



Inspection générale
des affaires sociales
RM2009-139P

Le financement de la recherche, de l'enseignement et des missions d'intérêt général dans les établissements de santé

RAPPORT

Établi par

Pierre-Louis Bras et Dr Gilles Duhamel

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

- Novembre 2009 -

Synthèse

L'IGAS a inscrit à son programme de travail, approuvé par les ministres, une mission d'évaluation du financement des missions d'intérêt général dans les établissements de santé. Les investigations ont été conduites au niveau national auprès des institutions intéressées au premier chef la DHOS, en région auprès de cinq ARH et, dans ces régions, auprès de dix-huit établissements.

La tarification à l'activité finance les établissements de santé en fonction des soins qu'ils délivrent. Ce mode de financement ne peut prendre en charge certaines missions assumées par les établissements de santé. Dès 2005, une dotation dite Mission d'Intérêt Général¹ a été constituée. Elle se décompose en deux parties:

- une enveloppe qui vise à financer principalement les activités d'enseignement et de recherche mais aussi les activités de recours et celles liées à l'innovation. Cette enveloppe dite enveloppe Mission Enseignement Recherche, Recours, Innovation (MERRI) s'élevait à 2,5 Mds d'euros en 2008 ;
- une enveloppe qui a vocation à financer toutes les autres missions d'intérêt général. La liste de ces missions, fixée par arrêté, comporte une cinquantaine de rubriques. Les principales en montant sont l'aide médicale urgente soit les SAMU et les SMUR (829 M€), les équipes mobiles de gériatrie et celles de soins palliatifs (151 M€), les unités de consultation et de soins ambulatoires pour les personnes détenues (142 M€), la lutte contre le cancer (plus de 100 M€). Cette enveloppe dite "autres MIG" s'élevait à 1,8 Mds d'euros en 2008.

1° Le financement de l'enseignement et de la recherche

L'enveloppe consacrée à l'enseignement et à la recherche clinique est fondée sur un calcul économétrique réalisé il y a quatorze ans, en 1995, calcul dont il est admis qu'il était frustré. C'est à partir de ce calcul que la dotation consacrée à la recherche et à l'enseignement a été calibrée. Elle représente encore aujourd'hui environ 13% de l'enveloppe globale des dépenses des établissements assumant des fonctions d'enseignement et de recherche. Rien ne garantit donc que les sommes consacrées à l'enseignement et à la recherche correspondent effectivement aux coûts de ces missions pour les établissements. De plus, ce mode de fixation de l'enveloppe conduit de fait à considérer la recherche clinique comme une charge proportionnelle aux dépenses de soins. Or il semble admis que la recherche clinique constitue un investissement stratégique ce qui devrait conduire à calibrer l'enveloppe qui lui est consacrée, non en fonction des dépenses de soins, mais en fonction des opportunités et donc des projets de recherche.

¹ On évoque plus souvent la dotation MIGAC, missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, on se borne ici à évoquer les MIG dans la mesure où les AC n'ont pas été étudiées dans le cadre de la mission.

Pour ce qui concerne la répartition de l'enveloppe au titre de la recherche entre les établissements, des progrès ont été accomplis en 2008 et 2009 puisque l'affectation de l'enveloppe dépend plus étroitement des études engagées ou des résultats de la recherche mesurés à travers les publications. Il n'en reste pas moins qu'une part significative de l'enveloppe reste indépendante de l'activité de recherche ou de ses résultats. Au total, un établissement améliore sa situation financière s'il développe les soins mais la dégrade s'il développe la recherche. Heureusement, les décisions d'engager des recherches ne dépendent pas principalement de considérations financières. Toutefois l'on peut craindre si les préoccupations de retour à l'équilibre financier deviennent de plus en plus prégnantes, si le calcul économique interne se développe au sein des établissements – évolutions promues par ailleurs - que le développement de la recherche ne soit handicapé. En tout état de cause, il est paradoxal que d'une part la recherche soit considérée comme un investissement stratégique et que d'autre part les établissements dégradent leur situation financière s'ils investissent dans la recherche.

La mission recommande donc de faire évoluer progressivement le mode de financement de la recherche. Dans le nouveau modèle cible, il conviendrait tout d'abord de financer à leur coût les structures transversales supports de la recherche sous la réserve de leur évaluation régulière. Quant aux surcoûts par rapport au processus "normal" de dispensation des soins induits par la recherche clinique, ils devraient être intégralement compensés aux établissements. Cette compensation est possible si la recherche est financée par projet ; financement par projet qui permet une évaluation préalable des surcoûts et leur financement intégral. Le financement par projet donne par ailleurs, grâce à une évaluation préalable par les pairs, de meilleures garanties que les financements ne sont dirigés que vers des projets pertinents conduits par des équipes qui ont la capacité de les faire aboutir. Au niveau macroéconomique, l'enveloppe pourrait être constituée par sommation des surcoûts des projets pertinents ce qui permettrait de calibrer l'investissement en recherche clinique en fonction des opportunités de recherche.

Pour ce qui concerne l'enseignement, la mission a constaté que l'enveloppe enseignement-recherche n'a pas évolué avec la progression de la charge d'enseignement : le numérus clausus a doublé depuis que la norme de 13% a été arrêtée. Par ailleurs, les dotations aux établissements ne dépendent pas directement du nombre d'étudiants et d'internes formés. Il est donc proposé de constituer un forfait par étudiant et interne modulé par leur ancienneté et par leur densité dans les services². Il n'est pas possible d'objectiver de manière précise, le coût de l'interne ou de l'étudiant. Pour autant, ce forfait modulé peut être construit par consensus, il permettra de lier les dotations des établissements aux charges qu'ils supportent effectivement au titre de l'enseignement.

2° Le financement des autres missions d'intérêt général

Les autres missions d'intérêt général sont gérées pour l'essentiel par les ARH qui ont vocation à répartir une enveloppe entre les missions et les établissements. Des instructions de la DHOS encadrent cette gestion. Il est demandé aux ARH de dresser un état des besoins, d'établir des priorités, de contractualiser avec chaque établissement sur le niveau et la qualité des activités, d'ajuster les financements en fonction des résultats.

Les constats de terrain dans les ARH font apparaître une situation éloignée de ces recommandations. Les ARH ont, pour l'essentiel, reconduit les dotations issues du processus de retraitement comptable utilisé pour calibrer les dotations initiales en 2005. Elles agissent à la marge en essayant d'affecter de manière pertinente les mesures nouvelles fléchées. Il n'y a pas de contrat prévoyant des objectifs quantifiés d'activité et de qualité. Pour ce qui concerne le premier degré de la gestion budgétaire - vérifier l'adéquation entre les dépenses engagées par les établissements pour les missions d'intérêt général et les dotations allouées – seule une ARH sur les cinq visitées avait procédé à la mi 2009 à un bilan complet et contradictoire mission par mission, établissement par établissement.

² A partir d'un certain nombre d'internes dans un service, il est plus difficile de les employer utilement

Dans ce contexte, il n'est pas possible de répondre à la question : les missions d'intérêt général sont-elles sur ou sous financées ? Le sentiment prévaut toutefois parmi les établissements – mais c'est un sentiment attendu - que les missions d'intérêt général sont sous financées. De même, il est souvent évoqué, tant par les ARH que par les établissements, des activités qui seraient insuffisamment développées faute de financement. Bien évidemment cette incertitude sur les financements des MIG complique le débat autour des établissements en difficulté, les difficultés étant souvent renvoyées à un sous financement des missions d'intérêt général.

Pour expliquer cette situation, les ARH, même si elles saluent le travail effectué par la DHOS pour leur fournir des éléments de référence, évoquent les difficultés à collecter les données pertinentes et à les interpréter, l'insuffisance de leurs moyens et enfin les difficultés "politiques" à opérer des redéploiements de crédits entre établissements.

La mission recommande donc de procéder à un rebasage des dotations MIG pour ajuster les dotations aux dépenses. Il s'agit de conduire les ARS à réaliser un bilan dépenses/dotations en leur demandant dans toute la mesure du possible de procéder aux rationalisations qui s'imposent (arrêt des activités non pertinentes, recherche de l'efficacité des financements). Ce rebasage, par réflexion sur l'enveloppe aide à la contractualisation ou sur les tarifs, est nécessaire pour que puisse être géré le processus de retour à l'équilibre des établissements.

Il est probable que les ARS ne seront pas en mesure de procéder, à l'occasion de ce rebasage, à une rationalisation en profondeur des dépenses c'est-à-dire à ajuster finement les dotations au niveau d'activité, au niveau de besoin et/ou à la qualité des actions entreprises. Malgré les efforts louables entrepris par la DHOS, les ARS manquent encore d'éléments de référence, d'étalonnage pour procéder à ces ajustements. Par ailleurs, elles ne peuvent agir que si un consensus parmi les professionnels concernés a été construit au niveau national. Aussi la mission recommande d'organiser progressivement une rationalisation des financements MIG. Il s'agirait d'investir fortement au niveau national sur une ou deux missions par an pour construire ces références et ce consensus. La mise en œuvre sur le terrain par les ARS de la rationalisation devrait être à la fois accompagnée et contrôlée par la DHOS pour que la tendance, forte sur le terrain, à privilégier la reconduction des budgets historiques ne l'emporte pas. Il faut certainement pour cela renforcer les moyens que la DHOS peut consacrer à cette question.

Il convient enfin de préciser les principes de gestion des missions d'intérêt général en distinguant celles qui peuvent être financées à partir de l'activité réalisée (avec éventuellement un forfait minimal comme dans les cas des services d'urgences), celles pour lesquelles la dotation régionale doit être constituée à partir d'un indice de besoins, à charge pour l'ARS d'organiser l'offre de service correspondante, et enfin celles qui doivent être financées à partir des dépenses engagées par les établissements dès lors que la pertinence de ces dépenses a été validée par les ARS. Pour ces dernières, afin d'éviter d'avoir à procéder à des rebasages successifs, la mission propose de constituer les budgets de manière ascendante. Constituer les budgets de manière ascendante peut sembler inflationniste par rapport à la procédure actuelle. Il restera toutefois possible de limiter ces budgets sur la base d'un choix assumé préférable à la procédure actuelle d'enveloppe descendante indépendante des besoins et/ou des initiatives des établissements.

La mission propose enfin des pistes de réflexion sur certaines missions d'intérêt général parmi les plus coûteuses.

Sommaire

SYNTHESE	3
LE FINANCEMENT DE LA RECHERCHE, DE L'ENSEIGNEMENT ET DES MISSIONS D'INTERET GENERAL DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE	9
INTRODUCTION.....	9
LE FINANCEMENT DE LA RECHERCHE ET DE L'ENSEIGNEMENT.	13
1. LE FINANCEMENT DE LA RECHERCHE.....	17
1.1. <i>Les dépenses de recherche financées par les MERRI.....</i>	17
1.2. <i>La recherche : un investissement ou une charge récurrente ?</i>	19
1.2.1. <i>La recherche en santé doit être considérée comme un investissement</i>	19
1.2.2. <i>Les sommes consacrées à la recherche : la recherche considérée comme une charge19</i>	
1.3. <i>Les modalités d'attribution des sommes consacrées à la recherche.....</i>	21
1.3.1. <i>Les avantages et les inconvénients des différentes modalités d'attribution des crédits aux établissements.....</i>	21
1.3.2. <i>La concurrence entre les soins et la recherche.....</i>	26
1.4. <i>Les recommandations</i>	28
1.4.1. <i>Evoluer vers un dispositif qui permette la couverture intégrale des surcoûts</i>	28
1.4.2. <i>Calibrer l'enveloppe recherche à partir des projets.....</i>	30
1.4.3. <i>Clarifier les conditions de financement des essais industriels.....</i>	32
1.4.4. <i>L'évolution vers un financement par projet : une organisation à construire.....</i>	34
2. LE FINANCEMENT DE L'ENSEIGNEMENT	34
2.1. <i>Formation théorique et formation au lit du malade</i>	34
2.2. <i>Le modèle actuel de financement de l'enseignement et ses limites.....</i>	37
2.2.1. <i>La prise en compte de l'augmentation du nombre d'étudiants et d'internes en formation dans les établissements de santé.....</i>	37
2.2.2. <i>Un modèle centré sur le nombre d'étudiants.....</i>	38
2.2.3. <i>Un socle fixe peu représentatif de la charge d'enseignement</i>	38
2.2.4. <i>La prise en compte des internes.....</i>	38
2.2.5. <i>La problématique des paramédicaux</i>	38
2.2.6. <i>Les établissements non éligibles aux MERRI</i>	39
2.3. <i>Propositions pour un nouveau schéma cible</i>	39
LES AUTRES MISSIONS D'INTERET GENERAL.....	43
1. LES MODALITES DE GESTION DES FINANCEMENTS DES MIG.....	44
1.1. <i>Les prescriptions nationales</i>	44
1.2. <i>La mise en œuvre en régions.....</i>	45
1.3. <i>Les raisons de l'écart</i>	46
1.4. <i>Des questions en suspens.....</i>	48
1.5. <i>Les recommandations</i>	49
1.5.1. <i>Un rebasage général</i>	50

1.5.2. Une rationalisation des crédits mission par mission.....	52
2. LES PRINCIPES DE FINANCEMENT DES MIG.....	52
2.1. Financer à partir de l'activité.....	54
2.2. Financer certaines MIG à partir de normes de besoins.....	55
2.3. Financer à partir de budgets construits de manière ascendante.....	56
3. ELEMENTS DE REFLEXION SUR DES MISSIONS PARTICULIERES	57
3.1. L'éducation thérapeutique	58
3.2. La précarité	61
3.3. La permanence des soins	63
3.4. Les unités de consultation et de soins ambulatoires pour les personnes détenues.....	64
3.5. Les plans de santé publique	66
3.6. Equipes mobiles de gériatrie – Equipes mobiles de soins palliatifs.....	69
3.7. Actes hors nomenclature.....	70
3.7.1. Un dispositif opaque et inégalitaire entre établissements.....	70
3.7.2. Une évolution progressive vers plus de transparence, plus de cohérence et une égalité de traitement entre établissements.....	71
3.7.3. Les difficultés actuelles	71
3.7.4. Les limites du dispositif-cible.....	72
3.7.5. Recommandations	73
ANNEXE 1 : PERSONNES RENCONTREES OU CONTACTEES	75

Le financement de la recherche, de l'enseignement et des missions d'intérêt général dans les établissements de santé

Introduction

Lors de la mise en place de la réforme du financement des établissements de santé pour les activités de médecine, chirurgie et obstétrique, il est apparu nécessaire de financer à part, selon des modalités propres, des missions d'intérêt général (MIG) que certains établissements assurent au-delà des prestations de soins dont le financement est pris en compte par la tarification à l'activité (T2A). Pour compenser les charges liées à l'accomplissement de ces MIG, une dotation a été créée dans la mesure où ces activités n'étaient pas quantifiables à travers les données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) sur lequel se fonde la T2A et n'étaient pas liées aux variations de l'activité de soins réalisée.

Une enveloppe dite d'aide à la contractualisation (AC) a également été prévue pour permettre aux agences régionales de l'hospitalisation (ARH) de soutenir certains établissements soit dans le cadre de nouveaux investissements, soit parce qu'ils sont en difficulté financière, soit pour les aider à développer ou à maintenir certaines activités jugées nécessaires dans le cadre de l'organisation de l'offre sanitaire.

La dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation des établissements de santé (MIGAC) a été créée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003).

L'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale (CSS) prévoit que cette dotation participe notamment :

- au financement des engagements relatifs aux missions de service public (article L.6112-1 du code de la santé publique) ;
- à ceux relatifs à la mise en œuvre des orientations du schéma régional d'organisation sanitaire ;
- à ceux visant à améliorer la qualité des soins ou à répondre aux priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire ;
- à ceux relatifs à l'innovation médicale ou au rôle de recours dévolu à certains établissements.

Cette dotation concerne potentiellement les établissements de santé publics, privés d'intérêt collectif et privés à but lucratif. Les crédits destinés aux établissements concernés sont délégués aux ARH même si certains des crédits notamment pour ce qui concerne les MERRI sont déterminés au niveau national. Selon les articles L 166-22-13 et D 6114-2 du CSS, ces crédits doivent faire l'objet d'une contractualisation entre les établissements et les ARH dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM).

Les articles D.162-6 et D.162-7 du CSS dans leur rédaction issue du décret n° 2005-336 du 8 avril 2005 déterminent les catégories de MIG. La liste est fixée par arrêté³. Un bilan contenant notamment une analyse du bien-fondé du périmètre des MIG et de l'évolution du montant annuel de la dotation nationale et des dotations aux régions est adressé avant le 15 octobre chaque année au Parlement⁴.

Trois grandes catégories de missions sont financées par la dotation MIGAC⁵ :

- les missions d'enseignement, de recherche, de recours et d'innovation (MERRI) ;
- les autres MIG qui concernent des structures et des activités de natures très diverses ;
- l'aide à la contractualisation (AC).

Les données dont nous avons pu disposer sur ces crédits sont reprises dans le tableau suivant.

Tableau 1 : Evolution des enveloppes (montants annuels en millions d'euros)

	2005	2006	2007	2008	2009 (p)
Enveloppe MERRI ⁶	Nd	2 251	2 392	2 462	Nd
Enveloppe autres MIG	Nd	Nd	Nd	1 814	Nd
Enveloppe AC	1 153	Nd	Nd	2 333	Nd
Enveloppe MIGAC	4 829	5 553	6 000	6 609	7 694
Enveloppe ODMCO	39 689	40 227	41 384	42 226	43 134

Source : DHOS

Le lecteur pourra s'étonner que les données soient aussi parcellaires⁷. Malgré un dialogue soutenu avec la DHOS, la mission n'est pas en mesure de présenter des données plus complètes. Les données présentées par la DHOS sont en effet difficilement lisibles d'une part parce que pour les MERRI elles ne correspondent pas toujours au champ prévu par l'arrêté et excluent certains des crédits MERRI, d'autre part parce qu'elles sont parfois présentées hors AP-HP.

Cette difficulté à clarifier les données de base est révélatrice de la complexité, voire de l'opacité, du dispositif.

Il ressort toutefois de ce tableau que les crédits MIG (MERRI plus "autres MIG") ont progressé fortement (+ 16 % entre 2005 et 2008) contre une croissance de 6,4 % de l'ODMCO et cela même si cette croissance est sans commune mesure avec celle des crédits AC qui ont plus que doublé sur la période.

³ Le périmètre des MIG est délimité mais n'est pas figé. La liste a ainsi évolué à la marge entre l'arrêté du 12 avril 2005 et ses modifications successives le 6 mars 2006, le 23 mars 2007, le 2 avril 2008, puis dernièrement le 13 mars 2009.

⁴ Le rapport est également transmis aux organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés.

⁵ Se reporter à l'arrêté du 13 mars 2009 pour une liste exhaustive des MIG.

⁶ Les données disponibles sur les MERRI sont incomplètes dans la mesure où l'on ne dispose pas du montant 2005, où les données 2006 doivent s'entendre hors crédits PHRC et STIC de l'AP-HP soit un enjeu de 30 à 50 millions d'euros, où l'on ne dispose pas de prévisions sur 2009.

⁷ Le lecteur sera d'autant plus étonné que les MIGAC font l'objet de rapports annuels au Parlement. On renverra sur ce point à l'appréciation portée par la Cour des Comptes : "Les trois rapports remis par le ministère au Parlement, relatifs aux exercices 2005, 2006, 2007 n'ont pas rendu compte de ces évolutions (celles des MIGAC) avec la clarté nécessaire. Les tendances significatives ont été diluées dans un grand nombre d'informations, peu hiérarchisées, peu lisibles voire trompeuses". Cour des Comptes, Rapport sur la sécurité sociale, septembre 2009, p.202.

La mission n'a pas été en mesure d'explicitier précisément les éléments expliquant cette croissance. Néanmoins, cette dernière semble avoir tenu à plusieurs facteurs :

- à la revalorisation des crédits MIG par application des mesures générales : principalement des mesures salariales (selon la DHOS, ces mesures salariales représenteraient 17,5% des mesures nouvelles en 2005, 13,8% en 2006, 19,5% en 2007, 13,9% en 2008) après déduction des mesures d'économie ;
- au financement d'activités nouvelles accompagnant la mise en œuvre dans les établissements de santé de plans nationaux de santé publique. Ces crédits ont généralement été fléchés au niveau national dans la circulaire tarifaire de campagne par mission ou type d'activité et par région. Selon la DHOS ces mesures fléchées ont représenté 24,5 % des mesures nouvelles en 2005, 18,1 % en 2006, 21 % en 2007 et 16% en 2008 ;
- à des augmentations spécifiques à certaines enveloppes MIG sur lesquelles ont porté des efforts prioritaires qui ont varié selon les années (recherche médicale ou progrès thérapeutique ou technologique, SAMU, UCSA...).

Entre 2005 et 2009, la liste des MIG a été modifiée, en particulier certaines activités relatives à la transplantation, au court séjour gériatrique et aux équipes mobiles de lutte contre la douleur ont été supprimées. Mais l'impact financier de ces modifications est resté limité à l'échelle nationale.

En 2009, deux nouvelles lignes de MIG ont été créées par transfert de l'enveloppe tarifaire pour un montant de 860 M€ l'une pour financer la permanence des soins hospitaliers (plus précisément les gardes et astreintes médicales), l'autre la précarité.

Au total, hormis pour certains plans de santé publique et dernièrement pour les gardes et astreintes, la progression des crédits délégués aux ARH ne s'est pas traduite par une augmentation significative des marges de manœuvre de ces dernières.

Une première partie de ce rapport est consacrée à l'analyse du financement et des modalités de gestion des crédits MERRI et plus particulièrement au financement de la recherche et de l'enseignement.

La seconde partie du rapport traite des autres MIG.

Déroulement de la mission

L'Inspection générale des affaires sociales a inscrit à son programme de travail pour l'année 2009, programme approuvé par Madame la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports, l'évaluation du dispositif d'attribution des crédits liés aux missions d'intérêt général (MIG) dans les établissements de santé. L'analyse des conditions d'utilisation des crédits d'aide à la contractualisation (AC) n'a pas été intégrée dans le champ de la mission.

La mission, pour conduire son travail, a procédé à l'analyse :

- des textes réglementaires et de leur évolution, ainsi qu'à celle des circulaires successives relatives aux MIG ;
- des données disponibles à la DHOS relatives aux crédits engagés et à leur évolution ;
- des documents relatifs aux travaux conduits sous l'égide de la DHOS, essentiellement ceux ayant trait à la répartition régionale des crédits et ceux relatifs à la modélisation de l'activité et des coûts de différentes MIG ;
- des rapports annuels adressés au Parlement.

Elle s'est déplacée dans 5 régions : Provence-Alpes-Côte d'Azur, Nord-Pas-de-Calais, Centre, Haute-Normandie et Franche-Comté. Le choix de ces régions s'est opéré en fonction de la taille des régions et de l'état d'avancement des modalités de gestion de la région tel qu'apprécié par la DHOS. Elle a bénéficié de l'appui pour ces investigations de terrain de quatre membres du CGES : Mme E. Ferry-Lemonier, Ms C. Barbezieux, V. le Taillandier, C. Cahut.

Dans chaque région, la mission a rencontré les responsables de la gestion des MIG à l'ARH et 3 à 5 établissements parmi les plus importants de la région : CHU, CLCC, établissements publics de santé ainsi qu'un établissement participant au service public hospitalier (PSPH) spécialisé en cancérologie dans une région. La mission a travaillé à la fois sur les documents de l'ARH et ceux des établissements (tableaux de suivi de gestion, réponse à un questionnaire préparé par l'inspection, CPOM...).

Enfin, la mission a soumis ses analyses et ses recommandations à un certain nombre d'experts⁸.

⁸ Se reporter à l'annexe 1 pour la liste des personnes rencontrées et/ou consultées.

Le financement de la recherche et de l'enseignement.

La recherche et l'enseignement sont financés par des crédits dits MERRI pour Missions d'Enseignement, de Recherche, de Recours et d'Innovation ; enveloppe qui, comme son nom l'indique, couvre, au-delà de l'enseignement et de la recherche, deux fonctions connexes (activités de recours et activités d'innovation).

Les crédits MERRI s'élèvent en 2008 à 2 462 millions d'euros soit 37,3 % de l'enveloppe MIGAC et 5,8 % des dépenses de soins ODMCO. Ils sont répartis entre les établissements éligibles aux MERRI soit les CHU (29), les CHR (3) et les établissements ayant passé convention avec l'université (20 centres de lutte contre le cancer (CLCC), 13 centres hospitaliers, 12 établissements privés à but non lucratif et l'Institut Catholique de Lille) soit au total 78 établissements. L'AP-HP reçoit 25,6 % de l'enveloppe et les Hospices Civils de Lyon 5%⁹.

Le niveau des crédits MERRI est le résultat d'une étude économétrique qui, en 1995, soit il y a quatorze ans, a tenté de déterminer les surcoûts des CHU et des CLCC, surcoûts qui ont été considérés comme s'expliquant par les missions de recherche et d'enseignement. Il s'agissait alors de corriger la valeur du point ISA pour permettre une comparaison des performances de l'ensemble des établissements. Ces surcoûts ont été exprimés en pourcentage des dépenses globales, un taux de 13% a été retenu. Par la suite, il est apparu non seulement que cette estimation était fragile, mais qu'appliquée uniformément, elle ne tenait pas compte des différences entre établissements dans l'intensité des efforts de recherche et d'enseignement¹⁰. Le taux de 13 % a donc été modulé en distinguant plusieurs classes d'établissements selon l'intensité de leur recherche. Cette modulation a été réalisée dans le respect de l'enveloppe globale de 13%. Ce taux de 13% a servi de base pour le calibrage de l'enveloppe MERRI lors du passage à la tarification à l'activité.

Le niveau global de l'enveloppe MERRI dépend donc d'une appréciation très datée et à la pertinence douteuse des surcoûts de recherche et d'enseignement. L'enveloppe MERRI évolue comme les dépenses de soins sans que rien ne garantisse qu'il y ait un lien mécanique entre les deux domaines. Par exemple, le numérus clausus a doublé depuis 1995, la réforme de la formation des spécialistes en médecine générale a accru fortement le nombre d'internes, l'activité d'enseignement a donc augmenté bien plus que l'activité de soins¹¹.

De fait, l'enveloppe MERRI (hors mesures non reproductibles) représente en 2008, 13,4% pour les CHU et 13,9% pour les CLCC des dépenses ODMCO plus MIGAC (hors produit en sus) des établissements éligibles aux MERRI¹². Ce ratio s'établit à 5,1 % pour les autres établissements éligibles aux MERRI, établissements qui historiquement ne disposaient pas d'une dotation à hauteur de 13 % mais d'une dotation fixée établissement par établissement. Pour l'ensemble des établissements, le ratio s'élève à 12,5 %. Les établissements pour lesquels ces ratios sont les plus élevés sont l'Institut Curie 19,8%, l'Institut Paoli Calmettes 18,7%, l'Institut Gustave Roussy 18,1%. Ce ratio atteint 16,2% à L'AP-HP¹³.

⁹ Ces taux sont calculés en considérant que les établissements reçoivent la dotation qu'ils devraient recevoir si la réforme des MERRI qui pour éviter les effets revenus s'échelonne jusqu'en 2011, était effective en 2008 (Cf. infra).

¹⁰ J. Debeaupuis, F. Lalande, T. Malan, T. Simon. Evaluation des conventions constitutives des centres hospitaliers et universitaires. Rapport IGAS/IGAENR, juillet 2004.

¹¹ Entre 2007 et 2008, le nombre d'étudiants DCEM 2,3,4, DCEO 2,3,4, et 5^o année de pharmacie aurait augmenté de 6,1%.

¹² Ce calcul correspond à la reproduction en 2008 du principe retenu en 2005 pour calibrer l'enveloppe MERRI.

¹³ Idem note 1

Les données sur les MERRI sont parcellaires¹⁴, il n'est pas possible d'apprécier sur la période 2005-2009, le taux de croissance de ces crédits et de le rapprocher des autres enveloppes hospitalières fournies pour mémoire. Le mode de construction de l'enveloppe suggère que cette évolution est similaire à celle des dépenses de soins avec un léger décrochage positif pour les CHU et les CLCC.

Tableau 2 : Evolution de l'enveloppe MERRI (Montants annuels en millions d'euros)

	2005	2006	2007	2008	2009(p)
Enveloppe MERRI	Nd	2 251	2 392	2 462	Nd
Enveloppe MIGAC	4 829	5 553	6 000	6 609	7 694
Enveloppe ODMCO	39 689	40 227	41 384	42 226	43 134

Si l'enveloppe au niveau global est toujours fondée sur un taux historique de 13%, ses modalités de répartition entre les établissements ont fortement évolué en 2008. Le dispositif en 2009 comprend trois composantes : le socle fixe, la part modulable et la part variable.

a) Le socle fixe

Le socle fixe s'élève à 748 millions d'euros en 2008 soit 30,2 % de l'enveloppe MERRI. Chaque établissement reçoit au titre du socle fixe :

- Une proportion de ses charges de personnels médicaux : 25 % pour les CHU, 20% pour les autres établissements.
- Une proportion des charges des services médico-techniques, 15% pour l'ensemble des établissements.
- Une proportion des charges générales : 1% pour les CHU, 0,5% pour les autres établissements.

Toutefois pour les établissements non CHU, non CLCC, des abattements (25%, 50% ou 75%) sont pratiqués lorsque leur convention avec l'université ne concerne qu'une part de leur activité ou lorsque le ratio entre leur score en publication et le montant du socle fixe est inférieur à un certain seuil.

Le socle fixe est censé financer indistinctement la recherche et l'enseignement, il n'est pas possible de distinguer en son sein les deux fonctions.

b) La part modulable

Introduite en 2008, la part modulable s'élève à 880 millions d'euros en 2008 soit 35,6 % de l'enveloppe MERRI. Sa répartition entre établissements repose sur quatre critères :

- Une dotation liée aux résultats de la recherche mesurés à partir des publications par le biais d'un score, dit score SIGAPS. Les publications issues de l'établissement sur les cinq dernières années sont recensées. Un nombre de points est attribué à chaque publication en fonction du niveau de la revue lui-même mesuré par son "impact factor" relatif (nombre de

¹⁴ Les données disponibles sur les MERRI sont incomplètes dans la mesure où l'on ne dispose pas du montant 2005, où les données 2006 doivent s'entendre hors crédits PHRC et STIC de l'AP-HP soit un enjeu de 30 à 50 millions, où l'on ne dispose pas de prévisions sur 2009.

citations des articles de la revue) et du rang de l'auteur parmi les signataires¹⁵. Les points obtenus sont valorisés en euros. Le point SIGAPS valait 1145,4 euros en 2008, il vaut 1130,5 euros en 2009.

- Une dotation en fonction du nombre d'étudiants censée rendre compte de la charge d'enseignement des établissements¹⁶. Ce forfait par étudiant valait 14 890 euros en 2008 et vaut 12 322 euros en 2009.
- Une dotation, introduite en 2009, qui mesure, par le biais d'un score dit score SIGREC, l'engagement dans les activités de recherche en fonction du nombre pondéré d'études interventionnelles. Chaque étude ouvre droit à un nombre de points qui varie selon son ampleur (mono ou multicentrique), selon sa nature (académique ou industrielle), selon la phase de développement (1 et 2, 3), selon que l'établissement est promoteur, coordonnateur ou simple investigateur. Le point SIGREC vaut 1771 euros en 2009¹⁷. Il est prévu en 2010 d'introduire un élément de pondération supplémentaire par tranche de patients inclus.
- Une dotation relative à l'effort d'innovation et de valorisation. Par établissement, le nombre de brevets, de logiciels déposés, le nombre de licences concédées et, depuis 2009, de contrats de partenariat industriel est décompté sur les cinq dernières années. Le point innovation valait 45 817 euros en 2008 et 33 761 euros en 2009.

L'introduction de la part modulable en 2008 entraîne des effets revenus entre les établissements. Il est prévu de lisser ces effets revenus sur quatre ans. Le modèle ne sera donc pleinement effectif qu'en 2011.

c) La part variable

La troisième composante des MERRI s'élève à 845 millions d'euros soit 34,5% du total. Elle finance certaines dépenses individualisables.

Une fraction de cette enveloppe dite "activités innovantes et expérimentales" (425 millions) finance des dépenses dont les liens avec la recherche ou l'enseignement sont assez lâches. Les postes principaux sont les médicaments sous ATU (54 millions), les actes hors nomenclature (236 millions), les laboratoires d'oncogénétique (99 millions)...

Une seconde fraction de l'enveloppe dite "enseignement, expertise, référence et recours" (201 millions) finance essentiellement des centres de référence (113 millions pour les centres de référence pour maladies rares).

Enfin une troisième fraction de l'enveloppe, dite "recherche médicale et innovation notamment recherche clinique" (219 millions) finance des structures supports de la recherche dont les centres d'investigation clinique (CIC) pour 45 millions, les délégations interrégionales à la recherche clinique (DIRC) pour 10 millions, des contrats EPST/établissements pour 9 millions ou les emplois d'attachés et de techniciens de recherche clinique (ARC/TEC) pour 6 millions. De plus, elle finance des projets à travers le programme de soutien aux techniques innovantes et coûteuses (STIC) pour 32 millions et le programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) pour 75 millions.

Les crédits MERRI se répartissent entre les diverses composantes de l'enveloppe selon le tableau suivant.

¹⁵ Par exemple, un article dans une revue de rang A avec un auteur premier signataire vaut 8 points, un article dans une revue de rang C ou D avec un auteur qui n'est ni premier, deuxième, troisième ou dernier vaut 2 points.

¹⁶ Plus précisément le nombre d'étudiants en médecine en DCEM 2,3 et 4, en odontologie en DCEO 2,3 et 4 et en 5^e année de pharmacie.

¹⁷ A titre d'exemple, une étude académique, mono centrique, dont l'établissement est promoteur vaut cinq points SIGREC, l'établissement reçoit environ 8900 euros par an pendant la durée de l'étude (sachant qu'actuellement il est difficile de collecter les données permettant de garantir que les études sont encore en cours).

Tableau 3 : Décomposition de l'enveloppe MERRI en 2008 et 2009
(Montants en millions d'euros)

	2008	%	2009 (p)
Socle Fixe	748	30,2	780
<i>dont charges médicales</i>	358	14,5	373
<i>dont charges médico-techniques</i>	241	9,7	252
<i>dont charges générales</i>	149	6,0	155
Part modulable	880	35,6	921
<i>dont publications</i>	565	22,8	553
<i>dont étudiants</i>	299	12,1	267
<i>dont essais</i>	NS	NS	69
<i>dont brevets...</i>	17	0,7	32
Part variable	845	34,2¹⁸	<i>nd</i>
<i>dont PHRC</i>	75	3,0	<i>nd</i>
<i>dont STIC</i>	31	1,3	<i>nd</i>
<i>dont CIC</i>	45	1,8	<i>nd</i>
<i>dont ARC/TEC</i>	6	0,2	<i>nd</i>
<i>dont DIRC</i>	10	0,4	<i>nd</i>
Total	2473¹⁹	100	<i>nd</i>

On pourrait également distinguer au sein des MERRI d'une part les crédits qui couvrent des dépenses individualisables (essentiellement les MERRI variables moins PHRC et STIC) et d'autre part les crédits qui ont vocation à compenser des surcoûts du processus de soins liés à la recherche et à l'enseignement (ces surcoûts ne peuvent être appréciés directement, les crédits ne correspondent pas à des dépenses identifiables). La première catégorie s'élève à environ 729 millions, la seconde à 1 744 millions.

Il convient de rappeler que la recherche en établissement bénéficie d'autres sources de financement que les crédits MERRI. Selon le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, les CHU et CLCC recevaient, en 2007, pour la recherche clinique 29 millions de l'industrie, 30 millions de sources publiques, 18 millions d'associations et 8 millions de l'étranger²⁰.

L'évolution du mode de répartition des MERRI entre établissements fait l'objet de négociations entre la DHOS et les représentants des établissements concernés. Les parties prenantes à ces négociations sont attachées à améliorer la logique et la pertinence du modèle, ce dont témoignent les progrès réalisés en 2008 et 2009. Mais, fort naturellement, ces mêmes parties prenantes sont très sensibles aux effets revenus des différentes options pour leurs établissements. Le mode de répartition des crédits MERRI est donc la résultante d'une tension entre le souci d'améliorer le dispositif et les effets du rapport de force entre les parties à la discussion.

¹⁸ On ne distingue pour les MERRI variables que les postes les plus directement reliés à la recherche.

¹⁹ Le total diffère de celui indiqué dans le tableau précédent car il s'agit ici des crédits délégués aux ARH en 2008 qui sont supérieurs de 11 millions à ceux délégués par les ARH aux établissements.

²⁰ Voir MESR, DGESIP, DGRI, SIES. La recherche clinique dans les CHU et les CLCC, juillet 2009. Il convient de préciser que selon le LEEM, ces données issues des déclarations des établissements sous estiment dans des proportions très importantes les sommes consacrées par l'industrie pharmaceutique à la recherche clinique en établissement.

Après ce rappel des modalités actuelles de financement des activités de recherche et d'enseignement, nous essaierons d'évaluer leur pertinence en distinguant, malgré les liens entre les deux missions, la recherche et l'enseignement. S'il est avéré, par des observations de terrain²¹, que les activités d'enseignement et de recherche sont dans la pratique étroitement intriquées et qu'il n'est pas possible de distinguer le temps consacré à l'une ou à l'autre, il est nécessaire de les séparer pour dégager des logiques de financement.

1. LE FINANCEMENT DE LA RECHERCHE

Dans cette partie consacrée au financement de la fonction recherche, nous essaierons de préciser la nature des dépenses de recherche que les MERRI ont vocation à financer (1.1), nous soulignerons que le montant des crédits affectés au financement de la recherche clinique est déterminé comme s'il s'agissait d'une charge alors même qu'il semble admis que ces crédits doivent être considérés comme des investissements (1.2), nous analyserons les modalités d'attribution de ces crédits recherche aux établissements et leurs conséquences potentielles (1.3) avant de formuler des recommandations (1.4).

1.1. *Les dépenses de recherche financées par les MERRI*

La recherche clinique recouvre l'ensemble des recherches à visées médicales menées sur l'être humain. De ce fait, elle est, par nature et pour l'essentiel, intégrée au fonctionnement des services hospitaliers. Elle se distingue ainsi de la recherche fondamentale qui se situe en amont de l'observation et/ou de l'intervention sur l'être humain.

Dans la pratique recherche fondamentale et recherche clinique sont liées. Des relations étroites entre les deux types de recherche sont nécessaires pour développer une recherche de qualité. La notion de recherche translationnelle (activité visant à traduire les connaissances issues de la recherche fondamentale en développement clinique ou à contribuer à la production de questions scientifiques à partir d'observations cliniques) marque le continuum entre ces deux types de recherche. L'évolution vers une médecine personnalisée renforce la nécessité d'organiser ce continuum.

Pour autant, recherche clinique et recherche fondamentale renvoient en France, à deux modes de financement.

La recherche fondamentale, conduite notamment au sein des laboratoires universitaires et des unités INSERM et CNRS, dispose d'un financement spécifique. Ces structures sont souvent hébergées dans des établissements hospitaliers qui sont donc amenés à contribuer à leur fonctionnement (mise à disposition de locaux, mise à disposition d'équipement, soutien logistique). De plus, des médecins hospitaliers sont amenés à participer à leur activité. Dans le cas des médecins ayant une double appartenance statutaire hospitalière et universitaire (HU), le temps ainsi consacré à la recherche fondamentale est théoriquement financé par le mi-temps universitaire. Mais leur participation à la recherche fondamentale peut excéder ce mi-temps. De plus, des praticiens non HU peuvent également consacrer du temps à la recherche fondamentale. A l'inverse, les praticiens HU peuvent – et, en règle générale, disent- consacrer plus d'un mi-temps aux soins.

²¹ Belorgey N. Kletz F. Lenay O. Moisdon JC. Roux S. Les impacts des activités d'enseignement et de recherche sur le fonctionnement des services hospitaliers. ARMINES/CGS/ENSMP. Novembre 2006.

Ces éventuelles prestations croisées entre l'hôpital et la recherche fondamentale ne sont pas précisément connues et d'intensité certainement fort différente selon les établissements. Même si l'impact sur le coût des soins de ces prestations est considéré par certains observateurs comme faible²², il est impossible de déterminer le sens d'éventuels transferts. Les directions d'établissement semblent persuadées que l'hôpital finance la recherche fondamentale universitaire, les PU-PH considèrent à l'inverse que l'université finance l'hôpital. En tout état de cause, selon la DHOS, les crédits MERRI n'ont pas vocation à prendre en charge les surcoûts éventuels des établissements au titre de la recherche fondamentale²³. Ceux-ci auraient vocation à être traités par une facturation des prestations croisées. Il serait certainement utile de clarifier progressivement la situation étant donné les "passions" autour de cette question même s'il est sûrement impossible de facturer toutes les prestations sauf à handicaper les relations fluides qui doivent exister entre recherches clinique et fondamentale.

Cette problématique sort toutefois du champ de la mission qui se concentre sur les crédits MERRI qui ont vocation à financer exclusivement les coûts de la recherche clinique²⁴.

Les observations de terrain conduisent à distinguer une recherche clinique protocolée et une recherche clinique non protocolée²⁵. La recherche clinique non protocolée engloberait les activités de recherche qui se développent à partir d'un cas ou sur une base de données rétrospective. La recherche clinique protocolée suppose l'inclusion de patients dans une étude ou un essai pour apprécier l'effet d'un médicament, d'un matériel, d'une procédure, d'un mode ou d'une stratégie d'intervention, ou pour étudier le mécanisme ou l'évolution d'une maladie. Le deuxième mode de recherche est souvent considéré comme le seul susceptible d'aboutir à des résultats publiables. Il est aussi le plus coûteux. C'est à partir de ce mode de recherche que doit donc être construit le financement, il est d'ailleurs le seul à être valorisé dans la part modulable MERRI.

Les coûts de la recherche clinique sont constitués par des dépenses individualisables (par exemple, des structures identifiées telles que les CIC) mais également par des surcoûts par rapport à un processus de soins normal. Ces surcoûts sont eux-mêmes constitués par les consommations médicales supplémentaires rendues nécessaires par les essais cliniques (médicaments, analyses biologiques, mobilisation d'équipements médicaux voire investissement spécifique), les moyens humains et techniques destinés spécifiquement à cette activité (personnels dédiés à l'appui réglementaire et méthodologique, à la mise en œuvre et à la gestion des essais, au traitement et à l'archivage des données...) et enfin par le temps consacré par les personnels hospitaliers (médicaux et non médicaux) à la recherche clinique qui réduit celui qui peut être consacré aux soins^{26, 27}. Ce temps est le plus souvent imbriqué dans les activités de soins, il n'est donc pas possible de le décompter strictement.

²² Cf. Bonastre J. de Pouvoirville G. "La production de recherche dans les EPS. Quelles conséquences pour le coût des soins ?" Technologie et santé n° 64-65, juillet 2008.

²³ On note toutefois que les MERRI variables prennent en charge pour 9 millions d'euros le coût de contrats EPST/établissements et que l'on peut lire, p 23, du guide méthodologique de la DHOS sur les MIG que le socle fixe a vocation à couvrir notamment les surcoûts au titre "du temps médical hospitalier non affecté aux soins et affecté aux missions universitaires (hors temps des hospitalo-universitaires sur leur temps universitaire)".

²⁴ Dans la suite du rapport lorsque l'on emploie le mot recherche, on vise spécifiquement la recherche clinique.

²⁵ Belorgey N. Kletz F. Lenay O. Moisson JC. Roux S. Les impacts des activités d'enseignement et de recherche sur le fonctionnement des services hospitaliers. ARMINES/CGS/ENSMP. Novembre 2006.

²⁶ Pour apprécier le surcoût pour l'établissement, en toute rigueur, il ne faut pas considérer le coût du temps consacré par les médecins et les personnels soignants à la recherche mais plutôt la diminution des recettes en T2A liée à la moindre production de soins du fait de la recherche soit un coût d'opportunité. Bien évidemment, s'il est possible de recruter au même coût un praticien pour compenser la moindre activité du médecin qui se consacre à la recherche, les deux montants sont équivalents.

²⁷ Le fait que les établissements effectuant de la recherche reçoivent des malades particuliers peut être également un facteur de surcoût indirect de la recherche dans la mesure où ces différences ne sont pas prises en compte dans les GHM. La mise en place de la V11 devrait réduire cet effet.

De plus, pour les praticiens, le temps consacré à la recherche ne se réduit pas à celui directement lié aux opérations de recherche (définition du protocole, inclusion des patients, analyse des données, rédaction des résultats...), la participation aux actions de recherche suppose que les praticiens disposent de temps pour lire, échanger, participer à des colloques. La détermination des surcoûts est d'ailleurs compliquée par le fait que les praticiens réalisent une part de ces activités en sus du temps de travail normal.

1.2. La recherche : un investissement ou une charge récurrente ?

Alors que la recherche médicale est considérée comme un "investissement stratégique", le mode de détermination des enveloppes consacrées à la recherche clinique montre que celle-ci est, de fait, gérée comme une charge récurrente.

1.2.1. La recherche en santé doit être considérée comme un investissement

Il semble largement admis que les dépenses de recherche médicale doivent être considérées comme un investissement et comme un investissement particulièrement stratégique. Le ministère de la santé souligne qu'"investir dans la recherche biomédicale et en santé est un impératif pour préparer l'avenir"²⁸. Le Président de la République, lui-même, affirme : "On rentre dans l'économie de la connaissance, la France ne peut pas être étrangère à cette économie...En ciblant les industries de santé, j'ai voulu montrer...que les industries de santé et la recherche biomédicale sont un secteur économique stratégique pour nous, au même titre, que l'énergie, que la communication que l'automobile ou que la finance. C'est stratégique"²⁹.

Il ne nous appartient pas, bien évidemment, de discuter cette affirmation. Elle a pour conséquence logique que les sommes consacrées à la recherche ne devraient pas être considérées comme de simples charges subies mais comme des dépenses productives de bénéfices sociaux importants et gérées en tant que telles.

1.2.2. Les sommes consacrées à la recherche : la recherche considérée comme une charge

Les modalités de détermination des sommes qui sont consacrées à la recherche montrent que, de fait, celles-ci sont actuellement considérées comme une simple charge.

Comme indiqué supra, l'enveloppe consacrée à la recherche et l'enseignement, mêmes si ses modalités d'attribution ont été fondamentalement modifiées, reste calibrée à partir d'une estimation de surcoût dont, non seulement, la pertinence est douteuse mais qui est, de plus, datée (14 ans).

²⁸ Ministère de la santé de la jeunesse et des sports et de la vie associative, comité ministériel d'orientation de la recherche. Document d'orientation de la recherche biomédicale et en santé n° 1, janvier 2009, p.37.

²⁹ Discours de M. le Président de la République devant les laboratoires internationaux de recherche. Palais de l'Élysée. Vendredi 5 juin 2009.

Une étude récente des surcoûts liés à la recherche

Une étude plus récente fait apparaître sur un échantillon d'établissements des surcoûts liés à la recherche bien supérieurs, dans certains cas, à 13%.

L'intensité de la recherche effectuée dans les établissements en question a été estimée à partir d'un indicateur bibliométrique, les établissements ont été classés en quatre quartiles selon cet indicateur.

A case mix comparable et après prise en compte de certaines variables caractéristiques des établissements et des séjours, le coût moyen des séjours dans les établissements du 4^o quartile le plus producteur de recherche serait supérieur de 42% au coût des séjours dans les établissements du 1^o quartile ne produisant pas de recherche. La relation n'est pas linéaire, le coût de séjours des établissements du 2^o quartile est inférieur à celui des établissements du 1^o quartile. Ce surcoût est un surcoût journalier, le fait que l'établissement produise de la recherche ne se traduirait pas par un allongement de la durée moyenne de séjour (DMS). Les surcoûts semblent concentrés sur les séjours dans les services où s'effectue la recherche (cancérologie) et ne pas concerner les services dispensant des soins courants (accouchement sans complication, appendicectomie).

Voir Bonastre J. de Pouvoirville G. "La production de recherche dans les EPS. Quelles conséquences pour le coût des soins ?" Technologie et santé n° 64-65 juillet 2008 ainsi que la thèse de J. Bonastre "La production de recherche dans les établissements publics de santé et son impact sur le coût des soins" Université Paris Sud 11, juin 2007.

De plus, même si l'étude historique avait évalué précisément les surcoûts recherche et enseignement, il ne serait pas pertinent de calibrer l'enveloppe recherche à partir de cette estimation. Se fonder sur les surcoûts à un moment donné aboutit à considérer que la recherche est une charge récurrente et non un investissement piloté en fonction de ces bénéfices attendus ou une activité qui doit se développer parce qu'elle est "stratégique"³⁰. Rien ne permet de préjuger que les surcoûts constatés à un moment donné reflètent le bon niveau d'investissement dans la recherche.

Dans le modèle actuel, la recherche est, de fait, considérée comme un simple charge ayant vocation à être reconduite année après année. En schématisant, les arbitrages se déroulent sous la forme suivante. Le montant global de l'ONDAM est arbitré en fonction de variables macro-économiques (niveau du déficit, prévisions de croissance...) et de considérations politiques (acceptabilité par les parties prenantes). Cet ONDAM global est ensuite décomposé entre les sous-enveloppes et notamment pour l'essentiel entre la ville et les établissements de santé. L'enveloppe établissements de santé est elle-même décomposée en diverses enveloppes (ODMCO, OQN, ODAM, MIGAC dont MERRI). Les arbitrages entre ces enveloppes sont contraints dans la mesure, où il faut financer d'éventuelles mesures ciblées (plans de santé publique...) et où en dernière instance, en fonction d'un objectif de volume, le dispositif s'équilibre sur les possibilités d'évolution des tarifs. Dans ce contexte, une politique volontariste de financement de la recherche est peu probable³¹, elle aurait pour contrepartie une moindre progression des tarifs, variable dont l'affichage est particulièrement sensible.

³⁰ Plus précisément, ces surcoûts recherche sont exprimés en pourcentage du coût de soins soit l'hypothèse implicite que les dépenses de recherche évoluent comme les soins, hypothèse que rien ne justifie.

³¹ Précisons d'ailleurs que du fait du mode actuel de gestion des crédits MERRI, augmenter leur montant ne garantirait aucunement un accroissement de l'effort de recherche dans les établissements.

Si l'activité de recherche s'accroît (on ne dispose pas de données actuellement pour mesurer l'évolution de cette activité)³², le dispositif actuel ne permet pas d'accompagner cette augmentation. Il conduit mécaniquement à réduire le financement par "unité" d'activité de recherche. On pourrait considérer que la recherche est traitée comme les soins. En effet, pour les soins, on ajuste annuellement les tarifs sur les prévisions de volume pour assurer le respect de l'enveloppe. Mais, dans le cas des soins, cette régulation prix - volume est "soutenable" du fait de la croissance modérée de l'activité de soins (autour de 1,5% par an).

Bien évidemment, a contrario, si malgré les ambitions affichées, l'activité de recherche était en régression, le mode de détermination de l'enveloppe favoriserait (indûment) les établissements.

Considérer vraiment la recherche comme un investissement conduirait à s'extraire de cette logique. Il n'y a pas de raison que le montant de l'investissement en recherche soit soumis aux mêmes impératifs de régulation économique-politiques que ceux qui régissent la détermination de l'ONDAM. Les sommes consacrées à la recherche devraient évoluer en fonction des opportunités de recherche comme un niveau d'investissement dépend des opportunités d'investissement.

1.3. Les modalités d'attribution des sommes consacrées à la recherche

Après cet examen du mode de détermination de l'enveloppe consacrée à la recherche clinique, il convient d'analyser les modalités de sa répartition entre établissements. Nous analyserons, dans un premier temps, les avantages et inconvénients des différentes modalités d'attribution des crédits « recherche » aux établissements (1.3.1), avant d'examiner les conséquences en termes de concurrence entre activités de soins et activités de recherche (1.3.2).

La discussion qui suit porte sur les crédits qui ont vocation à compenser des surcoûts de soins liés à la recherche clinique. Les crédits qui financent des dépenses individualisables (les MERRI variables hors PHRC et STIC) posent a priori moins de questions dans la mesure où il est possible de faire coïncider dépenses réelles et crédits³³.

1.3.1. Les avantages et les inconvénients des différentes modalités d'attribution des crédits aux établissements

Cette analyse vise à répondre aux questions suivantes :

- Le dispositif donne-t-il des garanties que les sommes dédiées à la recherche y sont effectivement consacrées et ne sont pas détournées à d'autres usages (contribuer à l'équilibre financier de l'établissement en compensant une éventuelle sous-productivité sur les activités de soins par exemple) ?
- Ce dispositif assure-t-il les établissements que les surcoûts liés aux activités de recherche qu'ils entreprennent seront financés ? On peut craindre, si tel n'est le cas, que les exigences d'équilibre financier ne conduisent à renoncer à des investissements de recherche.
- Le dispositif permet-il de s'assurer que les investissements en matière de recherche sont engagés de manière pertinente et concernent des projets de qualité conduits par des

³² De fait, il est impossible d'apprécier si la recherche clinique en établissement se développe ou régresse en France, si les sommes qui y sont réellement consacrées par les établissements augmentent ou diminuent ce qui est problématique pour une activité dite stratégique. D'après des travaux de la Mission de l'observation, de la prospective et de l'organisation des soins, structure interne à la DHOS, le nombre de publications de rang A, B et C des établissements a augmenté entre 2004 et 2008 ce qui suggère que la recherche s'est développée, au moins en qualité, sur les années 1998-2002 compte tenu du décalage entre l'initiation d'une recherche et son aboutissement sous forme de publication. Pour autant, d'autres données semblent indiquer une diminution du nombre d'essais cliniques industriels et académiques répertoriés par l'AFSSAPS de 1500 environ à la fin des années 1990 à 1000 aujourd'hui. Pour autant un essai n'égal pas un essai et la recherche clinique ne se limite pas aux essais. La question mériterait d'être approfondie, il est vrai que la montée en charge de SIGAPS et SIGREC permettra à l'avenir de mieux caractériser les évolutions.

³³ Même si le mode de gestion des enveloppes ne permet pas d'ajuster souplesment les dotations des établissements aux dépenses réelles, cette problématique est abordée essentiellement dans la deuxième partie consacrée aux autres MIG mais concerne également les MERRI variables.

équipes qui ont la capacité de les mener à terme ? Dans le cadre du PHRC, les évaluations, environ huit ans après la décision de financement, font apparaître une proportion de projets arrêtés ou perdus de vue de 11 à 20% selon les années³⁴. On ne dispose pas de données pour les projets engagés hors de cette procédure³⁵ mais l'on peut penser que ce pourcentage est plus élevé pour des projets qui n'ont pas été soumis aux exigences d'une procédure de sélection préalable.

- Le dispositif d'attribution des crédits MERRI comprend, on l'a vu, plusieurs modalités. Il convient de soumettre à ces questions, chacune de ces modalités : le socle fixe même si celui-ci finance indistinctement recherche et enseignement (a), la dotation modulable en fonction des publications ou score SIGAPS (b), la dotation modulable en fonction des essais ou score SIGREC (c), le financement par appel à projet soit le PHRC (d).

Avant d'engager cet examen, on peut noter que les trois premières modalités ne concernent que les établissements éligibles aux MERRI alors qu'il peut exister des projets de recherche développés hors de ces établissements.

a) Le financement "socle fixe"

Le financement "socle fixe" garantit, à tous les établissements inscrits sur la liste des établissements éligibles, une part de l'enveloppe recherche. Cette modalité de financement correspond à une logique statutaire ou administrative : certains établissements sont considérés comme devant participer à l'effort de recherche, on leur octroie donc des financements à ce titre. Ces financements sont proportionnels à des dépenses régulières, les établissements disposent donc de garanties quant à leur évolution.

En revanche ce mode de financement :

- introduit un lien entre certaines dépenses que rien ne justifie. Par exemple, un établissement peut voir ses dépenses de personnel médical augmenter parce que son activité de soins se développe, sa dotation recherche augmente de ce fait même si, par ailleurs, son activité de recherche diminue ;
- aboutit à une répartition des crédits entre établissements indépendante des réelles opportunités de recherche. Par exemple, une partie du socle fixe est indexée sur les dépenses en personnel médical. Or tous les médecins n'ont pas vocation à faire des recherches ou du moins avec la même intensité³⁶. L'attribution des crédits à travers le socle fixe s'appuie sur la fiction égalitariste que tous les médecins ont les mêmes possibilités de transformer en résultats des crédits recherche³⁷. Or si l'on rapporte le montant en euros par établissement du socle fixe par l'indicateur désormais reconnu de résultats, le point SIGAPS, on constate au contraire une très grande dispersion entre établissements. Même si l'on néglige les établissements ne produisant pas ou très peu de recherche, ce montant varie de 7700 euros par point SIGAPS pour le CHR Metz-Thionville ou de 3700 euros pour le CHU de Nîmes à 638 euros pour le centre hospitalier de Versailles ou 570 euros pour l'Institut Gustave Roussy.

³⁴ DHOS (2007), Rapport d'évaluation des projets du PHRC 1998.

³⁵ Une étude sur la fréquence de réussite ou d'échec des études cliniques et les facteurs déterminants de ces réussites ou de ces échecs, serait certainement utile. Dans un rapport de l'IGAS il apparaissait que 2/3 des essais cliniques n'aboutissaient pas à un résultat publiable ou utilisable mais il est vrai que ce rapport portait sur un domaine très spécifique, les essais cliniques sur les enfants. Voir Rapport IGAS n°2003-126 sur les essais cliniques de l'enfant. Octobre 2003.

³⁶ L'étude précitée de Bonastre et de Pouvourville (cf. encadré) montre notamment qu'au sein des établissements produisant de la recherche, les surcoûts « recherche » ne sont repérables que dans les services qui produisent effectivement de la recherche, il est donc peu cohérent de prendre en compte l'ensemble du corps médical pour établir le socle fixe.

³⁷ Il est vrai que les crédits du socle fixe peuvent être diminués pour tenir compte de la productivité recherche des établissements (cf. supra) mais cette possibilité ne concerne que les établissements non CHU, non CLCC. Pourquoi différencier les exigences en termes de productivité selon le statut des établissements ?

- ne fournit aucune garantie que les sommes destinées à la recherche y seront effectivement consacrées³⁸. Elles peuvent être, de fait, affectées à d'autres usages (compenser un déficit d'efficacité sur les activités de soins par exemple...). De plus, ce mode d'attribution des crédits ne facilite pas, au sein des établissements, l'orientation des crédits vers les services qui développent effectivement des activités de recherche. Ainsi, le fait que les crédits de l'établissement soient, pour partie, calibrés à partir des dépenses médicales suggère une répartition en fonction de ces dépenses indépendamment des activités ou des opportunités de recherche (cf. encadré sur la gestion interne aux établissements des crédits MERRI/recherche) ;
- n'apporte enfin aucune garantie que les crédits soient consacrés à des projets pertinents ayant des chances d'aboutir à des publications ou des communications.

La gestion interne aux établissements des crédits MERRI/recherche

L'analyse des modalités d'attribution des crédits MERRI/recherche entre établissements doit se prolonger par une analyse des modalités de gestion des crédits au sein des établissements et notamment de leur délégation vers les pôles. En effet le pôle a vocation à devenir le premier niveau de gestion et donc d'appréciation des résultats financiers.

Si les crédits recherche sont conservés au niveau de l'établissement et ne sont pas délégués aux pôles, les pôles qui contribuent le plus à la recherche risquent d'être pénalisés relativement aux autres car leur bilan financier sera dégradé par les surcoûts non compensés des opérations de recherche. Par ailleurs, l'affectation des crédits au plus près des services qui réalisent des recherches, constitue une garantie que les crédits seront bien affectés à leur objet. Il convient donc que les crédits soient délégués aux pôles même si une partie peut être conservée au niveau de l'établissement pour couvrir les charges mutualisées. Cette recommandation a déjà été formulée par la commission sur l'avenir des CHU présidée par le Pr. J. Marescaux (cf. le rapport de la commission p.49).

Encore faut-il que cette répartition entre pôles soit réalisée de manière pertinente. Un des rares CHU à organiser cette délégation, le CHU de Lille, répartit les crédits du socle fixe, non en fonction des dépenses (dépenses médicales, charges médico-techniques et générales) prises en compte pour déterminer la dotation « socle fixe » du CHU, mais en appliquant au socle fixe de l'établissement les paramètres de la part modulable (score SIGAPS, score SIGREC). Cette démarche est pertinente : les paramètres du socle fixe ne rendent pas compte de l'effort de recherche des pôles. Bien évidemment, le fait que ces paramètres soient inadaptés pour la répartition entre les pôles, suggère fortement qu'ils le sont aussi pour la répartition entre établissements.

Le "modèle lillois" constitue une référence. Pour autant, dans d'autres établissements, rencontrés par la mission, moins avancés dans le processus de délégation de crédits, il était envisagé de reproduire pour la délégation aux pôles les critères du socle fixe.

Cette question semble suffisamment stratégique pour que la DHOS anime un chantier sur ce thème d'une part pour favoriser la mise en œuvre du processus de délégation de crédits et pour, d'autre part, s'assurer que cette délégation s'effectue selon des modalités pertinentes et relativement homogènes entre les établissements.

³⁸ Il est bien sûr difficile d'évaluer si tel est effectivement le cas. La suspicion sur ce sujet est toutefois répandue, le rapport dit "rapport Zerhouni" s'en fait l'écho : " Le comité a obtenu de plusieurs sources des informations laissant à penser que les ressources destinées à la recherche clinique sont souvent consacrées à d'autres besoins du système de santé". Cf. Rapport du comité international d'évaluation de l'INSERM : améliorer l'avenir de la recherche dans le domaine des sciences de la vie et de la santé, novembre 2008, p.25.

b) Le financement au résultat

L'attribution de financements en fonction de résultats (score SIGAPS) vient corriger certaines des limites du mode de financement précédent. La référence aux résultats permet d'orienter les crédits vers les établissements les plus productifs. On peut en effet espérer que les résultats passés sont un bon prédicteur de la capacité à utiliser de manière pertinente les nouveaux crédits.

Par ailleurs, les crédits obtenus à ce titre peuvent être fléchés au sein des établissements vers les équipes qui ont permis par leurs résultats de les obtenir. Cela limite la possibilité d'affecter les crédits obtenus au titre de la recherche à d'autres usages ou de les disperser de manière indifférenciée entre les pôles. Pour autant ce processus de délégation n'est pas engagé dans tous les établissements concernés.

L'établissement supporte le risque pris en engageant une recherche. Si le projet n'est pas pertinent, s'il n'aboutit pas, l'établissement n'obtient pas de retour. Les établissements sont donc incités à sélectionner les projets et les équipes.

L'attribution des crédits en fonction des résultats constitue donc un progrès indéniable par rapport au système antérieur. Elle n'en comporte pas moins des limites :

- Les résultats sont mesurés à partir des publications sur les cinq dernières années, publications qui sont l'aboutissement de projets qui ont été engagés en moyenne six ans avant la publication. Les résultats ne renseignent donc pas parfaitement sur la capacité actuelle des établissements à utiliser de manière pertinente des crédits. Les équipes se sont modifiées, les priorités de recherche également. Par ailleurs, ce dispositif rétrospectif ne favorise pas l'émergence d'équipes nouvelles.
- Le niveau de financement en fonction des résultats est a priori incitatif à développer une recherche productive. De fait le score SIGAPS est devenu un élément de benchmark et d'émulation entre les établissements. Toutefois en termes strictement économiques, un projet qui débouche sur un article dans une revue de rang A avec un signataire principal "rapporte" à l'établissement environ 9000 euros pendant cinq ans. Un projet de recherche peut coûter bien plus cher à l'établissement et n'aboutira éventuellement qu'après plusieurs années (cinq à sept). Il est donc peu probable que la perspective aléatoire de recevoir une somme relativement faible après un tel laps de temps puisse motiver une direction d'établissement qui se soucierait principalement de l'équilibre économique de l'établissement.
- Le financement en fonction des résultats est indépendant du coût des projets de recherche qui conduisent aux résultats. Or même si l'on ne dispose pas de données en ce domaine, les coûts des projets, pour un résultat donné, sont certainement très variables. A la limite, des financements SIGAPS peuvent être attribués à un établissement pour un article issu d'une recherche fondamentale à laquelle a participé un HU sans que l'établissement ait supporté de surcoûts significatifs. Les résultats SIGAPS obtenus pour des projets financés par des tiers (industrie ou PHRC) sont valorisés comme ceux pour lesquels l'hôpital, promoteur du projet, assume l'intégralité des charges.

Au total, le score SIGAPS a la vertu éminente, par rapport au système précédent, de mieux orienter les financements recherche vers les équipes pertinentes, d'introduire des éléments d'incitation et d'émulation, il n'en présente pas moins des limites en tant que mode de financement des établissements.

c) Le financement en fonction des études engagées

Cette nouvelle modalité de répartition des crédits, introduite en 2009, module les financements en fonction des études engagées dans l'établissement.

Elle vient corriger certaines des limites des critères précédents. Elle valorise des initiatives actuelles et non des résultats passés. Elle apporte des financements aux établissements au moment où les dépenses sont effectivement engagées. Elle permet mieux d'accompagner l'activité des équipes émergentes.

Elle introduit, au niveau des établissements, un lien plus étroit entre l'activité de recherche et l'attribution des fonds dans la mesure où le nombre d'essais et le nombre d'inclusions peuvent être considérés comme une bonne approximation de l'activité de recherche clinique. Un établissement qui augmente son engagement (croissance du nombre d'essais ou d'inclusions) bénéficie mécaniquement d'une croissance des crédits qui lui sont attribués. Pour autant, le problème de l'ajustement de l'enveloppe de l'ensemble des établissements reste entier : si tous les établissements développaient les essais et les inclusions, il faudrait ajuster la valeur du point SIGREC.

Le risque sur la pertinence et l'aboutissement du projet est supporté par le financeur et non par l'établissement, soit une sécurité pour l'établissement mais une moindre incitation à la sélection des projets à son niveau.

Le dispositif prend en compte le fait que les charges supportées par l'établissement sont différentes selon que le projet est ou non soutenu par l'industrie (attribution de points spécifiques pour les essais dont l'établissement est promoteur, distinction pour la fonction de coordinateur entre projets académique et industriel). Toutefois, dans la mesure où les établissements sont censés obtenir une compensation par les industriels des coûts complets des essais, on peut considérer que les établissements sont "sur incités" (compensation des coûts complets à laquelle s'ajoute le bénéfice de la dotation en fonction des points SIGREC) à pratiquer ce type de recherche par rapport à la recherche académique.

Enfin ce mode de financement ne permet pas de calibrer les financements en fonction du coût des projets (tous les essais et même toutes les inclusions n'ont pas le même coût) soit un biais potentiel de sélection en faveur des projets peu onéreux bénéficiant d'un appui extérieur. Rien ne garantit surtout que les surcoûts de l'établissement seront couverts par les financements qui lui sont alloués au titre de l'étude.

d) Le financement par appel à projets

Le PHRC permet de financer une part des dépenses de recherche des établissements sur la base d'appels à projets.

Le financement par appel à projets a pour avantage, dès lors que le financement accordé compense l'intégralité des surcoûts, de lever les obstacles économiques à l'engagement dans des activités de recherche. Les établissements sont assurés que l'investissement dans la recherche ne viendra pas contrecarrer l'objectif d'équilibre de ses comptes. Toutefois, le PHRC ne prend pas en charge la totalité des surcoûts, même après correction de l'estimation proposée par l'établissement. Il ne semble pas y avoir de règles qui définissent la quotité des surcoûts pris en charge.

Comme dans le cas précédent (financement lié à la mise en place d'un essai), le risque de non aboutissement est assumé par le financeur et non par l'établissement. Toutefois, l'appel à projets permet une appréciation externe de la pertinence du projet et de la capacité de l'équipe à le faire aboutir. Par ailleurs l'appel à projets peut conditionner les paiements à des bilans d'étape permettant d'apprécier le bon déroulement du projet. La procédure d'appel à projets permet d'écarter les projets redondants.

Les résultats antérieurs obtenus par les porteurs du projet sont pris en compte dans la décision de retenir tel ou tel projet soit un mode de prise en compte des résultats antérieurs plus souple, moins automatique que celui mis en place dans le cadre du score SIGAPS. La procédure des appels à projets permet d'orienter les financements vers les équipes qui a priori disposent actuellement de capacités à les faire fructifier, à la différence du financement socle fixe ou du financement au résultat.

Le financement de projet peut être ouvert à tous les établissements qui présentent des projets pertinents et permet donc de prendre en compte d'éventuelles initiatives pertinentes dans des établissements non éligibles au MERRI.

Le financement par appels à projets donne des garanties que les sommes affectées à la recherche y seront effectivement consacrées, les équipes dont les projets sont retenus revendiquent sans nul doute le bénéfice des financements.

Le principal inconvénient de l'appel à projets tient à la relative lourdeur de la procédure de sélection des projets et aux coûts d'administration tant pour l'établissement que pour l'autorité qui apprécie les projets et décide de leur financement.

1.3.2. La concurrence entre les soins et la recherche

A partir de cette analyse des propriétés incitatives des diverses modalités de financement de la recherche, il convient de s'interroger sur la possibilité d'une concurrence entre activités de soins et activités de recherche.

a) Une concurrence potentielle

Dans le cadre de la T2A, l'activité de soins est directement productrice de revenus pour l'établissement. Globalement les tarifs ont vocation à couvrir les coûts complets moyens des soins pour un établissement dont la productivité est moyenne. Du fait de la part importante de charges fixes, la production marginale de soins (le cas supplémentaire pris en charge) contribue, en règle générale, positivement à l'équilibre financier. Les établissements ont donc intérêt à augmenter leur activité de soins.

En revanche, développer l'activité de recherche dégrade cet équilibre. A titre d'exemple, supposons un établissement qui promeut un projet académique, mono centrique qui dure six ans et qui aboutit la septième année, hypothèse la plus heureuse, à un article dans une revue de rang A. Sa décision est sans impact sur les crédits du socle fixe qui sont indépendants de l'effort réel de recherche. Il va recevoir, au titre de SIGREC, 8900 euros pendant six ans puis, au titre de SIGAPS, 9000 euros par an pendant cinq ans soit, sans actualisation, un total de 98 400 euros. Ces recettes sont décalées dans le temps par rapport aux surcoûts qui se concentrent sur les six premières années. Elles sont pour la part SIGAPS aléatoires. Mais, de plus, il est peu probable qu'elles couvrent, en règle générale, les surcoûts du projet. Ainsi, en 2009, pour les projets retenus par le PHRC national, le montant moyen alloué par projet s'élevait à 290 000 euros et encore le PHRC ne finance-t-il pas systématiquement 100% des surcoûts³⁹.

Bien évidemment, on pourrait objecter que le déficit de financement est couvert par le socle fixe mais dans l'hypothèse où nous nous plaçons, celle d'un décideur confronté à la décision d'engager ou non une recherche, ces crédits n'ont pas à être pris en compte car ils sont indépendants de la décision qu'il prendra.

Aussi, en termes strictement économiques, les établissements n'ont aujourd'hui aucun intérêt à investir dans la recherche et sont incités au contraire à orienter leurs équipes vers la production de soins.

b) La concurrence réelle entre recherche et soins : le jeu des acteurs

Cette concurrence entre recherche et soins n'est toutefois que potentielle : les acteurs hospitaliers ne sont pas motivés par les seules données financières de court terme. Cette concurrence potentielle ne sera une concurrence réelle que si les préoccupations financières pèsent lourdement sur les décisions de s'engager dans des activités de recherche.

³⁹ On ne peut exclure que certaines études à bas coût soient sur financées par ce dispositif dès lors qu'elles coûteraient moins de 100 000 euros.

Il serait donc utile de disposer de connaissances sur les conditions concrètes (quels acteurs, quelles motivations, quelles relations de pouvoirs ...) dans lesquelles se prennent au sein des établissements les décisions d'engager des efforts de recherche. Il n'existe pas à notre connaissance d'études sur ce thème. On peut toutefois mobiliser des hypothèses schématiques sur le modèle de comportement des principaux acteurs : médecins et directions d'établissement.

Pour ce qui concerne les médecins, la recherche est, pour beaucoup, partie intégrante de leur vocation et de leur engagement dans le service public hospitalier. L'exercice de cette activité leur apporte, en soi, des satisfactions intellectuelles et morales. Ces motivations intrinsèques à développer la recherche se conjuguent avec les gratifications en termes de notoriété, de carrière et d'accession à des postes de responsabilité. Toutefois, il semble que cette motivation vers la recherche soit contrainte, dans de nombreux cas, du fait de la pression des activités de soins qui ne permettent pas aux praticiens d'y consacrer le temps qu'ils souhaiteraient. Ce sentiment, souvent exprimé par les médecins, accrédite l'idée d'une concurrence financière entre soins et recherche car ce que les médecins ressentent comme un manque de temps peut être assimilé à un manque "d'argent" pour recruter.

Les directions d'établissement soutiennent le développement de la recherche car cette activité est partie intégrante de la mission de l'établissement ainsi que pour ses bénéfices indirects en termes de notoriété, d'attractivité pour le recrutement de praticiens. Certaines dispositions récentes visent d'ailleurs à renforcer le souci de la recherche parmi les directions de CHU (nomination conjointe par les ministres chargés de la santé et de la recherche, présence d'un vice-président recherche au directoire, pression des universités évaluées et financées à partir de leur score de publication). Pour autant, même si les directions ne se préoccupent pas que de l'équilibre économique, elles ne peuvent qu'être sensibles à la tension entre l'objectif d'équilibre économique et les coûts associés au développement de la recherche. Dans ce cadre, si la recherche n'est pas financée de manière pertinente, le souci de maîtrise des coûts des directions peut venir contrecarrer la volonté des équipes médicales de développer des projets de recherche.

Plusieurs évolutions peuvent rendre ce conflit plus prégnant :

- les médecins eux-mêmes, à travers les chefs de pôle, nommés par les directeurs, et les comptes de résultat par pôle, sont incités à internaliser la contrainte d'équilibre économique ;
- le calcul économique se développe au sein des établissements ;
- les impératifs d'équilibre budgétaire vont être plus stricts notamment dans les CHU ;
- dans le cadre de la réforme HPST, les directions gagnent en autorité par rapport au corps médical.

Il semble donc raisonnable de faire l'hypothèse d'une part que les directions se comporteront de plus en plus en gestionnaires soucieux de l'équilibre financier de l'établissement (c'est d'ailleurs ce que l'on attend d'eux), d'autre part que, sans être en position de dicter leurs décisions, elles influenceront plus directement sur le volume des efforts de recherche⁴⁰. La concurrence entre activités de soins et activités de recherche risque de devenir plus prégnante.

Même si on ne partage pas ce pronostic sur l'évolution du cadre de gestion de la recherche, la situation n'en est pas moins insatisfaisante. En effet si les médecins parviennent à faire prévaloir leur volonté d'engager des recherches sans être contraints par les impératifs d'équilibre financier, les établissements risquent de se trouver confrontés à des déficits chroniques en l'absence de mécanismes qui garantissent une couverture adéquate des surcoûts liés à la recherche. Dans le même temps, d'autres établissements peuvent recevoir, notamment au titre du socle fixe, des financements supérieurs à leurs dépenses de recherche.

⁴⁰ Bien évidemment, les directions d'établissement ne peuvent pas s'opposer à tout projet de recherche mais elles peuvent peser significativement sur un développement plus ou moins actif de ces projets.

1.4. Les recommandations

L'analyse précédente nous conduit à recommander l'évolution progressive vers un modèle d'attribution des dotations recherche aux établissements qui permette la couverture intégrale des surcoûts (4.1). Cette évolution permettrait de redéfinir la manière dont est calibrée l'enveloppe nationale consacrée à la recherche clinique (4.2). Le financement des essais industriels pourrait être clarifié (4.3). La transition vers ce nouveau modèle ne peut être que progressive (4.4).

1.4.1. Evoluer vers un dispositif qui permette la couverture intégrale des surcoûts

Les discordances induites par le système actuel entre dépenses réelles et dotation recherche d'une part, la perspective d'une concurrence accrue entre activité de soins et activité de recherche alors même que cette dernière constitue un investissement "impératif pour préparer l'avenir" d'autre part, conduisent à recommander de faire évoluer progressivement le dispositif actuel pour assurer une prise en charge intégrale des surcoûts supportés par les établissements.

En effet, pour que la recherche clinique se développe, il faut, à minima, que les établissements aient l'assurance que leurs surcoûts⁴¹ seront compensés. A l'inverse, il n'est pas raisonnable de distribuer des crédits de recherche si ceux-ci ne correspondent pas à des dépenses effectives. Seule une procédure qui s'appuie sur une estimation préalable de ces surcoûts réalisée par l'établissement et soumise à un contrôle externe, est à même d'offrir des garanties en ce sens. Le financement sur projets devrait donc devenir le vecteur principal du financement de la recherche clinique. Rappelons que les crédits distribués sous cette forme dans le cadre du PHRC ne représentent aujourd'hui que 3% des crédits MERRI⁴².

Cette procédure présente, on l'a déjà évoqué, d'autres avantages : appréciation externe préalable de la pertinence des projets, concentration des financements sur les seuls projets ayant fait l'objet d'une validation externe, possibilité de favoriser des thématiques de recherche considérées comme prioritaires, affectation directe aux pôles et services assumant les surcoûts de la recherche...

Il conviendrait de maintenir en parallèle du financement par projet, le financement par des crédits spécifiques (les actuels MERRI variables) des dépenses individualisables liées aux activités de recherche (AHN, ATU, centres de références...). De même des crédits de ce type devraient être prévus pour financer certaines structures supports de la recherche sous réserve de leur évaluation régulière. C'est le cas actuellement pour le financement des CIC (45 millions) ou le financement des DIRC (9 millions).

Pour d'autres charges de structure, dont le dimensionnement est plus directement lié à l'activité de recherche (par exemple les équipes d'attachés ou de techniciens de recherche clinique, les personnels en charge du support réglementaire, les personnels en charge de l'appui méthodologique ou statistique, soit l'ensemble des personnels souvent rassemblés dans les Directions de la Recherche Clinique), il est possible d'envisager deux modalités de financement :

- soit un financement indépendant des projets par des crédits spécifiques. Ces structures sont financées en fonction des dépenses engagées par les établissements à ce titre

⁴¹ En théorie, un tel mode de financement en coût complet (ou plus exactement en surcoût complet) devrait lever l'obstacle évoqué par les praticiens de la charge en soins : si le financement de la recherche couvre les surcoûts indirects (la diminution de production facturable T2A du fait du temps consacré à la recherche), l'établissement est en mesure de rémunérer du temps médecin pour faire face aux activités de soins que ne prend pas en charge le praticien qui se consacre à la recherche. En pratique, les situations sont certainement plus complexes (indisponibilité de médecins pour compenser le temps consacré à la recherche, difficultés pour intégrer des médecins supplémentaires dans une équipe...) mais la compensation en surcoût complet semble une condition minimale pour lever cet obstacle.

⁴² Les 75 millions du PHRC doivent être rapprochés d'une enveloppe MERRI globale d'environ 2,5 Mds d'euros sachant qu'au sein de cette enveloppe les montants destinés spécifiquement à financer les surcoûts recherche, hors dépenses individualisables, peuvent être estimés à un montant compris entre 640 millions (tout le socle fixe est considéré comme couvrant des surcoûts d'enseignement) et 1 388 millions (tout le socle fixe est considéré comme couvrant des surcoûts recherche).

sachant que, dans cette hypothèse, une autorité externe doit porter une appréciation sur leur calibrage. Cette autorité externe devrait être la DHOS et non les ARS, ces dernières ne disposant pas d'éléments de comparaison et d'appréciation ;

- soit un financement au travers des projets. Chaque projet intègre une part -un préciput- des coûts de ces structures.

Dans la mesure où ces structures supports sont essentielles au développement de la recherche, la première option paraît devoir être recommandée. Elle n'est toutefois pas sans risques. Le financement de telles structures ne se justifie que par l'existence de projets dans l'établissement, le montant de ces dépenses de structure devrait évoluer globalement en lien avec les projets conduits dans l'établissement. Le financement par des crédits spécifiques ne permet pas d'ajuster simplement les crédits, à la baisse mais aussi à la hausse, en fonction des besoins de l'établissement pour son activité de recherche.

La première option garantit plus de stabilité aux établissements. Elle suppose que la DHOS soit en mesure d'une part d'apprécier les besoins de chacun des établissements et d'autre part de traduire cette appréciation en décisions financières effectives sans se borner à reconduire passivement les budgets antérieurs. La seconde option offre moins de stabilité mais calibre simplement le financement des structures support en fonction des projets engagés dans l'établissement. Si la mission nourrit quelques doutes sur la première option dans la mesure où elle suppose une gestion/planification centralisée des structures supports de la recherche, la réflexion sur l'option à privilégier mérite certainement d'être poursuivie.

Au-delà de la question des structures supports, évoluer vers un financement par projet peut susciter des craintes quant à la stabilité des financements et donc des équipes médicales. Or il s'agit de financer à travers les projets, non les équipes comme ce serait le cas pour un laboratoire de recherche fondamentale, mais les surcoûts d'équipe dont la première mission reste le soin. La pérennité des équipes n'est pas directement mise en cause par les fluctuations éventuelles des crédits obtenus au titre des surcoûts recherche. Dans ces conditions (financements de surcoûts), il paraît pertinent de n'affecter des financements qu'aux seules équipes qui conduisent effectivement des projets pour éviter de disperser les fonds consacrés à la recherche.

Par ailleurs, un financement pourrait être prévu pour soutenir les initiatives que les établissements décident d'engager sans que ceux-ci aient passé le filtre de l'appel à projets (que le projet n'ait pas été présenté ou qu'il n'ait pas été accepté). Les équipes doivent conserver une marge de liberté et leur appréciation de l'intérêt d'un projet peut diverger de celle des instances de sélection des projets. Ce financement prendrait la forme d'une dotation par inclusion (cf. la part SIGREC de l'actuelle part modulable).

En tout état de cause, pour répondre à ce souci de stabilité, le financement des projets devrait s'inscrire dans la durée (5 ans). Des avenants devraient être possibles pour permettre aux équipes d'engager en cas de besoin des dépenses supplémentaires non ou mal anticipées. Un bilan intermédiaire permettrait éventuellement de rectifier le montant des financements au vu des résultats intermédiaires. La visibilité offerte aux services et pôles sur leur financement « recherche » leur permettrait ainsi de mieux calibrer leurs moyens humains et matériels compte tenu de leurs perspectives d'activité en recherche et en soins.

Dans le cadre d'un appel à projets, ce sont les établissements qui sont amenés à estimer les surcoûts complets de leurs projets de recherche⁴³. Le risque inhérent à ce type de prévision pour l'établissement conjugué avec l'asymétrie d'information entre l'établissement et le régulateur peuvent conduire les établissements à surestimer le coût de la recherche. Il n'est pas certain que le régulateur puisse intégralement contrôler ce biais. On peut penser toutefois d'une part que la concurrence entre les projets jouera un effet de modération sur les prétentions des établissements et d'autre part que la comparaison entre projets permettra de renforcer l'expertise du régulateur en ce domaine⁴⁴.

Les projets peuvent être sélectionnés à partir d'appel à projets thématiques. Ce type d'appels à projets thématiques permet de favoriser la recherche tournée vers des priorités sanitaires. Pour autant, il n'est pas sûr qu'un régulateur, quel que soit ce régulateur, ait la capacité de définir correctement ces priorités. Par ailleurs, un exercice trop articulé autour d'axes prédéfinis risque de négliger des pistes de recherche émergentes. Il faut donc prévoir que des projets pourront être financés, hors appels à projets thématiques, sur des appels à projets en blanc. Un dosage entre appels à projets thématiques et appels à projets en blanc peut permettre de trouver le juste équilibre entre la double préoccupation d'orienter la recherche et celle de soutenir des projets pertinents même s'ils ne situent pas dans des domaines a priori prioritaires⁴⁵. On peut envisager de réserver une part mineure de l'enveloppe à des équipes émergentes.

Le financement par projet aboutit à écarter le financement au résultat matérialisé pour l'instant par le financement basé sur l'indicateur SIGAPS. Or les sommes attachées à cet indicateur ont actuellement une double fonction : d'une part financement de la recherche et d'autre part incitation/récompense pour les équipes qui réussissent. En tant que base de financement, l'utilisation de l'indicateur SIGAPS ne nous paraît par pertinent (écart dans le temps entre décision de dépenses et financement, financement sans lien avec les coûts supportés). En revanche, il peut servir de base à un mécanisme de bonus visant à l'incitation, l'émulation des équipes. Dans cette perspective, les sommes attachées à cet indicateur devraient être recalibrées (un mécanisme de bonus exige beaucoup moins de fonds qu'un mécanisme de financement des surcoûts recherche). Compte-tenu de leur nouvelle fonction, les sommes attachées à l'indicateur SIGAPS devraient être à la disposition du (des) service(s) à l'origine de la publication soit pour améliorer les conditions de travail, soit en vue d'une répartition entre les personnes qui ont contribué au succès du projet. Encore faudrait-il vérifier avant de mettre en place un tel système de bonus que celui-ci est nécessaire pour assurer la motivation des équipes. Il n'est pas évident que les motivations intrinsèques (satisfaction intellectuelle, morale, reconnaissance) des médecins ne soient pas suffisantes pour les "motiver".

1.4.2. Calibrer l'enveloppe recherche à partir des projets

Le passage à un modèle de financement par projets permet d'établir sur de nouvelles bases l'enveloppe nationale consacrée à la recherche. On a vu (cf. supra 1.2) que les modalités actuelles de détermination de cette enveloppe n'étaient pas pertinentes si l'on admet que la recherche en santé est un investissement.

Dans le cadre des procédures actuelles, il est impossible de savoir si des opportunités de recherche sont écartées du fait d'insuffisances de financements. Or dans toute décision d'investissement, l'étape première est le repérage des opportunités d'investissement. L'appel à projets permet de révéler/repérer les potentialités en termes de recherche et les coûts associés.

⁴³ La mise au point d'un projet mobilise des moyens conséquents, les projets non retenus pourraient faire l'objet d'une rétribution.

⁴⁴ Selon le gestionnaire du PHRC, les estimations de surcoûts produites par les établissements sont cohérentes et ne sont rectifiées que dans une marge de 10%, à la baisse mais aussi parfois à la hausse.

⁴⁵ Malgré l'affichage de priorités, il semble que le PHRC puisse être considéré comme un appel à projets en blanc. Le PHRC, selon son gestionnaire, accueillerait sans réticence les projets pertinents qui n'entrent pas explicitement dans ses priorités.

Si dans les décisions classiques d'investissement, les opportunités d'investissement sont ensuite classées en fonction de leur couple rendement/risque, une telle procédure n'est pas, dans ce cas, possible car l'appréciation de l'opportunité d'un investissement dans la recherche en santé ne peut se réduire à un rendement économique⁴⁶. Toutefois, sur la base de ces appels à projets, il est possible de sélectionner ceux qui apparaissent pertinents au vu de critères scientifiques et médicaux.

Tous les projets pertinents ne pourront pas, peut-être, être financés. Le fait que la recherche en santé soit un investissement ne signifie pas que l'on puisse investir sans limites. Il n'y a pas de critères a priori qui permettent de déterminer à quel niveau doit se situer l'investissement en recherche. La décision reste en dernière instance politique. Mais cette décision peut être éclairée dans la mesure où la procédure permet de révéler le montant des projets pertinents. On peut ainsi espérer substituer une décision politique informée à l'actuelle reconduction des enveloppes historiques.

Pour autant, les surcoûts des projets pertinents peuvent éventuellement être inférieurs aux sommes qui sont actuellement consacrées à la recherche à travers les MERRI. On n'a en effet, actuellement, aucune appréciation de ces surcoûts et a fortiori des surcoûts qui seraient à prendre en charge après une sélection des projets pertinents.

Le montant de l'enveloppe "recherche clinique" devrait faire l'objet d'une décision spécifique soit sous la forme d'une sous enveloppe de l'ONDAM, soit sous la forme d'une enveloppe hors ONDAM sur le mode de celles consacrées au fonds pour la modernisation des établissements de santé public et privés (FMESPP) ou au fonds de la qualité et de la coordination des soins (FIQCS). Il n'est sûrement pas souhaitable de multiplier les dotations ou fonds sur lequel le Parlement est amené à se prononcer dans le cadre des lois de financement de sécurité sociale. Pour autant, il serait légitime que le Parlement débattenne, du fait de son caractère stratégique, d'une enveloppe recherche clinique plutôt que des dotations FMESPP ou FIQCS.

L'individualisation de cette enveloppe permettrait par rapprochement avec les crédits gérés par le ministère de l'enseignement supérieur d'identifier l'effort consacré à la recherche et plus particulièrement à la recherche en santé soit une vision globale des crédits par mission/programme conforme à l'esprit de la LOLF.

L'évocation d'un fonds dédié à la recherche clinique en établissement suscite souvent la crainte qu'il soit alors intégré dans une enveloppe recherche générale et que la recherche clinique, la recherche en établissement, soit in fine pénalisée. On peut souligner que ce fonds consacré aux projets de recherche clinique serait financé dans le cadre du PLFSS sur des ressources « assurance maladie » et qu'il ne serait donc pas a priori fongible avec d'autres enveloppes destinées à la recherche.

⁴⁶ On ne dispose certainement pas aujourd'hui des techniques nécessaires pour valoriser un résultat espéré en termes scientifiques ou médicaux et rapporter cette valeur au coût de son obtention.

Pour autant cette protection peut paraître illusoire. Il a en effet été proposé que "la France identifie et bloque des fonds pour la recherche clinique afin de garantir que l'effort national dans ce domaine soit solide et s'intègre au reste de la recherche française. A terme, ces fonds devraient être gérés par le futur institut national de la recherche en sciences de la vie et en santé proposé dans ce rapport"⁴⁷. Il ne nous appartient pas dans le cadre de ce rapport de nous prononcer sur les modalités pertinentes de gestion de la recherche en général. Compte tenu des liens étroits entre recherche clinique et recherche fondamentale, il est peut-être pertinent qu'une même structure gère les fonds consacrés à l'une et à l'autre. Il faut toutefois tenir compte des craintes d'appauvrissement de la recherche clinique que suscite cette perspective. Si elles ne sont pas levées, elles risquent d'obérer des évolutions souhaitables du mode de financement de la recherche en établissement. Certains considèrent en effet, sûrement à tort, que les modalités actuelles du financement de la recherche par leur complexité et leur intrication dans le financement des hôpitaux préservent ces fonds de toute tentative d'appropriation par d'autres secteurs de la recherche.

L'Alliance Nationale pour les Sciences de la Vie et de la Santé⁴⁸ au sein de laquelle les CHU sont représentés par la conférence des DG semble le lieu où ces questions peuvent être discutées et approfondies.

1.4.3. Clarifier les conditions de financement des essais industriels

La recherche clinique industrielle et la recherche clinique académique sont complémentaires. Elles contribuent à entretenir la qualité scientifique des équipes. En terme financier, elles permettent d'amortir sur une plus large base les investissements d'infrastructure en recherche.

Il convient toutefois que les conditions financières de leur réalisation ne conduisent pas à privilégier un type de recherche par rapport à l'autre.

En effet, les modalités de financement actuelles privilégient, de fait, la recherche financée par l'industrie. Dans le cas d'une recherche industrielle l'établissement bénéficie d'une prise en charge théoriquement complète des surcoûts par l'industriel sans pour autant que ces financements externes soient pris en compte dans la détermination du socle fixe ou de la part modulable selon les publications. L'établissement bénéficie même d'un financement au titre du score SIGREC voire, éventuellement du score SIGAPS.

Dans le cadre d'un financement par projets, les études industrielles et académiques bénéficieraient du même mode de financement (prise en charge complète des surcoûts). Il n'y aurait donc pas de sur-incidentation à la recherche industrielle.

Ce n'est que s'il s'avérait que les établissements et les équipes, même financés à surcoûts complets, ne s'engagent pas dans ce type de recherche qu'il faudrait envisager un soutien public. Il faut toutefois être prudent dans la mesure où un soutien public peut diminuer la vigueur avec laquelle les établissements exigent des industriels qu'ils couvrent l'intégralité des surcoûts ou favoriser indûment les essais industriels par rapport aux académiques.

⁴⁷ Rapport du comité international d'évaluation de l'INSERM : Améliorer l'avenir de la recherche dans le domaine des sciences de la vie et de la santé, novembre 2008, p.25. Pour les défenseurs de la recherche clinique, la première phrase est rassurante, la seconde inquiétante.

⁴⁸ Selon ses statuts, "L'Alliance Nationale pour les Sciences de la Vie et de la Santé a pour objet d'élargir la fonction de coordination nationale et de faciliter la mise en œuvre de la programmation scientifique concertée entre les différentes institutions partenaires, dans le cadre des grandes orientations stratégiques définies par les pouvoirs publics"

Un soutien public pourrait également se justifier s'il s'avérait que les hôpitaux ne sont pas "compétitifs" pour les essais cliniques industriels et que ceux-ci ont tendance à s'exporter pour des raisons financières⁴⁹. La dernière enquête du LEEM sur un échantillon représentatif de laboratoires montre qu'en termes de recrutements par million d'habitants dans ces essais industriels, la France se situe au niveau mondial en troisième position après les pays scandinaves et le Canada⁵⁰. En termes de compétitivité coût, selon l'appréciation des laboratoires, la France est classée après les pays de l'Est mais avant l'Allemagne, le Royaume-Uni et les Etats-Unis⁵¹. Si la position de compétitivité coût de la France devait se dégrader il resterait à apprécier quels sont les avantages liés à la localisation en France de tels essais cliniques industriels⁵² pour déterminer le niveau des subventions qu'il serait légitime d'apporter à ce type d'activité.

Par ailleurs, les essais industriels donnent lieu à une rémunération spécifique du médecin investigateur. On se bornera sur cette question à reprendre les constats d'un rapport de l'IGAS⁵³. Les rémunérations par patient inclus sont couramment de l'ordre de 1500 à 2500 euros mais peuvent atteindre 5000 euros en cardiologie ou en réanimation. Ces sommes reviennent-elles vers l'hôpital par le biais des associations ou sont-elles appropriées par les investigateurs ? Selon le rapport, les rémunérations ne seraient reversées à des associations que pour 10,5% des contrats d'expertises et d'études. Toutefois, la catégorie "études et expertises" est plus large que les seuls essais industriels. Beaucoup d'interlocuteurs de la mission lui ont fait part de leur conviction que les honoraires d'investigateurs revenaient intégralement à l'hôpital par le biais des associations. Cette question mériterait d'être clarifiée.

Le rapport soulignait les risques de conflits d'intérêts entre les médecins et l'hôpital car "l'enveloppe qui doit rembourser les surcoûts hospitaliers et rémunérer les médecins est une enveloppe fermée ; l'augmentation d'un versant diminue la rémunération de l'autre". Il pointait également que la gestion des associations était particulièrement opaque. On peut ajouter que dans l'hypothèse où les investigateurs s'approprient personnellement les honoraires, l'hôpital ne bénéficie pas d'une compensation totale des surcoûts puisque le temps médical mobilisé par l'essai industriel ne lui est pas compensé. Le rapport proposait d'organiser une information systématique des directions d'établissement⁵⁴ et de mettre en place dans chaque CHU une fondation hospitalo-universitaire de recherche⁵⁵.

La solution la plus claire serait certainement que les honoraires d'investigateurs soient intégrés dans les conventions de surcoûts. Les principaux obstacles à cette intégration semblent être qu'il n'y a alors aucune garantie que les fonds reviennent aux équipes et que la gestion des fonds hospitaliers est moins souple que celle d'une association ou d'une fondation. Sans avoir investigué de manière approfondie cette question, la mission considère que des progrès sont certainement possibles pour lever ces obstacles.

⁴⁹ La mission n'a pas examiné la comptabilité avec les règles européennes en matière de concurrence, d'un soutien public à la recherche industrielle.

⁵⁰ Voir C. Lassale, et al. "La France un pays attractif pour la recherche clinique internationale : enquête 2008 du LEEM", *Thérapie*, 2008 Septembre-Octobre, 63(5) 345-357.

⁵¹ En termes de qualité des investigateurs, les laboratoires classent la France après les Pays de l'Est, les Etats-Unis l'Allemagne à égalité avec le Royaume Uni. Ce résultat peut surprendre notamment le fait que les investigateurs de Pays de l'Est soient classés avant les Français mais il pourrait s'expliquer par le fait que les Pays de l'Est spécialisent certains praticiens sur l'activité de recherche clinique industrielle.

⁵² Parmi ces avantages, il est souvent évoqué le fait que la localisation d'essais industriels en France contribue à l'entretien de la qualité scientifique des équipes impliquées, favorise la diffusion des innovations, a un impact positif sur le développement de la recherche fondamentale, a un impact positif pour la localisation en France des laboratoires de recherche pharmaceutique. Il conviendrait de documenter plus précisément ces avantages allégués.

⁵³ L. Chambaud, M. Khenouf, C. Lannelongue. Enquête sur la rémunération des médecins et chirurgiens hospitaliers. Rapport IGAS. Janvier 2009.

⁵⁴ Cette exigence est déjà inscrite à l'article L 4113-6 du CSP, il semble qu'elle ne soit pas respectée.

⁵⁵ Rapport IGAS précité pp 118-119. La loi HPST a autorisé la création de ces fondations, voir l'article L 614-7-3 du CSP. On est dans l'attente des décrets d'application.

1.4.4. L'évolution vers un financement par projet : une organisation à construire

Pour gérer les effets revenus, l'évolution du modèle actuel vers le modèle cible proposé doit bien évidemment être progressive et pourrait s'étaler sur environ six ans. Il s'agirait d'augmenter progressivement, la part des fonds relevant des MERRI qui transitent par une procédure du type PHRC par diminution corrélative des crédits consacrés aux dotations du socle fixe ou de la part modulable.

Cette montée en charge progressive permettrait également de mettre en place l'infrastructure nécessaire à la gestion de la procédure. Elle demandera bien évidemment des moyens accrus en termes d'expertise (rapporteurs, comité de sélection des projets).

Il importe en tout état de cause de favoriser l'impartialité des décisions ce qui passe certainement par l'introduction d'une proportion significative d'experts étrangers dans les instances de décision et une rotation régulière de leurs membres.

Des questions mériteront d'être réexaminées à l'occasion de la construction de cette organisation (opportunité de conserver une enveloppe interrégionale, part de l'enveloppe attribuée au niveau national versus part de l'enveloppe attribuée au niveau inter régional⁵⁶, examen des projets dans un cadre unifié ou par des instances propres aux grandes spécialités).

Il convient par ailleurs d'éviter de multiplier les guichets et les procédures, il serait donc utile que les autres financeurs de la recherche clinique (institutions privées à but non lucratif voire les industriels qui entendent soutenir certains projets de recherche académique) puissent participer à la procédure pour prendre leur part dans les projets qu'ils entendent favoriser.

2. LE FINANCEMENT DE L'ENSEIGNEMENT

Dans cette partie consacrée au financement de l'enseignement, nous analyserons la nature de l'enseignement pris en charge par les crédits MERRI (2.1). Nous pointerons les limites du mode de financement actuel (2.2) avant de formuler des propositions pour un nouveau dispositif cible (2.3).

2.1. Formation théorique et formation au lit du malade

La formation des futurs médecins, odontologistes et pharmaciens est assurée à la fois par les universités (formation théorique) et les établissements de santé (formation pratique, au lit du malade, par compagnonnage).

Les praticiens des établissements de santé participent à la formation théorique/universitaire des étudiants (cours, suivi de travaux ou de thèse). Dans la mesure où cette participation s'impute sur la part universitaire des praticiens HU, elle ne pèse pas sur les budgets des établissements de santé. Dans la pratique, il existe autour de l'enseignement des prestations croisées entre établissements et universités (praticiens HU dont le temps consacré à l'enseignement est inférieur ou excède leur temps universitaire, participation de praticiens non hospitalo-universitaires à l'enseignement théorique).

On ne dispose pas à notre connaissance d'estimation de ces prestations croisées. Elle serait d'ailleurs délicate dans la mesure où ces activités peuvent être effectuées, en dehors du temps de service, sans peser sur la capacité de production des praticiens hospitaliers (PH) concernés. Par ailleurs, ce temps consacré à l'enseignement peut être imputé sur les deux demi-journées d'intérêt général qui sont un droit pour les PH (cf. encadré).

⁵⁶ Il conviendrait pour avancer sur cette problématique de comparer les résultats obtenus à partir des crédits nationaux et inter régionaux.

Journées d'intérêt général et MIG.

Statutairement les praticiens hospitaliers ont droit, dans le secteur public, de consacrer deux demi-journées par semaine à des missions d'intérêt général. Malgré l'intitulé de ces demi-journées, elles ne sont pas financées dans le cadre des MIG.

Or ces demi-journées sont bien consacrées à l'intérêt général et constituent bien un coût pour l'établissement lorsque cette faculté est utilisée par un praticien. En effet l'établissement rémunère le praticien alors même que celui-ci est indisponible pour produire des soins facturables en T2A.

On pourrait considérer que cette charge est équirépartie. Dans ce cas, elle serait intégrée dans le coût des GHS et un financement spécifique ne serait pas justifié. Toutefois, cette position peut difficilement être soutenue.

En effet l'utilisation de cette faculté risque d'être hétérogène au sein des établissements publics. On ne dispose pas de données mais il est probable que les PH des CHU sont plus sollicités pour participer à des activités de recherche universitaire, d'enseignement, d'expertise. Les établissements publics dont les PH utilisent plus intensément cette faculté sont pénalisés par rapport à ceux où cette faculté est moins utilisée.

Par ailleurs, il s'agit d'une contrainte spécifique qui s'applique aux établissements publics sans équivalent dans le secteur privé à but non lucratif qui bénéficie des mêmes tarifs. La question se posera, éventuellement, un jour, pour le secteur privé à but lucratif si la convergence tarifaire devait devenir effective.

Il semble donc légitime d'envisager que les journées d'intérêt général soient financées par une MIG spécifique aux établissements en fonction de l'utilisation réelle de cette faculté par les praticiens. Un tel financement supposerait que l'utilisation de ces demi-journées soit suivie pour justifier le paiement par MIG. Le montant de la MIG serait proportionnel au nombre de demi-journées déclarées par l'établissement, cette déclaration ayant vocation à faire l'objet de contrôles externes. Mettre en place un tel dispositif de suivi comporterait un coût pour les établissements et constituerait une contrainte pour les PH (justification de leur activité). Il conviendrait par une enquête préalable par sondage de vérifier que l'enjeu est à la hauteur de la dépense (volume des journées utilisées, homogénéité ou hétérogénéité selon les établissements).

Accessoirement, le financement en MIG de ces demi-journées permettrait de prendre en compte la contribution des PH à l'enseignement théorique ou à la recherche fondamentale, leur contribution à ces activités aurait vocation à s'imputer sur ces demi-journées.

Bien évidemment, il serait préférable en termes de clarté que, plutôt qu'un financement par les MIG, le temps des PH soit remboursé aux établissements de santé par les organismes qui bénéficient de leur service. Toutefois, il semble difficile de mettre en place un tel système de remboursement qui supposerait des facturations multiples. De plus, et surtout, les organismes bénéficiaires ne disposent pas aujourd'hui des crédits pour financer ces demi-journées puisqu'elles sont prises en charge par les budgets hospitaliers. Il faudrait sortir ces demi-journées de l'enveloppe des établissements de santé et réaffecter les fonds aux organismes bénéficiaires. Une telle opération paraît difficilement envisageable ne serait ce que parce que l'on ne dispose d'aucun suivi de l'utilisation des demi-journées.

La DHOS considère que les crédits MERRI n'ont pas vocation à contribuer au financement de la formation théorique. Pour autant, en contradiction avec cette position de principe, le guide méthodologique précise que socle fixe a vocation à couvrir notamment les surcoûts au titre "du temps médical hospitalier non affecté aux soins et affecté aux missions universitaires (hors temps des hospitalo-universitaires sur leur temps universitaire)"⁵⁷. Toutefois, les critères du socle fixe ne sont pas pertinents pour rendre compte d'éventuels surcoûts liés à la participation à la formation théorique. Il n'y a en effet aucune raison que ces surcoûts soient liés au montant des rémunérations des médecins⁵⁸. Un établissement supporte d'autant plus de surcoûts au titre de l'enseignement théorique que son ratio nombre d'étudiants sur nombre de praticiens hospitalo-universitaire est élevé, ce ratio varie de 3,8 à 10,3 selon les CHU^{59, 60}. En effet l'établissement sera amené à contribuer, en mobilisant d'autres praticiens, à l'enseignement théorique si les HU ne peuvent faire face à cette charge d'enseignement. Plutôt qu'introduire un nouveau critère dans le modèle MERRI, il nous semble préférable d'évoluer vers un dispositif de facturation qui prenne en compte, dans toute la mesure du possible, les prestations réelles. On peut d'ailleurs penser que d'une part l'application de la loi LRU et le passage aux responsabilités et compétences élargies (RCE), d'autre part les contraintes d'équilibre des CHU conduiront les deux parties à cette clarification. En ce domaine, comme dans celui déjà évoqué de la recherche, les conventions hospitalo-universitaires pourraient constituer le support adéquat de cette clarification (cf. les propositions du rapport Marescaux⁶¹).

Dans cette hypothèse, l'enjeu des MERRI est de financer de manière adéquate la formation pratique qui prend la forme de stages en établissements pour les étudiants et les internes. Le coût pour les établissements de cette formation est la différence entre d'une part des coûts directs (indemnités/ rémunérations des étudiants et internes) et des coûts indirects (temps passé par les accompagnants, ralentissement de l'activité de soins, surcoût en investissement ou en consommables⁶²) et d'autre part la contribution des étudiants et internes à la production. Le coût résultant est, bien sûr, difficile à déterminer dans la mesure où il est délicat d'apprécier tant l'impact du compagnonnage sur la "productivité" des activités de soins que la contribution des étudiants et internes.

⁵⁷ DHOS Guide méthodologique, 3^e édition, juin 2008.

⁵⁸ A fortiori aux charges médico-techniques ou aux charges générales.

⁵⁹ Le nombre de médecins n'est pas alors un indicateur des charges comme dans le cas du socle fixe. Au contraire, le nombre de praticiens hospitalo-universitaires figure au dénominateur du ratio.

⁶⁰ Un rapport IGAS/IGAENR avait calculé un ratio de type pour 2003 et faisait apparaître des écarts conséquents allant, par rapport à la moyenne nationale, de + 26% à l'AP-HP à - 44% à Lille. Voir F. Lalande, J. Debeaupuis, T. Malan, T. Simon, Evaluation des conventions constitutives des centres hospitaliers et universitaires, Rapport IGAS-IGAENR, juillet 2004. Dans le cadre des travaux de la commission sur l'avenir des CHU, les valeurs du ratio étudiant P2-D4/titulaires universitaires vont de 3,8 à 10,3, (Cf Pièce jointe n° 4 des annexes au rapport).

⁶¹ Rapport de la commission sur l'avenir des centres hospitaliers universitaires présidée par le Professeur Jacques Marescaux, mai 2009, p. 41.

⁶² Un rapport sur la formation en odontologie soulignait que cet aspect n'était pas négligeable. Voir V. Delahaye, B. Dizambourg, F. Bonacorsi . *Audit de l'appareil de formation odontologique*. Rapport IGAS-IGAENR

Il semble que plusieurs éléments aient un impact sur ce coût. Ainsi selon des observations de terrain, "par rapport à l'interne ...l'étudiant "consomme" nettement moins de ressources que l'interne, notamment au niveau du compagnonnage mais est aussi d'un apport plus faible"⁶³. L'apport des étudiants et surtout celui des internes augmente avec les années de formation. Le surcoût pourrait être très limité voire nul pour les internes "expérimentés"⁶⁴. La densité d'étudiants et d'internes dans le service influencerait également sur le coût ; à partir d'un certain nombre d'internes dans un service, il est plus difficile de les employer utilement⁶⁵. De même, l'interne sera plus productif dans un service où il existe des tensions en termes d'effectif médical, moins productif dans un service généreusement doté. Enfin le compagnonnage n'est pas normé, l'effort consenti par les équipes pour la formation et donc les coûts sont susceptibles de varier selon les services et leur discipline de spécialité.

2.2. Le modèle actuel de financement de l'enseignement et ses limites

Les MERRI ont vocation à compenser ce coût. Le socle fixe y contribue pour une part indéterminée. Un forfait par étudiant (14 900 euros en 2008, 12 300 euros en 2009) complète la prise en charge. Pour la DHOS, ce forfait n'a pas vocation à être assimilé à un coût par étudiant mais constitue un paramètre, un indice représentatif de la charge d'enseignement des établissements.

De plus, des crédits MIG (hors MERRI) ont été prévus pour faire face à l'augmentation du nombre d'internes depuis novembre 2006. Ces crédits sont calibrés sur la base d'un coût moyen annuel chargé de 33 000 euros. Les internes supplémentaires de 1^o et 2^o année sont financés à 100%, les internes supplémentaires de 3^o et 4^o année sont financés à 50%. Il s'agit d'une compensation de l'accroissement des charges de rémunération même si la distinction entre les années suggère que l'on a pris en compte également les apports différenciés des internes à la production. Ces crédits sont non reconductibles pour les établissements (ils ont vocation à varier chaque année avec l'augmentation du nombre d'internes) mais la procédure reconduite depuis trois ans semble pérenne.

Ce modèle de financement suscite plusieurs interrogations.

2.2.1. La prise en compte de l'augmentation du nombre d'étudiants et d'internes en formation dans les établissements de santé

Le numéris clausus est progressivement passé de 3850 en 1999-2000 à 7600 en 2008-2009 et pourrait être porté à 8000. Cette augmentation des flux se répercute avec un décalage de deux ans sur le stock des étudiants en stage et avec un décalage de cinq ans sur le stock d'internes. Le nombre des étudiants et internes en formation est donc en augmentation et devrait continuer à augmenter. Ainsi le nombre d'internes, 22 400 en 2007, devrait atteindre 23 112 en 2010.

Le mode de détermination de l'enveloppe MERRI n'est pas adapté pour répercuter cette hausse. En effet, elle n'a pas vocation à évoluer en fonction de l'évolution des activités (recherche, enseignement) qu'elle finance.

Or il est peu probable que le surcoût du compagnonnage ne soit pas croissant avec le nombre d'étudiants et d'internes notamment parce que cette augmentation du nombre d'étudiants et d'internes si elle se traduit par une augmentation de la densité réduit la possibilité de les employer de manière productive.

⁶³ Belorgey N. Kletz F. Lenay O. Moisdon JC. Roux S. *Les impacts des activités d'enseignement et de recherche sur le fonctionnement des services hospitaliers*. ARMINES/CGS/ENSMP. Novembre 2006.

⁶⁴ Idem

⁶⁵ Rogowski J, Newhouse JP. "Estimating the indirect cost of teaching" *JHE* 11 1992 p 153-171. Huttin C, de Pourville G. "The impact of teaching and research on hospital costs: an empirical study in the French context". *Health economics in prevention and care* : (2) 2001 p 47-53.

Ignorée par l'enveloppe MERRI, cette augmentation est toutefois prise en compte, pour les seuls internes, dans la mesure où l'augmentation du nombre d'internes par rapport à 2006 fait l'objet d'une compensation spécifique (cf. supra). Toutefois, il est possible que cette procédure ne tienne pas compte de manière adéquate des coûts de l'augmentation des internes (un service qui s'ouvre à ces premiers internes tirera éventuellement bénéfice de ce renfort, un service déjà bien doté en internes ne bénéficiera pas d'un apport du fait des internes supplémentaires).

2.2.2. Un modèle centré sur le nombre d'étudiants

Même si la DHOS considère que le forfait étudiant de la part modulable ne peut être assimilé à un coût par étudiant, ce forfait fonctionne de fait ainsi ; les établissements reçoivent bien une dotation par étudiant. Il est vrai que cette dotation n'est pas fixe et peut diminuer lorsque le modèle évolue.

On peut s'interroger sur cette référence exclusive au nombre d'étudiants. Pourquoi référer toutes les charges d'enseignement au seul nombre d'étudiants et pas au nombre d'étudiants et d'internes ?

Le montant de ce forfait est largement arbitraire. Il est le résultat d'arbitrages sur la place à donner d'une part à la part modulable au sein des MERRI, d'autre part à l'enseignement au sein de la part modulable. Ces arbitrages dictés par les effets revenus entre établissements des diverses options ne prétendent pas refléter des estimations du coût des différentes fonctions (enseignement, recherche). Ainsi le forfait par étudiant passe de 14 900 euros en 2008 à 12 300 euros en 2009 sans que cette évolution puisse être justifiée. En 2009, il fallait dégager un espace pour le nouveau critère de financement en fonction des études interventionnelles (cf. supra).

2.2.3. Un socle fixe peu représentatif de la charge d'enseignement

Le socle fixe est censé couvrir une part des surcoûts d'enseignement. Toutefois les liens sont tenus entre ces surcoûts et les charges de personnels médicaux, les charges médico techniques ou les charges générales. Ainsi, un hôpital dont l'activité de soins est en forte croissance, verra toutes ces charges augmenter sans que l'on puisse en inférer que les coûts d'enseignement augmentent au même rythme.

2.2.4. La prise en compte des internes

Les internes ne sont pas spécifiquement pris en compte dans le modèle à la différence des étudiants. Des justifications contradictoires sont avancées : la charge liée aux internes serait inscrite dans le socle fixe, la formation des internes ne constituerait pas un coût (leur contribution à la production couvrirait la charge rémunération et compagnonnage). Il semble toutefois admis que si un interne expérimenté peut "rapporter", ce n'est pas le cas d'un interne débutant. Le dispositif mis en place pour compenser l'augmentation des internes valide d'ailleurs cette différenciation en compensant à 100% les internes de 1^o et 2^o année et à 50% les internes de 3^o et 4^o année.

Le fait que l'on compense les augmentations d'internes montre bien qu'il est admis que l'interne peut coûter à l'établissement. La seule prise en compte des internes en augmentation pourrait se justifier par l'argument de la densité (les internes supplémentaires ne peuvent être employés efficacement) mais l'augmentation du nombre d'internes ne coïncide pas nécessairement avec une forte densité, par exemple dans le cas de l'ouverture de nouveaux terrains de stage.

2.2.5. La problématique des paramédicaux

Les paramédicaux en formation ne sont pas pris en compte alors même qu'ils peuvent comme les étudiants et les internes provoquer un surcoût (paramédicaux débutants) ou constituer une aubaine pour l'établissement (élèves para médicaux expérimentés).

Pour justifier que les paramédicaux ne soient pas pris en compte dans le modèle de financement, il est avancé qu'ils sont accueillis de manière homogène dans tous les établissements et que, de ce fait, les éventuels surcoûts ou effets d'aubaine sont intégrés dans les tarifs des GHS. L'homogénéité de la répartition des paramédicaux entre établissements n'est toutefois qu'une hypothèse qui, faute de données, reste à valider⁶⁶.

2.2.6. Les établissements non éligibles aux MERRI

Des internes et même des étudiants effectuent des stages en dehors des établissements éligibles aux MERRI. On ne dispose pas de données sur leur nombre. Pour bénéficier des MERRI, un établissement non CHU, doit avoir passé une convention avec l'université. En l'absence de convention, les établissements reçoivent des étudiants ou des internes et ne perçoivent rien à ce titre. La mission a rencontré de tels établissements lors de ses déplacements, ils étaient invités par l'ARH à passer des conventions avec l'Université mais le CHU n'avait aucun intérêt à clarifier la situation au plan financier.

Le fait que des établissements, bien qu'ils ne soient pas financés, acceptent et même souhaitent accueillir des internes et des étudiants pour diverses raisons (prestige, favoriser les recrutements futurs...) ne permet pas de négliger ce problème.

La commission présidée par le Pr. Marescaux a d'ailleurs souligné la nécessité d'ouvrir plus largement des terrains de stage pour les internes hors des CHU et précise que "cela suppose une juste allocation des moyens aux établissements impliqués dans le processus de formation pour couvrir les charges liées à cette mission, notamment dans le cadre des MERRI"⁶⁷. Or actuellement, il n'existe pas d'allocation qui soit fonction des internes formés, il est donc difficile de déterminer la "juste allocation".

Il n'entrait pas dans l'objet de la mission de préciser les conditions dans lesquelles doivent être ouverts de nouveaux terrains de stage, il est évident toutefois que cette ouverture doit être assortie des meilleures garanties sur la qualité de l'accompagnement des étudiants et internes.

2.3. Propositions pour un nouveau schéma cible

Il ressort de l'analyse précédente que le modèle actuel de financement de l'enseignement est insatisfaisant. Il est possible de définir un nouveau schéma cible. Les allocations aux établissements devraient tenir compte des principaux déterminants du surcoût à savoir le nombre d'internes et d'étudiants formés, l'ancienneté des étudiants et des internes, la densité d'internes et d'étudiants dans les services d'accueil.

On peut s'interroger sur l'introduction d'autres paramètres : la nature du service dans la mesure où la charge de compagnonnage pourrait être plus élevée dans des services où s'opère l'apprentissage d'actes techniques comme les actes chirurgicaux, la répétition de stages dans le même service dans la mesure où cela favorise la participation de l'interne à la production de soins. Il faut certainement, pour des raisons de simplicité, limiter, dans un premier temps, les paramètres pris en compte⁶⁸.

Lorsque le stage (étudiant ou interne) a lieu hors du CHU, il est possible que celui-ci supporte néanmoins certaines charges (animation pédagogique, supervision des terrains de stage), un forfait spécifique par étudiant ou interne en stage hors CHU, pourrait être prévu pour le CHU.

⁶⁶ Cette question était posée dans le rapport Belorgey et al. précité. Les observations très ponctuelles qu'avaient pu opérer les auteurs ne les conduisaient pas à rejeter cette hypothèse. La mission, quant à elle, n'a pas pu obtenir de données sur cette question.

⁶⁷ Rapport de la commission sur l'avenir des centres hospitaliers universitaires présidée par le Professeur Jacques Marescaux, mai 2009, p. 47

⁶⁸ Le modèle doit être adapté aux spécificités des odontologistes et des pharmaciens.

Illustration pratique.

Le dispositif pourrait prendre la forme d'une "score formation" sur le modèle du score SIGREC utilisé pour les études interventionnelles.

Par exemple, un interne de 1^o année vaut 3 et un interne de 4^o année vaut 0 sachant que si l'interne est accueilli dans un service où la densité d'interne par lit ou par ETP médical est supérieure à un certain seuil, le score est rehaussé. Par exemple si l'on considère qu'au-delà de X internes pour Y lits, les internes supplémentaires ne peuvent plus contribuer utilement aux actions de soins, le score est rehaussé de quatre points.

En toute rigueur, si un interne en 4^o année "rapporte" plus qu'il ne coûte, il faudrait lui assigner un score négatif.

Les points du score sont traduits en allocations monétaires.

Les données nécessaires ne peuvent être collectées que par le service d'accueil. Elles sont toutefois aisément contrôlables et le dispositif peut reposer sur la déclaration des établissements. Ces déclarations déclencheront le paiement.

La mission est incapable de fixer le niveau des points du score et de déterminer leur valeur en euros. Il est peu probable que ces données puissent ressortir d'une simple analyse de terrain étant donnée la diversité des pratiques de formation et leur imbrication avec le processus de soins même si de telles études peuvent contribuer aux estimations de coûts. Ces études devraient permettre de préciser si le score doit intégrer d'autres dimensions, notamment la spécialité du service d'accueil. Un raisonnement normatif peut aussi être mobilisé (un PH doit consacrer tant d'heures à la transmission de savoirs à un interne) mais il est certainement difficile d'apprécier finement à travers une norme, la moindre productivité des activités de soins liée au compagnonnage.

En s'appuyant sur le résultat de ces travaux, il faudra fixer les paramètres du score par consensus comme c'est d'ailleurs le cas pour la valorisation des scores de la part modulable recherche ou du forfait étudiant actuel.

Il pourrait être objecté que l'incertitude sur la valeur à donner à ces paramètres invalide le dispositif proposé. Pour autant s'il n'est pas plus "exact" que l'actuel, il a l'avantage de mieux prendre en compte les éléments déterminants de surcoûts pour les établissements. On peut aussi penser qu'explicitement plus directement les surcoûts par étudiant et interne suscitera un dialogue et des études qui permettront d'affiner progressivement les paramètres du modèle. Enfin, même si la décision d'accueillir des étudiants et des internes obéit à des motivations complexes, les réactions des établissements au modèle (plus ou moins grande appétence pour l'accueil d'étudiants et d'internes) permettront de révéler s'il correspond aux surcoûts perçus par les intéressés.

En rattachant l'allocation de moyens aux étudiants et internes, ce mode de financement permet de prendre en compte les coûts des établissements qui les accueillent effectivement et de ne pas réserver les financements quasi exclusivement aux établissements éligibles aux MERRI.

Le modèle proposé permet de proportionner de manière mécanique l'enveloppe consacrée à l'enseignement à l'évolution des coûts de cette fonction pour chaque établissement mais aussi au niveau global. L'enveloppe consacrée à la formation devrait donc croître du fait de la croissance du nombre d'internes et d'étudiants. Cet avantage a un revers, l'enveloppe globale consacrée aux établissements de santé est elle-même fermée dans le cadre de l'ONDAM. Une enveloppe formation en croissance obligera donc à des arbitrages pour en assurer le respect. Il faudra réguler sur les tarifs de soins, sur le montant des aides à la contractualisation ou sur la valorisation des scores de l'activité formation. Ces décisions seront difficiles, il est toutefois préférable qu'elles soient prises explicitement. Actuellement, l'enveloppe MERRI consacrée à la formation (sauf enveloppe spécifique consacrée à l'augmentation du nombre d'internes) ne suit pas l'activité de cette fonction. Cette situation pénalise et pénalisera spécifiquement les établissements qui l'assument.

La qualité de l'accueil des internes et des étudiants ainsi que les efforts consentis au titre du compagnonnage sont certainement variables selon les services. Il serait pertinent d'en tenir compte pour fixer le niveau de financement. Toutefois, il n'existe pas d'indicateur simple qui puisse capturer cette dimension qualité. L'indicateur le plus facile à constituer consisterait à faire évaluer les services de stages par les étudiants et les internes eux-mêmes. Il ne peut toutefois être envisagé d'en faire dépendre le niveau de l'allocation, cela fausserait certainement la qualité de l'évaluation. Par ailleurs, les terrains de stage doivent être évalués par l'université et par l'AERES mais il est apparemment délicat de traduire le résultat de ces évaluations en un équivalent monétaire.

Bien évidemment comme pour toutes les évolutions du modèle MERRI, le passage du modèle actuel au nouveau modèle devrait être progressif pour permettre de gérer dans le temps les effets revenus pour les établissements.

Enfin, il convient de vérifier par des études ad hoc que les paramédicaux sont répartis de manière homogène entre les établissements. Si l'hypothèse d'homogénéité n'était pas vérifiée, il faudrait les intégrer dans le modèle de financement.

Les autres missions d'intérêt général

Après l'étude des crédits MERRI, cette partie est consacrée à la gestion des crédits dits autres MIG.

Les « autres MIG » concernent des structures et activités de nature très diverse. L'arrêté qui en fixe la liste les classe selon les catégories suivantes :

- missions de vigilance, de veille épidémiologique, d'évaluation et d'expertise, et notamment les centres de coordination des soins en cancérologie ;
- missions de formation, de soutien, de coordination et d'évaluation des besoins du patient, et notamment des équipes mobiles de gériatrie et des équipes mobiles de soins palliatifs ;
- activités concernant des produits d'origine humaine ;
- prises en charge spécifiques : dispositifs destinés à faciliter les soins de proximité, équipes pluridisciplinaires pour la prise en charge de certaines pathologies, activités de prévention, d'éducation à la santé, de dépistage, et notamment l'éducation thérapeutique, les dispositifs d'annonce et les réunions de concertation pluridisciplinaire dans le cadre de la lutte contre le cancer ;
- l'aide médicale urgente, essentiellement les SAMU et les SMUR ;
- la participation à la définition et à la mise en œuvre des politiques publiques ;
- la prise en charge des personnes détenues, des femmes enceintes, et des personnes en situation précaire.

En tout, ces « autres MIG » concernent environ 50 des 80 missions, activités, structures, programmes concernés par la dotation MIG. Pour la plupart, ces « autres MIG » ont un caractère régional en ce sens qu'elles concernent essentiellement la population de la région et que les flux interrégionaux y ayant recours sont limités.

Montants des « autres MIG » par catégories en 2008 en M€

Veille, vigilance	87.8
Formation, soutien, coordination	193.9
Produits d'origine humaine	21
Prises en charge spécifiques	461.3
Aide médicale urgente	829.5
Politiques publiques	25
Détenus, femmes enceintes	192.4
Total	1 810.9

Les principales missions en montant sont l'aide médicale urgente soit les SAMU et les SMUR (829 M€), les équipes mobiles de gériatrie et celles de soins palliatifs (151 M€), les unités de consultation et les soins ambulatoires pour les personnes détenues (142 M€), la lutte contre le cancer (plus de 100 M€), l'éducation thérapeutique (66 M€).

En 2009, deux nouvelles missions, financées auparavant par les tarifs, ont été créées : la permanence médicale (760 millions) et la précarité (100 millions).

A la différence des MERRI où les composantes de l'enveloppe sont pour l'essentiel déterminées au niveau national, les autres MIG sont le domaine où les ARH ont la possibilité de peser sur l'affectation (entre missions, entre établissements) des enveloppes qui leur sont déléguées.

La détermination initiale des enveloppes pour ces missions a été opérée en 2005 à partir d'un retraitement comptable sur les données de l'année 2003. Depuis, ces dotations régionales évoluent en fonction de mesures générales (mesures salariales, efforts d'économies...) et de mesures nouvelles ciblées, fléchées sur certaines missions particulières. Les ARH n'ont donc pas disposé vraiment de crédits libres qu'elles auraient pu affecter aux missions jugées par elles prioritaires.

Nous analyserons tout d'abord les modalités de gestion des financements consacrés aux missions d'intérêt général (1), nous proposerons ensuite une clarification des principes de financement des différentes missions (2), avant de proposer quelques réflexions spécifiques à certaines missions (3).

1. LES MODALITES DE GESTION DES FINANCEMENTS DES MIG

Nous examinerons successivement les prescriptions établies par le niveau national pour la gestion de ces crédits (1.1), la mise en œuvre de ces prescriptions au niveau régional (1.2), les raisons de l'écart entre prescriptions et réalisations (1.3), les questions laissées en suspens par cette situation (1.4) avant de formuler des propositions pour l'avenir du dispositif (1.5).

1.1. Les prescriptions nationales

La gestion des MIG par les ARH a fait l'objet de prescriptions de la DHOS, reprises dans un document dénommé "guide méthodologique" dont la première édition date de 2006.

Après une année 2005 où les dotations par mission et par établissement avaient été fixées sur la base de retraitements comptables, dès 2006, il était demandé aux ARH de "reprendre la main". La gestion des MIG devait être contractualisée avec les établissements.

Le guide méthodologique prescrit aux ARH de procéder à un "diagnostic des besoins régionaux en structures financées par les MIGAC", d'établir des priorités et de communiquer avec les établissements pour que ceux-ci connaissent la "politique en matière de MIGAC en amont de la négociation de ce volet des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM)"⁶⁹.

Les ARH doivent ensuite contractualiser avec les établissements sous la forme d'un avenant au CPOM. Cette exigence, reprise dans le guide méthodologique, émane de la loi⁷⁰ et du décret⁷¹. Pour chaque mission d'intérêt général, l'avenant au CPOM doit comporter une annexe technique retraçant les engagements de l'établissement en termes d'activité ou de qualité ainsi qu'une annexe financière détaillant la dotation MIGAC, la participation de l'établissement et le cas échéant les autres financements. Les engagements doivent être précis et mesurables⁷².

Il est souligné que les ARH peuvent pour l'exécution des missions d'intérêt général recourir à des appels d'offres et qu'elles doivent être en mesure "de choisir pour chaque MIG la meilleure offre adaptée aux besoins locaux"⁷³.

⁶⁹ Guide méthodologique (3^e édition 2008) p 10 et 11.

⁷⁰ Art. L 162-22-13 du code de la sécurité sociale : "Ces engagements (ceux relatifs aux missions d'intérêt général) sont mentionnés au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ...ou, à défaut dans un engagement contractuel spécifique".

⁷¹ Art; D 6114 -2 du code de la santé publique : "Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ... détermine...les missions d'intérêt général... assurées par l'établissement de santé, en précisant les conditions de leur exécution et les modalités de leur évaluation".

⁷² Guide méthodologique (3^e édition 2008) p 11.

⁷³ Guide méthodologique (3^e édition 2008) p 12.

Il est demandé aux ARH de "procéder annuellement à une revue des engagements mission par mission, afin de juger du respect des engagements pris". Les financements ont vocation à être ajustés à l'issue de cette revue annuelle. Il est prévu que les établissements puissent être "intéressés" aux progrès de productivité réalisés pour l'exécution des missions d'intérêt général.

Les prescriptions nationales concernent également les MERRI. Le CPOM doit "inciter l'établissement à valoriser son potentiel de recherche". Il est suggéré aux ARH de "contractualiser sur les critères retenus d'évaluation de la recherche et de l'enseignement", de "négocier mission par mission" sur les crédits variables reconductibles "afin de pouvoir en assurer le suivi pluriannuel"⁷⁴.

L'ensemble de ces prescriptions dessinent la figure d'une ARH, gestionnaire actif, qui choisit les meilleures offres, négocie des engagements en termes d'activité et de qualité, en assure le suivi et ajuste de manière stricte les financements. Aucun des éléments de la rhétorique du management public moderne n'a été omis : diagnostic, priorités, sélection des meilleurs, contractualisation, engagements, indicateurs d'activité et de qualité, suivi annuel, intéressement ...

1.2. La mise en œuvre en régions

Dans aucune des cinq régions étudiées par la mission, les réalisations ne correspondent, même de loin, aux prescriptions nationales.

Les agences n'ont pas conduit de diagnostic préalable global relatif aux besoins régionaux sauf à la marge (une ou deux ARH pour une ou deux missions). Elles se sont surtout appuyées sur les connaissances de leurs agents référents et sur les données du dernier schéma régional d'organisation sanitaire (SROS).

Sauf exception marginale, il n'y a pas eu de procédure d'appels d'offres.

Le processus de contractualisation, exigé au niveau national, n'a pas été mis en œuvre. Dans le meilleur des cas, les CPOM ont repris le montant des dotations MIG issu de la répartition initiale, mission par mission, en l'assortissant ou non d'engagements vagues sur des actions à conduire. Dans aucune des ARH visitées, il n'y a pour toutes les missions MIG ou même pour certaines d'entre elles, d'objectifs clairement définis en termes d'activité ou de qualité que ce soit dans les CPOM ou dans d'autres documents. Il n'y a donc pas de suivi annuel des engagements permettant le cas échéant de faire évoluer les dotations sur une base contractuelle.

Dès lors, il n'est pas surprenant qu'il n'y ait eu pratiquement aucun ajustement des enveloppes en fonction des réalisations des établissements.

Pour l'essentiel, les ARH ont reconduit depuis 2005 les crédits initiaux. Elles considèrent toutes qu'il ne leur pas possible "politiquement" d'effectuer des redéploiements entre établissements sur les crédits de base. La dotation initiale est, de fait considérée comme un budget acquis reconductible⁷⁵. Il n'y a donc pas de sélection des « meilleures offres ». Il n'y a pas non plus d'ajustement des crédits en fonction des besoins, du volume d'activité ou de la qualité des initiatives des établissements⁷⁶.

La seule marge de manœuvre que les ARH considèrent pouvoir utiliser réside dans l'affectation des mesures nouvelles. L'enveloppe annuelle des mesures nouvelles constitue donc la seule manière d'adapter les crédits aux besoins ou à l'activité des établissements dans le domaine des MIG. Les mesures nouvelles étant fléchées par mission, cette "respiration" ne concerne que les missions concernées.

⁷⁴ Guide méthodologique (3^e édition 2008) p 13

⁷⁵ Et cela d'autant plus que la plupart des établissements considèrent que leurs activités d'intérêt général sont globalement sous-financées.

⁷⁶ Une diminution voir une suppression de dotation a pu intervenir dans certains établissements, mais cela a été exceptionnel (touchant très peu d'établissements) et marginal (portant sur des montants limités) du fait d'un constat rétrospectif d'absence de réalisation ou de financement d'activité ne relevant pas d'un financement MIG. Egalement extrêmement limitées en nombre ont été les opérations de restructuration (notamment visant SAMU et SMUR) ayant conduit à des redéploiements significatifs de crédits.

La région la plus active en matière de gestion des crédits MIG réalise, depuis 2008, un bilan contradictoire financier, mission par mission, avec tous les établissements. Ce bilan financier lui a permis d'opérer des redéploiements internes aux établissements (entre missions sous financées et missions sur financées). Dans le cadre de ce bilan financier, l'ARH collecte des données sur l'activité qui pourront servir de base à des comparaisons inter établissements. Mais pour l'instant, ces données ne sont pas suffisamment homogènes pour qu'elles puissent servir de support à des décisions sur l'ajustement des financements. L'ARH considère d'ailleurs que des redéploiements entre établissements seraient très délicats au plan "politique".

Dans les autres agences, cette opération de réaffectation des financements au sein des établissements entre les missions à l'initiative de l'ARH n'a pas été réalisée alors même qu'elle ne pose pas, en soi, de problèmes "politiques". En revanche on constate dans deux des cinq régions analysées, une évolution, parfois significative en plus ou en moins, de la dotation de plusieurs MIG à l'intérieur de plusieurs établissements, ces réaffectations ont été réalisées à l'initiative des établissements et entérinées par l'ARH.

Dans certaines régions, il n'y a eu de fait aucun dialogue organisé au niveau de l'ARH sur l'équilibre entre dotations et dépenses des établissements et a fortiori sur les réalisations (activité, qualité). Si certaines régions avaient diffusé le guide méthodologique national à l'ensemble des établissements ce qui fournissait une base de dialogue aux deux parties, d'autres s'étaient contentées de mettre le guide méthodologique sur leur site internet ou n'avaient pris aucune initiative en la matière, privant un éventuel dialogue de tout repère. Ainsi certains établissements rencontrés étaient manifestement dans une assez grande ignorance de la logique des crédits MIG alors que d'autres s'appuyaient sur des informations recueillies auprès de la FHF.

On peut aussi noter qu'une ARH soucieuse de plus de transparence sur les crédits MIG a diligenté un audit des programmes d'éducation thérapeutique de sa région. Cet audit a montré des niveaux de qualité divergents des programmes. Ces résultats n'ont pas servi à un ajustement des crédits mais sont considérés comme une incitation à améliorer les programmes déficients. Cette ARH a inscrit d'autres missions MIG à son programme de contrôle 2009. Une autre agence régionale a initié une démarche similaire d'audit externe qui a révélé une grande variabilité en matière de types d'action, de critères de qualité et de coûts, mais ne lui a pas permis, à ce stade, d'en tirer des conséquences en matière de financement.

Pour ce qui concerne les préconisations relatives à la contractualisation autour des MERRI et de la recherche, elles relèvent du vœu pieux. Les ARH sont unanimes pour considérer qu'elles n'ont aucun moyen d'apprécier les stratégies ou les résultats dans le domaine de la recherche.

Enfin, aucune procédure d'intéressement des établissements n'a été mise en œuvre par les ARH des régions analysées.

Au total, malgré les initiatives de certaines ARH, la mission constate un écart majeur entre des prescriptions nationales inspirées des préconisations du management moderne et une pratique locale plus traditionnelle fondée sur la reconduction des budgets acquis et les ajustements à la marge par des mesures nouvelles.

1.3. Les raisons de l'écart

Les ARH sont conscientes de l'écart entre leurs pratiques et les prescriptions nationales. Elles expliquent cet écart par diverses raisons : difficultés intrinsèques de l'exercice, insuffisance de moyens et de compétence au sein des agences, faisabilité "politique".

La procédure s'avère délicate à mettre en œuvre en soi. Il est délicat pour les ARH de construire des indicateurs pertinents de coûts, d'activité ou de qualité. La pratique des établissements en matière de recueil et de transmission d'information est hétérogène. Si certains ont intégré dans leur système d'information les indicateurs attendus, d'autres doivent avoir recours à des enquêtes spécifiques consommatrices de temps. Les établissements manquent parfois eux-mêmes d'indicateurs sur l'activité ou la qualité. Les informations dont disposent les ARH sont donc hétérogènes et rarement exhaustives. Comparer les activités entre les établissements pour apprécier les performances, sélectionner les meilleurs est, en soi, un exercice délicat.

La difficulté tient également à l'insuffisance des moyens dont disposent les ARH. Des enjeux plus importants qu'une gestion fine des crédits MIG les mobilisent. Elles n'ont souvent pas les compétences nécessaires pour suivre les crédits MIG dans leur diversité.

Par ailleurs, la représentation de l'ARH comme acheteur avisé arbitrant entre des offres de prestations ne doit pas occulter le fait que l'agence est le plus souvent demandeuse d'offres ou confrontée à des monopoles locaux avec lesquels elle doit composer.

Enfin, les ARH considèrent toutes que s'engager dans des redéploiements significatifs de crédits entre établissements serait source de problèmes "politiques". Remettre en cause l'exercice et/ou le financement de telle ou telle mission d'intérêt général dans un établissement est particulièrement délicat alors même que ces missions mobilisent des professionnels souvent très engagés et motivés, et dont il est difficile de démontrer qu'ils exercent leurs missions de manière particulièrement médiocre. Or si les crédits sont, de fait, gelés et ne peuvent être redéployés, l'exercice de contractualisation, faute de perspectives de sanctions effectives, perd en grande partie son sens. Enfin, il est vrai que les ARH sont soumis à l'injonction contradictoire d'être, à la fois, un acheteur rigoureux de prestations et un négociateur soucieux de rechercher des accords et des compromis débordant le cadre des MIG. Il est clair qu'entre les deux rôles, les ARH privilégient le second.

Certaines de ces difficultés ont trouvé un écho au niveau national : pour aider les ARH dans leur tâche de contractualisation, le guide méthodologique, en plus des prescriptions relatives à la gestion des MIG, fournit pour de nombreuses missions des modèles de référence notamment sur les coûts unitaires ou sur les indicateurs à prendre en compte en matière de qualité. Cette initiative louable et appréciée des ARH n'a pas permis de combler l'écart entre les prescriptions et les pratiques. D'une part, les agences se sont certainement encore insuffisamment saisies de cet outil de gestion. D'autre part, si ces indicateurs ont le mérite d'apporter des éclairages sur les MIG, ils ne sont pas toujours directement applicables sur le terrain : leur pertinence est parfois douteuse, les données émanant des établissements sont parfois insuffisantes, l'hétérogénéité des pratiques rend difficile l'application d'une norme uniforme.

Ces difficultés de nature diverses expliquent l'écart entre prescriptions et réalisations. De plus, il est frappant de constater que les directeurs d'ARH semblent résignés à recevoir des instructions qui leur paraissent irréalistes. Ils considèrent qu'il existe de fait un jeu de rôles où le national établit des prescriptions rationnelles et volontaristes qu'il leur appartient de confronter et d'adapter aux réalités plus prosaïques du terrain et de ses contraintes. Tout se passe comme s'il était normal que les instructions nationales ne soient pas vraiment suivies d'effet : le national, soumis à des contraintes d'affichage, notamment vis-à-vis du Parlement, est conduit à promouvoir des politiques formellement rigoureuses même si elles ne sont pas vraiment effectives. Aussi, les directeurs d'ARH admettent ne pas gaspiller leur énergie à essayer d'infléchir les directives de l'administration centrale pour leur donner un caractère plus opérationnel. Bien évidemment, cette attitude ne peut qu'entretenir le caractère formel des instructions nationales.

D'ailleurs, les ARH ne craignent pas outre mesure que la mise en évidence de cet écart influe sur les appréciations éventuellement portées sur leur gestion. Il leur semble évident, compte tenu de l'importance des enjeux dont ils ont par ailleurs la charge (paix sociale, résorption des déficits, accompagnement des restructurations et des réformes), que la qualité de leur gestion n'est pas appréciée à partir de leur capacité à gérer de manière rigoureuse les crédits MIG.

Si les ARH paraissent désabusées, le niveau national semble nourrir plus d'illusions quant à la conformité de l'action des ARH à ses prescriptions. Il est vrai que, comme indiqué précédemment, les ARH ont renoncé à lui signaler leurs difficultés à mettre en œuvre les instructions nationales. Le national, pour sa part, n'avait pas, du moins jusqu'en mi 2009, entrepris de contrôler la bonne application de ces instructions. Il n'y a pas de système de reporting organisé et/ou de dispositif d'audit systématique qui permettrait de contrôler l'action des ARH relative aux MIG. Si la DHOS avait procédé à l'expertise d'un échantillon de CPOM, elle aurait constaté le décalage entre la réalité de terrain et ses prescriptions. Il est vrai, qu'à la mi 2009, la DHOS a adressé aux ARH un questionnaire sur la gestion des crédits MIG. Mais les réponses à ce questionnaire ne correspondent pas aux constats que la mission a pu effectuer en se rendant sur le terrain. Il semble que les ARH aient renvoyé au national une vision édulcorée de la situation⁷⁷.

Au total, la question de la gestion des crédits MIG renvoie l'image d'un système où les ressources d'expertise (définition des indicateurs, recueil et transmission des données, capacités d'évaluation) restent assez limitées et où un discours national, managérial et rationnel/volontariste est plaqué sur des réalités de terrain où prédominent les relations, les préoccupations et les négociations "politiques"^{78, 79}. Pour les directeurs d'ARH, ce rôle "politique" est bien plus valorisant et valorisé que leur fonction de gestionnaire se conformant à des prescriptions nationales.

1.4. Des questions en suspens

Du fait du mode de gestion des MIG régionaux, plusieurs questions restent en suspens :

- Les dépenses engagées par les établissements sont-elles, après prise en compte des recettes liées à ces missions, couvertes par les financements MIG ?
- Les dépenses engagées par les établissements sont-elles pertinentes et gérées de manière efficiente ?
- Les dépenses engagées correspondent-elles aux besoins, certaines missions ne sont-elles pas délaissées alors même qu'elles seraient utiles au plan sanitaire ?

Il n'est pas possible aujourd'hui de répondre avec précision à ces trois questions.

Pour ce qui concerne la première, parmi les cinq régions visitées, une seule ARH a procédé, pour chacune des MIG, à un état des lieux financier contradictoire avec l'ensemble des établissements visant à rapprocher les coûts engagés par les établissements pour les missions MIG et les dotations. Deux autres ARH ont procédé à une première collecte des données auprès des établissements.

Pour l'ARH ayant mené à son terme l'état des lieux contradictoire, il aboutit, au global pour la région, à un constat de déficit pour la région (7 millions d'euros). Dans les autres régions, les établissements rencontrés faisaient état, dans leur très grande majorité, d'un sous financement global des MIG.

Faute d'analyse contradictoire avec l'ARH, il n'est pas possible de valider ces déclarations de sous financement⁸⁰. Selon la perception assez générale, les MIG sont sous financées.

⁷⁷ Nous n'avons étudié que cinq ARH et on ne peut exclure que notre échantillon soit biaisé. Il semble toutefois que l'on puisse, sans grand risque, généraliser un constat établi à partir d'une ARH sur quatre en considérant d'ailleurs que figure dans notre échantillon, une ARH réputée par la DHOS particulièrement active vis-à-vis de la gestion des MIG.

⁷⁸ Politique entendue au sens où les décisions dépendent plus du rapport de forces, d'influences entre les diverses parties prenantes que de l'application de règles de gestion.

⁷⁹ On notera que c'est la même image qui ressortait d'un précédent rapport de l'IGAS sur la mise en œuvre par les ARH des contrats de retour à l'équilibre (Cf T. Breton, C. Lannelongue, H. Leost, *Contrôle des mesures prises dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre (CREF) par des hôpitaux "perdants" à la TAA*, rapport IGAS, janvier 2008) ou des conclusions de la Cour des Comptes sur la mise en œuvre du plan hôpital 2007 (Cf. Cour des Comptes, *La sécurité sociale*, septembre 2009 chap. VI pp. 143 à 170).

⁸⁰ Une analyse contradictoire avec l'ARS conduirait certainement à réduire la plupart du temps les sous financements affichés par les établissements.

Le bilan coûts/dépenses est par ailleurs compliqué par la définition précise du périmètre de la mission et donc de ce qui relève de financements MIG (par exemple, pour l'éducation thérapeutique ou les actes hors nomenclature). Par ailleurs, lorsque les charges directes d'une mission MIG sont identifiées (temps de travail, fournitures directement affectées à la mission), il reste des incertitudes sur les charges qui peuvent être rattachées à la mission (charges de structure, quote-part de charges générales).

Quant à la pertinence des dépenses engagées, aucune ARH n'avait remis en cause un financement MIG affecté à un établissement sur la base du retraitement comptable 2003 (sauf rare exception d'une mission non assumée). Quelques difficultés sont apparues concernant le périmètre d'activité concerné par une MIG ou, au sein de ce périmètre, la définition de ce qui relève d'un financement MIG. Sinon, il est vrai que les missions retracées dans la liste MIG sont a priori légitimes et qu'il est donc délicat d'en remettre en cause le financement. Les mesures nouvelles ciblées mises en place depuis 2005 correspondent logiquement à des initiatives pertinentes. On peut penser que, dans certains domaines, une attitude plus active des ARH permettrait de rationaliser le dispositif (par exemple, mutualisation des SAMU, rationalisation des SMUR...). Il ne nous était pas possible, dans le cadre de cette mission, d'analyser ce potentiel de rationalisation. En tout état de cause, aucune ARH n'a fait état de projets laissant espérer des "économies" significatives à court/moyen terme.

Les ARH ne sont pas actuellement en position de porter un jugement sur l'efficacité des dépenses engagées. Dans la plupart des cas, elles ne disposent pas de données permettant de rapporter les dépenses à des indicateurs d'activité. Les ARH qui ont fait le plus d'efforts pour les collecter se heurtent à des difficultés pour les obtenir et, lorsqu'elles les obtiennent, pour en tirer des conclusions opérationnelles. En effet les modes de collecte des données ne sont pas homogènes, les pratiques sont différentes, rendant la comparaison des indicateurs d'efficacité problématiques. Par exemple, une intervention d'équipe mobile de soins palliatifs n'a pas la même signification selon les équipes. Pour certains, la notion d'affaire ouverte dans un SAMU ne recouvre pas les mêmes réalités selon l'organisation du service. La normalisation des modes de collecte et des définitions dépassent les capacités d'une équipe ARH⁸¹. Les efforts entrepris au niveau national à travers le guide méthodologique, pour louables qu'ils soient, ne permettent pas encore aux équipes d'ARH de porter des jugements d'efficacité précis. Toutefois, quand les indicateurs disponibles permettent une comparaison, il apparaît des écarts de « productivité » manifestes.

Pour ce qui est de la satisfaction des besoins, beaucoup des établissements rencontrés par la mission ont fait valoir que leurs crédits MIG n'étaient pas suffisants. Ils souhaitent pouvoir développer certaines activités ou prendre de nouvelles initiatives. Là encore, en l'absence d'analyse systématique par les ARH de ces "revendications", il n'est pas possible de se prononcer sur leur pertinence. Parfois certains projets étaient, de fait, soutenus par l'ARH et en l'attente de financement (par exemple, création d'une ligne SMUR supplémentaire, d'équipes mobiles, de structure d'éducation thérapeutique). L'offre de certaines activités identifiées comme d'intérêt général paraît insuffisante dans certains territoires compte tenu de l'estimation même rudimentaire qui peut être faite des besoins globaux (exemple de l'éducation thérapeutique ou des équipes mobiles de gériatrie ou de soins palliatifs).

1.5. Les recommandations

Les limites dans la gestion des crédits MIG tiennent largement, on l'a vu, d'une part aux ressources dont disposent les ARH et d'autre part au système de relations ARH-établissements. Il ne suffira pas de surencherir en matière de discours managérial, ni de mettre en cause les qualités des directeurs d'ARH pour faire évoluer significativement la situation.

⁸¹ Il est possible par ailleurs que certaines activités ne soient pas "normalisables". Par exemple, il n'est probablement pas pertinent, au motif de pouvoir contrôler le niveau d'activité et évaluer son efficacité, d'imposer à toutes les équipes mobiles de soins palliatifs de fonctionner à périmètre d'intervention strictement superposable et selon les mêmes modalités.

D'autant que la question risque d'être compliquée par la création des ARS. Celles-ci auront à prendre en compte des objectifs plus nombreux, dépendront d'instructions établies par plusieurs administrations centrales, s'inséreront dans un dispositif implicite et explicite d'évaluation de leurs performances plus complexe. La bonne gestion des crédits MIG risque, dans ce contexte, de ne pas constituer une priorité.

Si l'on entend progresser, il faut renoncer à une double illusion : les ARS pourront acquérir à elles seules l'expertise qui leur permettra de contractualiser l'affectation des crédits régionaux, elles prendront spontanément le risque d'entrer en conflit avec les établissements au motif d'une rationalisation de l'affectation des crédits MIG.

A cet égard, il importe de clarifier la posture nationale en ce qui concerne l'attitude des ARH. Si l'on entend rationaliser la gestion des MIG, il est nécessaire d'infléchir le discours pour que le rôle "d'acheteur avisé" soit privilégié par rapport au rôle de négociateur. La thématique de la performance et de l'efficacité doit prévaloir sur celle du contrat et de la négociation. Le redéploiement de crédits entre établissements ne doit plus rester un tabou mais être valorisé. Pour autant, cette inflexion du discours ne produira pas à elle seule une modification des comportements.

La démarche suivante nous paraît devoir être proposée. Dans un premier temps, il faut procéder à un rebasage général des crédits MIG régionaux ; dans un second temps il convient, dans une perspective de moyen terme, d'engager une rationalisation des crédits mission par mission.

1.5.1. Un rebasage général

S'il n'est pas possible d'affirmer que les MIG régionaux sont sous financés, il est clair que c'est la perception commune à la fois des ARH et de la majorité des établissements. Ces mêmes établissements considèrent que certaines initiatives pertinentes dans le domaine des MIG ne sont pas mises en œuvre faute de financement.

Il est vrai que rien ne garantit l'équilibre recettes/dépenses sur les MIG. La fixation initiale des crédits sur la base du retraitement comptable de 2003 a été, de l'avis de tous, pour le moins "imprécise". Depuis, si on peut estimer que les mesures nouvelles correspondent à des dépenses bien identifiées, l'enveloppe MIG n'a pu tenir compte de la dynamique, à la hausse ou à la baisse, des dépenses sur les missions initiales. Or les financements MIG couvrent soit des domaines où l'activité est plutôt dynamique (SAMU, UCSA, AHN...), soit des domaines où est affirmée la volonté de développer l'activité (éducation thérapeutique, équipes mobiles, plans de santé publique...). On ne peut exclure qu'il y ait, par ailleurs, des gisements d'économies ; en tout état de cause, ils ne semblent pas, à tort ou à raison, pouvoir être exploités à court/moyen terme si l'on s'en tient aux déclarations des ARH.

Le constat est donc insatisfaisant. Il est probable que certains projets utiles ne sont pas développés faute de financement. Les dépenses ne sont pas optimisées. Le sous financement éventuels des MIG peut retarder et rendre problématique le retour à l'équilibre des établissements en 2012. Les établissements en difficulté ont intérêt à attribuer leurs difficultés aux sous financements MIG plutôt qu'à un manque d'efficacité dans la dispensation des soins. Si les ARH confrontés à un établissement en déséquilibre financier aboutissent après analyse contradictoire à constater un sous financement sur les MIG, elles se trouvent démunies⁸².

⁸² Parmi les établissements rencontrés, l'un attribuait la moitié de son déficit structurel à un sous financement des MIG. Il avait donc fait d'une mise à plat contradictoire avec l'ARH des financements MIG, un préalable à la négociation du contrat de retour à l'équilibre. Cette mise à plat débutait lors de la mission et l'on ne peut préjuger de son résultat. Mais il est clair que si l'ARH avale un déficit sur les MIG, elle n'aura pas les moyens de le combler sauf de manière temporaire par des crédits AC.

On pourrait envisager d'aborder le problème dans une logique strictement budgétaire. Les établissements se verraient sommés de limiter les dépenses en matière de MIG aux financements dont ils disposent. Cette attitude ne peut être recommandée dans la mesure où elle pourrait aboutir, si tant est qu'elle soit acceptée par l'établissement et notamment par le corps médical, à la remise en cause d'initiatives promues par ailleurs (éducation thérapeutique, équipes mobiles, plans de santé publique...).

Il semble donc qu'il faille envisager un rebasage des enveloppes MIG régionale qui pourrait prendre la forme suivante :

- Les ARS établissent au cours de l'année 2010 un bilan contradictoire des dépenses nettes de MIG avec chaque établissement.
- Il leur appartient, dans le cadre de ce bilan, de remettre en cause les initiatives non pertinentes, de prévoir les restructurations/rationalisations possibles à court/moyen terme et de rectifier les montants de dépenses qui révèlent une sous efficacité. Elles sont soutenues dans cette démarche par un effort engagé au niveau national pour fournir, sur les principaux sujets, des éléments de parangonnage^{83, 84}. Cette exigence de rationalisation doit être formulée même s'il n'en faut pas nourrir, pour les raisons évoquées précédemment, un optimisme exagéré sur sa mise en œuvre à court terme.
- Il leur appartient à l'inverse de prendre en compte les initiatives actuellement non financées et qu'elles estiment nécessaires de voir se développer à court/moyen terme en apportant les financements afférents.
- Pour assurer la rigueur de la démarche, il convient de prévoir que les analyses effectuées et les décisions prises feront ultérieurement l'objet d'un audit pour quelques ARS et doivent à ce titre être documentées et objectivées⁸⁵.
- Cette analyse permettra de rebaser en 2011, l'enveloppe MIG régionale. Pour éviter tout effet inflationniste, ce rebasage pourrait s'effectuer par prélèvement sur l'enveloppe AC (il est préférable de financer correctement les MIG que d'attribuer des dotations à des établissements déficitaires dans la mesure où ce déficit peut être lié à un sous financement des MIG). Il s'opérera en tout état de cause dans le cadre de l'enveloppe globale ODMCO soit, in fine, par un ajustement sur les tarifs. Bien évidemment, si l'exercice aboutissait à une pression insupportable sur les tarifs, il conviendrait de remettre en cause, de manière explicite et raisonnée, certains projets en matière de MIG. L'intérêt de cette démarche serait d'actualiser la photographie très floue prise en 2003 des dépenses nettes de MIG, de forcer⁸⁶ les ARS à opérer avec les établissements une clarification des conditions de financement des MIG, d'éviter que leur sous financement éventuel ne vienne faire obstacle aux processus de retour à l'équilibre et de permettre le financement effectif des MIG pertinentes.

Le rebasage, cinq ans après la fixation initiale des enveloppes, semble une démarche nécessaire. Cet exercice aurait néanmoins des limites. Pour les raisons évoquées plus haut (manque de données, d'indicateurs, contraintes "politiques" dans les relations avec les établissements), on ne peut espérer que les ARS parviendront dans ce délai à acquérir les capacités techniques et politiques leur permettant de rationaliser l'affectation des crédits MIG.

⁸³ Il s'agit de prolonger les efforts entrepris dans le cadre du guide méthodologique avec certainement un renforcement des moyens consacrés au travail de normalisation.

⁸⁴ La difficulté, pour les ARS, d'imposer d'elles mêmes des restructurations et des rationalisations aux établissements de leur région peut rendre nécessaire d'imposer à partir du niveau national des enveloppes limitatives sur certaines missions (pas plus de X euros par habitant pour les SAMU, SMUR et/ou la permanence médicale) ou de mettre en place des missions CGES dédiées au niveau national.

⁸⁵ On pourrait estimer que cette "menace" d'audit est une marque de défiance à l'égard des ARS. En fait, il s'agit de considérer que, du fait de leur position, les ARS sont ambivalentes : d'une part elles sont des administrations gestionnaires soucieuses de la bonne utilisation des fonds publics, d'autre part elles défendent les établissements de leur région et leurs crédits vis-à-vis des autres régions.

⁸⁶ Il est clair que cette clarification aurait dû avoir lieu si l'on s'en tient aux préconisations du guide méthodologique mais l'on ne peut que constater qu'en l'absence d'enjeu clair, la majorité des ARH n'a pas procédé à cet exercice.

1.5.2. Une rationalisation des crédits mission par mission

Lors d'une opération générale de rebasage, les crédits MIG ne pourront pas être réellement rationalisés, il convient donc d'engager sur le moyen terme une démarche mission par mission.

Le niveau national définirait par année une (deux au maximum) missions MIG pour lesquelles il serait demandé aux ARS de conduire un travail particulièrement approfondi.

Ce travail serait précédé d'un investissement significatif au niveau national pour définir des référentiels en termes d'activité, de qualité et de coût. On ne peut en effet attendre des ARS qu'elles inventent, chacune pour elles-mêmes, les normes d'appréciation des besoins et des activités. Ce travail d'expertise préalable serait l'occasion de mobiliser au niveau national les "sachants" et les experts sur les sujets évoqués (par exemple les spécialistes de l'éducation thérapeutique pour ce qui concerne cette fonction, ou les urgentistes si le thème choisi est la fonction SAMU/SMUR). Il serait illusoire de demander aux ARS de rationaliser et de contractualiser si, au niveau national, on n'a pas dégagé de référentiels précis et construit un consensus professionnel. La DHOS devrait pouvoir consacrer plus de moyens qu'actuellement à cet exercice.

Dès lors que les ARS seraient ainsi "équipées" de référentiels, d'éléments de consensus professionnels, de données de comparaison inter régionales, il serait possible de leur demander pour la mission considérée, d'apprécier les besoins, d'évaluer les réalisations actuelles, de contractualiser les évolutions futures. Ce travail régional devrait être soutenu par un dispositif de pilotage national permettant de mutualiser les expériences, d'échanger sur les difficultés rencontrées.

Les agences devraient connaître pour la mission considérée les marges de manœuvre financières dont elles disposent. Le niveau national devrait ainsi être en mesure sur la base des comparaisons inter régionales de définir pour chaque région des enveloppes cibles à deux ou trois ans ce qui se traduirait soit par des exigences en termes d'économie, soit par des possibilités de financer des initiatives nouvelles.

Dès lors qu'au niveau national des référentiels auront été définis et l'exigence d'une mise à plat clairement posée, les ARS seront plus légitimes, au plan local, pour faire évoluer les situations acquises. Elles devraient être mieux armées pour dépasser les difficultés "politiques" qui conduisent actuellement au statu quo.

Il est particulièrement important qu'un dispositif de reporting précis soit défini. Il faut que les agences sachent qu'elles auront à rendre des comptes sur le sujet traité si l'on souhaite que la démarche soit prise au sérieux. Il faut, dans toute la mesure du possible, que la pression nationale vienne équilibrer les forces locales qui militent pour préserver des situations acquises.

2. LES PRINCIPES DE FINANCEMENT DES MIG

L'enveloppe des MIG s'est construite initialement, au plan national et régional, sur la base de l'activité existante telle qu'elle ressortait du retraitement comptable réalisé sur la base des données 2003. Cette enveloppe a évolué ensuite, hors mesures générales, à partir de mesures nouvelles fléchées.

Ce dispositif de gestion a abouti à des enveloppes régionales hétérogènes au regard du ratio enveloppe des MIG régionaux sur nombre d'habitants de la région. Il est apparu que le montant des MIG régionaux pouvait varier d'une région à l'autre, en 2007, d'environ - 35 % à + 50 % par rapport à la moyenne nationale⁸⁷. Un mouvement de péréquation a été engagé depuis 2009. Il ne concerne que les six régions les plus sous-dotées⁸⁸ et les six régions les plus sur-dotées⁸⁹ et non les régions intermédiaires. Des écarts à la moyenne non négligeables, entre -16% et +22%, sont donc tolérés. La péréquation est progressive sur cinq ans, elle se traduit par des redéploiements à hauteur de 7 M d'euros en 2009.

Au total, la gestion des MIG obéit à plusieurs logiques :

- La dotation initiale de MIG a été établie en fonction des dépenses constatées ; les dépenses engagées par les établissements en matière de MIG avaient vocation à être prises en charge sauf remise en cause de leur pertinence par les ARH.
- Par la suite, les enveloppes n'ont pas évolué au rythme des dépenses engagées par les établissements dans le champ des MIG mais, pour l'essentiel, à travers des enveloppes de mesures nouvelles fléchées visant à matérialiser des priorités nationales. Les ARH n'ont pas disposé de moyens pour accompagner les établissements qui initiaient ou développaient leur activité dans le domaine des MIG non prioritaires au niveau national.
- De plus, la logique initiale de financement sur la base des dépenses constatées a été corrigée à partir de 2009 par la péréquation inter régionale. Cette péréquation introduit l'idée d'une norme moyenne : les dotations régionales sont censées converger vers une dotation MIG par habitant. Cette nouvelle logique répond à un souci d'équité, elle s'éloigne de la logique de financement des dépenses constatées pour aller vers une quasi logique de besoins : il faudrait un montant d'euros par habitant pour faire face aux missions couvertes par les MIG. C'est peut-être du fait de ce conflit de logique que la péréquation est esquissée sans être poussée à son terme (cf. supra).
- Enfin, le dispositif est censé favoriser les arbitrages au sein de l'enveloppe régionale, au plus près du terrain, par les ARH. Toutefois (cf. supra) les ARH n'ont pas procédé à de réels redéploiements entre missions et établissements. De plus, la liberté des ARH était contrainte dans la mesure où les seules marges de liberté du dispositif – les mesures nouvelles- ont été pour une large part fléchées au niveau national.

Les principes qui président à la gestion (détermination des enveloppes nationales, répartition en région) des MIG sont délicats à expliciter, ils s'entrecroisent voire se contredisent. On ne peut à la fois vouloir financer les initiatives des régions dès lors qu'elles sont pertinentes et viser un montant homogène entre régions de crédits MIG rapporté à la population. On ne peut à la fois vouloir financer les initiatives des régions dès lors qu'elles sont pertinentes et construire des enveloppes régionales descendantes, indépendantes des initiatives prises en région.

Il est nécessaire et possible d'essayer de clarifier les principes qui pourraient présider à la gestion des crédits MIG, sachant que toutes les missions d'intérêt général n'obéissent pas nécessairement à la même logique. Trois modalités de gestion peuvent être envisagées.

⁸⁷ Plus précisément, ce sont les enveloppes régionales hors 50% des dépenses consacrées à la fonction SAMU et SMUR qui ont été rapportées au nombre d'habitants.

⁸⁸ Soit Guadeloupe, Martinique, Réunion, Bretagne, Pays-de-Loire, Picardie

⁸⁹ Soit Champagne-Ardenne, Corse, Franche-Comté, Limousin, Midi-Pyrénées, Poitou-Charentes

2.1. Financer à partir de l'activité

Le financement d'une mission MIG à l'activité présente les mêmes avantages que ceux qui ont conduit à retenir ce mode de financement pour les activités de soins : le financement permet d'éviter, si les tarifs sont correctement fixés, le rationnement par sous financement ou les gaspillages de ressources par sur financement. En particulier, dès lors que l'on souhaite voir se développer une activité, la tarification à l'activité garantit que les établissements ne seront pas contraints par des normes budgétaires a priori. Ce mode de financement peut toutefois présenter des risques : expansion de l'activité au-delà du niveau souhaité, stratégies visant à jouer avec le dispositif de tarification (sélection des patients, ajustement du niveau de la prestation...).

Par ailleurs, pour envisager de financer un MIG à l'activité, Il faut que l'activité soit décomptable et qu'il soit possible de fixer un tarif pertinent par unité produite.

Il est ainsi des domaines où la tarification à l'activité paraît envisageable. Par exemple, pour ce qui concerne l'activité des SAMU, il y a des avantages évidents à ce que le financement suive l'évolution de l'activité (réponse aux besoins, sécurité de financement pour les établissements...). Il y a peu de risque que les établissements puissent favoriser la demande ou tolérer une dégradation de la qualité de la prestation. L'activité peut être décomptée en termes d'appels décrochés et/ou d'affaires ouvertes. Il serait sûrement nécessaire de normaliser ces notions entre les divers SAMU. Le fait que les appels ou les affaires soient tous différents ne constitue pas un obstacle dirimant dans la mesure où, du fait des grands nombres traités, il est possible de s'appuyer sur l'appel moyen ou l'affaire moyenne pour établir un coût et en déduire un tarif. Si nécessaire, il est possible d'établir une nomenclature qui devrait rester le plus simple possible (distinction de deux ou trois niveaux de complexité, distinction jour/nuit, distinction ouvert/non ouvert). Le coût peut être établi par calcul d'un coût moyen sur un échantillon de SAMU comme pour les tarifs de soins et par des études de processus (décompte des temps) et leur valorisation. L'impact des différences d'organisation des SAMU notamment en ce qui concerne les liens avec la permanence libérale mérite d'être explicité et éventuellement pris en compte. La transition vers la tarification à l'activité peut s'opérer progressivement à partir des budgets historiques. Un socle minimum de financement pourrait être prévu comme dans le cas des urgences.

Bien évidemment, si un financement à l'activité semble a priori possible, il est certainement difficile à mettre en œuvre. Les premières tentatives entreprises par la DHOS pour clarifier le mode de financement des SAMU ainsi que des SMUR ont buté sur la difficulté à engager un dialogue constructif avec les professionnels du secteur. Il est clair qu'en l'absence d'un tel dialogue, il n'est pas possible d'avancer. La mission ne peut que souhaiter qu'il reprenne.

Le financement des actes hors nomenclature pourrait suivre la même logique (cf. infra).

2.2. *Financer certaines MIG à partir de normes de besoins*

Dans le mode de financement précédent, le montant de l'enveloppe dépend de l'activité des établissements. Ce mode de financement n'est pas adapté dès lors que le développement de l'activité correspond à une priorité, à une politique nationale volontariste. Dans cette hypothèse, il ne s'agit pas simplement d'accompagner l'offre mais de la susciter et de l'organiser⁹⁰. Aussi, le mode le plus pertinent pour calibrer les enveloppes régionales ne peut être ni l'activité, ni les initiatives des établissements mais une norme de besoins. Par norme de besoins, on entend une enveloppe qui évolue en fonction d'un indicateur du besoin pour la mission considérée (par exemple X euros par habitant, par habitant de plus de 65 ans, par patient diabétique, par diagnostic de cancer dans la région...). Bien évidemment, une enveloppe de ce type ne devrait pas être fongible avec d'autres missions, il ne faut pas que l'incapacité à organiser l'offre pour répondre aux besoins se traduise par un effet d'aubaine (facilité pour financer d'autres missions).

Cette logique est implicite dans la démarche de péréquation interrégionale. Elle repose, en effet, sur l'idée qu'il y aurait un besoin en crédits MIG, besoin qui pourrait être estimé à partir du nombre d'habitants⁹¹. Toutefois, il s'agit, dans ce cas, d'une démarche globale. Or autant elle peut être valable pour certains MIG, autant elle peut paraître inadaptée pour d'autres. Par ailleurs, englober la totalité des missions MIG aboutit à retenir un critère simple et large -le nombre d'habitants- dont la pertinence est douteuse au niveau global⁹² et plus encore MIG par MIG. (Par exemple, le besoin en éducation thérapeutique dépend du nombre de malades atteints des pathologies prises en charge dans ce cadre, nombre qui n'est pas proportionnel à la population générale de la région).

Cette logique ne peut s'appliquer à tous les MIG. Ainsi, en matière d'éducation thérapeutique, il n'est sûrement pas pertinent actuellement de définir une norme par bénéficiaire potentiel indépendante des capacités à développer une offre de qualité, sauf à accepter de financer des projets non pertinents. Il n'est d'ailleurs pas sûr que l'on soit aujourd'hui en capacité de définir précisément le champ des bénéficiaires potentiels et le montant moyen de la prestation (cf. infra 3.1)

Les unités de consultation et de soins ambulatoires pour les personnes détenues (UCSA) sont un des domaines où cette démarche paraît devoir s'appliquer. Il s'agit en effet d'un domaine qui n'est pas au cœur des missions de l'hôpital. Il s'agit aussi d'un domaine considéré comme peu attractif pour les personnels et où les vacances de postes sont importantes. Il convient donc d'être volontariste pour que les établissements y consacrent les moyens nécessaires. Calibrer les dotations en fonction des besoins, c'est s'assurer que cette mission ne sera pas négligée. C'est aussi s'assurer que si les établissements n'engagent pas les moyens à hauteur de la norme, ils n'en tirent pas avantage (pas de crédits rendus disponibles pour financer d'autres missions).

Pour pouvoir fixer de telles enveloppes normées, il faut pouvoir s'accorder sur un niveau d'intervention souhaitable et sur la valorisation de cette intervention. Dans l'exemple retenu, un travail a été engagé qui mérite d'être approfondi (cf. infra 3.4).

⁹⁰ On peut évoquer aussi l'hypothèse inverse où il serait établi que les régions, ou certaines d'entre elles, dépensent trop pour faire face à certaines missions d'intérêt général. Dans ce cas, il convient de calibrer l'enveloppe non sur l'activité ou sur l'offre mais sur une appréciation de ce qui est nécessaire. Il ne s'agit pas d'accompagner l'offre mais de la réduire et de la rationaliser.

⁹¹ La démarche aboutit à réduire la dotation MIG de certaines régions sans qu'il ait été établi que les dépenses sont affectées à des activités non pertinentes, à augmenter la dotation d'autres régions sans qu'il ait été établi que les dépenses seront affectées à des activités pertinentes. On fait donc comme s'il existait un besoin en crédit MIG par habitant sans que pour autant personne n'ait prétendu déduire ce montant de crédit par habitant d'un réel calcul de besoin.

⁹² On peut penser que pour le moins, le nombre d'habitants devrait être corrigé par l'âge et/ou l'indice de mortalité et/ou la prévalence des maladies chroniques mesurée à travers le taux d'ALD. Voir à titre de référence A. Expert, F. Lè, F. Taillet "Les disparités départementales de dépenses de santé" in *Comptes de la santé 2008* DREES, document de travail, septembre 2009.

Cette démarche présente des avantages certains. Elle ne fait pas dépendre les financements des activités des initiatives des établissements mais permet d'engager des politiques volontaristes pour développer des prestations qui paraissent particulièrement utiles. Par ailleurs, elle assure une répartition équitable des crédits entre les régions, dans la mesure où ceux-ci sont déterminés à partir d'un indicateur approprié des besoins.

En contrepartie, cette modalité de détermination des enveloppes est exigeante car elle suppose que le niveau central puisse et accepte de se prononcer sur un niveau souhaitable de prestation et sur le coût moyen de la prestation.

2.3. Financer à partir de budgets construits de manière ascendante

Pour la constitution de l'enveloppe MIG initiale, le budget a été construit de manière ascendante, à partir des dépenses engagées par les établissements. Cette logique initiale n'a pas, on l'a vu, été poursuivie.

Pourtant, ce mode de financement aurait l'avantage de garantir aux établissements que leur équilibre budgétaire ne sera pas compromis par l'exercice des missions d'intérêt général. Il permet théoriquement de s'adapter aux initiatives des établissements (par exemple, un établissement qui initie ou développe l'éducation thérapeutique reçoit le financement correspondant) et d'éviter que les établissements ne renoncent à développer certaines activités d'intérêt général pertinentes pour des raisons de contrainte budgétaire (ou que le développement des activités ne se traduise par des déséquilibres budgétaires). Actuellement avec un budget MIG descendant, calibré depuis le niveau national dont les marges de progression sont constituées de crédits fléchés, les financements ne peuvent suivre l'activité réelle des établissements ou leurs projets.

Ce mode de financement à partir des initiatives des établissements présente toutefois des risques s'il n'est pas encadré. Ces initiatives peuvent ne pas être pertinentes (redondance avec l'offre d'autres établissements, qualité insuffisante des prestations, manque d'efficacité dans la mise en œuvre de la mission...). Il ne peut donc être envisagé que si les dépenses constatées font l'objet d'un contrôle de pertinence.

Il faut donc, à la fois, que les crédits MIG puissent suivre les initiatives des établissements et qu'un contrôle s'exerce sur ces initiatives.

Cette double exigence conduit à recommander une construction ascendante du budget MIG sur la base d'un exercice budget base zéro annuel. Les ARH, en fin d'année, seraient invitées à raisonner en budget base zéro (possibilité de remettre en cause les dotations MIG qui ne sont pas pertinentes ou sur évaluées, possibilité de présenter des mesures nouvelles pour tenir compte des développements d'activité ou des initiatives nouvelles des établissements). La dotation nationale de n+1, pour les MIG concernées serait construite par agrégation des demandes des ARS.

Dans cette hypothèse, les crédits reçus au titre des projets ne devraient être distribués aux établissements qu'après vérification que les dépenses prévues sont véritablement engagées.

On peut craindre le caractère inflationniste de ce mode de gestion si les ARS ne sont pas rigoureuses dans la sélection des projets. Il appartiendra à la DHOS de contrôler la qualité du travail d'agrément des ARS (audit par des membres du CGES de la qualité des budgets proposés, ajustement des dotations ARS particulièrement exigeantes par référence aux moyennes nationales). En tout état de cause, ce mode de gestion obligera les ARS à effectuer annuellement une revue des financements. La qualité de l'analyse des ARS devrait progressivement s'améliorer si l'on entreprend la démarche progressive de rationalisation des MIG décrite précédemment.

Même si les ARS sont rigoureuses, la procédure peut encore se révéler inflationniste. Mais dès lors qu'une éventuelle augmentation des dépenses correspond à des activités d'intérêt général dont les ARS ont attesté la pertinence, il est a priori normal de consacrer à ces activités les financements qu'elles exigent. Si la procédure aboutit à des budgets en forte augmentation, il appartiendrait au niveau central soit d'assumer un "rationnement" en ne retenant qu'un pourcentage des budgets demandés par les ARS⁹³, soit de valider les demandes des ARS et d'assurer le respect des enveloppes globales consacrées aux établissements MCO en ajustant sur les crédits d'aide à la contractualisation ou sur les tarifs de soins.

Dans ce cadre, il n'y aurait pas de péréquation à envisager. Il ne s'agit plus de raisonner en équité mais à partir de la pertinence des initiatives développées par les établissements, pertinence attestée par les ARS⁹⁴.

En conclusion, il convient, dans la mesure du possible, de développer le financement à l'activité ou le financement à partir d'une norme de besoins. Toutefois, il n'est possible de migrer vers ces modes de financement que dans certaines conditions (possibilité de décompter l'activité, capacité à définir et à valoriser un niveau souhaitable de prestations...). Le financement à partir des initiatives et des projets des établissements restera donc la modalité prédominante. Toutefois, elle n'est pertinente que si elle est précédée chaque année d'un exercice budget base zéro. Cette procédure est nécessaire pour, à la fois, remettre en cause les financements non pertinents et accompagner les développements pertinents. Les différentes enveloppes régionales seraient déterminées MIG par MIG et ne seraient pas fongibles entre elles. Si l'ARS s'est vue octroyer un montant de crédits pour une mission précise, l'incapacité à développer cette mission ne devrait pas se traduire par des possibilités d'allouer ces budgets à d'autres fins. La latitude des ARS à arbitrer entre les missions seraient ainsi réduites mais, sans grandes conséquences si l'on tient compte de l'usage qu'ont fait jusqu'à présent les ARS de cette faculté. Par ailleurs, cette latitude plus faible serait compensée par le fait que les enveloppes ne seraient plus constituées dans une logique descendante (répartition entre les régions d'une enveloppe globale de MIG) mais, pour l'essentiel, dans une logique ascendante (construction de l'enveloppe à partir des demandes des ARS).

3. ELEMENTS DE REFLEXION SUR DES MISSIONS PARTICULIERES

Après avoir analysé la gestion des financements MIG dans leur globalité, cette partie est consacrée à des MIG particulières. La mission dans le cadre de ces investigations ne prétend pas avoir épuisé l'ensemble des questions posées par les MIG évoquées. Chacune d'entre elles engage en effet une politique particulière dont la mission n'a pas pu explorer toutes les facettes. Elle se bornera donc à proposer des éléments de réflexion sur les sujets évoqués.

Nous évoquerons successivement l'éducation thérapeutique (3.1), la précarité (3.2), la permanence des soins (3.3), les unités de consultation et de soins ambulatoires pour les personnes détenues (3.4), les plans de santé publique (3.5), les équipes mobiles de gériatrie et de soins palliatifs (3.6), les actes hors nomenclature (3.7).

⁹³ Ce "rationnement" explicite est en tout état de cause préférable au "rationnement" implicite qui est la règle actuellement.

⁹⁴ Bien évidemment, s'il apparaissait que dans certaines régions les établissements ne prennent pas d'initiatives et que certaines missions d'intérêt général ne sont pas prises en charge, il reviendrait à l'ARS de susciter les initiatives pertinentes.

3.1. L'éducation thérapeutique

Le développement de l'éducation thérapeutique est indéniablement une priorité, priorité dont témoignent les dispositions qui lui sont consacrées dans la loi HPST. La DHOS relaie cette priorité dans le cadre de la gestion des MIG. Ainsi le guide méthodologique diffusé par la DHOS tient un discours très positif sur l'éducation thérapeutique et souligne notamment que "l'éducation thérapeutique du patient est un élément indispensable de la prise en charge des maladies chroniques. Ses apports en terme coûts/bénéfices sont démontrés"⁹⁵.

Toutefois, si l'on souhaite promouvoir une gestion avisée des crédits consacrés à cette fonction, il convient de prendre en compte les résultats des études qui lui sont consacrées. La HAS a réalisé une revue de la littérature autour de l'éducation thérapeutique⁹⁶. Après avoir noté que les études sont affectées de biais plutôt favorables à l'éducation thérapeutique, l'HAS note que des impacts positifs sont répertoriés sur les principales variables cliniques et sur les variables de recours aux soins dans les domaines de l'asthme pédiatrique, du diabète de type 1 et de la cardiologie mais qu'il n'est pas possible de mettre en évidence une tendance nette, positive ou négative, dans les domaines de l'asthme adulte, du diabète de type 2, du suivi du traitement par anticoagulant oral, des broncho-pneumopathies et de la rhumatologie.

Concernant le diabète de type 2, domaine où se développe particulièrement l'éducation thérapeutique en France, l'HAS précise "impact probable faible à modéré sur le contrôle du diabète, tendant à se réduire rapidement ; impact sur le recours aux soins non démontré"⁹⁷ et ajoute que "l'éducation thérapeutique semble davantage bénéfique pour les patients présentant un mauvais contrôle glycémique lors de l'inclusion"⁹⁸.

Elle conclue que "l'éducation thérapeutique est une action de santé qui peut s'avérer bénéfique sur le plan clinique et économique, quand elle se déroule dans des conditions et selon des modalités favorables. Pour autant, cette action met en jeu de nombreux facteurs, parfois difficiles à maîtriser"⁹⁹. Elle propose une intervention ciblée. Elle cite des analyses qui soutiennent que "une telle intervention, coûteuse financièrement et en temps, devrait être réservée pour des patients à particulièrement haut risque et pour lesquels une prise en charge standard (bilans médicaux réguliers, consultations auprès d'une infirmière spécialisée) est insuffisante"¹⁰⁰. Sans adhérer pleinement à cette attitude restrictive, elle souligne que "au sein de chaque pathologie, il est nécessaire de définir un modèle de hiérarchisation des besoins éducatifs sur le modèle du triangle développé par Kaiser Permanent dans le cadre du disease management"¹⁰¹.

Il semble nécessaire de restituer toute la complexité de ces conclusions aux ARH/ARS en charge de financer les programmes d'éducation thérapeutique. Un discours univoque sur les bienfaits de l'éducation thérapeutique n'incite pas à la vigilance dans la gestion des programmes¹⁰².

⁹⁵ DHOS, Contractualisation sur les missions d'intérêt général et l'aide à la contractualisation : Guide méthodologique, 3^e édition, juin 2008.

⁹⁶ HAS, L'éducation thérapeutique dans la prise en charge des maladies chroniques, Rapport d'orientation, février 2008

⁹⁷ Idem p 49.

⁹⁸ Idem p 50.

⁹⁹ Idem p 50.

¹⁰⁰ JC Keers *et al.* "Costs and benefits of a multidisciplinary intensive diabetes education program" J. Eval clin pract 2005;11(3) cite par la HAS p 69.

¹⁰¹ Id. p 69, Ce triangle de hiérarchisation des besoins est reproduit dans PL. Bras, G. Duhamel, E. Grass "Améliorer la prise en charge des malades chroniques : les expériences étrangères de disease management", rapport IGAS septembre 2006, p 18. De fait, dans ce triangle, l'intervention auprès des patients les moins à risque est très limitée et cela revient à réserver les interventions d'éducation thérapeutique aux patients les plus à risques. Les préconisations de la HAS en termes de ciblage manquent donc singulièrement de clarté.

¹⁰² Par exemple un discours univoque sur les bienfaits des réseaux a conduit à engager dans certains cas des financements dont la pertinence s'est avérée douteuse. Voir sur les réseaux C. Daniel, B. Delpal, G. Duhamel, C. Lannelongue Contrôle et évaluation du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et de la dotation des réseaux (DDR), rapport IGAS, mai 2006.

Les ARH ont délégué en 2007, 66 millions d'euros aux établissements au titre de l'éducation thérapeutique (dont 16 millions à l'AP-HP, soit 25 % du total). Pour autant, cette donnée ne nous renseigne pas parfaitement sur les sommes consacrées à cette activité par les établissements dans la mesure où l'adéquation entre les dotations et les dépenses n'est pas systématiquement contrôlée.

Ces dotations ne doivent couvrir que l'éducation thérapeutique réalisée en ambulatoire. L'éducation thérapeutique dispensée auprès des patients hospitalisés est censée être couverte par les GHS. Cette position de principe n'est pas sans poser problème. Il est indéniable que lors des calculs de l'ENC, les dépenses d'éducation thérapeutique réalisées dans les établissements de l'échantillon sont répercutées dans les coûts des GHS. Il n'en reste pas moins qu'un établissement augmente ses coûts lorsqu'il décide de développer l'éducation thérapeutique auprès des patients hospitalisés.

Les principaux constats de la mission sur l'éducation thérapeutique ont déjà été évoqués. Cette activité semble se développer sans que les ARH aient pu financer les développements d'activité ou les créations de nouveaux programmes depuis 2006. Il n'existe pas d'éléments constitués d'évaluation des résultats de l'éducation thérapeutique en termes d'impact sur les comportements des patients et a fortiori d'impact sanitaire, les évaluations promues par certaines ARH sont des évaluations relatives à l'organisation et à la mise en œuvre des programmes (conformité aux exigences de l'HAS notamment). Ces évaluations de processus aboutissent à des résultats contrastés selon les programmes sans que le résultat de ces évaluations n'influe réellement sur les décisions de financement (plutôt que de remettre en cause un programme mal structuré, on attend de lui qu'il se structure). Les programmes sont divers (mode d'éducation, pathologies concernées, ambitions) et les données d'activité collectées (patients entrants, file active) sont hétérogènes et donc délicates à interpréter.

La question se pose de savoir si l'éducation thérapeutique pourrait être tarifée à l'activité. Ainsi, la DHOS à travers le guide méthodologique a diffusé une norme de 250 euros par patient pris en charge¹⁰³. Autant cette indication peut être valide pour calibrer en moyenne sur des grands nombres le coût de l'éducation thérapeutique, autant elle ne nous paraît pas pertinente pour servir de base au financement de programmes spécifiques. La diversité des pratiques de formation (travail individuel ou en groupe, diversité des objectifs poursuivis, des pratiques pédagogiques, des personnels mobilisés) sont telles qu'un tarif unique par patient formé serait certainement inadapté¹⁰⁴.

¹⁰³ En 2008, une enquête de la DHOS auprès des établissements de santé sur l'éducation thérapeutique aboutissait à estimer les patients inclus dans des programmes à 160 000. Si l'on rapproche ce nombre des 66 Millions d'euros de la dotation MIG, on aboutit à une moyenne de 412 euros par patient mais d'une part tous les établissements n'ont pas répondu à l'enquête d'où une surestimation du montant moyen et d'autre pas tous les programmes ne font pas l'objet de financements MIG ou de financement à hauteur des coûts d'où une sous estimation du montant moyen. On reste dans l'incertitude sur la moyenne actuelle du coût par patient.

¹⁰⁴ Cette difficulté à fixer une norme de tarif est attestée par la diversité des normes promues par les pouvoirs publics. Dans le cadre du FNPEIS, la référence est de 250 euros pour 4 ou 5 ateliers collectifs mais de 200 euros pour 3 ou 4 ateliers collectifs (avec une indétermination pour 4 ateliers). Le projet de cahier des charges pour les expérimentations de l'article 44 de la LFSS 2008 prévoit 300 euros pour 3 ou 4 ateliers collectifs et 350 euros pour 5 ou 6 ateliers.

On pourrait, en théorie, envisager de définir une nomenclature des prestations d'éducation thérapeutique. La nature des critères à prendre en compte est certainement très complexe (individuel ou collectif, pathologie considérée, niveau d'ambition, niveau d'apprentissage préalable des patients...). L'établissement de cette nomenclature supposerait une normalisation des pratiques qu'il semble difficile d'envisager, à court-moyen terme dans ce domaine. De plus, un élément important de variation des coûts, au-delà de la nature du programme est la composition de la population formée. Il est certainement moins coûteux de former des personnes soucieuses de leur pathologie et disposant d'un bon niveau socioculturel que des personnes défavorisées en déni de leur maladie. C'est pourtant pour ces derniers que l'éducation thérapeutique est la plus utile. Vouloir imposer une norme moyenne risque d'aboutir à sur financer certains programmes et à induire un comportement de sélection au détriment des patients les plus en difficulté qui exigent des efforts au-delà de la norme moyenne de coûts, alors même qu'ils devraient être les principaux bénéficiaires de l'éducation thérapeutique¹⁰⁵.

Les conditions de financement de la mission éducation thérapeutique vont être profondément modifiées par les dispositions de la loi HPST qui prévoient que les programmes d'éducation thérapeutique devront se conformer à un cahier des charges et être autorisés par les ARS.

Les travaux relatifs à la mise en œuvre de ces dispositions, notamment la rédaction du cahier des charges, viennent d'être engagés. On ne peut donc préjuger de leur contenu mais l'on peut ouvrir quelques pistes de réflexion :

- l'exigence d'autoriser tous les programmes contraindra les ARS à un examen plus approfondi des programmes qu'elles financent. Mais l'expérience passée conduit à recommander que les exigences du cahier des charges soient précises si l'on entend que le processus d'autorisation soit rigoureux et homogène. Il conviendra par ailleurs de veiller à ce que les ARS disposent d'un personnel formé pour gérer ce processus d'autorisation.
- la loi ne lie pas expressément autorisation et financement mais il sera très difficile en pratique à une ARS de refuser de financer un programme dont elle aurait attesté de la pertinence¹⁰⁶;
- l'exigence de se conformer à un cahier des charges peut conduire à écarter certains programmes qui sont aujourd'hui financés. Mais l'on peut penser que la réaction de la majorité des promoteurs de programmes sera de se conformer aux normes quitte à demander des moyens supplémentaires. La procédure d'autorisation conduira par ailleurs certains établissements, aujourd'hui non financés, à demander l'autorisation pour revendiquer un financement. La procédure devrait au total se traduire par une augmentation des dépenses.
- le souci d'efficacité des programmes (cf. supra) et de maîtrise de cet effet inflationniste exige de cibler les bénéficiaires de l'éducation thérapeutique : les programmes doivent être orientés vers les personnes les plus en difficultés pour prendre en charge leurs maladies et les plus à risque de voir se développer des complications. Le cahier des charges de l'éducation thérapeutique devrait donc comporter des prescriptions sur le mode de recrutement des patients.
- l'ARS, de par la loi, va être amenée à autoriser tous les programmes, qu'ils soient réalisés en ville ou à l'hôpital, qu'elle en assure le financement (crédits MIG) ou que le financement provienne de sources dont, en l'état actuel de mise en œuvre de la loi HPST, l'autorité de gestion n'est pas clairement définie (DRDR, FNPEIS, FIQS, caisses d'assurance maladie)¹⁰⁷. Pour ne pas multiplier les guichets (autorisation et financement), l'ARS devrait maîtriser l'ensemble des financements. Il est, par ailleurs, préférable pour des raisons de cohérence, pour favoriser les comparaisons et les éventuelles coopérations, qu'une seule autorité ait une

¹⁰⁵ Pour les mêmes raisons, le modèle de financement des soins a été constamment affiné pour mieux prendre en compte la lourdeur des cas pris en charge et même pour intégrer la précarité, il serait paradoxal en matière d'éducation thérapeutique de retenir un tarif unique.

¹⁰⁶ Sauf à ce que les autorisations soient délivrées non seulement au regard de la conformité au cahier des charges mais aussi au regard d'une enveloppe de dépenses. Toutefois, ce ne serait pas clairement l'esprit de la loi, sans compter qu'en l'absence d'une norme de besoins, il est délicat de définir une enveloppe.

¹⁰⁷ Les moyens mobilisés par ces divers canaux pour l'éducation thérapeutique ne sont pas précisément connus. Ils sont estimés à environ 12 millions d'euros soit un montant bien moindre que les dépenses engagées à l'hôpital.

vue d'ensemble des programmes d'éducation thérapeutique de la région. Par ailleurs, il importe de pouvoir arbitrer en fonction de la qualité des programmes et de leur adaptation aux besoins des patients entre les programmes développés en ville et ceux développés à l'hôpital. Dans cette perspective, il conviendrait de constituer par agrégation des financements existants un fonds régional dédié à l'éducation thérapeutique, fongible ville-hôpital¹⁰⁸. L'éducation thérapeutique serait ainsi financée par une enveloppe spécifique hors MIG.

3.2. La précarité

En 2009, une nouvelle dotation MIG a été créée à hauteur de 100 millions d'euros pour prendre en charge les coûts de structure liés à la précarité. En effet, l'accueil de patients précaires exige de mobiliser des moyens matériels et surtout humains supplémentaires (assistantes sociales, psychologues, interprétariat, formateur et même, selon l'étude de référence¹⁰⁹, personnels de surveillance et de gardiennage). Ces coûts structurels liés à la précarité sont distincts des surcoûts au titre des soins induits par l'accueil de personnes précaires (allongement de la DMS principalement...).

Cette dotation a été calibrée à partir d'une étude sur les coûts liés à la précarité mais sans pour autant que le montant de 100 millions puisse être précisément justifié¹¹⁰. Elle a été financée à partir de l'enveloppe consacrée aux soins facturés en T2A par une réfaction opérée sur l'ensemble des tarifs.

Elle a été attribuée aux établissements sur la base des données disponibles dans les fichiers de l'assurance maladie soit à partir de la proportion des séjours de personnes bénéficiant de la CMU, de la CMUC, de l'AME et de l'AMESU¹¹¹. Elle est répartie entre les secteurs ex DG (95 millions) et le secteur ex OQN (5 millions). Pour éviter le saupoudrage, la dotation des établissements n'est pas proportionnelle aux effectifs de personnes précaires mais obéit à un double plancher (la dotation doit représenter au moins 40 000 euros et un pourcentage minimum de la base tarifaire).

La mission a rencontré des établissements au moment où les dotations venaient d'être notifiées sans que l'algorithme de calcul n'ait été diffusé. Elle a pu mesurer combien cette opacité sur l'algorithme de calcul était préjudiciable (énergie mobilisée par tous les acteurs pour essayer de reconstituer la logique des dotations, sentiment d'injustice et d'incompréhension de certains établissements qui n'avaient pas bénéficié de la dotation notamment du fait des planchers minimaux, incompréhension des ARH et donc difficulté pour soutenir et expliquer des mesures dont elles ne comprenaient pas la logique). Depuis, à la demande des fédérations hospitalières, une information a été diffusée sur l'algorithme sans que celles-ci considèrent pour autant que toutes les incertitudes aient été levées. Il n'en reste pas moins qu'il est de bonne gestion d'explicitier dès l'origine les paramètres utilisés pour répartir les dotations sauf à nourrir les suspicions. La mission recommande donc une plus grande transparence sur les algorithmes des dotations MIG.

¹⁰⁸ Nous ne faisons que reprendre la recommandation n°21 "L'ARS sera le financeur unique régional de l'éducation thérapeutique du patient" du rapport de C. Saout, B. Charbonnel, D. Bertrand : Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient", septembre 2008.

¹⁰⁹ ALTAO Impact de la précarité sur les coûts d'hospitalisation 10/12/2008.

¹¹⁰ Idem

¹¹¹ Ces données sont aisément accessibles mais on peut leur reprocher de ne pas rendre compte des multiples dimensions de la précarité. Voir Maric M. Gregoire E. Leporcher L. La prise en charge des populations dites précaires dans les établissements de soins. DREES, Document de travail, n°81, novembre 2008.

Le principe de financement de cette MIG est de nature radicalement différente des MIG traditionnelles. Pour ces dernières, en effet, la dotation se construit théoriquement à partir de dépenses identifiées (ou du moins identifiables) supportées par l'établissement pour assurer la mission d'intérêt général considérée. Dans le cas de cette dotation précarité, on suppose que la fréquentation par des précaires s'est traduite par une mobilisation de moyens supplémentaires que l'on compense à l'établissement sans que celui-ci n'ait à en justifier¹¹².

Cette nouvelle dotation s'ajoute à des crédits MIG traditionnels (financement des dépenses identifiables) tournés vers la prise en charge de la précarité : les crédits consacrés aux permanences d'accès aux soins et à la santé (PASS) (41 M€) et aux psychologues et assistantes sociales dans les services prévus par les plans nationaux de santé publique (53 M€). Ces crédits tournés vers un objet similaire n'ont pas été pris en compte dans le calibrage et la répartition de la dotation précarité.

Cette modalité nouvelle de calibrage d'une dotation MIG se justifie certainement par l'urgence d'apporter un appui aux établissements qui reçoivent une forte proportion de patients précaires ainsi que par la difficulté à distinguer dans les moyens des établissements ceux dont la mobilisation est directement liée à une sur fréquentation par des patients en situation de précarité.

Il n'en reste pas moins que cette manière de financer les surcoûts structurels liés à la précarité pose divers problèmes : caractère arbitraire tant de l'enveloppe retenue que de sa répartition entre ex DG et ex OQN¹¹³, effets de seuil, divergence éventuelle entre les moyens présumés par le modèle et les moyens effectivement mobilisés¹¹⁴.

Il conviendrait donc, au moins, de tester la pertinence du modèle en vérifiant que les établissements bénéficiaires de la dotation font apparaître des ratios personnels visés par le modèle (cf. supra)/recettesT2A significativement supérieurs à la moyenne. Ces études pourraient permettre de recalibrer progressivement le modèle. Elles pourraient éventuellement, à terme, aboutir à un dispositif où les ARS financent les moyens supplémentaires engagés au-delà d'une norme moyenne en fonction des surcoûts effectivement engagés par les établissements et après avoir vérifié la pertinence de cette mobilisation de moyens supplémentaires.

La mise en place de cette dotation ne règle pas, ce n'est d'ailleurs pas son objet, l'autre dimension des surcoûts liés à la précarité : les surcoûts de soins, surcoûts approchés le plus souvent par l'allongement de la DMS.

Comme l'indique le comité d'évaluation de la T2A : "si les études disponibles suggèrent que le surcoût global lié à la prise en charge de la précarité est limité, il est nécessaire de les approfondir"¹¹⁵. La difficulté réside notamment dans le repérage des patients précaires dont on peut penser qu'ils ne se limitent pas aux patients bénéficiaires de l'AME, de la CMU ou de la CMUC. La DREES devait produire pour la mi-2009, une étude où les patients précaires étaient repérés à partir de plusieurs dimensions de la précarité. La difficulté de telles études réside dans la lourdeur du recueil des données pertinentes auprès des patients. Les résultats n'étaient pas disponibles lors de la rédaction du rapport.

¹¹² Le changement de méthode est tel que certains établissements ont compris dans un premier temps qu'il leur revenait de recruter ou de mobiliser des moyens à hauteur de la dotation qui leur était allouée. Les ARH ont dû leur préciser que cette dotation avait vocation à compenser des charges qu'ils devaient subir d'ores et déjà, et qu'ils ne devaient aucunement considérer cette dotation comme le financement de moyens supplémentaires.

¹¹³ A partir des mêmes critères d'appréciation de la précarité, soit les patients CMU, CMUC, AME, il apparaît que le taux de séjours de personnes précaires sur la totalité des séjours s'établit à 10,7% dans le secteur ex DG contre 7,3% dans le secteur public, ces taux questionnent la répartition de l'enveloppe en 95/5.

¹¹⁴ Un hôpital ou une clinique qui feraient le choix de sous dimensionner ces moyens sociaux se voient avantagés par le modèle au détriment des patients précaires qu'il accueille.

¹¹⁵ DREES Second rapport du comité d'évaluation de la T2A. Document de travail n°94. Les études de référence évoqués sont : Mathy C. Bensadon M. "Impact de la prise en charge de patients en situation de précarité sur les hospitalisations de court séjour", DHOS/mission PMSICTIP décembre 1999; CNAMTS "La précarité a-t-elle un impact sur la durée et le coût des séjours hospitaliers" 2008, J. Holstein et coll. "Lien précarité-durée et complexité des séjours hospitaliers en secteur de court séjour" Revue d'épidémiologie et de santé publique 57 (2009) 205-211.

3.3. *La permanence des soins*

Dès lors que les coûts de la permanence des soins sont supportés par les établissements sans qu'y correspondent nécessairement des prestations facturables en T2A, il est logique que ces coûts soient pris en charge par une dotation MIG¹¹⁶. Une nouvelle dotation MIG a été créée en 2009 pour les prendre en charge. Cette dotation vise à compenser les coûts liés aux gardes sur place et aux astreintes à domicile des personnels médicaux.

Cette dotation relative à la permanence ne couvre pas l'ensemble des surcoûts liés à la permanence des soins. Il est prévu d'intégrer en 2010 les coûts liés à la permanence des paramédicaux.

Le montant de la dotation nationale a été estimé à partir de deux sources. Une enquête nationale a été menée auprès de l'ensemble des établissements de santé. Il leur a été demandé de recenser leurs lignes de gardes et d'astreintes par discipline, selon le statut du médecin et en distinguant les lignes qui relèvent de la continuité des soins de celles qui relèvent de la permanence. Cet exercice a permis de valoriser au niveau national l'activité de permanence médicale. Par ailleurs, l'exploitation des données de la comptabilité publique a permis d'approcher les paiements liés aux gardes et astreintes et donc à la permanence des soins.

Sur la base de ces deux approches, convergentes selon la DHOS, une enveloppe nationale de 760 millions en année pleine a été arrêtée. Ce montant a été "débasé" des tarifs pour dégager l'enveloppe nationale de permanence des soins. Les enveloppes régionales ont été constituées en affectant à chaque région, une dotation MIG correspondant à la perte globale liée au "débasage" des tarifs, pour l'ensemble des établissements ex-DG de la région. La même procédure a été utilisée pour constituer les enveloppes par établissement. Cela aboutit à doter chaque région, chaque établissement d'un enveloppe permanence des soins qui représente une proportion égale de son activité T2A.

Il a été proposé aux ARH de conserver 10% de l'enveloppe régionale et de ne déléguer aux établissements que 90%. Cette marge de manœuvre régionale doit servir de support pour une rationalisation de l'organisation de la permanence des soins.

Les enveloppes de permanence des soins des régions et des établissements (même dans l'hypothèse où elles auraient été déléguées à 100%) ne correspondent donc pas au coût de la permanence des soins pour les régions et les établissements, mais à la perte de revenu qu'ils (elles) ont subi du fait du "débasage" des tarifs. Ce mode de constitution des enveloppes entraîne une incompréhension de la part des établissements. Dans la mesure où les crédits MIG ont vocation en règle générale à compenser les coûts de la mission concernée, les établissements rapprochent la dotation permanence des soins de leurs dépenses de permanence et s'étonnent de l'écart avec d'autant plus de vigueur qu'il est négatif (bien évidemment, le dispositif doit créer des gagnants moins diserts sur l'effet d'aubaine lié à la procédure)¹¹⁷.

On pourrait considérer que cette tension sur certains budgets (ceux pour lesquels la dotation permanence est inférieure aux dépenses) conduira les établissements concernés à rationaliser leur permanence des soins. Mais le dispositif ne donne aucune garantie que les tensions sur les budgets soient localisées dans les établissements où il est opportun de réduire la permanence des soins. La permanence des soins va donc devenir une mission supplémentaire pour laquelle les établissements vont se retourner vers les ARH pour exiger une mise à niveau des crédits MIG.

¹¹⁶ En toute rigueur, pour les patients accueillis et traités dans le cadre de ces permanences, on peut considérer que l'hôpital, surtout dans l'hypothèse où la permanence s'effectue sous forme de garde, est sur financé dans la mesure où le coût du temps médical intégré dans le GHS est par ailleurs financé par la dotation de permanence. L'ampleur de ce sur financement dépend de l'activité facturée effectivement réalisée pendant les gardes.

¹¹⁷ Nous avons rencontré les établissements entre mai et juillet 2009 soit au moment où les enveloppes permanence des soins venaient de leur être notifiées, l'incompréhension était alors vive. La situation s'est peut-être améliorée depuis.

Par ailleurs, dès lors que la permanence des soins est incluse dans les crédits MIG, les établissements n'ont plus d'incitation à la rationaliser. Avant le passage en MIG, réduire les moyens consacrés à la permanence se traduisait par des économies qui leur permettaient d'améliorer leur situation financière. Depuis le passage en MIG, réduire les permanences diminue seulement le montant qu'ils peuvent espérer au titre des MIG, sans effet bénéfique pour les finances de l'établissement. L'absence d'incitation pour les établissements est d'autant plus problématique que la permanence des soins est difficile à rationaliser dans la mesure où elle constitue un élément de la rémunération –parfois notable- des praticiens¹¹⁸.

En ce qui concerne, l'attitude des ARH par rapport à cette nouvelle MIG, trois sur les cinq visitées avaient conservé les 10% et avaient engagé un dialogue avec les parties prenantes pour aboutir à une rationalisation de la permanence des soins. Il est trop tôt pour se prononcer sur le résultat de ces démarches. Il est à noter que deux ARH n'avaient pas choisi d'utiliser ce levier pour favoriser une rationalisation de la permanence des soins.

A partir de ce constat, la mission recommande, pour les autres éléments de la permanence des soins, de procéder à une rationalisation préalable (et non postérieure) au "débasage" des tarifs et au passage en MIG. Il s'agit d'une part d'éviter de distribuer des dotations qui ne correspondent pas aux dépenses (situation qui alimente les tensions entre établissements et ARH autour de la question des MIG) et d'autre part de préserver les incitations pour les établissements à procéder à de telles rationalisations (il faut que les établissements aient au moins un intérêt financier à la rationalisation).

3.4. Les unités de consultation et de soins ambulatoires pour les personnes détenues

Les unités de consultations et de soins ambulatoires pour les personnes détenues (UCSA) implantées en milieu pénitentiaire et rattachées à un service hospitalier MCO peuvent bénéficier d'un financement MIGAC. Outre une activité de consultations pour les détenus, ces structures assurent les actes de biologie, de radiologie, de kinésithérapie, les soins dentaires, les prestations de prévention, le suivi des personnes en quartier d'isolement et en quartier disciplinaire, le respect des règles d'hygiène, les soins psychiatriques courants ainsi que les actions de prévention et d'éducation pour la santé¹¹⁹. En 2008, la dotation MIG des UCSA s'est élevée à 142.5 M€

Le dispositif national préconisé par la DHOS pour le financement des UCSA dans le cadre des MIG recommande aux ARH de tendre vers une attribution de moyens qui soit forfaitaire selon les capacités d'accueil des établissements pénitentiaires pris en charge¹²⁰.

La DHOS recommande que soient recueillis et analysés des indicateurs d'activité qui ont été définis avec les professionnels concernés, des indicateurs de besoins et les moyens dont disposent les UCSA pour accomplir leurs missions. Les indicateurs d'activité à prendre en compte portent essentiellement sur le nombre d'actions collectives d'éducation pour la santé et sur certaines procédures de prise en charge : nombre de consultations médicales (spécialisées et généralistes) et dentaires réalisées, nombre d'examen systématiques des personnes détenues « entrantes », nombre d'entretiens avec un psychologue, d'actes infirmiers. Les indicateurs de besoins sont des critères indirects ; la DHOS préconise que soit pris en compte la capacité théorique à savoir le nombre de places en établissement.

¹¹⁸ L. Chambaud, M. Khennouf, C. Lannelongue, P. Mordelet, E. Duhesu, L. Geoffroy. Enquête sur la rémunération des médecins et des chirurgiens hospitaliers. Rapport IGAS n°RM 2008-147P

¹¹⁹ Les personnes détenues bénéficient systématiquement d'une affiliation au régime général de l'assurance maladie qui doit être prise en charge par l'administration pénitentiaire. Le financement par la dotation MIGAC ne doit couvrir que les surcoûts non financés par les recettes d'activité (consultations, examens complémentaires...). Les activités d'hospitalisation relèvent d'une autre MIG (UHSI) ou d'une autre source de financement (UHSA).

¹²⁰ Une structure de base constituée d'1,3 ETP de PH, de 4 ETP d'IDE, de 0,6 ETP de préparateur en pharmacie, de 0,8 ETP de secrétariat doit pouvoir prendre en charge entre 70 et 200 détenus et doit être financée à hauteur de 456 000 €. En deçà de 70 places, un demi-forfait doit être alloué. Au-delà de 200 places, le forfait de base est alloué au prorata de la capacité de l'établissement.

Pour ce qui concerne le financement des unités, outre les données relatives aux moyens en personnel (médecin, infirmier, préparateur en pharmacie, psychologue, secrétaire...)¹²¹, doivent également être pris en compte l'ensemble des charges (de titre 1, 2, 3 4 ou indirectes) et des recettes de l'établissement (tickets modérateurs relevant de l'administration pénitentiaire et de la CMUC, financement MIG ou autres).

Le dispositif tel qu'il est défini par la DHOS constitue un progrès important. Il induit, au sein des UCSA, le recueil d'indicateurs homogènes sur l'ensemble du territoire. Il donnera aux équipes une opportunité supplémentaire d'interroger les activités qu'ils réalisent et la qualité de leurs pratiques. L'ensemble des données collectées devrait permettre aux unités concernées, à leurs tutelles (établissements de santé auxquels elles sont rattachées et ARH) ainsi qu'à l'administration pénitentiaire de disposer d'éléments d'analyse relatifs aux prestations réalisées au regard des besoins présumés des personnes détenues, et de rapporter cette activité aux moyens dont disposent les structures de prise en charge.

Des études comparatives pourront être menées entre établissements : en particulier l'analyse de la réponse apportée aux besoins (en comparant population concernée et activité réalisée) et l'évaluation de l'activité dans chaque unité rapportée aux moyens disponibles dans l'UCSA¹²².

L'application des recommandations nationales devrait garantir une plus grande transparence et une répartition équitable des ressources disponibles entre UCSA.

L'aboutissement de la mise en œuvre du financement forfaitaire harmonisé entre UCSA est attendu pour 2010¹²³. Toutefois, le dispositif comporte aujourd'hui des insuffisances notables dans sa mise en œuvre mais également dans sa conception.

Les ARH rencontrées disposent des données nécessaires à la bonne gestion de cette MIG, mais elles n'en ont pas encore tiré tous les enseignements. L'activité de prise en charge paraît assez peu homogène, voire très hétérogène, selon les structures et les prestations quand on compare des établissements pénitenciers dont les besoins sont a priori comparables. Il en est ainsi que l'on compare des indicateurs de service rendu médical, de santé publique ou des indicateurs de productivité. Ainsi¹²⁴, le nombre d'actes de dépistage du VIH ou du virus de l'hépatite chronique C (VHC) (qu'ils aient été réalisés par l'UCSA ou le CDAG local) peut varier respectivement d'un facteur 2.6 et 3.6 (1 pour 2.5 entrants en moyenne vs 1 pour 6.4 entrants pour le VIH, et 1 pour 3 vs 1 pour 10.8 entrants en moyenne pour le VHC) dans une région. Le nombre de consultations médicales rapporté au nombre de places peut varier d'un facteur 1.7 (6.5 vs 13.9) mais celui par entrants d'un facteur 3.3 (1.6 vs 5.3). Dans une autre région, le nombre de consultations médicales varie d'un facteur 1 à 3, et celui des consultations non médicales d'un facteur 1 à 2. Le nombre de consultations médicales (C+CS) rapporté au nombre de médecins (ETP) peut varier d'un facteur 2.8 (1546 vs 4307). Le nombre d'actes infirmiers rapporté au nombre de détenus peut varier, selon les établissements, d'un facteur 1.7 (2832 vs 4828), ou 5.8 (1887 vs 10950)¹²⁵.

Ces variations rendent nécessaires des études de comparaison plus poussées qui tiennent compte des spécificités de l'organisation et des conditions de fonctionnement de ces unités dans la mesure où un socle fixe de présence médicale et paramédicale est nécessaire dans les UCSA pour assurer une continuité des soins pour les personnes détenues. Et dans la mesure où de surcroît, l'activité des UCSA est dans une large part déterminée par les conditions d'organisation de leur lieu d'implantation et notamment de l'organisation de l'accès des détenus à ces unités qui dépend de l'administration pénitentiaire.

¹²¹ Moyens disponibles qui dans certains cas sont théoriques du fait de difficultés locales de recrutement.

¹²² Ces analyses souffriront de faiblesses méthodologiques compte tenu notamment des différences entre établissements et populations qui y sont détenues. Il n'en demeure pas moins qu'elles devraient contribuer grandement à améliorer la transparence et à permettre une répartition équitable des ressources disponibles.

¹²³ Une mise en œuvre progressive était préconisée par la DHOS sur trois ans dans la deuxième édition de son guide méthodologique en juin 2007.

¹²⁴ Données 2007 ou 2008 selon les régions.

¹²⁵ Certaines comparaisons doivent prendre en compte les difficultés liées à l'offre, notamment en ce qui concerne les actes dentaires.

La répartition des moyens dédiés dans les différentes structures ne semble pas encore suffisamment homogène et certaines UCSA disposent de crédits MIG en deçà des besoins théoriques reconnus nationalement¹²⁶. Une plus grande standardisation entre besoins, activités et moyens doit donc être recherchée¹²⁷.

Mais, au-delà des constatations sur la gestion insuffisante de cette MIG par les ARH, il faut s'interroger sur son modèle de financement.

Si l'approche forfaitaire paraît intéressante pour une juste répartition de l'enveloppe dédiée à cette MIG, des améliorations sont possibles.

L'indicateur de besoin préconisé par la DHOS, le nombre de places par établissement pénitentiaire, ne paraît pas approprié. Il semble préférable de bâtir ce modèle à la fois à partir du nombre de personnes détenues pour prendre en compte la surpopulation carcérale¹²⁸ et en tenant compte du nombre annuel d'entrants dont l'examen systématique est une obligation réglementaire. Il convient surtout de faire une distinction selon le type de détenus dont la situation sanitaire varie grandement. Une façon de prendre en compte cette différence, certes indirecte mais qui semble constituer une piste pertinente, serait de distinguer les différentes catégories d'établissements (centre de détention, centre pénitentiaire et maison d'arrêt) et de chercher à définir avec les professionnels du secteur un ratio pertinent entre établissements.

Compte tenu des caractéristiques de l'exercice médical en milieu pénitentiaire, les aspects éthiques et les pratiques professionnelles doivent donner lieu à certains engagements de la part de l'établissement de santé de rattachement (groupe de réflexion, action de formation des personnels...). Ces éléments devraient être répertoriés et pourraient être pris en compte par les ARH. De même, les interventions relatives à la préparation de la prise en charge sanitaire des personnes détenues à leur sortie devraient être favorisées¹²⁹.

Enfin, la mission attire l'attention sur les limites du financement actuel dans la mesure où on ne peut garantir que le niveau global des montants consacrés aux UCSA est suffisant pour répondre aux besoins de cette population. Certes la modélisation opérée par la DHOS correspond à un financement global proche du financement actuel (et des données issues d'ARBUST MIGAC 2007), mais, comme on l'a vu, le modèle ne tient pas compte des effectifs réels. Au-delà d'une meilleure répartition de l'enveloppe, les comparaisons activité-moyens entre unités devraient alimenter la poursuite de la réflexion avec les professionnels sur la définition d'une norme de besoins et d'activités concernant la prise en charge dans les UCSA.

3.5. Les plans de santé publique

Les établissements de santé participent à la mise en œuvre des plans et programmes de santé publique initiés par le gouvernement. Leurs actions se sont articulées ces dernières années essentiellement autour de l'accompagnement du vieillissement de la population, de l'amélioration de la qualité des soins et de la qualité de vie des patients (meilleure prise en charge des patients atteints de cancer, accès à l'éducation thérapeutique, développement des soins palliatifs, lutte contre la douleur, contre les addictions...), de l'optimisation des filières de soins (urgences notamment), et de l'accès aux soins pour des populations spécifiques (personnes en situation de précarité, prise en charge médicale des personnes détenues, des personnes atteintes de maladies rares ...).

¹²⁶ A l'inverse, mais cela semble peu fréquent, les financements dépassent la somme forfaitaire préconisée par la DHOS.

¹²⁷ A noter que certains établissements ne factureraient pas et/ou ne seraient pas payés par l'administration pénitentiaire au titre du ticket modérateur.

¹²⁸ En distinguant dans la mesure du possible centre de détention, centre pénitentiaire et maison d'arrêt car les populations détenues et leurs besoins sanitaires différents.

¹²⁹ Certaines régions en financent mais de façon non pérenne, dans le cadre d'un plan régional de santé.

L'implication des établissements a été soutenue financièrement pour les actions relevant de la médecine-chirurgie-obstétrique à la fois par les tarifs et par des dotations dans le cadre de missions d'intérêt général. En 2008, les différentes mesures inscrites dans les plans de santé publique déployées en établissements ont bénéficié de 449 M€ dont 202 M€ en dotations fléchées (le reste en tarifs), et respectivement de 390 et 136 M€ en 2009. Le financement de ces plans a constitué l'une des principales sources de progression de l'enveloppe MIG.

Les crédits alloués dans le cadre des plans de santé publique en dotation MIG ont été fléchés dans les circulaires tarifaires de campagne selon des modalités variables laissant une plus ou moins grande marge de manœuvre aux ARH. La répartition des financements a pu dans certains cas utiliser le critère « population générale », mais ce critère n'a pas été celui utilisé en routine en matière de répartition des financements entre régions. Les financements ont été répartis le plus souvent en fonction des objectifs des différents plans et sur la base d'enquêtes de besoins, notamment lorsqu'il s'est agi d'assurer une couverture sur tout le territoire. L'objectif visé par la DHOS a alors été de cibler les zones blanches que les mesures nouvelles du plan allaient permettre de couvrir ou de cibler les zones sous-équipées.

Ainsi, selon les plans les ARH ont pu disposer d'une enveloppe régionale pour une année donnée pour un plan donné afin de financer une ou plusieurs missions en rapport avec le plan. Ailleurs, les ARH ont reçu une enveloppe régionale ciblée sur une MIG, ou des crédits ciblés sur une MIG et sur certains établissements ayant théoriquement été retenus dans le cadre d'appels d'offres. Dans la pratique, les ARH ont eu la possibilité de donner aux établissements un montant différent (inférieur ou supérieur) : plus par exemple si elle en a fait une priorité régionale, notamment en ayant recours à leur crédits AC, ou à l'inverse moins en cas de ressources locales insuffisantes pour développer l'activité ou de besoins qu'elle estime déjà couverts.

Pour ce qui concerne plus particulièrement les financements dédiés à la lutte contre le cancer, plusieurs éléments expliquent la difficulté d'en faire une évaluation précise. Plusieurs types d'actions ont été financés par différentes enveloppes au cours des campagnes successives : renforcement des équipes médicales pour la prise en charge des adultes ou des enfants, renforcement des équipes ou des équipements des pharmacies à usage intérieur pour assurer le bon usage (préparation, traçabilité) des chimiothérapies, crédits fléchés pour la radiothérapie, pour l'oncogénétique, pour le développement des tumorothèques et de centres de données en support à la recherche, pour l'utilisation des molécules particulièrement onéreuses, pour financer le recours aux actes de biologie et d'anatomo-pathologie hors nomenclature, la lutte contre la douleur, le dépistage, la psycho-oncologie. De surcroît, leur mise en œuvre dans les différents établissements a suivi des dynamiques et des chronologies très différentes.

La mission s'est focalisée, dans les 5 régions analysées, sur les conditions de financement des centres de coordination en cancérologie (3C), responsables notamment des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) et la mise en place du dispositif d'annonce.

L'estimation des besoins a fait le plus souvent défaut. Lorsqu'elle a été réalisée, elle s'est fondée sur une estimation de la file active à partir des données croisées du PMSI (données de chirurgie, de chimiothérapie et de radiothérapie). Ailleurs, les ARH ont cherché à concilier cohérence avec le SROS, logique de répartition territoriale et capacités locales des établissements.

Certains établissements sont en situation de suivre les crédits attribués dans le cadre d'un financement MIG à travers leur comptabilité analytique et l'affectation directe des charges par unité fonctionnelle (UF). Mais ce suivi n'existe que pour certains plans¹³⁰. Les chargés de mission des ARH quant à eux, suivent lors de bilans annuels l'utilisation des crédits et l'activité réalisée grâce à la remontée d'informations provenant des établissements, ou via des enquêtes, des contacts directs avec les équipes médicales ou, le cas échéant, des visites sur place. La mission, pour juger la réalité de l'affectation des dotations, a vérifié la concordance des données chiffrées (portant notamment sur le personnel dédié) fournies par les ARH et les établissements.

Les indicateurs d'activité attendus des établissements sont similaires ou en tout cas comparables dans les différentes régions. Toutefois, les données collectées et remontées dans les ARH sont assez peu homogènes et incomplètes dans chacune des régions étudiées. Comme déjà indiqué, la majorité des ARH ont insuffisamment utilisé ces données comme outils de gestion dans leur dialogue avec les établissements et comme éléments de comparaison entre établissements.

Aussi, peut-on être raisonnablement rassuré sur la dévolution des financements de cette MIG, mais les conditions de sa gestion demeurent insatisfaisantes. On ne dispose pas d'éléments permettant de définir un bon calibrage théorique des moyens nécessaires à ces activités. On ne peut garantir que les besoins sont couverts, que les ressources dévolues sont bien dimensionnées et leur utilisation optimisée.

Ce constat ne remet pas en cause le financement de ces activités par une dotation spécifique car cela a permis de les initier et de les développer dans de nombreux établissements.¹³¹ Il convient toutefois aujourd'hui de mieux utiliser les outils disponibles, de rendre la contractualisation effective, en particulier vis-à-vis des établissements qui s'avèreraient les moins actifs compte tenu des moyens qui leur ont été octroyés.

Un transfert de financement de l'enveloppe MIG vers les tarifs des GHM concernés est prévu pour 2010 pour les établissements pratiquant au moins deux activités de soins (entre chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie). Cette évolution, aux yeux de la mission, ne devrait intervenir qu'à deux conditions :

- lorsqu'il sera établi que les activités attendues (les procédures ayant fait l'objet de financement) auront bien été intégrées dans la pratique quotidienne des établissements (ce qui paraît être en bonne voie pour ce qui est de ces actions en cancérologie) ;
- lorsque le niveau de productivité des établissements sera jugé suffisant et comparable d'un établissement à un autre pour éviter tout effet d'aubaine pour les moins actifs ou une pénalisation pour les plus mobilisés. Ce n'est pas le cas aujourd'hui.

¹³⁰ Pour les plans à caractère plus transversal, beaucoup d'établissements suivent les moyens mis en œuvre, en particulier l'engagement des dépenses de titre 1 dans un tableau des effectifs.

¹³¹ Même si certains établissements ont souligné les ambiguïtés de la procédure des crédits fléchés de santé publique. L'ARH les « oblige » à renforcer les effectifs de certains services attributaires de crédits fléchés alors même que, dans le cadre des redéploiements exigés par la situation financière de l'établissement, la direction considère que le service n'a pas besoin de moyens supplémentaires.

3.6. *Equipes mobiles de gériatrie – Equipes mobiles de soins palliatifs*

Les équipes mobiles de gériatrie financées par une dotation MIG ont théoriquement une double vocation interne et externe à l'établissement dont elles dépendent. Au sein de l'établissement elles ont une fonction de conseil, mais qui ne doit pas se limiter à informer et former les équipes soignantes. Elles doivent apporter une aide en matière d'évaluation (des besoins des malades), de prise en charge médicale (essentiellement diagnostique et thérapeutique) et d'orientation des personnes âgées (pour assurer une plus grande fluidité de leur parcours et participer à l'organisation de leur sortie). Elles interviennent dans les unités de soins et aux urgences. De surcroît, leur intervention s'inscrit dans une logique de filière qui doit les amener à intervenir en amont ou en aval de l'hospitalisation en dehors de l'établissement mais aussi dans les structures membres ou partenaires de la filière dans son ressort territorial (autres établissements de santé dont les hôpitaux locaux, EHPAD, HAD, CLICs, réseaux de santé...).

Les critères de jugement retenus par les ARH concernant le service rendu par ces équipes varient selon les régions. Certaines suivent les indicateurs de la circulaire DHOS/02 n° 2007-117 : nombres d'évaluations réalisées, taux de ré hospitalisations (précoces) non programmées. D'autres vont plus loin en demandant également que soient répertoriés le nombre de passages évitables aux urgences, le raccourcissement de la durée moyenne de séjour ou l'indice de satisfaction des urgentistes. D'autres, à l'inverse, n'ont pas précisé ce qu'elles attendaient.

Dans les faits, l'intervention des équipes s'avère extrêmement variable selon les équipes, les établissements où elles sont installées et leur lieu d'implantation géographique. Cette variabilité peut s'expliquer par l'imprécision des recommandations de la tutelle¹³². Elle peut également correspondre à la souplesse nécessaire pour répondre aux besoins locaux. Mais, en toute hypothèse, elle ne facilite pas l'évaluation comparative de ces équipes. D'autant que là encore les recommandations de la DHOS ne sont pas suffisamment précises¹³³.

En pratique, les données d'activité remontées des établissements aux ARH sont très incomplètes et on ne dispose toujours pas de données comparatives suffisantes pour en tirer des enseignements en matière de besoins, d'organisation cible ou des conclusions en matière de financement. Ce constat est d'autant plus décevant qu'un précédent rapport de l'IGAS avait souligné l'insuffisance de l'évaluation de ces structures¹³⁴ et, qu'entre temps les montants qui leur ont été consacrés ont été croissants¹³⁵.

Le constat concernant les équipes mobiles de soins palliatifs¹³⁶ est assez similaire au précédent : variabilité du périmètre de leurs missions, du profil type de constitution des équipes et de la mesure de leur activité¹³⁷. Ces éléments devraient être modélisables au regard notamment de la circulaire « soins palliatifs », mais ne constituent pas à ce jour une référence opérationnelle pour les ARH.

Pour ce qui concerne le financement de ces équipes, si l'on considère leur développement comme souhaitable mais non prioritaire, il paraît pertinent de les financer à partir des initiatives des établissements.

¹³² Le guide méthodologique de contractualisation des MIGAC élaboré par la DHOS recommande de privilégier les patients hospitalisés et de n'intervenir auprès de consultants externes qu'à titre subsidiaire alors que la circulaire DHOS/02 n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques ne fait pas cette distinction.

¹³³ Le guide méthodologique préconise le « suivi annuel des patients pris en charge tant en hospitalisation qu'en consultation ».

¹³⁴ Rousseau AC, Bastianelli JP « Les équipes mobiles gériatriques au sein de la filière de soins » IGAS, janvier 2005.

¹³⁵ Entre 2005 et 2008, les crédits MIG correspondants sont passés de 17.8 M€(hors AP-HP) à 49.6 M€ Ils ont augmenté de 65% en PACA entre 2005 et 2009, passant de 3.17 M€ à 5.23 M€, et de 76.5 % entre 2005 et 2008 en Nord-Pas-de-Calais

¹³⁶ En 2008, leur dotation MIG s'est élevée à 101.9 M€

¹³⁷ Le flou concernant leur activité de formation (multiplicité des sources de financement, absence de labellisation de leur qualité) mérite toutefois une attention particulière.

Si au contraire il apparaît qu'il faut généraliser cette forme d'intervention et garantir une couverture homogène des territoires, il faut fournir une enveloppe normée aux ARH pour qu'ils suscitent et accompagnent les initiatives pertinentes. Pour pouvoir fixer une telle enveloppe normée, il faut pouvoir s'accorder sur les champs d'actions, les modalités d'intervention des équipes, sur un niveau d'intervention souhaitable et sur la valorisation de cette intervention.

Dans un premier temps, devant la difficulté de définir précisément une norme de besoins, une allocation forfaitaire pourrait être retenue, fixée à partir d'une étude de coûts moyens dans certains établissements. L'importance du forfait pourrait varier en fonction de la taille de leur établissement de rattachement¹³⁸, et de l'importance de la population âgée dans leur aire d'intervention externe.

3.7. Actes hors nomenclature

3.7.1. Un dispositif opaque et inégalitaire entre établissements

L'objet de cette MIG est de contribuer au financement des actes innovants, essentiellement en biologie et en anatomo-pathologie, ne figurant pas à la nomenclature des actes de biologie médicale (NABM) ni à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) et qui, de ce fait, ne sont pas pris en charge dans le cadre des tarifs de GHS.

L'enveloppe¹³⁹ a été définie en 2005 : les établissements, sur la base de l'estimation de leurs dépenses telle qu'elle ressortait du retraitement comptable de 2003, ont transmis leurs coûts engagés à la DHOS. Elle s'élevait initialement à 136 M€ en 2005 hors AP-HP tous actes confondus (132,7 M€ pour les actes de biologie et d'anatomo-pathologie et 3,3 M€ pour les actes dentaires), en 2006 à 222,2 M€ et 200,9 M€ respectivement, en 2007 à 230,2 M€ tous actes confondus (actes dentaires, de biologie et d'anatomo-pathologie) et à 237 M€ en 2008.

Le dispositif finance les seuls établissements éligibles à l'enveloppe MERRI. Il s'est révélé très disparate entre établissements. Ces derniers, outre qu'ils ont plus ou moins bien fait remonter l'information, n'ont pas fait remonter la même information, les établissements n'ayant ni identifié ni valorisé de façon homogène les différents actes en question. Certains actes ont été retenus à tort par certains établissements alors que leur financement relevait des tarifs de certains GHS (par exemple des actes relevant de l'hygiène ou des vigilances hospitalières). Il est apparu également que certains établissements semblaient réaliser ce type d'actes hors nomenclature (AHN) beaucoup plus que d'autres à activité de soins a priori globalement comparable, alors que d'autres établissements avaient probablement déclaré en deçà de l'activité effectivement réalisée.

Au total certains établissements ont été très vraisemblablement sur dotés et d'autres sous dotés¹⁴⁰. Plus globalement, de fortes interrogations ont émergé sur la cohérence de l'identification des actes en question, la pertinence de ce qui était financé et le niveau de valorisation des actes financés. De surcroît, la question du transfert à la nomenclature de certains actes a été soulevée et renvoie plus globalement à la question de la gestion des entrées et des sorties de la nomenclature.

¹³⁸ Plus précisément le forfait pourrait prendre en compte le nombre annuel d'hospitalisations de personnes âgées dans l'établissement.

¹³⁹ L'enveloppe de financement pour ces actes est incluse dans la part variable de l'enveloppe MERRI dans la mesure où nombre de ces actes peuvent être considérés comme innovants ou comme ne devant pas être réalisés dans n'importe quel laboratoire. Toutefois, les particularités liées au financement de ces actes font que la mission les a dissociés de l'analyse qu'elle a effectuée des MERRI, focalisée sur le financement de l'enseignement et de la recherche.

¹⁴⁰ Notamment sur la base d'études locales de coûts.

3.7.2. Une évolution progressive vers plus de transparence, plus de cohérence et une égalité de traitement entre établissements

Le dispositif a été reconsidéré au niveau national dans le but de mieux connaître et de mieux encadrer les actes pris en compte, d'homogénéiser leur recueil et leur valorisation financière, de permettre un redéploiement de crédits entre établissements pour une plus grande égalité de traitement entre eux.

Une liste, établie de façon consensuelle à la demande de la conférence des directeurs généraux des CHU à partir des travaux des professionnels et gérée par le CHU de Montpellier, recense les actes estimés relever dorénavant de ce financement. Elle est susceptible d'évoluer chaque année.

Chaque acte s'est vu accordé une cotation propre établie par rapport à la NABM, permettant la mise en place d'une régulation « prix-volume » à partir de l'enveloppe nationale et une répartition équitable du financement entre établissements en fonction de l'activité.

Début 2009, cette liste a été diffusée aux établissements en vue de recueillir de façon homogène l'activité réalisée en leur sein tout au long de l'exercice. Le nouveau dispositif de financement devrait intervenir dès 2010. Il a volontairement été décalé par rapport à la montée en charge de la réforme des parts fixes et modulables de l'enveloppe MERRI pour atténuer l'addition d'effets revenus négatifs pour les établissements « perdants » aux deux réformes.

Des mesures ont été prévues afin de réduire les inégalités de traitement entre établissements dès 2009. Les établissements réalisant des actes HN et qui ne recevaient pas de dotation AHN peuvent se voir attribuer une majoration de 12% de leurs charges de laboratoire de biologie (pour peu qu'ils réalisent un minimum d'actes HN), les établissements déjà financés par l'enveloppe AHN voient ce financement plafonné à hauteur de 40% pour les CLCC et de 33% pour les CHU.

Toutefois, la situation actuelle n'est pas satisfaisante et le dispositif-cible comporte certaines limites.

3.7.3. Les difficultés actuelles

La mission s'est concentrée sur l'analyse de deux actes, représentatifs des actes innovants non présents à la nomenclature, fréquemment réalisés, et dont les enjeux sont importants pour les personnes malades comme pour la collectivité. Pratiqués en oncologie, ils consistent à rechercher une altération ou une mutation génétique au sein de cellules cancéreuses chez des malades atteints de cancer dont la présence – ou l'absence – permet de distinguer parmi les malades ceux susceptibles d'être répondeurs – ou non – à des thérapies particulièrement onéreuses ; la sélection des seuls malades répondeurs permettant d'éviter à la collectivité des dépenses inutiles sans perte de chance pour les malades¹⁴¹.

Les établissements concernés ont été interrogés sur le coût de ces actes au regard des financements actuels, sur leur pratique à l'égard des analyses demandées pour des patients non pris en charge par l'établissement, et sur le caractère suffisant ou non de leur valorisation dans le dispositif cible. Autant la valorisation pressentie dans le dispositif cible ne semble pas poser de difficultés aux établissements référents, autant le montant global du financement AHN actuel leur paraît insuffisant. Par ailleurs, les établissements n'ont pas de procédures pour garantir la pertinence du recours et le bon usage de ces analyses, en particulier en cas de prestations réalisées par un autre établissement.

¹⁴¹ Amplification de Erb2 avant traitement par Herceptine® chez les patientes atteintes de cancer du sein, mutation de K-Ras dans le cancer du colon métastatique avant recours à des anticorps monoclonaux anti-récepteurs à l'EGF (Erbtux® et Vectibix®).

Plus globalement, les ARH et les établissements rencontrés actuellement producteurs d'AHN financés par la MIG ont connaissance et ne remettent pas en cause le dispositif-cible pour 2010¹⁴². Ils ne discutent ni le principe de la liste, ni son contenu, ni les niveaux de valorisation respectifs des différents actes.

En revanche, les établissements qu'ils soient directement concernés (car producteurs) ou indirectement concernés (car prescripteurs ou producteurs non financés) n'ont pas tous clairement connaissance de l'impact financier du dispositif-cible sur leur établissement. Aucun des établissements rencontrés n'a contractualisé en son sein sur la question des AHN.

Les établissements rencontrés ont démarré le recueil de leur activité et font remonter l'information via le fichier FICHSUP sur la plateforme e-PMSI. Un petit nombre indique quelques difficultés de paramétrage liées à la nouvelle codification dans leur système d'information. Mais, la remontée d'information semble être plus problématique pour d'autres et l'exhaustivité ne serait pas assurée pour 2009, compromettant l'échéance de 2010.

Dans le cadre de la remontée d'information au niveau national, la DHOS recommande que seul l'établissement qui exécute les actes les comptabilise. Seul cet établissement sera financé qu'il produise pour lui-même ou pour un prescripteur extérieur. Or les pratiques des établissements au regard de la demande externe de réalisation d'AHN ne paraissent ni transparentes, ni homogènes dans les différentes régions. Certains établissements facturent à l'établissement demandeur, d'autres pas.

Enfin, la connaissance et la mise en œuvre par les ARH des dispositions prévues pour 2009 s'avèrent inhomogènes : écrêtage et revalorisation ne sont pas appliqués partout, alors même que le dispositif a fait l'objet de critiques réitérées depuis 2005.

3.7.4. Les limites du dispositif-cible

Le dispositif-cible présente également des limites.

Le dispositif reste fondé sur du déclaratif. A ce titre, il est consommateur de temps pour les établissements. Les données recueillies sont incertaines dès lors que certains actes peuvent faire l'objet d'un double codage. Mais surtout il pose problème en termes de régulation car, s'il permet une régulation globale, il n'en est pas de même au niveau de chaque établissement.

L'enveloppe fermée permet la régulation. Mais le dispositif de régulation n'assure ni même n'incite à la qualité intrinsèque de la prestation. Il ne garantit pas non plus la pertinence du recours à l'acte¹⁴³. Le risque de mésusage ne peut être écarté. Certains établissements peuvent délibérément adopter une attitude inflationniste au détriment des autres (effet « passager clandestin »), tout recours abusif vient ponctionner la dotation au détriment de la valorisation des actes.

De surcroît, le dispositif, s'il répartit à terme de façon homogène la dotation entre établissements (en fonction de leur activité respective), ne garantit pas pour autant la justesse de la valorisation des différents actes en l'absence d'études de coûts appropriées.

La régulation concernant les actes réalisés pour l'extérieur s'avère problématique. La recommandation de la DHOS de ne pas facturer à l'établissement demandeur ou le prescripteur externe, ne met pas à l'abri d'un mésusage de la part de ces derniers dans la mesure où ils ne sont ni responsabilisés ni soumis à aucune contrainte à l'égard de l'activité et de la dépense qu'ils génèrent.

¹⁴² En revanche, le dispositif cible n'est pas toujours connu des établissements indirectement concernés car prescripteurs d'AHN ou actuellement non financés alors qu'ils en produisent.

¹⁴³ Alors que tout défaut de qualité dans le cadre de la tarification à l'activité peut se révéler contre productif par exemple si elle rallonge la durée du séjour.

En restant hors nomenclature, les actes en question ne peuvent être réalisés ou du moins pris en charge par l'assurance maladie, hors de l'hôpital public. Cet état de fait peut être justifié pour un acte innovant en phase de développement et de diffusion précoce pour encadrer son bon usage. Mais il doit interroger sur les modalités souhaitables de diffusion future. Le dispositif-cible ne doit pas comporter le risque que l'ensemble des besoins de la population ne soit pas couvert du fait d'une offre insuffisante créant dès lors une inégalité d'accès à des prestations pourtant utiles, voire impératives pour certaines d'entre elles.

3.7.5. Recommandations

Différentes mesures peuvent pallier ces insuffisances. Quatre éléments devront particulièrement être pris en compte dans le cadre du dispositif-cible :

- le choix des sites de réalisation ;
- la nécessité de procédures de bon usage au sein des établissements ;
- la bonne valorisation des actes ;
- l'édiction de règles communes concernant le financement des prestations externes.

Concernant le choix des sites de réalisation, l'identification d'un nombre limité de sites de référence et l'information des autres établissements devraient être la règle en matière d'innovation aux yeux de la mission. La question du transfert vers la nomenclature conventionnelle (NABM) de tout acte doit être posée à partir du moment où l'acte en question est considéré comme devant faire partie de la « routine » d'une pratique de prise en charge¹⁴⁴. Elle devrait toutefois demeurer contingente aux dispositions permettant le mieux d'assurer leur bon usage pour peu qu'il n'y ait pas de perte de chance en termes d'accès pour les patients.

Concernant la bonne valorisation des actes : outre l'évolution des volumes de production, les gains de productivité avec le temps devront être pris en compte¹⁴⁵, mais également le temps d'expertise nécessaire pour œuvrer à leur bon usage. Cette activité de référence peut avoir un certain impact sur l'attractivité de l'établissement et son activité de soins, induisant une valorisation indirecte des actes via la tarification des soins, mais celle-ci restera limitée compte tenu du nombre élevé de malades concernés. A l'inverse, le temps d'expertise pour garantir le bon usage de ces actes n'est pas à négliger car son impact économique potentiel est important¹⁴⁶.

Plusieurs procédures peuvent être envisagées pour œuvrer au bon usage des AHN au sein des établissements producteurs. Elles relèvent essentiellement de la communauté médicale locale : contrôle de qualité des actes au sein des laboratoires, contrôle de la pertinence du recours aux examens, de l'utilisation de l'examen dans le processus de décision thérapeutique ou de prise en charge¹⁴⁷. Pour garantir la pertinence de leurs prescriptions, des dispositifs ex ante sont envisageables : mise en place de protocoles clinico-biologiques, prescription obligatoire par un senior ou contrôlée par un senior, contrôle automatisé par un logiciel de prescriptions pour en garantir la conformité aux référentiels existants...). Des procédures ex post d'audit de bonne pratique sont également envisageables et peuvent être couplées à l'évaluation des pratiques professionnelles ou à la certification de l'établissement.

¹⁴⁴ Parallèlement à son inclusion dans la NABM, la valorisation de l'acte réalisé en établissement devra être intégrée au sein du tarif du ou des GHS correspondants.

¹⁴⁵ Des études comparant les coûts d'un même acte entre différents établissements de différentes régions devraient être prises en compte pour les actes les plus fréquents et les plus coûteux.

¹⁴⁶ Une attention particulière devra être apportée à ce point si le recours à des laboratoires de ville est envisagé.

¹⁴⁷ Ainsi la Fédération des centres de lutte contre le cancer demande aux CLCC de vérifier que la prescription d'Herceptine® chez les femmes atteintes de cancer du sein n'est effectuée qu'après avoir pris en compte le résultat de la recherche de mutation de l'expression du gène Erb1 chez ces patientes.

Pour ce qui concerne les prestations réalisées pour un prescripteur externe, pour un établissement autre que celui site de référence (qui va exécuter l'acte), la pertinence du recours à l'acte est plus difficile à assurer. L'établissement prestataire peut exercer un contrôle plus ou moins aisé sur le demandeur selon la nature de leurs relations¹⁴⁸. Le contrôle est facilité si les relations s'inscrivent dans une logique de réseau lorsque deux équipes ou deux établissements ont l'habitude de travailler ensemble, ce à quoi tend la logique territoriale à terme. Il est moins évident dans le cas contraire, du fait de l'absence d'intérêt à agir ou de contrainte particulière pour le prescripteur, et ne doit pas alors peser sur l'établissement « prestataire ». Vis-à-vis des établissements prescripteurs, un contrôle a posteriori est concevable de la part de l'ARH (de la future ARS) ou de l'assurance maladie qui devraient pouvoir comparer entre établissements comparables le recours à ce type d'actes (au prix d'un travail de recensement qui incombera nécessairement à l'établissement référent si le financement suit la réalisation de l'acte et non la prescription).

En fait, il apparaît plus légitime de faire porter la charge de la régulation au plus près de la prescription.

Une solution alternative au seul financement de l'établissement producteur serait de financer l'établissement prescripteur à qui l'établissement producteur aura facturé sa prestation. L'avantage tient à ce que l'ARH pourra alors responsabiliser l'établissement en l'obligeant à évaluer la pertinence de sa pratique. Le recueil de son activité, nécessaire à son financement, lui permettra de mesurer le volume de sa prescription et d'en évaluer grossièrement la pertinence en la rapportant à sa file active et en se comparant dans le temps ou avec d'autres établissements. Des évaluations supplémentaires pourraient être effectuées ponctuellement par contrôles externes de l'ARH ou de l'assurance maladie. Alors même qu'il comporte l'inconvénient de la charge liée à la facturation entre établissements, ce dispositif paraît devoir être privilégié.

Pierre-Louis Bras

Gilles Duhamel

¹⁴⁸ Tous les établissements producteurs rencontrés ont soulevé la question de la pertinence de la demande qui leur est adressée de l'extérieur, mais aucun n'a mis en place un dispositif permettant d'y répondre.

Annexe 1 : Personnes rencontrées ou contactées

Cabinet de Mme la ministre de la santé : Mr F. LEMAIRE

Centre national de gestion des essais de produits de santé (CeNGEPS) : Mr P. JAILLON, Mr V. DIEBOLT

CHU Grenoble : Mr J. DEBEAUPUIS

Cliniques universitaires Saint Luc, Université catholique de Louvain, Belgique : Mr G. DURANT

Commission sur l'avenir des CHU : Mr J. MARESCAUX

Conférence des directeurs de CH : Mr B. CARRIERE

Conférence des présidents de CME de CH : Mr G. CHAUVIN

Conférence des directeurs de CHU : Mr P. CASTEL, Mr JM. VIGNIER

Conférence des présidents de CME de CHU : Mr A. DESTEE, Mr P. MARES, Mr G. MOULIN

Conférence des présidents de CME de CHS : Mr V. DAOUD

Direction générale de la santé (DGS) : Mr D. HOUSSIN, Mr G. CHARRIER, Mr B. LESAFFRE, Mme N. PORTAL

Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins (DHOS) : Mme A. PODEUR, Mr P. BOTREAU-ROUSSEL, Mr F. FAUCON, Mr P. MORISSET, Mr P. OLIVIER

Direction de la sécurité sociale (DSS) : Mme L. PRESTA, Mr J.Ph. VINQUANT

ESSEC Chaire santé : Mr G de POUVOURVILLE

FEHAP: Mr YJ. DUPUIS, Mr D. CAUSSE, Mme H. LOGEROT, Mme C. MOREAU, Mme S. ROUSVAL-AUVILLE

FHF: Mr G. VINCENT, Mr Y. GAUBERT

FHF – ARMINES: Mr JC. MOISDON

FHP: Mr Ph. BURNEL

Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer : Mme S. BOUCHER, Mme C. GRENIER, Mr D. MAIGNE

Haute autorité de santé (HAS) : Mr L. DEGOS, Mr F. ROMANEIX, Mr P. DOSQUET, Mr R. LE MOING, Mme S. CLECHANBINE

Hôpital Necker, AP-HP: Mr B. VARET

IGAS: Mr R. CECCHI-TENERINI, Mme V. DELAHAYE-GUILLOCHEAU, Mr C. LANNELONGUE

INSERM: Mr A. SYROTA, Mr G. BREART, Mr H. DOUCHIN

Institut national du cancer : Mr D. MARANINCHI, Mme C. BARA

Les entreprises du médicament (LEEM) : Mr Ph. LAMOUREUX, Mme C. LASSALE, Mme C. SIBENALER

Mission T2A : Mme M. AUSTIN, Mr R. CASH

Région Centre :

ARH : Mme M. CRESPO, Mr P. LEGRAND, Mr R. LEPROVOST, Mme L. NEVEU, Mr A. OCHMANN, Mr H. PISSIER, Mr JM. SICARD

CH de Blois: Mr COLOMBEL

CH de Bourges: Mr R. PIGNARD, Mme M. REGNIER

CHR d'Orléans : Mr JR. CHEVALLIER, Mr L. JOANNIDES

Region Franche-Comté:

ARH : Mme V. BAILLY, Mr P. BLEMONT, Mr C. FAVIER, Mme A. HOCHART, Mme E..ROY, Mr B.TAPIE, Mr F. THEVENY

CHU de Besançon : Mr F. BRABEROUSSE, Mr B. JEANMOULIN, Mr GARBUIO, Mme O. RITZ

CH de Dôle: Mr S. GIBEY, Mr C. GUAY, Mr Y. MAMIE, Mr J Ph. MEYER, Mme M. TSCHUDNOWSKY

CH de Lons le Saunier: Mme A. CROLLET, Mr A. ELISSEEFF, Mr D. VALZER

CH de Pontarlier: Mr. D. BARDOU, Mr M. DROUART, Mr JN. GRAS

Région Haute – Normandie :

ARH : Mr DUBOSCQ, Mr C. FARRO, Mme M. FOUIN, Mr JL. GRENIER, Mme MN. KERDALO

CHU de Rouen : Mme DEHESDIN, Mr FREGER, Mr MEYOHAS, Mme LAROUMAGNE, Mme MEUNIER, Mme PERRIER, Mme PHAM, Mr TEILLARD

CH de Dieppe : Mme BILLARD, Mr BLOCH, Mr BROUSSEAU ;

CHI Eure-Seine : Mr BERNIAC, Mr COMPERE

Région Nord -Pas -de-Calais :

ARH : Mr D. DEROUBAIX, Directeur, Mme M. COUTURE, Mme F. COQUET, Mr N. HAUTECOEUR, Mme A. MONGIN

CHU de Lille : Mr R. BERTRAND, MR C. CAPLIER, Mr M. COLARD, Mr D. DELMOTTE, Mr B. DOLNIUS, Mr D. DREUIL, Mr V. DUPONT, Mr P. GOLDSTEIN, Mr JM. HONORE, Mme B. JUDE, Mme C. LAUERIERE, Mr F. LEBURGUE, Mme D. PICAULT, Mr JL. WALBECQ

CH de Valenciennes: Mr BERTEAU, Mme DESMYTTERE, Mme GIRARD BUTTAZ, Mr GUICHETEAU, Mr JAHAN

CH de Boulogne : Mme MC. PAUL

Région Provence-Alpes-Côte d'Azur :

ARH : Mr C. DUTREIL, Mr E. de BEMIEUS, Mme N. COORNAERT, Mme MC. DUMONT, Mme B.JACQEME, Mr JC. HUSSON, Mme L.ORSINI, Melle C.SCANDURA, Mme M.SCIORTINO, Mr JP. THOMAS

CHU de Nice : Mme M. ASSO-VERLAGENE, Mme C. GEINDRE, Mr JF. MICHIELS, Mr L. MONDOLONI, Mr A. POUILLART, Mr C. PRADIER, Mr F. VALLI

CHI Toulon – La Seyne : Mr Ph. BOURGINE, Mr M. PERROT

CH Pays d’Aix : Mr M.MANIERE, Mme E.SABOT

Clinique Ste Catherine, Avignon : Mme BOURIE, Mr B. CHAUVET, Mr D. SERIN

Institut Paoli Calmettes, Marseille : Mr Ph. MICHARD, Mr P. VIENS

