».

**C) Le pilotage, qui doit être « éclairé et consensuel » et se référer à des « indicateurs partagés »**

Le point le plus intéressant à mettre en œuvre est celui concernant le décloisonnement et le pilotage en transversalité entre les différents services : bureau des entrées, service social, service facturation... voire également avec le trésorier ou les personnels médicaux (médecins ou représentants de la CME). Ce management global d'activité ne peut qu'avoir des effets bénéfiques et participer à réduire, *in fine*, le déficit. Le CH ALPHA a commencé cette politique de décloisonnement, impulsée par le nouveau directeur, mais des efforts restent à fournir en termes de communication et de responsabilisation des agents afin d'arriver à l'objectif final d'efficacité du système de facturation.

La communication est alors l'un des vecteurs les plus efficaces pour la mise en œuvre d'un CREF le plus pertinent possible. C'est sur ce point qu'il faut particulièrement insister pour éviter les dérives provenant des agents qui ne comprendraient pas l'objectif de ces efforts financiers.

---

<sup>50</sup> La Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers (MeaH), permet aux établissements de santé publics et privés d'agir sur l'organisation de leurs services en améliorant leur fonctionnement. Elle finance pour cela des audits dans des établissements volontaires, accompagnant les équipes dans la mise en œuvre de changements divers et en évalue surtout avec eux les résultats. C'est ainsi que sur la base de ces travaux, elle diffuse à l'ensemble de la communauté hospitalière des modèles d'organisation et des supports méthodologiques afin qu'ils puissent les utiliser pour améliorer leur fonctionnement.

### 3.2.2 La communication : outil « relationnel » vecteur d'amélioration nécessaire au bon fonctionnement d'un établissement sous CREF

La mise en place d'un contrat de retour à l'équilibre financier dans un Centre Hospitalier est un projet d'une importance telle qu'il engendre des modifications sur les conditions de travail des salariés, et peut donc justifier une expertise du CHSCT<sup>51</sup>.

Afin de permettre un retour à l'équilibre financier dans un climat apaisé au sein des divers services, il est nécessaire de donner une place au dialogue social (A) et investir sur un management empreint de la notion de confiance (B).

#### A) Donner un vrai sens au dialogue social

**Un dialogue efficace.** « Vous êtes un professionnel, on a besoin de votre compétence pour faire tourner la maison, je vous écoute et, en même temps, vous devez comprendre que j'ai des contraintes! »<sup>52</sup> Pour Edouard Couty il est nécessaire de créer de véritables espaces de concertation, de consultation et voire même de « négociation ». Le dialogue social, qui permet d'associer l'ensemble des équipes d'un établissement aux décisions de la direction, est la clé d'une gouvernance efficace.

On peut lire dans le rapport du pacte de confiance pour l'hôpital que ce dialogue social est pour lui « *indissociable des valeurs fondatrices du service public hospitalier* », tous les agents devant se « *sentir reconnus et entendus* ».

Edouard Couty préconise alors pour ce faire de rétablir une gouvernance équilibrée avec des instances consultatives responsables, afin de mieux communiquer.

**Développement de la communication.** Pour Jean-François Tome<sup>53</sup>, la communication s'est développée à l'hôpital dans les années 80 afin d'accompagner les transformations économiques. L'enjeu majeur de la communication est selon lui la reconnaissance des métiers ainsi que la reconnaissance des gens pour eux-mêmes.

C'est justement le travail engagé depuis 2014 au Centre Hospitalier ALPHA avec la mise en place de la GPMC.

---

<sup>51</sup> CA Bordeaux, 29 mars 2012, décision numéro 11-05578.

<sup>52</sup> Edouard Couty, Conseiller maître à la Cour des Comptes, directeur d'hôpital, ancien directeur général des hôpitaux. « Restaurer la confiance », Grand dossier DH magazine 145.

<sup>53</sup> « Les enjeux de la communication à l'hôpital », Communication et organisation, Hors-Série numéro 1, 1994.

Il existe par exemple un guide méthodologique pour l'élaboration d'un contrat de retour à l'équilibre financier<sup>54</sup>, avec une partie consacrée à la communication interne.

Pourtant la communication est souvent « oubliée » dans l'organisation d'un petit établissement. La première des raisons est son coût en période de restriction budgétaire, pouvant être considéré comme un poste de dépenses inutile.

Au Centre Hospitalier ALPHA, aucun agent n'est dédié à la communication, celle-ci se faisant directement au travers des ressources humaines, du management de la direction, par les diverses instances ou encore par le système d'information, le réseau interne.

**Rôle de la direction.** Si la communication entre la direction, les cadres et les équipes est importante, la communication entre les équipes des différents services l'est également, alors qu'elle aurait tendance à être oubliée. Lors des Conseils de la Vie Sociale au CH ALPHA par exemple, il est ressorti des incompréhensions dans certains cas entre les équipes soignantes et les équipes hôtelières. Or c'est ce fonctionnement cloisonné des services qui rend le travail parfois difficile lorsqu'il est nécessaire de coopérer.

C'est à la direction de coordonner tout cela et de s'assurer de la fluidité de ses services. Le travail de la direction est en effet de savoir rendre des comptes et communiquer sur les différentes actions mises en place, leurs objectifs et les avancées qui sont faites dans ce sens. En période de Contrat de Retour à l'Equilibre Financier la communication sur ces valeurs et ces améliorations sont encore plus fortement réclamées par les équipes afin qu'elles soient au courant des résultats et n'aient pas l'impression que les sacrifices financiers ou organisationnels soient vains.

Lors d'une période de particulière rigueur, la direction doit être plus que jamais vigilante dans les décisions qu'elle prend afin de garantir une vraie cohérence et que tout le monde puisse sentir sa participation à l'effort commun comme non vaine.

La communication entre les médecins ne doit d'ailleurs pas passer au travers et aujourd'hui existe un unique outil concernant la communication entre médecine de ville et médecine hospitalière : un guide annuaire permettant l'amélioration de leurs relations.

---

<sup>54</sup> Par exemple le guide méthodologique pour l'élaboration d'un Contrat de Retour à l'Equilibre Financier en Ile-De-France.

## **B) Communication interne et externe de l'établissement : recommandations pour une sensibilisation des équipes et des partenaires**

**Plan de communication.** Certains hôpitaux ont fait le choix d'investir dans une communication efficace en réalisant par exemple un plan d'action particulier : un « plan de communication ».

L'élaboration de ce type de plans qui ont été effectués dans divers hôpitaux français<sup>55</sup>, pourraient être transposés au sein du CH ALPHA.

**Management participatif.** Afin d'apporter la notion de confiance au sein des équipes, le management participatif est le moyen le plus efficace. En effet, il permet d'associer à tous les niveaux les agents et les partenaires extérieurs entre eux. Pour le professeur Colombat<sup>56</sup>, un management est efficace pour peu qu'on y consacre du temps, pour aboutir à des résultats efficaces. Pour établir de la confiance il faut reconnaître la valeur des professionnels, les motiver et leur redonner une place au sein de l'Institution. Le rapport Couty préconise pour ce faire d'élaborer au sein des établissements une « Charte du Management et du dialogue social » qui engagerait l'ensemble des acteurs hospitaliers.

**Communiquer avec le personnel.** En période de réorganisation managériale, il est indispensable de bien communiquer.

Dans le cadre des mutualisations de personnel, en particulier pour les personnels devant effectuer leurs nouvelles missions dans une ville géographique éloignée, la communication a une place prépondérante. La mise en place d'une mutualisation doit requérir un consensus de la part de tous les acteurs pour pouvoir être efficace. Pour pouvoir créer des relations solides entre la direction et les agents adopter une politique de communication efficace est essentielle.

La communication est importante dans des changements fonctionnels et organisationnels. Le rôle du DESSM est d'accompagner ces changements le plus facilement possible, sans altérer les conditions de travail des agents.

Par exemple au sein du CH ALPHA, la dénonciation du guide de gestion du temps afin de permettre la diminution des RTT pour les agents, sera difficile à faire passer et à faire accepter.

Communiquer est alors la clé d'un bon management.

---

<sup>55</sup> Exemple du plan de communication de l'hôpital.

<sup>56</sup> Philippe Colombat, praticien hospitalier au CHU de Tours, *Qualité de vie au travail et management participatif*, éditions Lamarre.

Le rôle des syndicats est un aspect à ne pas négliger dans la conduite d'une politique de retour à l'équilibre. Il paraît probable que ces derniers vont engager un appel à la grève dans le cas d'une telle décision.

Suite à un entretien avec la déléguée syndicale du parti majoritaire du Centre Hospitalier ALPHA, il a été énoncé qu'une pression serait effectuée sur la direction en cas de renégociation des accords RTT, celle-ci avançant comme argument la fatigabilité des agents.

Or ceci serait propice à un absentéisme amplifié et donc une conséquence néfaste sur le reste des équipes tout comme sur les finances, *in fine*.

**Développement des supports de communication interne.** Le CH ALPHA communique tous les mois au travers de la lettre mensuelle, envoyée avec chaque bulletin de salaire. Mais les efforts doivent être poursuivis. Peut-être serait-il pertinent d'organiser des réunions d'information de façon régulière, où la direction annoncerait les mesures de restrictions, les objectifs et les buts fixés afin de redresser les finances. La transparence de la part de cadres et de la direction instaure un climat de confiance au sein de l'ensemble de la structure.

**Redéfinition du rôle et de la place des Instances.** Les instances ont un rôle particulièrement important. C'est le cas, par exemple de la Commission Médicale d'Etablissement (CME), car les médecins sont des acteurs privés ayant un grand rôle dans le fonctionnement d'un Centre Hospitalier. Ils doivent particulièrement être sensibilisés aux économies qui peuvent être effectuées au sein de l'établissement. Créer au travers de la CME un véritable espace de convivialité est un axe de communication pertinent et aguicheur.

Par exemple, la CME doit être associée à des décisions importantes lorsqu'il s'agit de certaines modifications d'effectifs<sup>57</sup>.

**Développement de la formation.** La Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) propose pour 2014, 17 actions prioritaires de formation et de Développement Professionnel Continu (DPC), dont l'une concerne la « *Qualité de vie au travail : responsabilité sociale et exigence de management durable* »<sup>58</sup>. Le ministère des affaires sociales et de la santé

---

<sup>57</sup>Article R. 6144-1, la CME doit être « tenue informée des effectifs prévisionnels et réels de l'établissement et des créations, suppressions ou transformations d'emplois de praticiens hospitaliers ».

<sup>58</sup> Axe 1.1 des axes prioritaires 2014 en matière de formation « Développement des ressources humaines : conditions de travail, parcours professionnels, qualité de vie au travail ». Circulaire

pointe les difficultés rencontrées par les établissements face au manque de motivation ou d'implication des agents.

Or l'idée d'un management durable va de pair avec la notion d'information des agents.

---

*numéro DGOS/RH4/2013/295 du 19 juillet 2013 sur les orientations en matière de développement des compétences des personnels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi N°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.*

## Conclusion

*« Aujourd'hui les gens connaissent le prix de tout et la valeur de rien »*

*Oscar Wilde*

La contractualisation d'un retour à l'équilibre financier dans Centre Hospitalier comporte certaines limites et nécessite de prendre en considération de nombreux éléments.

Dans un premier temps, la spécificité même d'un établissement public de santé, avec sa notion de mission de service public, et dont nombreux sont les acteurs économiques, politiques ou sociaux qui aiment à rappeler que « l'hôpital n'est pas une entreprise ».

Dans un second temps, la particularité de l'établissement concerné : son environnement et son histoire.

Le principal reproche qui pourrait être avancé auprès des ARS lors de la contractualisation d'une recherche de retour à une situation d'équilibre au sein d'un établissement, semble être leur volonté de mettre en place ce type de contrats dans un laps de temps restreint. Un laps de temps même beaucoup trop restreint.

Or, la pérennité d'une situation financière saine semble nécessiter une période plus longue que celles des trois ans. Une véritable situation d'équilibre financier se gagne bien souvent sur le long terme.

Par manque de moyens, la mise en place de CREF n'est pas toujours accompagnée du soutien nécessaire pour assurer et assumer les politiques d'austérités qui en découlent. En effet, la réalisation de ce type de contrat nécessiterait des aides ponctuelles plus fréquentes, telles que des crédits non reconductibles ou des modifications de montant des dotations de l'ARS. Imposer une situation de rigueur sans accompagner financièrement la démarche peut mettre l'établissement dans une situation économique très délicate.

Une situation financière saine est donc difficile à pérenniser, car elle comporte des éléments extérieurs dont le DESSMS doit faire face au quotidien. Le défi de la conquête d'un équilibre est, comme tout défi, parsemé d'obstacles. Le DESSMS, au travers de sa formation et grâce aux diverses instances qui sont présentes pour l'accompagner, a les compétences, les qualités et les forces nécessaires pour relever ce challenge déterminant pour l'avenir du service public en France.

L'équilibre financier est en réalité une notion abstraite, qui perd tout son sens prise séparément, sans le contexte qui l'entoure. En effet, ce qui est essentiel c'est de savoir comment continuer de rendre le service au public en période de CREF ?

Aujourd'hui, au-delà du CREF, il est alors préférable de parler de « Contrat de Performance ». Ce dernier, co-signé par l'établissement de santé, l'ARS et l'ANAP, allie des objectifs tels que l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dispensés, l'amélioration des conditions de travail des personnels, et enfin l'amélioration des marges de manœuvres financières afin de trouver un fonctionnement plus efficient.

Ces contrats de performance sont réalisés en prenant compte de la réalité du terrain et donc des spécificités de chacun, afin de déterminer des axes d'actions prioritaires et pertinents.

Cette nouvelle politique d'avenir, qui ne prend pas uniquement en considération les questions financières de l'établissement, laisse entendre que l'assainissement des finances ne doit pas être réalisé au détriment de la qualité et de la prise en charge des usagers, qui reste le but premier d'un établissement public de santé.

---

## Bibliographie

---

### I. Règlementation

- Circulaire numéro DGOS/RH4/2013/295 du 19 juillet 2013 sur les orientations en matière de développement des compétences des personnels des établissements.
- Loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » numéro 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
- Loi numéro 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004.
- Loi numéro 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.
- Schéma régional de l'organisation des soins (SROS), ARS Languedoc-Roussillon.

### II. Ouvrages professionnels et périodiques

- « *La maîtrise de la masse salariale au cœur du dispositif de maîtrise des dépenses* », Nicolas-Raphael Fouque et Gaëlle Fonlupt, Santé RH, mensuel n°5 avril 2009, page 10.
- « *Les plans de retour à l'équilibre (PREF) : un levier pertinent pour les établissements de santé ?* », Nicolas-Raphael Fouque et Gaëlle Fonlupt, Finances Hospitalières, avril 2009, page 9.
- « *Les enjeux de la communication à l'hôpital* », Jean-François Tome, (revue en ligne) communication et organisation, HS n°1, 1994 « Communication à l'hôpital, Analyse et diagnostic », mis en ligne le 01 avril 2012. (<http://communicationorganisation.revues.org/2984>).
- « *L'opportunité de nouvelles recettes pour les hôpitaux publics : Et si la politique hôtelière pouvait servir le patient et équilibrer les comptes ?* », Finances hospitalières, septembre 2009, pages 4-11.
- Guide méthodologique d'aide à la négociation, l'élaboration et au suivi des plans de redressement.
- *Les ressources humaines face à la crise : variable d'ajustement ou variable stratégique ?*, Richard Barthes, Santé RH, mensuel n°5 avril 2009, page 1.

- *Qualité de vie au travail et management participatif*, Philippe Colombat, éditions Lamarre.
- « *Optimiser la chaîne de facturation/recouvrement à l'hôpital : quelques pistes* », Pierre-Etienne Haas, finances hospitalière numéro 13, avril 2008.

### III. Mémoire

Mémoire EHESP « *Enjeux autour des différents outils de contractualisation applicables aux EHPAD : l'exemple de la Seine et Marne* », Sandra Corroy, 2011.

### IV. Etudes et rapports

- Rapport de la Cour des Comptes, *Certification des comptes du régime général de Sécurité Sociale*, 23 juin 2014
- Rapport de la Cour des comptes, *La dette des établissements publics de santé*, avril 2014.
- Rapport du ministère des affaires sociales et de la santé « *Le pacte de confiance pour l'Hôpital* », Edouard Couty, mars 2013.
- Rapport de la Cour des Comptes, *Le patrimoine immobilier des hôpitaux non affecté aux soins*, février 2012.
- Avis du Comité Consultatif National d'Ethique, numéro 101, *Santé, éthique et argent : les enjeux éthiques de la contrainte budgétaire sur les dépenses de santé en milieu hospitalier*, 26 juin 2008.
- Rapport d'information numéro 403 (2007-2008) de MM. Alain Vasselle et Bernard Cazeau, au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales, 18 juin 2008.
- Rapport de l'IGAS numéro 2007-164P, *Contrôle des mesures prises dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre financier par des hôpitaux « perdants » à la T2A*, janvier 2008.

**V. Sitographie** (sites Internet consultés de février à août 2014)

- <http://www.anap.fr/>
- <http://www.ars.languedocroussillon.sante.fr/Internet.languedocroussillon.0.html>
- [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_970481/ipaqss-recueils-des-indicateurs](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_970481/ipaqss-recueils-des-indicateurs)
- [http://www.parhtage.sante.fr/re7/idf/doc.nsf/VDoc/C1256B21004AA61680256F030039D52D/\\$FILE/M%C3%A9thodologie%20CRE.pdf](http://www.parhtage.sante.fr/re7/idf/doc.nsf/VDoc/C1256B21004AA61680256F030039D52D/$FILE/M%C3%A9thodologie%20CRE.pdf)
- <http://www.sante.gouv.fr/>
- [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire\\_295\\_230909.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_295_230909.pdf)
- [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide\\_fiabilisation\\_comptes-2.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_fiabilisation_comptes-2.pdf)
- <http://www.sante.gouv.fr/les-achats-hospitaliers-le-programme-phare,9524.html>
- [http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/la\\_lfss\\_2014\\_en\\_chiffres.pdf](http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/la_lfss_2014_en_chiffres.pdf)
- <https://www.ccomptes.fr/>
- [www.insee.fr](http://www.insee.fr)

---

## Annexe

---

### **ANNEXE I :**

#### **Orientations stratégiques et mesures PREF du Contrat de Retour à l'Equilibre Financier du CH ALPHA**

Les orientations stratégiques menées par la direction générale pour améliorer la situation financière de l'établissement sont les suivantes :

Elles se traduisent majoritairement par un plan d'économie basée sur une renégociation des achats, un contrôle rigoureux de l'opportunité ou non des achats, et sur la mutualisation des ressources avec l'externe.

Mesures intégrées dans le chiffrage des hypothèses du PREF

#### **Mesure 0 :**

Intégré dès 2013 et 2014 : cf RH (départs non remplacés)

#### **Mesure 1 :**

Intégration au programme « Phare », projet qui vise 50 % d'économie sur certains types d'achats.

Gain estimé sur les fluides dès 2015 : 35 K€

#### **Mesure 2 :**

Économie sur les achats de couches via UNIHA : gain estimé à 20 % à compter de juillet 2014 :  $50.000 \times 20 \% \times 6 / 12 = 5 \text{ K€}$  en 2014  
10 K€ les années suivantes.

#### **Mesure 3 :**

Enlèvement des ordures ménagères : L'enlèvement des ordures ménagères via la communauté de commune augmente très fortement chaque année. La recherche d'un prestataire extérieur permet d'espérer récupérer 35 % de 100 K€, auquel il faut déduire la refacturation à la clinique 35 % de 14 K€.

L'économie en 2014 est estimée à 15 K€

L'économie les années suivantes sera de 20 K€.

**Mesure 4 :**

En 2014, mutualisation des ressources avec le CH X sur l'informatique et la sécurité (formation). Gain sur les ressources de personnel : 40 % de 35 K€ = 14 K€ pour l'informatique et 10 % et 1K€ estimé pour les formations sécurité

**Mesure 5 :**

Mutualisation avec la clinique du Pôle Santé en 2014 :

-9432€ en 2014 et 14 148€ les années suivantes

**Mesure 6 :**

En 2016, réorganisation des services et mutualisation des ressources avec la clinique du pôle Santé pour assurer les remplacements : gain 1 poste, soit 35 K€.

**Mesure 7 :**

Départ d'un directeur en octobre 2015, remplacé par un directeur nouvellement nommé, moins cher.

Économie de 7,5 K€ en 2015

et de 30 K€ les années suivantes.

**Mesure 8 :**

Dénonciation de l'accord RTT et évolution de l'organisation pour un passage à 15 RTT (au lieu de 18), à compter de juillet 2014.

Gain de 3 RTT X nombre de soignants total, soit estimation à 30 K€ chargé. A compter de 2015

**Mesures non intégrées dans le chiffrage des hypothèses du PREF**

Ces mesures peuvent entrer dans un plan d'actions, mais compte tenu de différentes incertitudes ou du faible enjeu économique, elles n'ont pas été intégrées dans les hypothèses chiffrées

**Mesure 1 :**

La redevance payée par la clinique sur le pôle santé est actuellement favorable à cette dernière qui a bénéficié dans la détermination du loyer d'un calcul de coût subvention déduite. Ce loyer n'est pas re négociable pour l'instant, mais devra être réévalué à l'issue de la période contractuelle.

**Mesure 2 :**

Modification du prix de journée sur l'EHPAD : conditionné par le projet soumis et qui a été pour l'instant reporté.

La vétusté des locaux ne permet pas pour l'instant de prendre d'hypothèses d'augmentation du prix de journée.

**Mesure 3 :**

Augmentation du prix de journée sur les soins palliatifs.

**Mesure 4 :**

Réévaluer plus régulièrement le niveau de soins requis et de dépendance afin de garantir les autorisations en USLD et en EHPAD. Pas d'impact sur le chiffreage aujourd'hui.

**Mesure 5 :**

Travailler sur une diminution des DMS en Médecine, quitte à transférer les patients en SSR et la coupler à une augmentation du taux d'occupation en travaillant sur le recrutement avec les médecins et le CHU, pour compenser les sorties plus rapide.

Le gain attendu correspond aux séjours pour lesquels la DMS est à 30 jours, et pour lesquels le prix de journée ne s'applique plus :  $(480 \times 15 \% \text{ de } 400 \text{ séjours} \times 3 \text{ jours de dépassement en moyenne} \times (1 - \text{taux de prise en charge, soit } 20\%)) + (18 \times 15 \% \text{ de } 400 \text{ séjours} \times 3 \text{ jours de dépassement}) = 21 \text{ K€}$ .

Sur le SSR le taux d'occupation étant près de 100 %, le développement d'une filière avec le CHU vise essentiellement à pérenniser l'activité.

**Mesure 10 :**

Limiter la DMS sur le SSR : au delà de 30 jours le prix de journée ne s'applique plus. Revoir l'organisation interne pour planifier les sorties et les valider 48 heures avant, et assurer un bon enchaînement avec les entrées.

Estimation : nombre de jours supérieurs à 30 sur la DMS : 4,61 :

$4,61 \times 245 \text{ séjours} \times 486 \text{ prix de journée} \times 20 \% \text{ titre 2} = 110 \text{ K€}$

## **A contrôler :**

Il convient de contrôler un éventuel manque à gagner sur les recettes de titre 2. Vérifier notamment si l'ensemble des règles de facturation sont paramétrées correctement avec un point particulier sur la non déduction de la dernière journée en cas de décès en MCO pour le prix de journée. Idem sur le forfait journalier qui ne doit pas être déduit la dernière journée. Vérifier s'il existe des actes supérieurs à 120 euros entraînant une facturation forfaitaire de 18 euros, et si cette règle s'applique à la facturation.

## **Evolution des résultats prévisionnels dans le cadre du PREF**

Les mesures retenues en hypothèses (mentionnées ci-dessus), permettent au CH ALPHA de retrouver l'équilibre et même d'absorber une partie du report déficitaire.

En effet le résultat obtenu par année est le suivant :

2013 : - 156 532 €

2014 : + 33 702 €

2015 : + 31 365 €

2016 : + 36 839 €

2017 : + 44 451 K€

2018 : + 50 907 €

Le tableau de financement sur le tableau consolidé permet d'apprécier l'évolution de la santé financière de l'établissement, avec notamment une amélioration de la trésorerie.

MASSOT

Marie

Décembre 2014

## DESSMS

Promotion 2013-2014

*Geneviève Laroque*

### **Mise en œuvre d'un Contrat de Retour à l'Equilibre Financier (CREF) au Centre Hospitalier ALPHA Démarche, enjeux et préconisations**

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

#### **Résumé :**

Dans le contexte national d'austérité budgétaire, les finances hospitalières ne sont pas épargnées.

Les dépenses et les investissements passés, et notamment le recours aux emprunts toxiques, ont succédé les périodes fastes d'embauches et de politiques d'achats favorables.

Aujourd'hui, les établissements publics de santé en situation de déficit tels que le CH ALPHA, ont alors pour véritable enjeu de se désendetter et de retrouver un équilibre financier.

La difficulté dans la poursuite d'un retour à l'équilibre financier, est que ce dernier ne doit pas être réalisé « à tout prix », sous peine de faire oublier l'objectif premier d'un Centre Hospitalier : pourvoir à une qualité de la prise en charge des usagers.

L'exemple de mise en œuvre d'un Contrat de Retour à l'Equilibre Financier (CREF) au sein d'un ancien hôpital local permet d'analyser toutes les démarches conduites pour la réduction du déficit, et de pointer du doigt les écueils à éviter afin de proposer des préconisations adaptées.

#### **Mots clés :**

Centre Hospitalier – Communication – CREF – Déficit – Equilibre financier – Qualité de la prise en charge – Management

*L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.*