

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

X I I I ^e L É G I S L A T U R E

Compte rendu

Commission des affaires sociales

Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale

- Auditions, ouvertes à la presse et au public, sur le fonctionnement de l'hôpital
- Mme Maryse Chodorge, directrice de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation2
- M. Antoine Flahault, directeur de l'École des hautes études en santé publique, et M. Christian Queyroux, secrétaire général.....9
- Mme Danielle Toupillier, directrice générale du Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière..... 16

Jeudi

10 décembre 2009

Séance de 9 heures 30

Compte rendu n° 7

SESSION ORDINAIRE 2009-2010

**Présidence de
M. Jean Mallot et
M. Pierre Morange,
coprésidents**



COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

MISSION D'ÉVALUATION ET DE CONTRÔLE DES LOIS DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Jeudi 10 décembre 2009

La séance est ouverte à neuf heures trente.

(Présidence de M. Jean Mallot et M. Pierre Morange, coprésidents de la mission)

La Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) procède d'abord à l'audition de Mme Maryse Chodorge, directrice de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

M. le coprésident Jean Mallot, rapporteur. Pour commencer les auditions de cette matinée, j'ai le plaisir de souhaiter la bienvenue à Mme Maryse Chodorge, directrice de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation.

Dans le cadre du travail que nous avons entrepris sur le fonctionnement de l'hôpital, nous avons d'abord examiné des cas précis, notamment celui du Centre hospitalier intercommunal de Poissy-Saint-Germain-en-Laye. Nous avons ensuite mis en perspective nos premiers constats, en essayant de distinguer ce qui était spécifique à tel ou tel établissement et ce qui pouvait être extrapolé à d'autres, voire à tous, et donc donner lieu de notre part à des préconisations. Nous sommes bien entendu très intéressés, madame la directrice, par l'activité de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, que je vous invite tout d'abord à nous présenter.

Mme Maryse Chodorge, directrice de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. L'Agence, dont la mission porte sur l'information relative à l'hospitalisation des patients, a été créée par un décret du 26 décembre 2000. Nommée en décembre 2001, j'ai pris mes fonctions en janvier 2002, pour l'installer en octobre 2002 sur deux sites, à Lyon – où nous devons développer principalement notre activité – et à Paris – où nous sommes amenés à travailler de plus en plus avec le ministère de la santé, en particulier avec la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS). Fin 2002, nous étions vingt-trois personnes ; nous sommes maintenant cent neuf. L'élaboration du contrat d'objectifs et de moyens 2007-2011 avait mis en évidence le fait que l'Agence ne disposait pas des moyens suffisants pour accomplir ses missions – ce que la Cour des comptes, à l'occasion de son rapport sur la tarification à l'activité, avait elle-même souligné. Par ailleurs, la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins a souhaité que nous intégrions une partie des missions du bureau F1, chargé de la synthèse financière.

L'Agence a pour première activité de recueillir de l'information. Elle est responsable du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), qui a été généralisé en 1996. Et alors que celui-ci ne concernait au départ que la médecine, la chirurgie et l'obstétrique, nous l'avons étendu aux soins de suite et de réadaptation, à l'hospitalisation à domicile et à la psychiatrie – domaine dans lequel, alors que jusqu'à 2007 nous n'avions que très peu d'informations, nous disposons maintenant des données de 85 % des établissements.

La reprise de l'activité d'une partie du bureau F1 nous a amenés à développer par ailleurs le recueil de données en matière budgétaire et comptable ainsi qu'en matière financière. L'Agence dispose, pour le secteur ex-DG, c'est-à-dire antérieurement financé par

une dotation globale, de l'ensemble des données financières – états prévisionnels de recettes et de dépenses (EPRD), suivi quadrimestriel de ces budgets prévisionnels, comptes financiers. Elle dispose également de retraitements comptables, premier niveau de comptabilité analytique qui permet de mieux connaître, par section d'imputation, les charges des établissements. Enfin, elle a repris l'enquête nationale des coûts, calculés pour chacun des groupes homogènes de malades (GHM) – il en existe environ 2 280, à l'origine directement issus de la classification américaine DRG (*diagnosis related group*).

Bien entendu, une fois ces données recueillies, l'agence les exploite. Nous rédigeons donc, notamment à l'attention de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, des notes d'analyse financière et des points réguliers sur les états prévisionnels de recettes et de dépenses, sur les rapports quadrimestriels et sur les comptes financiers. Cette année, grâce au renforcement de nos effectifs, nous avons commencé à assurer un suivi plus rapproché, notamment à partir des informations relatives aux recettes – puisque le programme de médicalisation des systèmes d'information permet, pour les établissements publics, de calculer les recettes et de préparer les arrêtés de versement pour les agences régionales de l'hospitalisation (ARH). Nous établissons aussi des rapports, tel celui que nous avons publié en début d'année sur les centres hospitaliers universitaires (CHU) à la demande de la commission Marescaux. Actuellement, nous travaillons sur les personnes âgées pour le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. Et bien sûr, nous répondons aux questions de la Cour des comptes.

Enfin, nous contribuons avec l'assurance maladie à la préparation des contrôles externes. La tarification à l'activité (T2A) s'accompagne en effet de la mise en place d'un système de contrôle, visant à vérifier si ce que l'établissement déclare – soit dans sa facture s'il appartient au secteur privé, soit dans le recueil au titre du programme de médicalisation des systèmes d'information – est bien conforme au dossier du patient. Lorsque le tarif du séjour, dans la classification des groupes homogènes de séjours (GHS) n'a pas été calculé en référence au bon groupe homogène de malades (GHM), autrement dit quand la déclaration est erronée quant au diagnostic et aux actes, l'établissement doit payer un indu à l'assurance maladie, versement auquel s'ajoute une sanction. Nous fournissons à l'assurance maladie l'ensemble des éléments logiciels nécessaires à ce travail, et par ailleurs nous animons un groupe technique, réunissant la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, l'Assurance maladie et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, dont le but est de prévoir les campagnes de contrôle et de faire en sorte que les logiciels répondent aux besoins des utilisateurs – principalement les médecins contrôleurs de l'assurance maladie.

M. le coprésident Jean Mallot, rapporteur. Merci pour cet exposé introductif complet.

Vous avez parlé du suivi des coûts et d'un premier niveau de comptabilité analytique, mais celle-ci demeure malheureusement très succincte dans la plupart des établissements. Cela peut-il fragiliser vos travaux ?

Mme Maryse Chodorge. L'étude de coûts que nous menons est une enquête très compliquée auprès des établissements. Pour 2007, nous avons recueilli des données sur soixante-deux établissements du secteur public et un peu plus de quarante du secteur privé. Nous avons travaillé pendant deux ans avec les fédérations et le ministère à une méthodologie commune de comptabilité analytique, visant à connaître le « coût de production » d'un séjour – dont le calcul est évidemment plus complexe que celui d'une voiture. De nombreux facteurs entrent en ligne de compte : la pathologie principale, les pathologies associées qui peuvent

compliquer le séjour, les actes, les médicaments et les dispositifs médicaux implantables, le passage éventuel en service de réanimation ou, à l'entrée, par les urgences... La méthode que nous avons élaborée permet aux établissements, dans le cadre de sections d'analyse, soit cliniques – lorsqu'il s'agit de médecine ou de chirurgie – soit médico-techniques – pour la radiologie, la biologie, les blocs opératoires –, de construire des « unités d'œuvre ». Ensuite, il faut procéder à la répartition en descendant au niveau des groupes homogènes de malades.

Tout cela nous permet d'avoir, pour les établissements concernés – nous augmentons la taille de l'échantillon chaque année –, une référence moyenne, que nous traitons avec d'innombrables précautions car un échantillon, pour être représentatif, doit normalement résulter d'un tirage au sort, alors que les établissements que nous étudions sont volontaires. Nous effectuons donc un gros travail statistique afin de rapprocher la microphotographie que nous avons obtenue des données nationales exhaustives du programme de médicalisation des systèmes d'information. Nous avons mis quelque temps à élaborer cette technique – d'ailleurs avec l'aide du spécialiste des sondages de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), que j'avais embauché pour cela –, et nous l'améliorons encore chaque année. Mais la méthode fonctionne très bien. Elle demande du temps et de gros serveurs informatiques, mais elle permet d'obtenir un coût moyen assez proche de la réalité nationale. Nous calculons aussi un intervalle de confiance, c'est-à-dire une estimation de la précision de ce coût moyen.

M. le coprésident Pierre Morange. Nous comprenons bien toutes les précautions que vous prenez pour tirer des conclusions nationales à partir de votre échantillonnage mais, comme le soulignait notre rapporteur, il ressort des auditions que nous avons menées que dans beaucoup d'établissements, il est difficile de collecter des informations : les outils de mesure sont souvent rudimentaires, la comptabilité analytique est très peu développée et, s'agissant des recettes, les taux de recouvrement des facturations laissent à désirer. Cela apparaît-il dans vos analyses, dès lors qu'elles sont adossées sur un échantillon d'établissements qui sont volontaires, et dont on peut donc imaginer qu'ils ont une certaine rigueur ?

Mme Maryse Chodorge. D'abord, tous les établissements volontaires ne sont pas retenus : nous choisissons parmi eux les établissements qui feront partie de l'étude – ce qui nous vaut parfois des divergences avec les fédérations –, en nous fondant en premier lieu sur leur système d'information. Sans doute ne sont-ils pas exemplaires, mais si l'on devait attendre que tout soit parfait, on ne ferait plus rien... La situation des établissements est très hétérogène en matière de systèmes de facturation, de systèmes informatiques et de gestion en général, mais pour notre étude de coûts nous faisons en sorte que ces établissements améliorent au préalable leur système d'information. Nous sommes très pointilleux : en fonction du score qu'obtient un établissement au questionnaire que nous avons préparé, nous acceptons ou non que cet établissement fasse partie de l'étude. Par ailleurs nous apportons notre aide à certains, parfois sur la base d'un audit.

Notre étude des coûts n'est donc pas parfaite, mais elle donne de bonnes indications en termes de hiérarchie. En ce qui concerne les groupes homogènes de malades pour lesquels nous ne disposons pas d'observations en nombre suffisant, nous avons des dispositifs techniques qui nous permettent de calculer les tarifs.

S'agissant de la comptabilité analytique proprement dite, les retraitements comptables sont obligatoires pour tous les établissements. Ils répondent tous à cette obligation – en cas de besoin après une relance de notre part. Certes, le contrôle de qualité n'est pas le même que pour l'étude nationale des coûts mais, comme je le fais souvent remarquer, plus

nos données seront utilisées, meilleures elles seront. L'un de mes anciens collègues de l'Institut national de la statistique et des études économiques avait cette formule : l'information, à l'inverse des piles Wonder, ne s'use que si l'on ne s'en sert pas ! Par exemple, les retraitements comptables permettent de calculer le nombre de praticiens nécessaire pour arriver à tel niveau de recettes. Nous avons un dispositif appelé « système national de l'information sur l'hospitalisation », plusieurs centaines de tableaux de bord, et notamment, à la demande de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins et à la suite d'un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), celui qui est relatif à l'efficacité et à la performance, comportant divers indicateurs qui permettent de comparer les établissements entre eux. Il est très important de les mettre à disposition le plus largement possible. Ces informations sont utilisées par les agences régionales de l'hospitalisation, le ministère, la Cour des comptes, les conseillers généraux des établissements de santé, voire l'Inspection générale des affaires sociales. Bien entendu, il faut ensuite les analyser : s'apercevoir, par exemple, que les recettes de T2A d'un établissement ne vont pas couvrir ses charges est une chose, mais il reste à chercher l'explication.

M. le coprésident Pierre Morange. J'insiste sur notre interrogation. Les établissements sont tenus de mettre en place une comptabilité suffisamment structurée, permettant la collecte d'informations pertinentes. Or il ressort de nos auditions que seulement un tiers d'entre eux ont une comptabilité digne de ce nom et qu'il faudra encore dix-huit mois pour atteindre un niveau acceptable. Quel est votre sentiment à ce sujet ?

Concernant la facturation, le recouvrement direct auprès de l'assurance maladie, prévu pour début 2006, a été reporté au 1^{er} juillet 2011 pour cause de défaut de pilotage et de difficultés techniques. Pouvez-vous nous dire ce qui, à votre avis, bloque cette réforme et pourquoi, encore aujourd'hui, les hôpitaux reçoivent des agences régionales de l'hospitalisation des financements calculés sur la base d'états statistiques ?

Mme Maryse Chodorge. Je m'inscris totalement en faux sur ce point ! Je suis prête à en débattre avec les personnes qui vous ont affirmé cela, comme avec celles qui vous ont dit qu'un tiers seulement des établissements avaient une comptabilité correcte. Je parle à titre personnel, l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation n'étant chargée ni de l'organisation et du fonctionnement des établissements, ni du suivi des systèmes d'information hospitaliers. Permettez-moi de douter qu'un établissement public, soumis au contrôle de la chambre régionale des comptes, et passant par un trésorier qui est un représentant de la direction générale de la comptabilité publique, puisse se permettre de ne pas avoir une gestion comptable correcte. Il est possible qu'il oublie certaines factures ou taxes, mais je pense que tous les établissements ont un fichier de structure – qui découpe l'établissement en sections d'analyse – et qu'ils sont tous obligés, surtout depuis la T2A, d'enregistrer l'ensemble de leurs dépenses. Si le budget de l'établissement, l'état prévisionnel de recettes et de dépenses, voté par le conseil d'administration en présence d'un représentant de l'agence régionale de l'hospitalisation et validé par cette dernière, n'est pas sincère, je vous laisse, en tant que mission d'évaluation et de contrôle, en tirer les conclusions ! Je suis moi-même directrice d'un établissement public ; je présente mon budget chaque année, l'agent comptable présente le compte financier, nous expliquons tout aux administrateurs, à charge pour eux de vérifier si nous avons payé la taxe sur les salaires ou pas !

M. le coprésident Jean Mallot, rapporteur. Nous ne parlons peut-être pas de la même chose. Personne ici ne met en doute le fait que le comptable de l'établissement respecte les règles, mais il travaille sur les informations qui lui parviennent. Si, en amont, il y a sous-facturation des prestations, le comptable ne travaillera que sur une partie de l'activité.

Par ailleurs, le fait que les règles de gestion soient scrupuleusement respectées n'enlève rien à la nécessité d'une analyse des coûts, par le biais d'une comptabilité analytique ; à cet égard, les besoins sont encore grands.

Mme Maryse Chodorge. Pour ce qui est de la sous-facturation dans les établissements antérieurement financés par une dotation globale, nous constatons à travers le recueil au titre du programme de médicalisation des systèmes d'information que les données progressent chaque année en exhaustivité – mais recueillir les données d'un patient n'est pas si simple. Beaucoup d'établissements ont, dès 2004, fait le nécessaire pour assurer la collecte des informations sur les séjours, les pathologies et les actes. En accord avec le ministère, nous avons un peu compliqué la demande : concernant les molécules onéreuses, par exemple, nous demandons un rattachement aux données administratives du patient, comme pour les données médicalisées ; je vous laisse imaginer le travail que cela représente, puisque tout est anonymisé. De nombreux enregistrements doivent maintenant être rapprochés des droits du patient. Pour cela, la personne qui fait la facture, à l'hôpital, doit se connecter à Internet, retrouver le patient dans un fichier, en espérant que sa carte Vitale soit à jour, et identifier ses droits. Ce n'est que si elle comporte tous les éléments de droits du patient que nous considérons qu'une facture est correcte, et je vous assure que nos logiciels permettent des contrôles aussi sophistiqués que ceux des caisses d'assurance maladie.

On pourrait tout de même simplifier la vie des établissements : il ne paraît pas insurmontable, en 2009, de créer un système de requête informatisée qui aille chercher automatiquement les droits du patient, plutôt que de le faire faire à la personne de l'accueil !

M. le coprésident Jean Mallot, rapporteur. Mais pourquoi n'est-ce pas encore le cas ?

Mme Maryse Chodorge. Ce n'est pas à moi qu'il faut le demander. Vous savez qu'il existe de nombreux régimes d'assurance maladie. Une autre difficulté vient du fait que l'hôpital doit désormais contrôler le parcours du patient, c'est-à-dire vérifier s'il a un médecin traitant et s'il a respecté le parcours de soins ; il est obligé pour cela de ressaisir toutes les données. On critique beaucoup les systèmes d'information hospitaliers mais, s'il est vrai que les établissements avaient pris du retard dans ce domaine, ils se sont bien modernisés.

M. le coprésident Jean Mallot, rapporteur. Vous avez parlé de la préparation des contrôles externes avec la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) – c'est-à-dire, en fait, du contrôle de l'application de la tarification. À quels constats ces contrôles conduisent-ils ?

Mme Maryse Chodorge. Les montants sont beaucoup moins élevés que ce qu'on imaginait, malgré un nombre de contrôles élevé. La peur du gendarme jouant, les établissements font attention à leurs codages, d'autant que les médecins contrôleurs de l'assurance maladie sont devenus très experts et examinent les dossiers méticuleusement.

L'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation joue un rôle d'expertise. Nous sommes saisis des désaccords entre contrôleurs de l'assurance maladie et établissements sur les codages médicaux. Dans neuf cas sur dix, nous donnons raison au contrôleur de l'assurance maladie, dans 5 % des cas à l'établissement et pour le reste, nous considérons que nous ne disposons pas des éléments nécessaires pour nous prononcer, notamment parce que nous ne sommes pas habilités à remonter jusqu'aux dossiers médicaux. L'Agence établit tous les ans un rapport sur le sujet. Le programme des campagnes de contrôle est décidé au niveau national par la direction du contentieux de l'assurance maladie, puis discuté dans chaque

région au sein des commissions exécutives des agences régionales de l'hospitalisation. Les outils que nous avons mis en place permettent aussi bien d'examiner tous les dossiers faisant l'objet d'un contrôle ciblé national, de procéder à un contrôle particulier sur une région, ou encore d'effectuer des contrôles particuliers, établissement par établissement : chaque contrôleur peut constituer son « panier de la ménagère » avec ces trois types de contrôle.

M. le coprésident Jean Mallot, rapporteur. L'objet de tout contrôle est de se rendre inutile à terme – mais on en est probablement encore loin. Considérez-vous qu'il y a eu des progrès importants dans le codage – dans sa fidélité à la réalité et dans les modes opératoires des établissements ? Constatez-vous des biais ou des stratégies de la part des établissements ?

M. le coprésident Pierre Morange. J'ajoute que la fameuse norme V11 a fait l'objet de nombreuses remarques au cours de nos auditions. Beaucoup de responsables d'établissement ont insisté sur la nécessité de la décliner sur le terrain, afin de mieux refléter la réalité médicale. Ils ont souligné que cela demandait du temps et regretté que des changements surviennent alors que la référence antérieure n'était pas encore totalement maîtrisée. Ils souhaitent une plus grande stabilité dans les outils de mesure. Quel est votre sentiment ?

Mme Maryse Chodorge. Nous avons, pour la première fois, étudié le comportement de codage, sur les six premiers mois codés en V11. Il s'agissait notamment de vérifier les diagnostics associés – qui donnent accès aux niveaux 2, 3 et 4 des groupes homogènes de malades, mieux payés que le niveau 1. Nous avons effectivement constaté certaines pratiques, même si les montants en cause ne sont pas très élevés, dans certains types d'établissement. Nous avons donc diffusé une notice sur le codage des diagnostics associés, qui a un intérêt pédagogique évident pour les établissements mais qui est également utile aux contrôleurs de l'assurance maladie, puisqu'elle est opposable. Il est très important que ces contrôles se poursuivent, même si les recettes ne sont pas à la hauteur des espérances, car ils constituent un garde-fou contre les déviations dans le codage.

Pour la première fois donc, nous sommes en mesure de dire que certaines pratiques doivent disparaître. Des codes vont pouvoir être exclus de certains enregistrements médicalisés, d'autres ne pourront plus donner accès à des niveaux de sévérité plus hauts ; et les règles de codage pourront être vérifiées par les contrôleurs de l'assurance maladie. La V11 nous donne donc les moyens de suivre le codage de mois en mois et d'adapter les règles continuellement. Tout l'intérêt de notre dispositif franco-français, que certains critiquent, est bien de nous donner la possibilité de faire ce travail et d'améliorer la classification en fonction des comportements de codage.

M. le coprésident Jean Mallot, rapporteur. Faut-il comprendre que vous répondez à ceux qui reprochent au système de la tarification à l'activité son instabilité que, précisément, l'instabilité permet d'améliorer continuellement le système ?

Mme Maryse Chodorge. La première classification, qui remonte au début de 1995, a été peu utilisée, et dans un but de modulation de la dotation globale. Dans le cadre de la tarification à l'activité, on s'est préoccupé de donner un juste prix aux séjours. Une classification a donc été élaborée, d'abord pour financer correctement les séjours de moins d'un jour. À la demande de la fédération du privé, nous sommes passés à la version 10, parce qu'aucuns considéraient que certains groupes homogènes de malades, notamment chirurgicaux, étaient mal financés. Nous sommes enfin passés à la version 11, qui devrait durer encore

quelques années. Elle se rapproche des versions allemande et australienne et permet de mieux faire la part entre le patient « standard » et le patient « lourd », qui a des complications et dont la prise en charge coûte plus cher. La V11 simplifie le système : il y a 650 grands types d'activité, et pour chacun d'entre eux, les niveaux 1, 2, 3 et 4 ou le « zéro jour » – correspondant à la politique de développement de la chirurgie ambulatoire.

M. le coprésident Jean Mallot, rapporteur. Pour quand la version 12 est-elle prévue ?

Mme Maryse Chodorge. Pour l'instant, elle n'est pas prévue. La V11 sera modifiée à la marge l'année prochaine : à la demande de certains établissements, nous avons ajouté les séjours de très courte durée ; nous avons aussi modifié le système des bornes basses, dont les établissements s'étaient beaucoup plaints, sans se rendre compte que lorsqu'il y a beaucoup de bornes basses – donc des séjours financés plus bas – cette masse va nourrir les groupes homogènes de malades les plus lourds. Ils trouvaient qu'il y en avait trop et que ce n'était pas lisible médicalement ; nous avons donc réfléchi à une diminution drastique des bornes basses, qui ne modifie en rien la classification mais qui donnera aux praticiens un signe en faveur d'une réduction des durées moyennes de séjour, puisque ces bornes basses seront mieux rémunérées. Enfin, des erreurs manifestes portant sur deux ou trois groupes homogènes de malades vont être corrigées mais au total, on peut parler de grande stabilité de la classification. La stabilité des tarifs est un autre sujet.

M. Jean-Luc Prél. Merci pour cette présentation passionnante. Vous avez parlé d'un tableau de bord de performance et d'efficacité. Or un rapport de la Cour des comptes a montré que le nombre de praticiens ou de soignants pouvait varier de un à cinq, voire de un à dix selon les établissements. Avez-vous constaté ces déviations ? Comment expliquez-vous qu'elles puissent perdurer ?

Mme Maryse Chodorge. L'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation est chargée de produire des chiffres, non de les analyser. La Cour des comptes se sert de nos indicateurs.

Les divergences que nous constatons entre établissements peuvent en effet être énormes. Nous rappelons d'ailleurs régulièrement à l'ordre les agences régionales de l'hospitalisation, qui sont censées valider les chiffres qui nous arrivent des établissements car dans certains cas, nous pensons qu'il s'agit d'erreurs de déclaration. Cela dit, il est compliqué de compter le nombre de praticiens dans un hôpital car certains sont à temps plein, d'autres à temps partiel, d'autres vacataires... La vérité des chiffres passe donc, je le répète, par leur utilisation la plus large possible.

Lorsqu'un problème apparaît, il faut aller interroger les responsables de l'établissement. L'intérêt du tableau de bord de performance et d'efficacité est qu'il comporte une trentaine d'indicateurs, suffisamment variés pour qu'on puisse en examiner la cohérence. Nous réalisons également chaque année depuis trois ans un tableau de bord appelé « diagnostic flash », mis au point pour décider des missions d'audit à effectuer dans les établissements.

M. le coprésident Jean Mallot, rapporteur. Il me reste à vous remercier pour votre contribution à nos travaux.

*

La Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) procède ensuite à l'audition de M. Antoine Flahault, directeur de l'École des hautes études en santé publique, accompagné de M. Christian Queyroux, secrétaire général.

M. le coprésident Pierre Morange. Nous avons le plaisir de recevoir maintenant M. Antoine Flahault, directeur de l'École des hautes études en santé publique (EHESP), et M. Christian Queyroux, secrétaire général.

Messieurs, vous savez que nous travaillons depuis quelques mois sur le fonctionnement de l'hôpital, en vue de formuler des préconisations pour optimiser l'emploi des deniers publics dans les établissements de soins. Nous souhaitons connaître votre sentiment sur la manière dont la formation des cadres des établissements hospitaliers prend en compte ce défi. Les auditions précédentes ont montré que des marges de progression existaient en matière de maîtrise de l'information et d'outils de pilotage. L'établissement de formation que vous dirigez a-t-il modifié ses programmes ou adopté une stratégie pour assurer aux cadres hospitaliers les connaissances techniques nécessaires en matière financière et comptable et dans le domaine de la gestion des ressources humaines ?

M. Antoine Flahault, directeur de l'École des hautes études en santé publique. Merci de nous recevoir. Nous allons tenter de répondre à vos questions, avant d'être très certainement éclairés nous-mêmes par le rapport de votre mission.

L'École des hautes études en santé publique, dont le statut est issu de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, fonctionne comme telle depuis le 1^{er} janvier 2008. Je reviendrai sur les évolutions qu'autorise, en matière de formation, son caractère d'établissement d'enseignement supérieur.

La complexité de l'hôpital et de son management tient tout d'abord à ce que le service y est individualisé à l'extrême. Très peu d'organisations atteignent ce niveau de granularité, qui tient du reste à la première des deux valeurs fondamentales de l'hôpital : le patient doit être au centre du dispositif. Cette idée, souvent affichée comme un slogan, doit être une culture pour l'ensemble des personnels de cette entreprise particulière, qu'il s'agisse des soignants ou de ceux qui sont chargés de l'administration et de la gestion. La charge humaine et émotionnelle qui sous-tend le service hospitalier complique encore la tâche : il est difficile de travailler dans un univers où, en règle générale, le patient n'entre pas par choix. De plus, l'hôpital concentre beaucoup de risques – risque social lié à la gestion d'une entreprise qui est souvent le plus gros employeur de la commune, complexité d'un fonctionnement qui doit être assuré vingt-quatre heures sur vingt-quatre et sept jours sur sept, risques physiques, chimiques, nucléaires et microbiologiques dans un environnement très contraint, le plus souvent en zone urbanisée.

La deuxième valeur fondamentale de l'hôpital est le travail en équipe. Nous devons nous efforcer de l'apprendre à de futurs gestionnaires qui auront souvent affaire à des individualités très fortes – la culture des médecins est par essence individualiste. Pour que l'hôpital fonctionne bien, il faut rompre les étanchéités, tant entre l'administration et les soignants qu'au sein même des services et entre les disciplines – car les soins sont désormais de plus en plus interdisciplinaires et la gestion des personnes ne peut se faire « en silo », sous peine d'inefficience.

La technicité que vous avez évoquée et l'efficience économique doivent être conçues comme dérivées de ces préambules essentiels. L'objectif est de délivrer des soins de la

meilleure qualité possible, en mettant toujours le patient au centre des préoccupations, à tous les niveaux de la production du soin – depuis la prise de rendez-vous au standard, où la personne âgée qui répète plusieurs fois la même chose doit trouver en face d'elle une personne qui répond avec humilité et patience à toutes ses questions, jusqu'au retour en ville, où le lien doit être assuré avec le médecin traitant.

Le fait de dispenser des soins de qualité aussi efficaces que possible, conformes à l'état de l'art et aux recommandations scientifiques formulées notamment par la Haute Autorité de santé, ne peut qu'avoir des effets positifs en termes de coût. L'ensemble des outils concourant à la mise en œuvre d'un système d'information performant et permettant d'éviter les duplications – trop souvent, les patients doivent subir deux fois les mêmes examens – doit avoir pour premier objet le service du patient. La priorité donnée au patient et le travail en équipe ne peuvent qu'être bénéfiques en termes financiers.

M. le coprésident Jean Mallot, rapporteur. Comment la difficulté du métier est-elle prise en compte dans le mode de sélection et la formation des élèves de l'École des hautes études en santé publique ?

M. Antoine Flahault. Christian Queyroux, qui a une formation de directeur d'hôpital, complétera certainement mes réponses. J'ai pour ma part une formation de médecin, professeur des universités et praticien hospitalier.

La sélection de nos élèves se fait par concours. L'école de Rennes – qui forme à quatorze métiers – est reconnue dans le monde entier pour la qualité de la formation des directeurs d'hôpitaux ; ma toute récente élection à la présidence de l'Association des écoles de santé publique de la région européenne résulte de son renom à ce titre. Néanmoins, nous ne maîtrisons pas les modalités de sélection des élèves.

M. Christian Queyroux, secrétaire général de l'École des hautes études en santé publique. Le concours d'entrée, très classiquement, a d'abord pour objet de vérifier que les matières correspondant aux diplômes qui permettent d'accéder à ce concours ont bien été assimilées. À l'exception peut-être du grand oral auquel sont soumis les candidats qui ont passé la barrière de l'écrit, peu d'éléments de ce concours permettent d'examiner l'aptitude à l'exercice du métier. La sélection en cours de formation, en revanche, fait l'objet d'une réflexion – un arrêt du Conseil d'État a d'ailleurs débouté en 2003 un auditeur de justice qui contestait le refus de sa titularisation à l'issue de sa formation, au motif que la période de stage que constitue la formation à l'école n'est pas seulement destinée à être sanctionnée par des notes rendant compte de l'aptitude à répondre à des exigences techniques, mais doit permettre au jury d'apprécier l'aptitude à occuper l'emploi visé. La restructuration engagée par l'école, à la demande des ministères sociaux, pour accompagner les changements en cours témoigne d'une évolution en ce sens. Nous pouvons tirer parti de la durée assez longue de la formation – vingt-quatre mois pour les directeurs d'établissements sanitaires et sociaux et vingt-sept pour les directeurs d'hôpitaux – non seulement pour outiller les élèves sur le plan technique, mais aussi pour les mettre en mesure d'occuper leur futur emploi et, le cas échéant, constater que certains n'ont pas l'aptitude.

M. le coprésident Jean Mallot, rapporteur. Pouvez-vous préciser ?

M. Christian Queyroux. Nous travaillons avec la direction des études sur les mises en situation, notamment à travers les stages professionnels, afin que les élèves éprouvent sur le terrain l'enseignement théorique de l'école et se préparent à affronter le monde complexe

qu'évoquait M. Flahault, marqué notamment par le contexte de la douleur et de la maladie. L'autre solution serait de rallonger les épreuves du concours afin de mieux cerner la personnalité des candidats ; notre choix est plutôt d'utiliser à cette fin la période, assez longue, de formation.

M. Antoine Flahault. L'École des hautes études en santé publique concourt actuellement pour obtenir une accréditation délivrée par la seule agence internationale d'accréditation des écoles de santé publique, établie à Washington et très imprégnée du modèle des écoles de santé publique nord-américaines, lesquelles sont parmi les meilleures du monde – avec la London School of Hygiene and Tropical Medicine. Venus visiter l'« École de Rennes » dans son fonctionnement traditionnel, les experts de cette agence ont observé que le mode de sélection, s'il ne dépendait pas de nous, nous amenait d'excellents étudiants et que la formation de vingt-sept mois, dont onze mois de stage, nous permettait de délivrer dès maintenant, compte tenu du statut conféré à l'école par décret, des diplômes d'établissement. Nos interlocuteurs ont comparé la formation de l'École des hautes études en santé publique à des *joint degrees*, doubles diplômes associant un master de santé publique et un *Healthcare MBA*, c'est-à-dire un master de management dans le domaine des organisations de santé. De même, la formation des directeurs des établissements sociaux correspondrait à un *Social Care MBA*. Ainsi, nos formations s'apparentent fortement à celles qui sont dispensées aux futurs directeurs des grands hôpitaux américains.

M. le coprésident Jean Mallot, rapporteur. Donc, tout va bien ?

M. Antoine Flahault. Certes non. Dans le système nord-américain, les profils entrants sont très hétérogènes. Nous avons besoin de plus de concurrence et nos élèves doivent pouvoir suivre des cursus différents. L'École des hautes études en santé publique étant désormais un établissement universitaire, nous pouvons, dans le cadre du système européen de transfert et d'accumulation de crédits (ECTS), rendre nos formations diplômantes en les « mastérisant ». Les crédits pourront être acquis dans d'autres établissements, comme l'École supérieure des sciences économiques et commerciales (ESSEC), l'école des Hautes études commerciales (HEC) ou la London School of Economics. Nous devons permettre à nos élèves une certaine exogamie, en irriguant nos formations diplômantes par des élèves non-fonctionnaires et étrangers. Nous devons aussi leur permettre d'aller chercher ailleurs des équivalences, que nous reconnâtrons par nos diplômes.

M. le coprésident Pierre Morange. L'approche de la MECSS se caractérise par son pragmatisme. Vous rappelez à très juste titre le double défi que constitue l'offre d'une prestation très individualisée dans le cadre d'une dynamique collective complexe. Les hôpitaux français connaissent indéniablement des problèmes variés. À l'occasion des précédentes auditions, ont notamment été évoquées l'insuffisante maîtrise de l'information et la faiblesse des outils de mesure, notamment en vue d'une gestion prévisionnelle des moyens. Sans parler de contradiction avec les principes d'excellence que vous nous exposez, il semble qu'il existe une forme d'inertie et une nécessité d'évolution culturelle. Quels correctifs conviendrait-il d'apporter, selon vous, aux programmes pédagogiques ?

M. Antoine Flahault. Selon notre analyse, nos formations sont trop étanches vis-à-vis du corps médical et, plus généralement, du milieu des soignants. Par ailleurs, le mode de sélection de nos élèves – dont nous ne nous plaignons pas, tout en soulignant que nous devons pouvoir, le cas échéant, empêcher ceux qui n'auraient pas les qualités requises d'accéder aux métiers de direction – se traduit par un manque de connaissances en sciences quantitatives, notamment en économie, épidémiologie et biostatistique.

Nous avons décidé de renforcer fortement, dès la rentrée 2010, la formation sur les questions biostatistiques et épidémiologiques. Elle n'a pas toujours fait défaut : lorsque M. Queyroux étudiait à l'École de Rennes, par exemple, une formation en épidémiologie était prévue pour les directeurs d'hôpitaux.

M. le coprésident Pierre Morange. Ces matières sont fondamentales pour gérer un établissement de soins. Combien de temps la zone d'ombre a-t-elle duré ?

M. Christian Queyroux. La formation des directeurs d'hôpitaux a connu un mouvement alterné.

Lorsque j'étais à l'école, en 1977, la formation portait aussi sur les statistiques et sur la maladie et les pathologies. J'ai ainsi eu l'occasion de passer deux années d'assistantat dans des établissements.

Les stages de onze mois ont une perspective différente de celle de ces expériences d'immersion. À mesure que l'on a demandé aux directeurs d'hôpitaux d'être davantage gestionnaires, sont apparues des spécialisations liées à la gestion biostatistique ou au suivi épidémiologique. La fonction de direction s'est alors cantonnée à des champs perçus comme plus directement pertinents, au détriment sans doute d'une culture commune. Je souscris sur ce point à l'opinion du professeur Flahault.

La gouvernance qui a prévalu ensuite, associant médecins et directeurs pour prendre des décisions stratégiques qui, de ce fait, intégraient tant les aspects économiques que les logiques médicales, était un progrès sensible ; j'ai pu le constater comme directeur général de centre hospitalier universitaire en Franche-Comté.

La réforme entreprise à l'École des hautes études en santé publique pour enseigner les « fondamentaux de santé publique » à tous les élèves, quelle que soit leur filière – médecins inspecteurs, directeurs d'hôpitaux, directeurs de soins, ingénieurs – est une bonne chose. Nous prévoyons parallèlement, bien sûr, des spécialisations pour chacun des métiers – par exemple en contrôle de gestion pour les directeurs d'hôpitaux, car il y avait là une lacune à combler.

M. le coprésident Jean Mallot, rapporteur. Jusqu'à une période récente, l'accent aurait donc été mis sur la gestion dans la formation initiale. Pourtant, les établissements ne sont pas en très bonne santé financière et, semble-t-il, n'ont pas d'outils de gestion très performants. N'y a-t-il pas là un paradoxe ?

Par ailleurs, comment articulez-vous votre action avec celles d'autres organismes susceptibles de prolonger cette formation initiale, comme le Centre national de gestion ?

M. Antoine Flahault. Nous allons poursuivre nos réflexions sur la pédagogie en matière d'outils de gestion et de systèmes d'information. La transformation de l'école, anciennement établissement public administratif, en établissement d'enseignement supérieur va permettre d'adosser la formation à la recherche, ce qui est très important. Nous avons entrepris de créer des unités mixtes de recherche dans nos domaines de compétence et d'intérêt. Nous avons notamment créé un réseau doctoral avec dix écoles doctorales, dont HEC – qui possède la plus belle école doctorale de management, mais sans aucun laboratoire travaillant dans le domaine de la santé. Le réseau comporte également l'École des hautes études en sciences sociales, ainsi que diverses universités – de Rennes, Bordeaux, Nancy,

Paris, Marseille – particulièrement impliquées dans les problèmes de santé publique. Nous proposerons ainsi des formations enrichies par la recherche. Il est difficile aujourd'hui d'évaluer le système sans disposer d'outils de comparaison, y compris avec des hôpitaux étrangers ; dans le cadre de recherches à caractère opérationnel, nous pourrions comparer divers systèmes d'information et de gestion.

Nous mettons également en place un doctorat très professionnalisant avec l'université de Berkeley, l'université de Caroline du Nord de Chapel Hill et la London School of Hygiene and Tropical Medicine. Des directeurs d'hôpitaux déjà en poste peuvent ainsi entreprendre un doctorat qui leur assure une formation de très haut niveau et la possibilité de mener des recherches dans des domaines qui n'ont guère été explorés jusqu'à présent en France.

De même que l'hôpital est un extraordinaire outil pour recueillir des informations et des données utiles à l'épidémiologie et au pilotage de certaines politiques de santé, la recherche doit éclairer la décision publique – à l'instar de publications de grandes écoles commerciales américaines ou de la London School of Economics qui ont permis d'améliorer les systèmes de gestion ou de gouvernance de grandes entreprises.

M. le coprésident Pierre Morange. La formation que vous dispensez intègre-t-elle les expérimentations considérées comme modèles de bonnes pratiques ? Je citerai l'exemple, qui m'est cher, de l'expérimentation menée par le cabinet McKinsey sous la direction de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) aux urgences de Bichat et Beaujon et qui a permis, en l'espace de trois ou quatre mois, de réduire de plus de 40 % le temps d'attente des patients aux urgences. Je m'étais personnellement investi dans cette expérimentation dans l'espoir de démontrer que l'on pouvait, à masse financière constante, améliorer dans une large mesure le service rendu aux patients. Ces bonnes pratiques sont-elles non seulement intégrées à la formation initiale, mais diffusées, au titre de la formation continue, aux directeurs d'établissement en poste ?

M. Antoine Flahault. C'est exactement ainsi que nous concevons le développement d'expérimentations dans le cadre de masters ou de doctorats professionnels.

M. le coprésident Pierre Morange. L'exemple que j'ai cité date de 2005 mais n'a jamais été généralisé.

M. Antoine Flahault. Le sujet m'intéresse et me préoccupe. Permettez-moi de citer moi aussi une anecdote : lorsque j'étais chef du département de santé publique de l'hôpital Tenon, j'ai mis au point un projet consistant à informer les patients par voie de panneaux lumineux – comme sur le boulevard périphérique ! – de la durée d'attente prévisible. J'ai même déposé un brevet à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris pour les algorithmes développés à cette fin, mais l'expérience n'a jamais été généralisée. De telles recherches sont trop rares dans notre pays. Lorsqu'elles seront plus nombreuses et publiées dans des revues internationales, elles pourront être commercialisées et valorisées – mais cela prendra du temps. Notre école a précisément le potentiel pour le faire.

En matière de formation continue, nous avons deux programmes importants de management. Le premier, intitulé Hôpital Plus, est un programme résidentiel de très haut niveau, d'une durée de cinq semaines, dont une à l'étranger, pour des petites classes de vingt-cinq personnes.

M. le coprésident Pierre Morange. Combien de chefs d'établissement ce programme a-t-il formés ?

M. Christian Queyroux. Hôpital Plus, qui en est à sa quinzième édition, forme vingt-cinq personnes par an. Il est destiné à des chefs d'établissement qui ont déjà une certaine ancienneté. Il accueille parfois aussi des médecins, présidents de commissions médicales d'établissement, en tandem avec le directeur de l'établissement.

M. le coprésident Jean Mallot, rapporteur. L'impact de cette formation a-t-il été évalué ?

M. Christian Queyroux. Les directeurs d'établissement, qui déplorent souvent de ne pas pouvoir prendre de recul pour mettre en perspective leur activité quotidienne, déclarent généralement que cette formation modulaire, qui comporte un voyage d'étude au Québec, leur permet d'appuyer sur une théorie des pratiques qu'ils ne formalisaient pas ou de systématiser des approches intuitives et personnelles.

J'ajoute que chaque année près de 8 000 personnes reçoivent une formation continue à l'École des hautes études en santé publique, en complément du millier qui sont en formation initiale. Certaines formations initiales ou continues sont organisées en collaboration avec la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH) en vue de diffuser les conclusions d'une série d'études financées sur divers domaines de l'hôpital et de montrer que certaines améliorations peuvent être reproduites.

Cette reproduction des initiatives est cependant très difficile. J'ai jadis expérimenté, dans l'établissement que je dirigeais alors, l'approche participative assez efficace à laquelle l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT) recommandait de former les personnels, en vue de rendre les organisations plus efficaces avec les gens qui les composaient. Des sociologues avaient été chargés par la direction des hôpitaux de tirer le bilan de cette démarche. Cependant, de telles expériences ne se généralisent jamais pleinement ; il est difficile de diffuser une innovation pour en faire un outil de base – car ce qui est un grand succès à un endroit peut se transformer en grand échec ailleurs.

M. Antoine Flahault. Nous venons de lancer une formation de très haut niveau en management, intitulée *Executive Health MBA*, dispensée intégralement en langue anglaise et organisée avec la London School of Economics et l'université Columbia. Elle s'adresse à des personnes possédant déjà une très grande expérience. Il s'agit en quelque sorte d'un pendant anglophone d'Hôpital Plus, qui permet d'attirer des publics différents – et, de fait, les inscrits sont pour l'instant presque exclusivement des étrangers anglophones. C'est un nouveau vecteur de formation continue.

M. le coprésident Jean Mallot, rapporteur. Un sujet particulièrement important est celui de la gestion du personnel. On sait que les coûts de personnel représentent 70 % des charges de fonctionnement de l'hôpital. Les difficultés de gestion tiennent souvent à ce que les personnels ont du mal à s'adapter à un environnement en évolution rapide et à des conditions de travail souvent difficiles. Comment préparez-vous les futurs cadres à cet aspect de la gestion ?

M. Antoine Flahault. Nous venons de recruter un nouvel enseignant, un Français qui enseignait précédemment au Canada, dans une université de l'Ontario. L'ouverture de

l'École des hautes études en santé publique à l'international nous paraissait urgente, conformément à la loi de santé publique qui en a fait l'une des quatre missions de l'école.

M. le coprésident Pierre Morange. C'était l'un des souhaits du président Jean-Michel Dubernard, qui y voyait un élément important d'une stratégie d'influence de notre pays.

M. Antoine Flahault. La France, qui est considérée comme un pays possédant un bon système de santé, est en effet très silencieuse dans le concert international. Il est étonnant de constater que, lorsqu'ils cherchent un modèle de système de santé, les Américains évoquent aujourd'hui plus spontanément le système britannique, pourtant moins proche du leur que le système français, qui fait cohabiter privé et public.

Nous venons donc, disais-je, de recruter un professeur français venu d'Amérique du Nord et dont la production scientifique sur les ressources humaines nous a paru particulièrement pertinente. Plutôt que des dogmes et une idéologie, nous devons apporter un enseignement critique, irradié par la recherche, c'est-à-dire par le tâtonnement de nouvelles expérimentations et par l'évaluation des éventuelles politiques d'établissement. En cela, la formation aux ressources humaines est importante, d'autant qu'un certain nombre de nos élèves sont appelés à être directeurs des ressources humaines dans les hôpitaux.

M. Christian Queyroux. J'ai moi-même été directeur des ressources humaines pendant plus de la moitié de ma carrière et nous nous sommes intéressés dès 1982 à la gestion prévisionnelle des personnels, dans le cadre de travaux produits pour l'école.

La présentation des ressources humaines à l'hôpital est souvent schématique et focalisée sur des pratiques professionnelles très circonscrites. L'expérience m'a convaincu que, pour l'essentiel, les personnels sont formés à leur métier et ont à cœur de remplir leurs missions en atteignant les résultats que l'on attend d'eux – même s'il peut arriver que ces objectifs soient mal énoncés. Certains laissent entendre que nous serions de bons directeurs et aurions de bons hôpitaux si nous avions de bons médecins et de bons agents. Ce discours me consterne car c'est en faisant confiance aux personnes avec qui l'on travaille et en les traitant comme des professionnels responsables que l'on produit des effets d'entraînement positifs sur nos organisations. Le débat sur les ressources humaines risque toujours d'être marqué par les plaintes de ceux qui affirment que le système ne fonctionne pas. Quant à moi, mon expérience de plus de trente ans dans les hôpitaux m'a le plus souvent fait voir des professionnels décidés à agir, alors qu'ils étaient parfois confrontés à des organisations qui diminuaient leurs performances.

S'il y a un travail à faire pour rendre les hôpitaux plus efficaces, c'est de s'interroger sur l'utilité des règles – au regard d'un seul objectif, celui de délivrer les meilleurs soins au meilleur coût. Évitions au personnel des hôpitaux d'avoir à lutter non seulement contre les maladies, mais aussi contre leur propre organisation. Il faut rechercher les simplifications possibles et, sans doute, faire un peu plus confiance aux acteurs : mieux vaut les contrôler *a posteriori* que les enfermer dans des normes et des règles qui les empêchent d'agir.

M. le coprésident Pierre Morange. Messieurs, je vous remercie de la précision de vos réponses.

*

La Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) procède enfin à l'audition de Mme Danielle Toupillier, directrice générale du Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière.

M. le coprésident Pierre Morange. Nous avons le plaisir d'accueillir Mme Danielle Toupillier, directrice générale du Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière (CNG), à qui je souhaite la bienvenue. Dans le cadre de notre mission d'évaluation, de contrôle et de rationalisation de l'utilisation des deniers publics, nous voudrions vous entendre, madame la directrice générale, sur le fonctionnement interne de l'hôpital.

Nous souhaiterions que vous nous présentiez d'abord les missions et les responsabilités du Centre national de gestion, notamment depuis que la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires en a fait l'un des acteurs centraux du système de soins.

Mme Danielle Toupillier, directrice générale du Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière. L'organisation et le fonctionnement du Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière ont été définis par un décret du 4 mai 2007. Installé officiellement le 1^{er} septembre 2007, le Centre national de gestion est juridiquement, administrativement et financièrement compétent depuis le 13 décembre 2007, date de son premier conseil d'administration.

Le décret lui confiait, tout d'abord, la gestion des 36 000 praticiens hospitaliers exerçant à temps plein dans la fonction publique hospitalière. Depuis le 1^{er} janvier 2009, notre compétence s'est étendue à la gestion de 6 000 praticiens hospitaliers à temps partiel, transférée des directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS). Cela permet d'unifier, au niveau national, la gestion des praticiens hospitaliers, dans la perspective éventuelle, à terme, d'une fusion des deux statuts. Le Centre national de gestion a également en charge la gestion de 5 300 directeurs d'établissement, dont 3 500 directeurs d'hôpital et 1 800 directeurs d'établissements de santé, social et médico-social (D3S).

Il est en outre chargé de l'organisation de dix-sept concours nationaux, administratifs et médicaux, dont une partie par délégation du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre de la santé. Nous organisons notamment tous les internats – médecine, pharmacie, odontologie, médecine du travail, internat européen, internat à titre étranger –, le concours national de praticiens hospitaliers et toutes les procédures et concours concernant les praticiens à diplôme d'un pays hors Union européenne. Nous organisons également les cycles préparatoires et concours de directeur d'hôpital, de directeur d'établissement sanitaire, social ou médico-social, d'attaché d'administration hospitalière et de directeur de soins.

Le Centre national de gestion dispose de 109 emplois autorisés jusqu'à la fin de l'année 2009 et en comptera 115 en 2010 – par transfert de six emplois de l'administration centrale du ministère de la santé, en raison d'un transfert de missions de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins et des conséquences de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Celle-ci nous confie la gestion nationale des directeurs des soins, soit environ un millier de personnes, dont la gestion relevait jusqu'ici de chaque établissement. Nous aurons également en charge la contractualisation et le suivi des étudiants qui, à partir de la deuxième année de médecine,

s'engageront, en contrepartie du versement par l'État d'une allocation mensuelle, à exercer à l'issue de leur formation dans un territoire sous-médicalisé ou dans une spécialité connaissant des besoins de recrutement, pendant une période égale à celle pendant laquelle l'allocation leur aura été versée.

Le Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière devra également gérer le dispositif de détachement des directeurs d'hôpitaux et des praticiens hospitaliers, innovation introduite par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires et nécessaire à la modernisation de la gestion des ressources humaines. Les personnes pourront continuer à relever de la même fonction publique, du même établissement, voire du même poste, dans le cadre de contrats dont il reviendra au centre d'assurer le suivi.

En outre, la nomination des chefs d'établissement, qui restait de la compétence du ministre de la santé, relève désormais du Centre national de gestion, par délégation directe du ministre. En revanche, dans le cadre du nouveau dispositif concernant les plus hauts emplois hospitaliers, les directeurs de centres hospitaliers universitaires seront nommés par décret.

Quelques mots enfin sur notre budget. En 2007, année où nous avons travaillé dix-huit jours puisque le Centre national de gestion a été juridiquement compétent à compter du 13 décembre, nous avons consommé environ 17 millions d'euros. Notre budget a été de 40 millions en 2008 et de 46 millions en 2009. Pour 2010, il sera de 49 millions, du fait de l'impact de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, qui entraîne aussi la prise en charge par le centre des rémunérations des directeurs en congé spécial et des personnels affectés en surnombre dans les établissements hospitaliers.

M. le coprésident Jean Mallot, rapporteur. Le Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière, qui couvre l'essentiel du champ des personnels, joue un rôle charnière entre les établissements et, en amont, ceux qui décident des règles de gestion et ceux qui forment les personnels. Cette place centrale vous confère de fait des responsabilités réelles dans le fonctionnement des établissements de soins. Comment faites-vous pour assurer l'adéquation du système de sélection et de formation aux besoins des établissements ?

Mme Danielle Toupillier. Les processus de sélection et de formation ne relèvent pas de la compétence du Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière, si ce n'est pour l'organisation matérielle et logistique des concours. Nous avons néanmoins un rôle d'observateur et d'éclaireur. Ainsi, à partir de l'observation des dynamiques de carrière, des entrées et des départs, nous éclairons le ministère sur le nombre de places à mettre aux concours. En ce qui concerne la sélection, nous gérons les concours internes, avec l'organisation de cycles préparatoires. Par ailleurs, nous avons mis en place un dispositif de « mobilité et développement professionnel », animé par une équipe issue tant du secteur privé que du secteur public.

Les responsables du département de gestion, administrateurs civils formés aux ressources humaines, assurent une sélection de parcours professionnels. La commission des carrières, émanation de la commission administrative paritaire nationale, repère les personnes à haut potentiel qu'elle juge aptes à occuper les plus hauts emplois, qu'elles viennent de la fonction publique d'État, de la fonction publique territoriale ou de la fonction publique hospitalière. Elle joue un rôle de sélection à partir des propositions de l'administration. On

distingue trois niveaux d'agrément, le troisième qualifiant les professionnels capables de gérer les centres hospitaliers universitaires. La commission a également pour rôle de fixer, pour chaque poste publié, une *short list* des profils correspondants.

M. le coprésident Jean Mallot, rapporteur. On voit que la gestion quantitative des personnels relève d'une mécanique bien huilée. Mais comment le système se régénère-t-il sur le plan qualitatif ? Recherche-t-on, en amont, des profils susceptibles de correspondre aux besoins des établissements ?

Mme Danielle Toupillier. Nous nous efforçons de développer des partenariats. À la demande de la ministre, j'ai signé un accord impliquant les trois fonctions publiques et un groupe de partenaires privés, afin de sélectionner des personnes susceptibles de s'intégrer dans notre vivier de hauts potentiels.

Nous essayons également de favoriser la mobilité. Nous travaillons actuellement avec le Conseil d'État pour permettre à un directeur d'établissement de devenir conseiller de tribunal administratif ou de cour administrative d'appel. Nous allons très prochainement passer avec le Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT) un accord visant à établir des passerelles entre la fonction publique hospitalière et la fonction publique territoriale. Nous avons également passé des accords avec la Mission de facilitation de l'accueil dans les fonctions publiques (MFAFP).

Ces partenariats doivent nous permettre d'échanger nos viviers, et donc de diversifier les parcours d'origine et les cultures professionnelles. Jusqu'à présent, le corps des directeurs a surtout été constitué d'anciens élèves des instituts d'études politiques. Mme la ministre a chargé deux conseillers généraux des établissements de santé de proposer une modification substantielle des épreuves du concours d'entrée à l'École des hautes études en santé publique, afin de mieux repérer les savoir-faire et les « savoir-être ». Les connaissances acquises dans le champ universitaire ou durant les parcours professionnels seraient complétées par des exercices pratiques dans des centres de formation adaptés.

M. le coprésident Jean Mallot, rapporteur. Ce sont des méthodes de chasseurs de têtes...

Mme Danielle Toupillier. C'est un peu le rôle qu'on nous demande de jouer. Nous avons d'ailleurs déjà agréé des candidats venant de la fonction publique d'État, et nous en avons repéré d'autres qui sont issus de la fonction publique territoriale. En janvier 2009, nous avons signé, à la demande de la ministre, un accord avec des partenaires du secteur public et du secteur privé, qui doit permettre une plus grande mobilité et, à terme, un système de mise à disposition réciproque entre secteurs public et privé.

M. Jean-Luc Prél. On ne peut qu'être favorable à l'idée de repérer les hauts potentiels. Mais pour bien connaître le fonctionnement des établissements hospitaliers, je m'interroge sur la possibilité pour le Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière de vraiment tenir compte des compétences ou des incompétences. On sait très bien que les commissions paritaires servent surtout à défendre les collègues. Je connais ainsi des praticiens qui, depuis des années, sont payés à ne rien faire alors qu'ils auraient dû être soit considérés comme inaptes, soit sanctionnés. Comment concilier la défense des personnes et une véritable gestion des ressources humaines ?

M. le coprésident Pierre Morange. La question de M. Préel mérite d'être généralisée à l'organisation des établissements de soins mise en place par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, qui vise à ce qu'il y ait enfin « un pilote dans l'avion ». La situation déficitaire d'un certain nombre d'établissements a conduit les agences régionales de l'hospitalisation à mettre en place des plans de retour à l'équilibre financier. Comment les nouvelles obligations pesant sur les directeurs d'établissement s'articulent-elles avec la compétence générale dont vous parliez ?

Mme Danielle Toupillier. Nous n'avons que deux ans d'existence et nous héritons de situations passées. Nous essayons néanmoins de rendre toute leur efficacité aux procédures – qui n'étaient pas toujours engagées à bon escient.

Je pense notamment à la « recherche d'affectation », dispositif original créé en 2005, inspiré de ce qui avait été fait pour la fonction publique territoriale à la fin des années 1980. La moitié de notre budget est ainsi consacrée aux sorties du dispositif hospitalier, lorsque c'est légitime, ou à la prévention des risques. La recherche d'affectation est une position statutaire dans laquelle des directeurs d'établissement ou des praticiens hospitaliers sont rattachés administrativement au Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière pendant une période de deux ans maximum.

M. le coprésident Pierre Morange. Pourriez-vous nous préciser les critères de recours à ce dispositif ? La décision est-elle prise par le directeur d'établissement ou par le Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière ?

Mme Danielle Toupillier. Nous nous sommes rendu compte que ce dispositif était souvent détourné de sa finalité, certains des cas qui nous étaient signalés relevant plutôt d'un suivi médical, d'autres d'une procédure disciplinaire. Les établissements n'ont malheureusement pas toujours assuré la « traçabilité » des dossiers, et certaines des demandes qui nous sont adressées ne réunissent pas les conditions requises.

À la création du dispositif, il était bien clair pour les autorités de tutelle – ministère de la santé, ministère du budget, contrôle général économique et financier, direction de la sécurité sociale, qui le finance à hauteur de 90 % – qu'il ne se substituait à aucune autre procédure, et qu'il fallait, le cas échéant, utiliser des procédures plus adéquates, notamment disciplinaires ou pour insuffisance professionnelle.

En ce qui concerne les praticiens hospitaliers, en 2008 nous avons réuni trois fois le conseil de discipline et j'ai, au nom de la ministre, prononcé deux révocations. Nous avons également infligé, sans procédure disciplinaire, deux blâmes et deux avertissements. En 2009, nous avons réuni deux fois le conseil de discipline et prononcé une réduction d'ancienneté de deux ans et trois blâmes.

L'insuffisance professionnelle des praticiens hospitaliers n'a donné lieu à aucune procédure en 2008. En 2009, nous avons engagé à ce titre deux procédures, actuellement en cours. Nous ouvrons la voie en ce domaine, la notion étant très mal définie.

Nous avons également pris des mesures disciplinaires à l'encontre de directeurs d'établissement. En 2008, nous avons prononcé un blâme et une exclusion de fonction de trois mois, qui relève des sanctions du troisième groupe. En 2009, quatre directeurs d'hôpital ont fait l'objet de procédures disciplinaires, qui ont abouti à une mise à la retraite d'office, une

rétrogradation et deux révocations, soit les sanctions les plus graves. À l'encontre des directeurs d'établissements de santé, social et médico-social, nous avons prononcé deux avertissements et un abaissement d'échelon.

S'agissant de la recherche d'affectation, les délais sont aujourd'hui extrêmement rapides. Le placement d'un praticien hospitalier en position de recherche d'affectation est décidé après avis motivé de la commission médicale d'établissement, du conseil exécutif de l'établissement public de santé et de la commission statutaire nationale. Pour les directeurs, les demandes de mise en recherche d'affectation d'office émanent le plus souvent de l'agence régionale de l'hospitalisation, à la suite d'une restructuration.

La demande peut aussi être le fait de l'intéressé lui-même, qui souhaite changer d'environnement professionnel. Il s'agit alors pour le Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière d'accompagner un processus de reconversion. À l'heure actuelle, nous accompagnons 206 personnes et nous traitons 45 recherches d'affectation, dont une vingtaine concerne des directeurs d'établissement ; dans la moitié des cas, c'est à l'initiative des administrations, et dans l'autre à l'initiative des professionnels eux-mêmes. Bien entendu, notre premier rôle est d'apporter notre appui aux établissements.

M. Jean-Luc Préel. Tout le monde souhaite avoir les meilleurs aux meilleurs postes. Mais de mon point de vue, le statut même de praticien hospitalier, avec ses changements d'échelon automatiques, n'est pas le plus susceptible de promouvoir le mérite.

À mes débuts de chef de service, j'ai naïvement donné de bonnes notes à ceux que je jugeais bons et de mauvaises aux autres. On m'en a dissuadé, en me disant que si tous ne recevaient pas la même note, les commissions corrigeraient ma notation. J'ai connu le cas d'un praticien hospitalier chargé de l'aide médicale d'urgence qui ne s'entendait avec personne, ni avec les ambulanciers privés, ni avec les pompiers. Mais les membres de la commission médicale d'établissement (CME), comme de bien entendu, n'ont pas voulu approuver une sanction contre un collègue. Ce que voyant, l'agence régionale de l'hospitalisation a décidé de le rémunérer à ne rien faire, et cela dure depuis dix ans... Je connais d'autres cas où les syndicats se sont opposés aux sanctions.

Je ne vois pas comment un système fonctionnant avec des commissions paritaires pourrait assurer réellement la prise en compte des mérites. Je souhaiterais qu'on puisse mieux récompenser les bons et écarter les incapables autrement qu'en les nommant conseillers généraux !

Mme Danielle Toupillier. Il est désormais possible d'assurer la « traçabilité » des faits, de constituer des dossiers. La jurisprudence a souvent été sévère à l'égard de l'administration, mais nous avons maintenant la matière pour justifier les sanctions prises.

Les praticiens hospitaliers sont aujourd'hui régis par un statut unique, quelle que soit leur spécialité. Leur carrière obéit à un système d'avancement d'échelon à l'ancienneté. Mais leur rémunération comporte diverses primes et indemnités tenant compte de sujétions particulières – postes difficiles ou isolés, gardes, astreintes... ; elle varie donc en fonction de leurs obligations et des lieux où ils exercent.

Dans le cadre du nouveau dispositif prévu par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires – permettant aux

praticiens hospitaliers d'être détachés sur un contrat de clinicien hospitalier –, la rémunération de ces cliniciens comprendra des éléments variables en fonction d'engagements particuliers et de la réalisation d'objectifs quantitatifs et qualitatifs, fixés par le directeur d'établissement en concertation avec la communauté médicale.

Il est vrai que l'évaluation des praticiens hospitaliers se résume, comme pour toute la fonction publique, à une notation comportant un élément chiffré et des appréciations. Mais le système évolue dans les trois fonctions publiques. Dans la fonction publique hospitalière, la part variable de la rémunération des directeurs d'hôpital, depuis août 2005, et des directeurs d'établissements de santé, social et médico-social depuis décembre 2007, modulée dans une fourchette de plus ou moins 20 % du montant maximum prévu pour la classe et l'emploi auxquels appartient le bénéficiaire, dépend étroitement de l'évaluation. Si l'autorité ayant le pouvoir d'évaluation décide de diminuer cette rémunération, elle doit le justifier dans un rapport. Même si ces cas sont rares, certains directeurs voient leur carrière ralentie.

J'ai suivi l'évolution des commissions paritaires. La nouvelle gouvernance hospitalière mise en place par l'ordonnance du 2 mai 2005 et confortée par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a changé le regard des directeurs et des praticiens hospitaliers, notamment des responsables de pôles et des présidents de commissions médicales d'établissement. Nous nous félicitons aujourd'hui d'avoir affaire à des communautés hospitalières très responsables, qui ne couvrent pas la gestion de leurs pairs quand c'est illégitime. Même s'il ne s'agit pas d'un changement massif, nous constatons un sursaut : toutes les sanctions que nous avons décidées, à l'exception de deux, ont été votées à l'unanimité des commissions administratives paritaires, qu'elles aient concerné des directeurs d'établissement ou des praticiens hospitaliers – y compris les révocations. Les cas de « placardisation » sont de moins en moins tolérés, tant des professionnels non médicaux que des communautés médicales. La T2A a modifié considérablement les stratégies d'établissement.

M. le coprésident Pierre Morange. Parallèlement à la stratégie de repérage des hauts potentiels, ne faudrait-il pas une stratégie de repérage des faibles potentiels ? Ne pas se donner les moyens de les identifier, n'est-ce pas mettre en danger nos concitoyens ?

En dépit de faits particulièrement surprenants relevés par les services compétents de l'État, des directeurs d'établissement n'ont pas pu obtenir le départ des cadres hospitaliers en cause. Que vous inspire cette contradiction entre l'impuissance de directeurs d'établissement à l'égard de collaborateurs défaillants et l'importance de la mission dont il s'agit ?

Mme Danielle Toupillier. Je mesure d'autant plus l'importance de ce que vous dites que j'ai moi-même en tête certains cas. Le repérage des faibles potentiels est un enjeu majeur. Parmi les 206 directeurs d'établissement dont nous assurons le suivi, certains sont à nos yeux peu aptes à cette fonction. Nous les encourageons à passer des concours de niveau inférieur et nous recherchons les moyens de les faire sortir de l'institution hospitalière, par la voie du détachement ou de la mise en disponibilité.

Certains d'entre eux nous ont demandé de leur propre chef de sortir de l'institution par la voie de la mise en recherche d'affectation, alors qu'ils étaient susceptibles de relever d'une procédure disciplinaire ; nous nous attachons dans ce cas à faire toute la lumière nécessaire.

Je peux citer l'exemple d'un directeur adjoint de centre hospitalier universitaire, dont le cas avait été signalé par trois directeurs généraux successifs. Dans le cadre d'un plan de

retour à l'équilibre, ce centre hospitalier universitaire a décidé de supprimer des emplois de direction. Cela nous a permis de soumettre le cas de ce directeur adjoint, qui depuis longtemps ne remplissait plus ses fonctions, à la commission administrative paritaire. Le dossier étant proposé dans le cadre d'une restructuration, il réunissait les conditions pour la mise en recherche d'affectation – qui sinon aurait été considérée comme un détournement de procédure et une sanction déguisée, motif qui a déjà valu à l'État de se faire condamner.

Au moment de la création du Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière, le cadre d'utilisation de la mise en recherche d'affectation a été bien défini. Nous sommes aujourd'hui en situation d'éclairer les établissements sur le choix de la procédure la plus adaptée.

M. le coprésident Pierre Morange. Qu'il y ait mise en recherche d'affectation ou procédure disciplinaire, est-il possible que le Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière avalise des promotions ou des primes de carrière pour des personnes ayant fait l'objet de rapports défavorables des services compétents de l'État ?

Mme Danielle Toupillier. Il est vrai que deux ou trois cas ont fait l'objet d'une attention particulière, mais la plupart du temps nous émettons un avis défavorable aux recours sur les évaluations. Lorsque nous avons constaté que celles-ci comportaient des nuances plutôt favorables, nous avons suivi la logique de l'autorité d'évaluation ; mais c'est cette dernière, non le Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière ou le ministre, qui décide du montant de la prime et qui peut réformer sa décision. C'est la logique de la gouvernance hospitalière.

M. le coprésident Jean Mallot, rapporteur. De quelle marge de manœuvre dispose le Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière pour la rémunération des praticiens hospitaliers et des cadres de direction, tant en matière de rémunération de base que de rémunération complémentaire, voire d'intéressement ?

M. Jean-Luc Prével. Je voudrais compléter la question. En application de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, les agences régionales de santé (ARS) pourront décider de la part variable de la rémunération des directeurs ; comment les choses se passeront-elles avec le Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière ?

Mme Danielle Toupillier. Nous n'avons pas de marge de manœuvre : le Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière n'a aucune compétence en matière de rémunérations. Actuellement – la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires va apporter des modifications –, les chefs d'établissement sont nommés par le ministre et, par délégation du ministre, par le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Les directeurs généraux de centres hospitaliers universitaires sont évalués par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, au nom du ministre. Les autres directeurs d'établissement sont évalués par l'agence régionale de l'hospitalisation, qui fixe le montant des primes. Quant aux directeurs adjoints, ils sont évalués par les directeurs d'établissement. Leur rémunération est assurée par l'établissement employeur, conformément aux textes réglementaires en vigueur, qui fixent la part fixe et la part variable.

Personnellement, je milite depuis longtemps en faveur de l'intéressement, qu'il soit collectif ou individuel. Mais je reconnais que sa mise en place est difficile. Le ministère de la santé avait créé par arrêté un dispositif expérimental de rémunération complémentaire des chirurgiens et des psychiatres, cette rémunération variant en fonction de la réalisation de certains objectifs, dans la limite de 15 %. Très peu d'établissements ont adhéré à ce dispositif.

Les praticiens hospitaliers n'étant pas des fonctionnaires, mais des agents publics sous statut national d'emploi, essentiellement régis par des dispositions réglementaires, tandis que les autres personnels relèvent de dispositifs législatifs, nous ne disposons pas de dispositifs juridiques permettant d'intéresser individuellement les personnels, hormis ceux prévus par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires : je pense notamment à la possibilité de détacher sur contrat des praticiens hospitaliers ou des directeurs, qui pourra donner lieu à une forme d'intéressement en fonction de l'engagement et de la prise de risque.

M. le coprésident Jean Mallot, rapporteur. Dans le dispositif expérimental que vous avez cité, quels objectifs a-t-on retenus ?

Mme Danielle Toupillier. Pour les chirurgiens, ils ont été définis en concertation avec le Conseil national de la chirurgie. C'est une combinaison d'objectifs quantitatifs, tels que le taux d'infections nosocomiales ou le nombre de reprises sur une intervention primaire, et d'objectifs qualitatifs – les plus nombreux. Ils sont orientés vers la mesure de la performance de la pratique professionnelle, à partir de protocoles fixés par les sociétés savantes et de comparaisons européennes et internationales.

M. le coprésident Jean Mallot, rapporteur. Quels peuvent être les critères pour les personnels de direction ?

Mme Danielle Toupillier. Pour les adjoints, ils sont fixés par le chef d'établissement. Pour les directeurs d'établissement, ils sont déterminés par l'autorité de tutelle – direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins ou agence régionale de santé.

M. le coprésident Jean Mallot, rapporteur. La santé financière de l'établissement en fait-elle partie ?

Mme Danielle Toupillier. Ce n'était pas le cas avant 2005 et la réforme du statut des directeurs d'établissement. Depuis, des critères tels que l'état d'avancement du plan de retour à l'équilibre ou la santé financière de l'établissement figurent explicitement au nombre des critères d'évaluation et servent de fondement à certains recours. Y figurent également des appréciations sur le management, la capacité à arbitrer, à décider, à contrôler.

M. le coprésident Jean Mallot, rapporteur. C'est donc une appréciation générale de la manière de servir, mais il est un peu paradoxal de lier l'intéressement à la mise en œuvre d'un plan de retour à l'équilibre...

M. le coprésident Pierre Morange. Madame la directrice, nous vous remercions de votre contribution à nos travaux.

La séance est levée à douze heures trente-cinq.