



RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES  
ET SA RÉPONSE

CENTRE HOSPITALIER  
DE MANTES-LA-JOLIE

(78)

Exercices 2008 et suivants

Observations définitives  
délibérées le 18 juin 2015



## SOMMAIRE

<b>SYNTHÈSE</b> .....	<b>4</b>
<b>RECOMMANDATIONS</b> .....	<b>7</b>
<b>OBSERVATIONS</b> .....	<b>8</b>
<b>1. PRÉSENTATION DU CONTRÔLE</b> .....	<b>8</b>
<b>2. ACTIVITÉ</b> .....	<b>9</b>
2.1. La place et le rôle de l'établissement au sein du territoire de santé .....	9
2.2. L'offre de soins de l'établissement.....	10
2.3. Évolution de l'activité .....	12
2.4. Profil de l'établissement .....	13
<b>3. PILOTAGE</b> .....	<b>14</b>
3.1. Pôles .....	14
3.2. Contrôle de gestion.....	16
3.3. Achats.....	17
<b>4. ORGANISATION DES SOINS</b> .....	<b>19</b>
4.1. L'allocation des ressources .....	19
4.2. Gestion des urgences et des soins non programmés.....	21
4.3. Organisation du bloc opératoire .....	22
4.4. Chirurgie ambulatoire.....	23
4.5. Chirurgie.....	25
<b>5. LA VALORISATION DE L'ACTIVITÉ</b> .....	<b>26</b>
5.1. La facturation .....	26
5.2. Le codage .....	29
<b>6. GESTION DES RESSOURCES HUMAINES (GRH)</b> .....	<b>32</b>
6.1. Effectifs et masse salariale .....	32
6.2. Gestion du temps de travail des personnels non médicaux .....	34
6.3. Le temps de travail des personnels médicaux .....	40
6.4. Activité libérale au sein du CHFQ .....	52

<b>7. PRÉPARATION DE LA CERTIFICATION DES COMPTES.....</b>	<b>57</b>
7.1. Démarche suivie par l'établissement.....	57
7.2. Analyse des points les plus sensibles relevés par l'audit PricewaterhouseCoopers (PwC) .....	58
7.3. Appréciation générale après l'audit PwC.....	58
<b>8. LA SINCÉRITÉ DES COMPTES.....</b>	<b>59</b>
8.1. La qualité du provisionnement.....	59
8.2. La qualité des annexes au compte financier.....	61
8.3. Les transferts de charges entre le budget principal et le budget annexe de l'EHPAD.....	61
8.4. Les opérations de cessions de biens .....	62
8.5. Le rattachement des charges à l'exercice : les dépenses engagées non mandatées.....	62
8.6. Les subventions d'équipement transférables.....	63
<b>9. L'ANALYSE FINANCIÈRE .....</b>	<b>64</b>
9.1. Rappel du contexte de l'établissement .....	64
9.2. Les soldes intermédiaires de gestion (SIG).....	65
9.3. Le bilan fonctionnel.....	68
9.4. Le tableau de financement.....	69
9.5. Perspectives.....	69
<b>10. L'EMPRUNT STRUCTURE DE 2008 .....</b>	<b>70</b>
10.1. Signature du contrat, diligences réalisées par l'établissement .....	70
10.2. Gestion du risque en cours de contrat.....	70
<b>ANNEXES .....</b>	<b>74</b>
Annexe n° 1 : Analyse RH.....	74
Annexe n° 2 : Analyse financière.....	76
<b>SIGLES UTILISÉS.....</b>	<b>79</b>
<b>GLOSSAIRE .....</b>	<b>80</b>

## SYNTHÈSE

Le centre hospitalier François Quesnay (CHFQ) de Mantes-La-Jolie dont la capacité est de 717 lits et places, est le principal établissement de santé sur le bassin de santé Nord-Ouest des Yvelines qui regroupe près de 180 000 personnes. Ces activités principales sont les soins chirurgicaux, un service d'urgences, les soins médicaux, la maternité, la psychiatrie, des soins de suite et de réadaptation (SSR) et des soins de longue durée (USLD).

### Fiabilité des comptes et certification

La fiabilité des comptes du CHFQ présente de notables insuffisances, susceptibles d'affecter le compte de résultat. Ainsi, l'inventaire reste à finaliser, en collaboration avec le comptable, afin de valoriser le patrimoine et produire un état de l'actif sincère.

L'utilisation indifférenciée des comptes de compléments de dotations (comptes 102) et de subventions transférable (compte 13) porte atteinte à la sincérité du bilan et du compte de résultat.

La chambre note cependant que ces lacunes font l'objet d'un plan d'action dans le cadre de la préparation de la certification des comptes de l'établissement qui interviendra à compter de l'exercice 2015. La rédaction d'un guide de procédure visant à s'assurer de l'exhaustivité des opérations de clôture, de leur justification et la documentation des principales écritures de clôture devrait notamment permettre d'améliorer substantiellement la qualité des comptes de l'exercice 2014 et suivants.

### Situation financière

La situation financière de l'établissement s'est dégradée depuis 2010 comme le montrent quasiment tous les indicateurs en raison d'un rythme de progression des charges courantes (+4 %) et des dépenses de personnel (+3,4 %) largement supérieur à celui des recettes de l'activité (+2 %). Le déficit a atteint 1,4 M€ en 2013, 6,5 M€ en 2014. La marge dégagée par l'établissement sur les recettes d'exploitation est parmi les plus faibles de sa catégorie de centre hospitalier. Le CHFQ ne parvient pas à dégager un autofinancement net, malgré un endettement contenu. Le renouvellement des équipements et des bâtiments a été différé.

L'établissement détient de surcroît un important stock de créances, notamment des créances sur les patients et mutuelles, qu'il a les plus grandes difficultés à recouvrer. Le recouvrement des produits de l'assurance maladie n'est pas non plus performant. Le besoin de trésorerie ainsi généré n'est pas couvert par le fonds de roulement et l'établissement est contraint de recourir régulièrement à d'importantes lignes de trésorerie.

Le CHFQ connaît donc une situation de déficit structurel depuis 2008 justifiant la mise en place fin 2014, à la demande de l'Agence Régionale de Santé (ARS) d'Île-de-France, d'un nouveau plan de retour à l'équilibre (PRE).

### Activité

Le niveau d'activité a progressivement ralenti depuis 2011 pour reculer en 2013. Le centre hospitalier s'appuie aujourd'hui essentiellement sur le développement des prises en charge ambulatoires en ophtalmologie et sur les consultations externes. Le recrutement en hospitalisation complète passe aux deux tiers par les urgences, mettant en lumière la baisse d'attractivité de plusieurs spécialités, sujet d'inquiétude dans un système de financement fondé sur l'activité (T2A).

La mise en place de coopérations et l'organisation des filières de soins revêtent par conséquent une importance stratégique, notamment pour confier à des tiers les activités déficitaires et partager le coût de la permanence des soins. Le projet de communauté hospitalière de territoire entre l'établissement et ceux de Meulan-Les Mureaux et de Poissy-Saint-Germain-en-Laye, en cours de négociation avec l'ARS Île-de-France pourrait donner des marges de manœuvre à l'établissement.

### **Pilotage**

Les conditions d'un dialogue de gestion au sein des six pôles d'activités ne sont pas encore réellement réunies. En effet, les outils juridiques (projets et contrats de pôle et délégations de gestion) et financiers n'ont été que partiellement mis en place. En outre, la mise en place du contrôle de gestion inaboutie jusqu'à aujourd'hui, en raison d'un *turn over* important et d'un positionnement ambigu, semble en voie de résolution, la direction indiquant des évolutions quant à son positionnement et à la définition de ses fonctions, conformément aux observations de la chambre.

Le pilotage général des achats paraît mieux maîtrisé. Une démarche de rationalisation de l'ensemble des achats a permis d'identifier des gisements d'économies pour plus de 900 000€. Les actions mises en œuvre dans ce cadre devront être suivies et évaluées.

### **Organisation des soins**

L'établissement ne dispose pas de véritables instruments de pilotage des effectifs et de gestion des lits. Un travail d'actualisation de l'adéquation entre les besoins et les ressources, par pôle, est nécessaire au regard du faible taux d'occupation des services de médecine notamment. L'utilisation de l'unité de chirurgie ambulatoire devrait pouvoir être améliorée en revoyant l'organisation interne de plusieurs services ainsi que les modes de prise en charge dans certaines spécialités.

L'activité de chirurgie, en perte de vitesse depuis plusieurs années, a fait récemment l'objet d'un audit externe de la part de la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MeaH). La question du positionnement stratégique de l'établissement est posée.

### **Valorisation de l'activité**

La perte de recettes de T2A, les difficultés rencontrées lors du recouvrement des titres (liées à l'insuffisance des renseignements concernant l'identité des patients), le nombre limité et le positionnement de régies de recettes, les relations difficiles avec les mutuelles ont conduit l'établissement à accélérer ses travaux sur le cycle des recettes.

En termes de codage, des progrès réels sont intervenus, tant sur le plan organisationnel que financier. L'exhaustivité est toutefois loin d'être assurée et la qualité de l'information médicale reste inégale selon les services.

En termes de facturation, la réaction de l'établissement a été plus tardive. Toutefois les chantiers mis en place depuis deux ans témoignent des efforts consentis pour rattraper le retard et faire évoluer l'organisation des consultations externes.

### **Gestion des ressources humaines (GRH)**

Pour un effectif global en 2013 de 1805 équivalent temps plein (ETP) et une masse salariale en hausse d'environ 3,7 % par an de 2008 à 2013, le coût général de l'organisation du CHFQ est trop élevé au regard des produits dégagés.

En matière de temps de travail des personnels non médicaux, l'accord sur l'aménagement et la réduction du temps de travail a retenu un certain nombre d'avantages qui dépassent le cadre réglementaire. Un bilan de l'application de l'accord permettrait d'en chiffrer le coût. L'organisation en 12 heures, dérogatoire, s'est banalisée au CH de Mantes sans qu'aucune étude n'ait été menée pour en apprécier les conséquences financières. L'absentéisme, supérieur aux moyennes relevées dans les établissements de même taille, se conjugue avec d'importants contingents d'heures supplémentaires dont une partie sont par ailleurs sans fondement juridique.

L'activité du personnel médical génère un volume important de plages additionnelles, c'est-à-dire des périodes de temps de travail additionnel au-delà de leurs obligations de service. Même si elle a jeté, dès 2009, les bases d'une contractualisation du temps additionnel de ces personnels, la commission d'organisation et de permanence des soins (COPS) ne parvient pas à en contenir la progression.

De surcroît, les lacunes des tableaux de service et l'absence de relevé des interventions effectuées en astreinte ne permettent pas d'assurer un réel contrôle du temps de présence des personnels médicaux.

Enfin, les contrôles exercés sur l'activité libérale des praticiens sont insuffisants. Ils laissent ainsi perdurer des dérives non sanctionnées, qu'il s'agisse des dépassements d'honoraires ou du temps consacré à l'activité libérale aux dépens des missions publiques des praticiens concernés. L'établissement devra par conséquent mettre en place des moyens de contrôle et des mesures préventives adéquates

## RECOMMANDATIONS<sup>1</sup>

### **ORGANISATION DES SOINS**

RECOMMANDATION N° 1 : calculer les effectifs cibles nécessaires au fonctionnement des services.

### **LA VALORISATION DE L'ACTIVITÉ**

RECOMMANDATION N° 2 : définir des objectifs chiffrés en termes de qualité de recueil de l'information médicale à l'occasion de la mise en place des contrats de pôle.

### **GESTION DES RESSOURCES HUMAINES (GRH)**

RECOMMANDATION N° 3 : dresser un bilan de l'application du protocole sur l'organisation du travail au sein de l'établissement et des surcoûts éventuellement induits.

### **PRÉPARATION DE LA CERTIFICATION DES COMPTES**

RECOMMANDATION N° 4 : valoriser les montants financiers que la préparation de la certification des comptes a permis de récupérer.

---

<sup>1</sup> l'ordre est celui de leur apparition dans les observations. Les recommandations de la chambre donnent lieu à un suivi de leur mise en oeuvre

## OBSERVATIONS

### 1. PRÉSENTATION DU CONTRÔLE

L'examen de la gestion et des comptes du centre hospitalier François Quesnay de Mantes-la-Jolie a été inscrit au programme 2014 de la chambre régionale des comptes d'Île-de-France par arrêté n° 14-05 du 28 janvier 2014.

Les lettres d'ouverture du contrôle ont été adressées le 17 avril 2014 à M. Denis Caspard, ordonnateur en fonction, M. Christophe Gilant, directeur par intérim du 1<sup>er</sup> septembre 2008 au 31 janvier 2009, M. Henri Gosset, directeur en fonction du 1<sup>er</sup> janvier 2007 au 31 août 2008, ainsi qu'à Mme Cécile Dumoulin, présidente du conseil de surveillance.

La période examinée couvre les exercices 2008 et suivants. L'examen a porté principalement sur la sincérité des comptes, l'analyse financière, l'activité et sa valorisation médico-économique, l'organisation des soins, la gestion du temps de travail, le pilotage de l'établissement et la préparation de la certification des comptes à laquelle l'établissement est soumis à compter de l'exercice 2015.

L'entretien préalable, prévu à l'article L. 243-1 du code des juridictions financières, a eu lieu le 18 novembre 2014 avec M. Gosset et M. Gilant et le 21 novembre 2014 avec M. Caspard.

Lors de sa séance du 7 janvier 2015, la chambre régionale des comptes d'Île-de-France, délibérant en sa deuxième section, a adopté ses observations provisoires. Ont participé au délibéré : M. Pierre Grimaud (Président de section), Mme Anne-Christine Priozet, M. Thierry Lavigne, M. Gérard Payet, Mme Brigitte Ollier (premiers conseillers). Ont été entendus en son rapport M. Thierry Lavigne (premier conseiller) assisté de Mme Nathalie Winther (assistante de vérification), et en ses conclusions, sans avoir pris part au délibéré, M. le Procureur financier. Le greffe a été assuré par Mme Viviane Barbe (auxiliaire de greffe).

Le rapport d'observations provisoires a été adressé le 11 février 2015 à M. Caspard, ordonnateur au moment du délibéré. Des extraits ont également été adressés à M. Gosset (ancien ordonnateur), au directeur général de l'agence régionale de la santé (ARS) d'Île-de-France ainsi qu'à deux praticiens hospitaliers.

M. Caspard n'a pas répondu mais Mme Sanchez, directrice par intérim depuis le 12 janvier 2015, l'a fait à sa place. M. Gosset, les deux praticiens ainsi que le directeur général de l'ARS ont également répondu.

Par décision n°15-07 du Président de la chambre régionale des comptes d'Île-de-France en date du 15 avril 2015, M. Gilles Duthil (conseiller) a été désigné pour assurer les suites de l'examen de gestion, notifiée notamment à Mme Sanchez (ordonnateur actuel).

Dans sa séance du 18 juin 2015, la chambre régionale des comptes d'Île-de-France, (2<sup>ème</sup> section) a arrêté ses observations définitives. Ont participé au délibéré : M. Pierre Grimaud (Président de section), Mmes Anne-Christine Priozet et Mme Brigitte Ollier (premières conseillères), Mme Sarah Birden et M. Gilles Duthil (conseillers). A été entendu en son rapport M. Gilles Duthil assisté de Mme Nathalie Winther (vérificatrice des juridictions financières), et en ses conclusions, sans avoir pris part au délibéré, M. le Procureur financier. Le greffe a été assuré par Mme Viviane Barbe (auxiliaire de greffe).

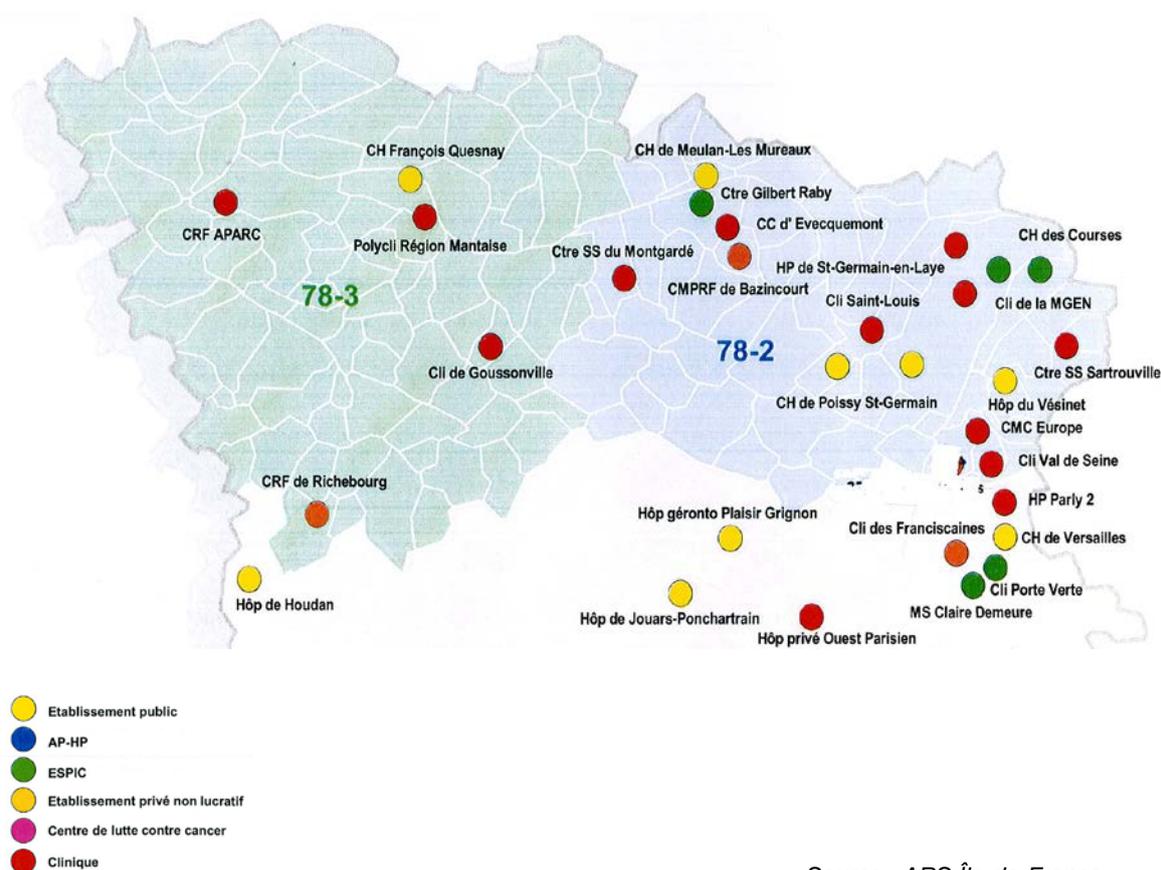
## 2. ACTIVITÉ

### 2.1. La place et le rôle de l'établissement au sein du territoire de santé

Le centre hospitalier François Quesnay (CHFQ) de Mantes-la-Jolie est l'établissement public de santé de recours du secteur 78-3, au sein d'un bassin de population qui regroupe 90 communes et 178 600 habitants. Le projet régional de santé (PRS) pour 2013-2017 souligne que le territoire présente des indicateurs de développement humain très défavorables<sup>2</sup>, à l'inverse de ce que l'on constate dans le reste du département des Yvelines.

Sur le même territoire de santé, on dénombre deux cliniques (Polyclinique de la région mantaise, Clinique de Goussonville), deux centres de rééducation fonctionnelle et un centre médico chirurgical (CMC du Mantois), tous ces établissements étant privés.

**Carte n°1 : établissements de soins, courts et moyen séjours sur le secteur Nord des Yvelines (78-2 et 78-3)**



Source : ARS Île-de-France

<sup>2</sup> L'indicateur de développement humain est un indicateur synthétique de développement calculé chaque année par le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) pour évaluer le niveau de vie de la population d'un pays. Il prend en compte l'espérance de vie, l'éducation et le pouvoir d'achat.

Le bassin de recrutement des patients de l'établissement est concentré sur le Mantois. Sur sa zone d'attractivité proche, qui correspond peu ou prou au secteur 78-3, le centre hospitalier constitue ainsi la principale offre de soins en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO).

Il ne subit en effet pas une forte pression concurrentielle, du fait notamment de l'absence d'établissements de même importance sur le territoire, mais également en raison de la faible densité de professionnels libéraux dans l'ouest du département, autour de Mantes, Les Mureaux et Trappes.

Au-delà de ce territoire proche, le rayonnement de l'établissement est en revanche limité. En 2012, les parts de marché sur le département du CHFQ étaient en particulier faibles en chirurgie, où il n'occupait que le neuvième rang des établissements de santé.

## **2.2. L'offre de soins de l'établissement**

### **2.2.1. Organisation**

L'activité clinique et médicotechnique est répartie en 6 pôles : médecine, chirurgie, femme-enfant (comprenant notamment les unités de pédiatrie, néonatalogie, obstétrique, gynécologie), psychiatrie, SSR-Gériatrie (SSR, court séjour gériatrique, équipe mobile de gériatrie, EHPAD et USLD) et le pôle médicotechnique (pharmacie, stérilisation, laboratoires et imagerie médicale).

L'établissement est physiquement installé sur 4 sites - l'unité de soins de suite et de réadaptation (SSR) et l'unité de soins de longue durée (USLD) se trouvant sur des sites distincts - auxquels s'ajoutent 7 structures extrahospitalières de psychiatrie et de pédopsychiatrie.

Le site principal a été intégralement reconstruit en 1997.

### **2.2.2. Capacités**

En 2013, l'établissement disposait de 149 lits de médecine adulte, 56 lits de médecine enfants, 78 lits en chirurgie, 55 lits en gynécologie, 53 lits en hospitalisation de jour et en chimiothérapie, 89 lits de moyen séjour, 18 lits en psychiatrie enfant, 81 lits en psychiatrie adulte, 100 lits en EHPAD.

Les principales modifications capacitaires sont intervenues en 2011, avec 28 lits et 25 places supplémentaires en médecine. En chirurgie, les fermetures de lits d'hospitalisation complète ont accompagné l'ouverture de places en ambulatoire.

### **2.2.3. Mise en œuvre du projet d'établissement**

En conformité avec le projet d'établissement pour 2007-2011, l'établissement s'est consacré à poursuivre le développement du secteur Femme-Enfant, à renforcer l'offre médicale et psychiatrique spécialisée (ouverture d'un centre de crise de psychiatrie adulte en 2012 – six lits- et mise en place d'une équipe mobile de psychiatrie), à renforcer la filière d'accueil et de prise en charge des personnes âgées (ouverture du court séjour gériatrique en 2011 – 20 lits), à développer et à améliorer la prise en charge des malades cancéreux et à développer la capacité interventionnelle et chirurgicale (ouverture de l'unité de chirurgie ambulatoire –

UCA en 2011 – 15 places). Des lits de surveillance continue<sup>3</sup> ont par ailleurs été ouverts en 2013.

En revanche, d'autres objectifs n'ont pu être atteints, qu'il s'agisse de la prise en charge de la douleur, des maladies métaboliques, de l'endoscopie digestive interventionnelle, de la capacité interventionnelle vasculaire.

Conformément au projet d'établissement, le CHFQ a par ailleurs sollicité une autorisation en soins de suite et de réadaptation (SSR) gériatriques en plus de l'autorisation en SSR polyvalents dont il dispose déjà. Le projet prévoyait la réduction de la capacité actuelle de 100 lits polyvalents. Sa mise en œuvre était liée à la construction d'un nouveau bâtiment sur le site principal à Mantes-la-Jolie, afin de regrouper l'ensemble du pôle gériatrique sur un lieu unique.

Dans l'impossibilité de financer, y compris par l'emprunt, l'opération, le CHFQ a présenté en avril 2015 un nouveau projet d'activité de SSR (60 lits et 10 places de SSR gériatriques), dans le cadre d'un partenariat avec le groupe privé FINEVE (propriétaire de la centre de cardiologie d'Evécquemont, du centre hospitalier de Montgardé, du centre d'imagerie médicale de Montgardé, du centre de convalescence d'Aubergenville, du centre d'hémodialyse de Mantes-la-Jolie)<sup>4</sup>.

En 2010, le CHFQ a perdu son autorisation de cardiologie interventionnelle et de chirurgie carcinologique urologique. La fermeture coûteuse<sup>5</sup> de la cardiologie interventionnelle a poussé le centre hospitalier à se tourner vers la clinique d'Evécquemont, centre de cardiologie appartenant au groupe privé FINEVE, à 15 kilomètres à l'est de Mantes-la-Jolie. Un audit a été mené pour, notamment, créer une unité de soins intensifs en cardiologie (USIC) partagée. Les deux établissements ont finalement renoncé à ce projet pour des raisons médico-économiques.

#### **2.2.4. Coopérations**

Les tentatives de développer des relations avec les établissements publics de santé (EPS) de Poissy-Saint-Germain et de Meulan sont restées peu ou prou lettre morte, à l'exception de quelques conventions mineures et de la permanence des soins alternée, mise en place depuis 2012 avec le centre hospitalier de Meulan.

Les priorités d'action dans les Yvelines du projet régional de santé (PRS) sont notamment d'améliorer la coordination des acteurs publics et privés au travers des filières de prise en charge. Elles sont également de promouvoir la coopération entre les établissements afin de répondre à la fragilisation croissante des établissements, confrontés notamment à des questions de démographie médicale, et de renforcer le positionnement de certains établissements proches.

---

<sup>3</sup> La surveillance continue permet l'observation constante clinique et biologique pour des malades qui le nécessitent en raison de la gravité de leur état ou du traitement qui leur est appliqué.

<sup>4</sup> PV du conseil de surveillance du 11 février 2015

<sup>5</sup> L'établissement a investi 1,2 M€ sur l'équipement sans disposer des médecins pour l'utiliser. Il a finalement réussi à engager des contractuels sans parvenir toutefois à atteindre les seuils.

Le futur projet d'établissement du CHFQ intégrera par conséquent l'ensemble des discussions de réorganisation de l'offre de soins entre les établissements de santé présents dans le territoire du Nord des Yvelines. Ils devraient être conduit sous l'égide de l'ARS et donner lieu à la constitution d'une communauté hospitalière de territoire<sup>6</sup>, justifiée par la proximité des centres hospitaliers de Mantes, de Meulan et de Poissy-Saint-Germain sur un rayon de 25 kilomètres. Un projet médical commun est actuellement à l'étude.

### 2.3. Évolution de l'activité

L'activité de l'hôpital est portée par celles de sa maternité de type II B (plus de 2000 accouchements par an) et de son important service d'accueil des urgences (SAU).

L'évolution des séjours montre de façon classique pour ce type d'établissement une substitution des séjours ambulatoires<sup>7</sup> à l'hospitalisation complète traditionnelle.

**Tableau n° 1 : Résumés de séjour anonymes (RSA) transmis**

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Hospitalisation complète :						
Nombre de RSA de médecine	12 266	12 867	12 823	12 672	12 803	12 406
Nombre de RSA de chirurgie	3 234	3 254	3 390	3 603	3 171	2 963
Nombre de RSA d'obstétrique	3 288	3 364	3 402	3 246	3 208	3 142
Ambulatoire :						
Nombre de RSA de médecine	3 303	3 414	3 484	3 685	3 906	3 827
Nombre de RSA de chirurgie	1 997	2 221	2 473	2 536	3 103	3 095
Nombre de RSA d'obstétrique	747	688	851	771	785	742
Total médecine	15 569	16 281	16 307	16 357	16 709	16 233
Total chirurgie	5 231	5 475	5 863	6 139	6 274	6 058
Total obstétrique	4 035	4 052	4 253	4 017	3 993	3 884
<b>TOTAL RSA séjours</b>	<b>24 835</b>	<b>25 808</b>	<b>26 423</b>	<b>26 513</b>	<b>26 976</b>	<b>26 175</b>
Nombre de séances de chimiothérapie	2 868	2 423	2 587	3 228	3 599	4 049
Nombre de séances autres	490	663	797	1 108	1 179	1 077
<b>TOTAL RSA séances</b>	<b>3 358</b>	<b>3 086</b>	<b>3 384</b>	<b>4 336</b>	<b>4 778</b>	<b>5 126</b>
<b>TOTAL</b>	<b>28 193</b>	<b>28 894</b>	<b>29 807</b>	<b>30 849</b>	<b>31 754</b>	<b>31 301</b>

Source : Hospidiag

La progression globale de l'activité en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) ralentit depuis 2011, y compris pour les séances. Elle a même reculé en 2013, tant en termes de séjours (-1,3 %) que de journées (-1,7 %), en médecine comme en chirurgie. En obstétrique, l'activité régresse depuis 2010.

<sup>6</sup> Une communauté hospitalière de territoire est un regroupement d'établissements hospitaliers publics, instaurant une coopération conventionnelle.

<sup>7</sup> Les séjours ambulatoires sont des séjours au cours desquels le patient est pris en charge sans hospitalisation pour quelques heures.

Le rapport 2014 du département d'information médicale (DIM) signale que, de façon globale, la plupart des services ont enregistré une baisse du nombre de séjours entre 2012 et 2013 avec des diminutions importantes et continues de l'activité dans certains services comme la cardiologie, la chirurgie viscérale, l'ORL, l'obstétrique et l'orthopédie.

La direction de l'établissement a par ailleurs signalé que le recul de l'activité s'était confirmé en 2014.

## 2.4. Profil de l'établissement

Les urgences (71 133 passages en 2014, +5,6 % par rapport à 2013), et les consultations externes (117 234 en 2014, +1,7 % par rapport à 2013) continuent de progresser alors que le nombre de journées d'hospitalisation (227 392 en 2014) diminue de -1,1% (-1,7 % pour les journées MCO).

La cancérologie dans son ensemble (12,8 % des groupes homogènes de séjour (GHS) en 2012) représente une part importante de l'activité de l'établissement, essentiellement grâce à l'activité de chimiothérapie.

En 2013, le CHFQ s'appuyait sur 133 racines de groupes homogènes de malades (GHM) pour assurer 80 % des séjours<sup>8</sup>. A cet égard, le CHFQ peut être qualifié « d'établissement généraliste ». En chirurgie, l'établissement est d'ailleurs absent des spécialités majeures au niveau national, à l'exception notable de l'activité « cataractes »<sup>9</sup>.

Le déficit de professionnels médicaux et l'absence d'autorisations de services d'urgences dans la plupart des établissements privés proches ont par ailleurs accentué l'afflux de patients aux urgences du CHFQ, qui assure quasiment seul la charge de la permanence des soins sur le territoire de santé. Le service d'accueil des urgences (urgences médicales, chirurgicales et pédiatriques) a ainsi enregistré plus de 67 000 passages en 2013 et le pourcentage des hospitalisations en provenance des urgences a doublé entre 2008 (34,3 %) et 2013 (61 %), ce qui situe l'établissement au-delà du huitième décile de sa typologie<sup>10</sup>.

**Tableau n° 2 : Pourcentage des entrées en hospitalisation complète en provenance des urgences**

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2ème décile	8ème décile
	34.3	53.8	58.9	59.6	60.9	61	17.9	58

Source : Hospidiag

L'indicateur permet d'appréhender les incidences en termes d'organisation des urgences sur les activités programmées des établissements. Il permet également de mettre en évidence un déficit d'attractivité de l'établissement et un manque de coordination avec la médecine de ville s'il accueille essentiellement des patients en lien avec des activités non-programmées.

<sup>8</sup> Hospidiag, onglet *carte d'identité*.

<sup>9</sup> Id.

<sup>10</sup> Les moyennes proposées par la base Hospidiag permettent de situer la performance d'un hôpital par rapport aux établissements de même catégorie juridique (soit l'ensemble des centres hospitaliers) et de même profil (activité et budget). Compte tenu de l'extrême diversité des centres hospitaliers, c'est la comparaison avec les établissements de profil similaire qui a été retenue dans ce rapport.

En l'espèce, le CHFQ cumule les deux handicaps, à savoir un volume élevé de passages aux urgences associé à une activité programmée faible : en volume, les hospitalisations non programmées ont en effet stagné depuis 2011. La dégradation de l'indicateur Hospidiag traduit principalement une attractivité déclinante de l'établissement et ce constat a d'ailleurs été confirmé par l'audit mené en chirurgie en 2014 (voir Organisation des soins).

Le CHFQ, principal établissement de santé sur le bassin de santé Nord-Ouest des Yvelines, se caractérise par un recrutement essentiellement local de sa patientèle. La baisse de la démographie médicale libérale et la paupérisation de la commune expliquent la progression soutenue de la fréquentation des urgences, phénomène accentué par une maison médicale de garde au rôle mal défini, et peu sollicitée.

Le profil généraliste de l'établissement n'est pas sans conséquence sur le plan de ses résultats financiers puisqu'une diversification de l'activité pénalise la performance médico-économique.

Le faible rayonnement de l'établissement constitue par ailleurs un sujet d'inquiétude au regard du déclin de son activité. En effet, malgré le développement d'une activité ambulatoire en ophtalmologie conforme au projet d'établissement, les nouvelles activités n'ont pas suffi à enrayer le déclin d'ensemble.

La question des coopérations et de l'organisation des filières de soins revêt par conséquent une importance stratégique, notamment pour confier à des tiers les activités qui sont déficitaires. Dans ce contexte, la mise en place rapide de la communauté hospitalière de territoire prévue avec les CH de Meulan et Poissy-Saint-Germain donnerait une vraie marge de manœuvre pour les années qui viennent.

### **3. PILOTAGE**

#### **3.1. Pôles**

##### **3.1.1. Cadre légal et réglementaire**

L'organisation de l'hôpital en pôles d'activité a été instituée par l'ordonnance du 2 mai 2005 et renforcée par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, dite loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST). L'article L. 6146-1 du code de la santé publique donne au chef de pôle une autorité fonctionnelle sur les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle. Le décret du 11 juin 2010 (art. R. 6146-8) décrit le contenu désormais obligatoire des contrats de pôle, notamment :

- le rôle du chef de pôle dans plusieurs domaines<sup>11</sup> ;
- la portée de la délégation de gestion et de moyens dont il bénéficie<sup>12</sup> ;

---

<sup>11</sup> Gestion du tableau prévisionnel des effectifs rémunérés et répartition des moyens humains affectés entre les structures internes du pôle, gestion des tableaux de service des personnels médicaux et non médicaux, affectation des personnels au sein du pôle, organisation de la continuité des soins, notamment de la permanence médicale ou pharmaceutique, etc.

<sup>12</sup> Elle peut concerner les dépenses de crédits de remplacement des personnels non permanents, les dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux, les dépenses à caractère hôtelier, les dépenses d'entretien et de réparation des équipements à caractère médical et non médical, les dépenses de formation de personnel.

- les objectifs assignés au pôle, les moyens qui lui sont attribués ainsi que les indicateurs permettant d'évaluer la réalisation de ces objectifs ;
- le cas échéant, les modalités d'intéressement du pôle aux résultats de sa gestion.

Le même décret dispose que « les directeurs d'établissement et les chefs de pôle concluent, six mois après la publication du présent décret, un contrat de pôle (...) ». Le texte ayant été publié au JO du 15 juin 2010, les contrats devaient donc dû être conclus avant le 15 décembre 2010.

Sur la base du contrat de pôle, le chef de pôle élabore dans un délai de trois mois après sa nomination un projet de pôle (art. R. 6146-9). Il définit les missions et responsabilités confiées aux structures internes, services ou unités fonctionnelles et l'organisation mise en œuvre pour atteindre les objectifs qui sont assignés au pôle.

Enfin, la gestion décentralisée implique que soient mis à la disposition des pôles des outils de gestion performants.

### **3.1.2. Organisation actuelle de l'établissement**

Le découpage des pôles n'est en place que depuis 2009 et il a été modifié en 2010. Le centre hospitalier dispose aujourd'hui de six pôles : médecine, chirurgie, femme-enfant, psychiatrie, SSR-Gériatrie et un pôle médicotechnique.

La structuration administrative des pôles est opérationnelle avec des médecins chefs de pôles, des cadres de pôles ainsi que des directeurs référents. Les cadres de pôle sont, à l'exception de celui du pôle de SSR-Gériatrie, dégagés depuis l'automne 2013 de leur responsabilité de cadre de service.

Une charte de la « nouvelle gouvernance » a été établie en février 2011 et des contrats de « première génération » signés la même année.

Le contrat type se contente de décrire l'organisation administrative des pôles, sans mention du contenu rendu désormais obligatoire depuis la loi HPST (objectifs, évaluation, etc.). S'agissant plus particulièrement des délégations de gestion, il n'est prévu qu'une unique délégation dans le domaine de la formation continue. La réflexion sur l'intéressement et la contractualisation de la gestion n'est pas davantage abordée alors que ce point fait l'objet de critiques récurrentes de la Haute autorité de santé (HAS) dans les rapports qu'elle a consacrés à la certification<sup>13</sup> de l'établissement depuis 2007.

Il devait être remplacé dans un délai d'un an par des « contrats de seconde génération », où auraient été définis les objectifs et les moyens des pôles. En 2014, ils n'avaient toujours pas été élaborés. Les projets de pôle dans leur grande majorité n'ont pas davantage été rédigés.

La mise en œuvre opérationnelle du dispositif n'est pas plus satisfaisante. La direction de l'établissement a ainsi reconnu que, faute de disponibilité, les chefs de pôle avaient de fait des difficultés à animer leur pôle, à réunir les instances internes du pôle et à discuter des projets du pôle comme des contrats de pôle. De fait, l'audit du service de chirurgie conduit en 2014 a montré que le dernier conseil du pôle remontait à novembre 2012.

---

<sup>13</sup> La certification est une procédure d'évaluation externe des établissements de santé.

D'importantes lacunes en termes d'outils de pilotage sont également à relever. Les premiers tableaux de bord de pôle ont été établis en 2012, puis se sont interrompus l'année suivante en raison du départ du contrôleur de gestion qui n'a été remplacé qu'en mars 2014. Leur diffusion devait être rétablie pour le 2<sup>ème</sup> trimestre 2014. Les comptes de résultat par pôle (CREA) sont disponibles mais ils parviennent tardivement : le CREA 2012 a ainsi été présenté au directoire en octobre 2013.

En 2011, le Centre national d'expertise hospitalière (CNEH) est intervenu pour construire des indicateurs par pôle d'activité, puis un système d'information décisionnel (2012). Des tableaux de bord mensuels pour le suivi de l'activité ont ainsi été élaborés pour la direction.

Outre le retard accumulé, l'organisation en pôles demeure très inaboutie et les conditions d'un dialogue de gestion ne sont toujours pas réunies. La contractualisation devra donc être relancée dans les plus brefs délais.

Il conviendrait que la direction de l'établissement prévoie des modalités d'intéressement pour inciter à la rationalisation des moyens, objectif de la création des pôles.

### **3.2. Contrôle de gestion**

Le poste de contrôle de gestion, rattaché à la Direction des Finances, a connu plusieurs vacances depuis 2011. Il est de surcroît organisé autour d'un unique agent qui s'efforce en priorité de produire les documents obligatoires (Statistique annuelle des établissements de santé (SAE), fiches de suivi du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (Cpom) et retraitement comptable (RTC).

Sa position dans l'organisation de l'établissement pose problème puisqu'il ne participe pas aux réunions de la cellule médico-économique et qu'il n'a pas de relation fonctionnelle avec le second contrôleur de gestion rattaché aux ressources humaines.

Ses missions ne sont pas du niveau d'un véritable contrôle de gestion : il ne mène pas d'étude de coût, qu'il s'agisse des activités logistiques (l'établissement adhère pourtant à la base d'Angers depuis 2005) ou techniques et médicales (il ne produit pas de tableaux coûts casemix (TCCM))<sup>14</sup>.

De surcroît il n'a pas été associé aux travaux de préparation à la certification des comptes de l'établissement alors qu'il lui reviendra d'assurer le pilotage futur du dispositif de maîtrise des risques.

Il conviendrait que l'établissement mobilise mieux les ressources de la comptabilité analytique hospitalière pour optimiser la performance. Il serait utile également que soit retenue une organisation qui donnerait toute sa place au contrôle de gestion, notamment en renforçant les liens entre tous les services participant à l'analyse médico-économique de l'activité.

La chambre prend acte du fait que la direction de l'établissement déclare avoir révisé, en mars 2015 à l'occasion de son remplacement, la fiche de poste du contrôleur de gestion au sein de la Direction des Finances en l'intégrant à la cellule médico-économique et en le faisant travailler avec le contrôleur de gestion « ressources humaines ».

---

<sup>14</sup> Cf. glossaire.

### 3.3. Achats

#### 3.3.1. Pilotage général

L'établissement dispose d'un guide des marchés publics exhaustif qui assure la traçabilité des procédures lancées.

Il a par ailleurs adhéré au groupement d'intérêt public (GIP) Resah IDF (« Réseau des Acheteurs Hospitaliers d'Île-de-France »). Le Resah constitue à la fois un groupement d'achats du secteur sanitaire et médico-social public et une plate-forme de professionnalisation pour les acheteurs des établissements adhérents.

Le GIP a accompagné l'établissement dans la conception de son plan d'actions achat (PAA) dans le cadre du programme national PHARE (« performance hospitalière pour les achats responsables ») lancé en 2011 pour aider les établissements publics de santé à dégager des marges financières dans un contexte de restrictions budgétaires.

Le comité de pilotage a remis ses conclusions en octobre 2013 après avoir réalisé un état des lieux des pratiques et des procédures en vigueur. Ces conclusions sont globalement positives : « L'établissement dispose d'un responsable unique des achats. La fonction achat du CHFQ est déjà bien organisée<sup>15</sup>, utilise le levier de mutualisation et peut compter sur des équipes d'acheteurs motivés en cours de professionnalisation. »

Sur les vingt-sept points du diagnostic, seuls cinq ont reçu une note défavorable (absence d'une stratégie d'achats formalisée, de base de référencement et d'évaluation des fournisseurs, d'outil de mesure de la performance achat ; les exécutions ne sont que partiellement suivis par les acheteurs ; le contrôle des prix, des quantités et des échéances de marchés est opéré manuellement).

Le groupe de travail a identifié par ailleurs soixante-dix pistes de travail hiérarchisées en fonction d'une matrice enjeux/efforts destinée à apprécier l'efficacité de chaque action envisagée. Un calendrier pluriannuel a été élaboré. Les économies potentielles identifiées seraient au final de plus de 900 000 €, soit 2,67 % des dépenses totales des achats.

Il était prévu qu'un comité de suivi se mette en place pour dresser un bilan annuel du plan. Il n'existe cependant pas d'instrument de suivi de sa mise en œuvre. Il conviendrait que la direction de l'établissement tire un premier bilan des actions mises en œuvre dans ce cadre (gains réalisés en prix et en pourcentage sur les projets d'achat en 2014, réalisation des actions prévues...).

Si le pilotage général des achats paraît maîtrisé, la chambre constate néanmoins une forte progression des coûts téléphoniques et internet. En 2013, la facture totale s'élevait à 138 6687,04 €. En 2014, la même facture avait triplé (416 070,54 €) en raison du poste « internet et liaisons louées », passé de 35 224,39 € en 2013 à 310 191,59 € en 2014.

---

<sup>15</sup> Il existe des acheteurs dans quasiment toutes les directions, ce qui a permis de mutualiser la plupart des marchés de très petits montants (TPM).

### **3.3.2. Marché du centre national de l'expertise hospitalière (CNEH)**

Le marché de « construction d'indicateurs par pôle d'activité préalablement à la mise en place d'un système d'information décisionnel », attribué au CNEH le 10 décembre 2010 dans le cadre d'un marché public en procédure adaptée (MAPA), appelle deux observations.

#### Qualification professionnelle des candidats

Les critères d'analyse des offres étaient les suivants :

- références sur des missions similaires (pour 30 % de la note) ;
- qualification du/des consultants (30 %) ;
- visibilité et qualité de la méthodologie (20 %) ;
- prix des prestations (20 %).

En procédure formalisée, les phases d'analyse de la candidature (art. 58 du code des marchés publics (CMP)) et de l'offre (art. 59) doivent être distinguées. Dans le cadre des marchés passés en procédure adaptée, toutefois, le juge administratif a admis que le critère tiré de l'expérience pouvait être pris en compte pour choisir l'offre économiquement la plus avantageuse en raison de l'objet du marché (CE, 2 août 2011, parc national des grandes Causses) sauf s'il confère un avantage excessif à un candidat (CAA Douai, 7 juin 2011, office du tourisme de Berck-sur-Mer).

En l'espèce, la technicité du marché était telle qu'elle pouvait justifier la prise en compte du critère tiré de l'expérience dans la sélection de l'offre ; en revanche le critère de la qualification ne paraissait justifié ni par la jurisprudence, ni par l'objet du marché.

#### Le recours à l'article 35-II.5

L'acte d'engagement du CNEH mentionnait une option pour une mission d'assistance à maîtrise d'ouvrage pour la mise en place d'un système d'information décisionnelle. Ladite option a été activée au terme d'une procédure négociée, sans mise en concurrence, en application de l'article 35-II.5 du code des marchés publics relatif aux marchés complémentaires.

Toutefois, le marché en question ne répondait à aucun des critères autorisant le recours à cette procédure dérogatoire des marchés complémentaires puisque l'option était explicitement prévue dans le marché principal, qu'elle n'était pas nécessaire à son achèvement et qu'elle pouvait en outre parfaitement être techniquement exécutée par un tiers.

Si le montant (3 617,90 € TTC) de l'option était inférieur au seuil de dispense de procédure en vigueur à l'époque (soit 4 000 €), il conviendrait néanmoins que l'établissement fasse preuve de prudence sur ce point à l'avenir.

Les conditions d'un dialogue de gestion ne sont pas encore réellement établies : les outils juridiques (projets de pôle non élaborés, contrats de pôle et délégations de gestion a minima) et financiers (instruments de gestion partiellement opérationnels) nécessaires à la démarche n'ont pas tous été mis en place. La contractualisation doit être relancée et prévoir notamment les modalités de l'intéressement pour inciter à rationaliser les moyens, objectif de la création des pôles.

La mise en place de la fonction de contrôle de gestion est inaboutie, en raison du « turn-over » important qu'a subi le poste mais également de sa position dans l'organigramme, peu ambitieuse.

Le pilotage général des achats est maîtrisé. Le plan d'actions achat a en particulier permis d'identifier des gisements d'économies de presque 900 000 €. Les actions mises en œuvre dans ce cadre devront être suivies.

## **4. ORGANISATION DES SOINS**

### **4.1. L'allocation des ressources**

L'ajustement des capacités d'hospitalisation au plus près des besoins réels répond à un objectif d'efficience : garantir une prise en charge adaptée en toutes circonstances, au coût le plus juste.

#### **4.1.1. La définition des besoins en personnels paramédicaux**

Pour un certain nombre de disciplines médico-chirurgicales, des textes réglementaires précisent les ratios en personnels infirmiers nécessaires en fonction du nombre de malades et/ou places. Mais, pour la majorité des situations et des disciplines, aucune indication formelle n'est avancée. Il revient à l'établissement de prévoir la répartition des effectifs et des compétences nécessaires à chaque service.

Si le bilan social 2012 de l'établissement précise que « les créations d'activités nouvelles, ouvertures de service ou modifications substantielles des organisations de travail donnent lieu au préalable à un calcul des effectifs requis afin de fixer l'effectif autorisé du service », les documents produits ne distinguent toutefois pas effectifs cibles et effectifs réels. Aucune étude portant sur le dimensionnement des unités (évaluation des charges en soins et ratios d'équipes correspondants) n'a en outre été communiquée.

En l'état, la direction des soins ne dispose donc pas d'un véritable instrument de pilotage des effectifs. Il conviendrait donc que l'établissement repère les situations de sous et sureffectif. Compte tenu des difficultés financières qu'il rencontre, il pourrait par ailleurs construire des ratios sur le niveau des effectifs des services pour les comparer (nombre de personnels médicaux par lit, nombre de personnels non médicaux par lit, nombre de lits installés par équivalent temps plein -ETP) aux autres établissements.

<b>Recommandation n°1 : Calculer les effectifs cibles nécessaires au fonctionnement des services.</b>
---

Un audit a par ailleurs été mené en 2012 afin d'évaluer l'adéquation de l'organisation du travail des brancardiers aux besoins nouveaux des services utilisateurs ; il a notamment permis de mettre en évidence les moments de la journée nécessitant le plus de brancardiers<sup>16</sup>.

---

<sup>16</sup> L'audit montre que le taux d'occupation moyenne des brancardiers atteint à peine 40%, que le service est en sous-effectif quand les besoins sont les plus importants (9H30/11H) et en sur effectif au moment du repas, quand personne ne le sollicite.

Aucune suite n'a cependant été donnée à ce travail. L'audit du brancardage devrait ainsi faire l'objet d'un suivi compte tenu des difficultés que semble cristalliser ce service, à l'origine de conflits récurrents avec le bloc opératoire<sup>17</sup> et de la majorité des événements indésirables aux urgences en 2012 recensés dans les fiches de suivi du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

#### 4.1.2. La gestion des lits

Un protocole a été validé en 2013 pour préparer la sortie du patient. L'établissement utilise désormais le logiciel TRAJECTOIRE (logiciel d'aide à l'orientation des patients d'une structure clinique vers des unités d'aval de soins de suites et de réadaptation, d'hospitalisation à domicile (HAD) et d'établissements pour personnes âgées dépendantes - EPHAD).

Une procédure de fermeture de lits et de redéploiement des ressources humaines est en outre prévue pour l'unité de soins intensifs en cardiologie et l'unité de soins intensifs en neurologie - quand le taux d'occupation (TO) des lits est inférieur à 50 %, les deux services sont confondus - et l'unité de réanimation (par tranche de 3 lits).

Les questions de suivi du taux d'occupation et de gestion de l'aval de l'hospitalisation sont cependant loin de couvrir toutes les questions que pose la gestion des lits, dont le premier objectif doit être d'exprimer les éléments relatifs au niveau global de l'activité et aux variations régulières de cette activité. En particulier, l'établissement ne dispose pas de tableaux de bord de gestion des lits. Par ailleurs, il n'existe pas de procédure de mise à jour en temps réel des lits disponibles.

Il conviendrait que l'établissement mette en place des tableaux de bord de gestion des lits au-delà du seul suivi du taux d'occupation. Il devrait, pour ce faire, se référer aux guides ad hoc publiés par l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP).

#### 4.1.3. Dimensionnement des unités

Le taux d'occupation (TO) mesure l'occupation, par des patients de médecine, chirurgie et obstétrique, des lits exploitables en hospitalisation complète ou de semaine.

En théorie, un taux inférieur à 85 % entraîne une perte en tarification à l'activité (T2A) puisque les tarifs ont été calculés pour couvrir un taux de vacance de 15 %. Les ressources humaines sont quant à elles calées sur les capacités en lits, qui engendrent des coûts fixes quelle que soit leur occupation effective.

**Tableau n° 3 : Taux d'occupation des lits du CHFQ**

	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2ème décile</b>	<b>8ème décile</b>
en médecine	75.2	73.5	73.4	68	67.7	74.2	86.8
en chirurgie	63.7	65.3	63.4	86.3	82.3	46.1	86.7
en obstétrique	67.8	70.2	70.7	66.2	64.7	57.3	76.6

Source : Hospidiag

<sup>17</sup> Cf. partie *Audit chirurgie*.

Le taux d'occupation des lits en hospitalisation complète s'est dégradé en médecine (68%) et cette baisse place aujourd'hui l'établissement parmi les moins performants de sa typologie ; il s'est en revanche nettement amélioré en chirurgie.

L'analyse des ratios montre que ces évolutions sont attribuables aux modifications capacitaires intervenues en 2011. Dans le cas de la chirurgie, l'ouverture de l'unité de chirurgie ambulatoire (UCA) et la fermeture consécutive de plusieurs lits d'hospitalisation complète (HC) ont permis de ramener le taux d'occupation (TO) au niveau du taux cible. En médecine, la forte hausse des journées-lits ne s'est pas accompagnée d'une progression de l'activité. Les ouvertures de lit intervenues en 2011 ont donc créé des surcapacités.

Outre la question des unités de chirurgie viscérale (voir le paragraphe sur la permanence des soins), l'établissement estime que les deux unités de pédiatrie devraient être regroupées. Il a par ailleurs souligné les difficultés de recrutement de l'hôpital de semaine (HDS). Deux cadres auraient été recrutés depuis deux ans pour développer la structure.

Le problème semble aujourd'hui loin d'être résolu. Ainsi, le premier procès-verbal de la nouvelle commission des admissions non programmées (voir ci-après) a noté en 2014 que les urgences n'avaient pas accès aux taux d'occupation de l'hôpital de semaine alors que le service pourrait participer à la gestion des pics d'affluence. Par ailleurs, l'hôpital de semaine ne dispose pas d'infirmière de programmation.

Il est regrettable qu'aucune étude n'ait été menée pour estimer au regard du PMSI les séjours potentiels qui pourraient être accueillis dans cette structure et apprécier ainsi les marges de progrès du service.

De façon plus générale, l'établissement devrait conduire une étude documentée sur les surcapacités mises en évidence par les taux d'occupation de médecine. Cette étude devrait notamment mettre en évidence le nombre maximum de lits occupés et le potentiel de lits à gagner pour envisager le cas échéant une réduction des capacités, en rapport avec l'activité réelle de l'établissement. La chambre prend acte de l'engagement de la direction de l'établissement à mener en 2015 dans le cadre du PRE (Plan de retour à l'équilibre)<sup>18</sup> une étude sur la surcapacité en lits d'hospitalisation, particulièrement de médecine.

#### **4.2. Gestion des urgences et des soins non programmés**

La Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MeaH) a mené en 2008/2009 une double étude consacrée à la réorganisation des blocs opératoires et à la réduction des délais d'attente et de passage aux urgences.

S'agissant des urgences, l'audit avait identifié plusieurs « freins » (les principaux concernant l'absence de mesure en temps réel de l'activité et les problèmes posés par le prestataire chargé du nettoyage des lits), et mis en place huit chantiers. Aucun plan d'action n'a toutefois été adopté par la suite par l'établissement.

En 2011, la visite de certification de la V2010 menée par la Haute autorité de santé (HAS) ne faisait d'ailleurs pas état de réel progrès<sup>19</sup> : l'outil informatique était jugé insuffisant, l'analyse des dysfonctionnements peu exhaustive et celle des délais d'attente pour la consultation des spécialistes inexistante.

---

<sup>18</sup> PV du conseil de surveillance du 11 février 2015.

<sup>19</sup> Rapport de certification v2010, référence 25, page 444.

La situation s'est cependant améliorée de façon substantielle depuis 2012.

Le progiciel Résurgence, acquis en juin 2011, permet de produire des tableaux de bord mensuels sur les délais de prise en charge (temps d'attente et de passage). Ceux-ci sont présentés en staff urgences depuis janvier 2012.

L'application permettant le recueil et l'analyse des dysfonctionnements de l'établissement est désormais mise à disposition des personnels du service d'accueil des urgences. A la suite, des actions d'amélioration portant sur la sécurité des personnes ont été définies.

Le service a par ailleurs été restructuré en 2012 pour permettre une meilleure gestion des flux de patients (création d'un poste d'aide-soignant chargé de l'accueil administratif, salle d'attente agrandie et rafraîchie, salles de repos transformées en lits-portes...)

Enfin, la commission des urgences et des soins non programmés a été créée début 2014. Elle est animée par le chef de service des urgences et composée des chefs de pôle et de service pourvoyeurs d'avis spécialisés aux urgences. Elle a notamment pour objectif de structurer le recours aux avis spécialisés, qui continue à poser problème, et reprendre le plan d'actions décrit par l'étude MeaH de 2008.

Si la commission dispose d'indicateurs détaillés (entrées via les urgences, délais d'attente, nombre d'inscriptions...), son premier procès-verbal (PV) a souligné que le service d'accueil des urgences ne parvenait pas à disposer de l'état des lits disponibles dans les services dans l'application USV2.

A cet égard, il convient de rappeler que, selon l'article L. 6113-7 du code de la santé publique, « Sous l'autorité des chefs de pôle, les praticiens sont tenus, dans le cadre de l'organisation de l'établissement, de transmettre toutes données concernant la disponibilité effective des capacités d'accueil et notamment des lits. A la demande du directeur, ce signalement peut se faire en temps réel. »

### **4.3. Organisation du bloc opératoire**

En 2008, l'équipe de la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MeaH) a mis en place les indicateurs classiques que sont le TVO (temps de vacation offert) et le TROS (temps réel d'occupation des salles) pour en déduire le taux d'occupation (TO) du bloc.

En 2011, le rapport de certification V2010 soulignait que des indicateurs quantitatifs et qualitatifs avaient été identifiés et qu'ils faisaient l'objet d'un suivi par un conseil de bloc jugé « actif ». La charte de fonctionnement du bloc précisait les modalités de fonctionnement, les circuits et les responsabilités de la programmation et de la régulation des programmes opératoires.

La situation semble s'être dégradée depuis lors.

Le CHFQ n'a pu fournir qu'un compte rendu du conseil de bloc, datant de novembre 2012 : le responsable y menace de démissionner, notamment en raison des difficultés rencontrées pour remanier les plages d'occupation du bloc et mettre fin à la pause méridienne historique d'une heure en vigueur dans l'établissement.

S'agissant des tableaux de bord, l'établissement n'a pu produire qu'un planning type d'occupation des plages de temps de vacation offert (TVO). Les taux de remplissage que l'étude MEAH de 2008 proposait de calculer n'y figurent pas.

L'audit consacré à la chirurgie en 2014, réalisé par GE, confirme ces difficultés. Elle met tout particulièrement en lumière les lacunes organisationnelles, que ce soit en termes de programmation ou de régulation, la faible gouvernance (l'activité n'est pas évaluée, il n'existe pas d'indicateurs de performance généraux) et le manque d'activité globale du bloc, attribué aux difficultés de recrutement dans certaines disciplines et la répartition inadéquate des plages entre spécialités.

En effet, les 7 salles offrent des temps de vacation offert de 9H (de 8H à 18H). Or, le TO calculé par les auditeurs est de 65 % quand la cible fixée par la MeaH est de 80 %, en raison d'une sous-occupation des salles l'après-midi (seulement 49 %), conséquence notamment de la fermeture des blocs entre 12H30 et 13H30.

Conséquence de ce surdimensionnement, huit heures seraient ainsi perdues chaque jour (soit l'écart entre le TO actuel et la cible MeaH de 80 %), soit une perte financière annuelle estimée à 300 000 € pour 40 semaines d'activité. Considérant le recul de l'activité constaté depuis 2013, l'option la plus vraisemblable consisterait selon l'équipe d'audit de General Electric Health Care à réduire le temps de vacation offert en fermant une salle ou l'ensemble des salles à partir 15H.

La chambre prend acte du projet présenté par la direction aux instances de l'établissement en mai 2015 de mettre en œuvre dès 2015, sur la base de l'audit précité, la fermeture d'une salle bloc avec réduction des effectifs paramédicaux en même temps que la mise en place d'une meilleure gouvernance opérationnelle du bloc.

#### **4.4. Chirurgie ambulatoire**

Le développement de la chirurgie ambulatoire est actuellement une priorité pour les établissements de santé, dans une optique d'amélioration de la prise en charge des patients et de recherche d'efficacité. Elle recouvre l'hospitalisation de moins de 12 heures sans hébergement de nuit.

L'incitation financière a porté depuis 2009 dans un premier temps sur les activités où le potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire était le plus important (cf. ci-après « 18 gestes marqueurs »). Ensuite l'incitation s'est élargie d'année en année sur un nombre plus conséquent d'activités jusqu'à la campagne tarifaire de 2014. Désormais, l'ensemble des séjours en ambulatoire sont rémunérés selon un tarif identique à celui des séjours d'hospitalisation complète sans sévérité (niveau 1).

##### **4.4.1. Performance**

Le développement de la chirurgie ambulatoire était l'objectif principal du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) conclu en 2007 par l'établissement avec l'ARS Île-de-France.

Entre 2008 et 2012, le CHFQ a significativement accru ses parts de marché en chirurgie ambulatoire sur sa zone d'attractivité (23,9 % en 2008, 28,6 % en 2012), au détriment des deux établissements privés. Il occupe aujourd'hui la première place.

La progression du taux de chirurgie ambulatoire (49,46 % en 2011) montre le dynamisme de l'évolution des pratiques professionnelles et d'organisation dans l'établissement.

Sur les 18 gestes marqueurs qui font l'objet d'une tarification unique, le centre hospitalier atteint un taux de 80 % en 2012, se plaçant ainsi parmi les établissements les plus performants de sa catégorie<sup>20</sup>.

Le taux d'utilisation des places s'est en revanche dégradé depuis 2011 (moins de 100 %), l'ouverture de nouvelles places ne générant pas l'activité attendue.

**Tableau n° 4 : Performance de la chirurgie ambulatoire**

Organisation	2008	2009	2010	2011	2012	2ème décile	8ème décile
Taux de chirurgie ambulatoire	38,18	40,57	42,18	41,31	49,46	31,81	58,75
Taux des 18 gestes marqueurs en chirurgie ambulatoire	54,24	57,13	60,35	67,52	79,16	62,13	80,14
Taux d'utilisation des places en chirurgie ambulatoire	226,90	252,40	281,00	76,80	94,00	58,40	126,20

Source : Hospidiag

L'unité de chirurgie ambulatoire (UCA) paraît aujourd'hui surdimensionnée, les surcapacités des lits d'hospitalisation complète en chirurgie lui ayant été de fait transférées.

#### 4.4.2. Marges

Les interventions les plus fréquentes, au niveau national sont au nombre de six. Cinq font partie de la liste des « 18 gestes marqueurs de chirurgie ambulatoire ». Le CHFQ n'est placé que sur l'opération de la cataracte.

**Tableau n° 5 : Interventions les plus fréquentes au niveau national**

	2008	2009	2010	2011	2012
Chirurgie du sein	53	77	66	94	72
Cataracte	702	698	1022	1170	1312
Arthroscopie du genou	62	59	40	51	54
Hernie enfant	5	1	5	7	2
RTU prostate	33	35	31	46	44
Hernie adulte y compris coelioscopie	57	78	92	124	126

Source : Hospidiag (PMSI)

Il reste donc des marges de progrès sur certaines spécialités au regard de l'activité de la polyclinique de la région mantaise, principal concurrent sur le territoire, en particulier pour des actes désormais largement pratiqués en chirurgie ambulatoire.

**Tableau n° 6 : Comparaison de l'activité ambulatoire du CHFQ et de son principal concurrent sur le territoire de santé**

GHM en « J »	Classe*	CHFQ	Polyclinique région mantaise
05C17 – ligatures de veines	2	1	282
06K04 – endoscopie digestive		400	2377
08C45 – méniscectomies	1	38	186

<sup>20</sup> A la clôture du contrôle, seule une partie des données 2013 étaient disponibles sur la plate-forme Hospidiag. A défaut, ce sont les valeurs 2012 qui sont citées dans le rapport.

09C08 – intervention région anale		4	8
12C06 – intervention sur les testicules		5	40
12C08 – Circoncisions	1	82	439

Source : BDFHF – tableau « case mix du territoire de santé »

\* Dans son enquête ENC 2012, l'ATIH classe les interventions en 4 catégories selon leur degré de développement. La classe 1 (« développement à son terme ») regroupe les chirurgies exercées à plus de 80% en ambulatoire sur l'échantillon participant à l'ENC ; la classe 2 (« développement avancé ») celles qui sont à plus de 50% exercées en ambulatoire (voir annexe 1).

En outre, selon l'audit sur la chirurgie de 2014, de nombreux actes restent réalisés en hospitalisation conventionnelle pour les actes concernant le digestif, l'ORL et l'orthopédie, alors qu'ils pourraient être effectués en ambulatoire avec des gains de coût significatifs.

#### 4.5. Chirurgie

L'indice de coût relatif (ICR) permet de calculer la lourdeur des actes réalisés en chirurgie et de les comparer entre eux, notamment sur la base de la consommation des ressources qu'ils entraînent. En l'occurrence, le nombre d'ICR par chirurgien est faible, l'établissement se situant bien en deçà du deuxième décile des établissements de sa typologie.

**Tableau n° 7 : Nombre d'ICR**

Indicateurs RH	2008	2009	2010	2011	2012	2ème décile	8ème décile
par chirurgien	42 132,50	40 611,90	48 794,70	56 038,90	58 979,30	76 654,20	113 059,60
salle d'intervention chirurgicale	202 465	211 602	228 826	244 991	236 073	221 704	348 817

Source : Hospidiag (PMSI)

Ramenés au nombre de salles d'opération, ces indicateurs montrent par ailleurs que l'activité est modeste au regard de la taille de l'établissement.

Le volume d'actes chirurgicaux est donc à la fois faible et peu technique.

Conscient de cette réalité, le CHFQ a commandé en 2014 au cabinet GE Healthcare un diagnostic sur l'activité du pôle chirurgie dans le cadre de la préparation du futur projet médical de territoire. Le document a été présenté au comité de pilotage à l'automne 2014.

Ce diagnostic souligne notamment l'inégale activité des services (ophtalmologie et chirurgie viscérale bariatrique d'un côté, ortho-traumatologie et cancérologie de l'autre), l'implication très inégale des praticiens - six praticiens sur cinquante réalisent 48 % des ICR chirurgicaux, la sectorisation excessive des lits dans les services, l'absence de véritable projet de pôle comportant des objectifs chiffrés, le poids important du non-programmé - qui résulte de la faible promotion externe de l'établissement<sup>21</sup>, les conflits personnels dans certains services et des capacités d'hospitalisation supérieures à l'activité générée

Les risques de perte d'autorisation en chirurgie cancérologique et les difficultés de recrutement de praticiens en anesthésie et en gynéco-obstétrique constituent en outre des menaces pour l'avenir.

<sup>21</sup> L'activité d'orthopédie-traumatologie en particulier est fortement dépendante des urgences (42 % des séjours contre 36% en moyenne ; le taux n'était que de 37,7% en 2010).

En conclusion, l'étude conclut à un nécessaire rapprochement avec le CH de Meulan, elle invite le CH à adapter ses ressources à l'activité réelle, à mener une étude d'opportunité sur l'hôpital de semaine, surdimensionné au regard de l'activité réelle, et à s'interroger sur son positionnement stratégique sur le territoire.

L'établissement ne dispose pas de véritables instruments de pilotage des effectifs non médicaux et de gestion des lits. Un travail d'actualisation de l'adéquation entre les besoins et les ressources est nécessaire eu égard au faible taux d'occupation des services de médecine et des structures d'hospitalisation alternatives, comme celui de l'unité de chirurgie ambulatoire. Ce taux pourrait être amélioré en revoyant l'organisation interne de plusieurs services ainsi que les modes de prise en charge dans certaines spécialités.

Même si le service des urgences dispose désormais d'instances et d'instruments de pilotage, des difficultés persistent pour connaître la disponibilité des lits et pour améliorer le recours aux consultations spécialisées.

En définitive, la chirurgie est en perte de vitesse depuis plusieurs années et l'audit réalisé a mis en lumière son faible rayonnement et la productivité très inégale des praticiens. Il appartient à l'établissement de choisir quelles activités renforcer ou arrêter, sur quel bassin se situer et sur quels partenaires s'appuyer.

## **5. LA VALORISATION DE L'ACTIVITÉ**

### **5.1. La facturation**

L'indice de facturation Hospidiag P15 cherche à mesurer l'efficacité de la chaîne de facturation de l'établissement, en mettant en évidence le manque à gagner lié à une facturation tardive des séjours à l'Assurance Maladie. Il permet de mesurer la réactivité de la chaîne de facturation en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO). En effet, la facturation et le recouvrement constituent l'aboutissement d'un processus qui débute dès la prise de rendez-vous du patient en cas d'acte programmé et qui s'achève lorsque la créance est recouvrée.

Le taux de non recouvrement moyen du CHFQ était en 2012 de 33,50 %. L'objectif étant de se rapprocher de 0, la performance mesurée de l'établissement se situe parmi les plus médiocres de la typologie. De surcroît, elle se dégrade depuis 2009, quand le taux de non recouvrement moyen atteignait déjà 24 %.

Le taux de créances non recouvrées sur les patients et les mutuelles (indicateur Hospidiag F11) mesure le délai moyen de recouvrement des créances émises envers les patients hospitalisés ou consultants. Un ratio inférieur à 90 jours est généralement observé ; au-delà de 120 jours, la situation est considérée comme préoccupante. Avec 372 jours d'exploitation en 2012, l'organisation de la facturation et du recouvrement au CHFQ présente par conséquent d'importants dysfonctionnements.

En 2012, l'établissement a commandé un état des lieux exhaustif de la facturation des consultations externes et des urgences (« rapport Lacroix »). Ses principaux constats étaient les suivants :

- le circuit du patient est inadapté (pas de prise en compte des notions de file active, cheminement physique complexe, CNR importants<sup>22</sup>, signalétique hasardeuse, prise d'identité des débiteurs lors de l'admission à revoir (urgences), disparité des volumes de consultants par ½ journée) ;
- les processus sont peu maîtrisés (méconnaissance ou mésusage des procédures écrites existantes, formation insuffisante, transmission orales des pratiques professionnelles, insuffisance de coordination des pratiques, disparité d'utilisation d'USV2, disparité de gestion du non-programmé) ;
- la coordination est difficile (multiplicité des acteurs, pas de processus global formalisé autour des consultations externes, disparités dans l'occupation et la fréquentation des salles, absence de pilotage, niveau décisionnel inadéquat (spécialité par spécialité, voire médecin par médecin)).

Le différentiel entre le nombre de consultations enregistrées et les factures éditées atteignait environ 10 %.

Par la suite, plusieurs chantiers ont été lancés. S'ils témoignent des efforts consentis pour rattraper le retard de l'établissement et faire évoluer l'organisation des consultations externes, leur degré de réalisation est inégal.

#### Exhaustivité du recueil

La directrice de la clientèle s'est associée au médecin du département d'information médicale (DIM) pour sensibiliser les médecins et les agents administratifs. Des actions de formation auraient été menées par la cellule d'identito-vigilance<sup>23</sup> auprès des agents d'accueil et des cadres de santé. L'accueil des urgences est désormais équipé d'un lecteur de carte vitale.

Des problèmes d'interfaces entre applications informatiques ont par ailleurs été détectés (remontées incomplètes vers l'application de facturation) pour le service imagerie et le centre de prélèvement. Les flux sont désormais surveillés, sachant que l'établissement suit la norme d'échanges B2 pour la télétransmission des factures vers les Caisses d'assurance maladie.

#### Facturation des consultations

La facturation a été réorganisée en trois pôles de consultation (médecine, chirurgie et femme enfant), chaque agent se voyant confier un portefeuille de dossiers en gestion pour lui permettre d'en assurer le suivi mensuel. Un délai d'alerte a été fixé pour le traitement des factures.

---

<sup>22</sup> Il s'agit du nombre de RV non honorés par les patients. Le taux calculé (8 %) équivalait à près de 7400 créneaux de consultations perdus en 2011.

<sup>23</sup> L'identito-vigilance est un système de surveillance et de gestion des risques et erreurs liés à l'identification des patients.

Les agents concernés ont été formés à la gestion des rejets B2 de facturation, afin de tenir compte des contraintes liés à la facturation individuelle des établissements de santé (FIDES<sup>24</sup>) qui exige un taux de rejet inférieur à 5 % de la facturation envoyée en B2.

En 2013, la non facturation serait ainsi tombée à 3 % en consultation externe et 3,5 % aux urgences (voir par ailleurs les mesures prises).

#### Traitement des créances

Les rejets B2 (titres transmis à la CPAM) non recouverts depuis l'exercice 2009 ont fait l'objet d'un retraitement à partir de 2013. Près de 75 000 € ont ainsi été récupérés sur les exercices 2009 à 2011. Les années 2012 et 2013 ont également été retraitées et font l'objet d'une négociation avec la CPAM.

Concernant les mutuelles, un travail de recensement des conventions de transmission a été lancé en lien avec le comptable public.

#### Tableaux de bord

Des indicateurs de pilotage permettant d'analyser la performance de la facturation ont été mis en place en 2014.

Sont suivis le délai de facturation (émission du titre), le nombre et le pourcentage de dossiers facturés et « en gestion » (facturables, facturés, sans acte, gratuits), le taux de recouvrement sur place et la valorisation des consultations transmises (fichier RSF ACE).

Il conviendrait qu'un important travail d'apurement des restes à recouvrer (RAR) soit également mené. Le tableau de bord devrait donc intégrer des indicateurs de suivi du stock de créances (taux et délais moyens de recouvrement par le comptable, taux de rejet de factures, nombre de retours « n'habite pas à l'adresse indiquée », taux d'admission en non-valeur, titres annulés...), que le centre hospitalier pourrait mettre en place avec le comptable.

#### Parcours du patient

La réflexion sur les parcours des patients n'a été qu'entamée. Les locaux des caisses externes pour le pôle femme/enfant ont ainsi été réaménagés au cours du premier semestre 2014. Une pré-consultation a également été mise en place à titre expérimental. Selon la direction de l'établissement a été mis en place, en 2015, avec le comptable public un chantier relatif au « Parcours du patient externe » prenant en compte l'ensemble des étapes du processus d'accueil et de prise en charge (pré-consultations/rendez-vous ; accueil/signalétique ; codification des actes ; régies/recouvrement). La chambre en prend acte.

#### La question des régies

Depuis 2008, le montant des sommes encaissées par les régies ne cesse de reculer alors que les consultations externes augmentent d'année en année.

Dans son rapport 2013, le comptable soulignait ainsi que le nombre de consultations externes recouvrées sur place représente à peine 10,37 % de la totalité des actes.

---

<sup>24</sup> Corollaire de la tarification à l'activité, ce mode de facturation au fil de l'eau des actes et consultations externes des hôpitaux doit permettre à l'assurance maladie de disposer de données détaillées sur l'activité de l'hôpital.

Compte tenu du volume important de créances inférieures ou égales à 30 € liées aux consultations externes qui ne sont pas recouvrées par le Trésor Public, le rapport Lacroix recommandait à son tour de les encaisser immédiatement en sortie de consultations.

Une réflexion sur l'extension du nombre de régies d'encaissement a été menée afin d'identifier, d'une part, les points où le risque de non recouvrement est le plus important (les urgences adultes et pédiatriques, la gynéco et l'obstétrique) et, d'autre part, les services qui pourraient assurer une amélioration immédiate de la trésorerie si un encaissement en sortie de consultations était mis en place (imagerie, centre de prélèvement et ophtalmologie, qui représentent une grande partie des consultations externes).

Ces projets sont cependant restés sans suite jusqu'en 2014 inclus. Selon, la direction, depuis début 2015, dans le cadre du chantier relatif au « Patient du parcours externe », piloté par la direction des finances, l'objectif est d'encaisser à terme au moins 50 % des recettes de consultations externes en régie (contre moins de 10 % en 2014). La chambre en prend acte.

## **5.2. Le codage**

### **5.2.1. Des lacunes historiques**

Dans un système de rémunération à l'activité, les établissements doivent veiller à la qualité de la déclaration de l'activité produite : les erreurs de codage ont en effet un impact financier direct, soit par le biais d'une sous-évaluation des recettes, soit en raison des sanctions appliquées suite au contrôle de l'assurance maladie.

En l'espèce, les difficultés financières rencontrées par le CHFQ ont été attribuées, tant par le comptable public que l'ordonnateur, aux carences de l'information médicale.

L'écart entre l'activité et les produits afférents observé à partir de 2010 par l'ordonnateur<sup>25</sup> s'est révélé tel qu'il a conduit l'établissement à commander un audit sur le codage des actes et des séjours. Dans son rapport 2011, le comptable public estimait à son tour que les faiblesses du codage étaient la principale source des difficultés financières de l'établissement.

Les contrôles de la T2A menés par la CPAM en 2008 et 2010 avaient déjà alerté l'établissement. En 2008 par exemple, 294 dossiers sur les 443 séjours étudiés étaient à recalculer, la CPAM notant par ailleurs les problèmes rencontrés pour obtenir les comptes rendus d'hospitalisation ou même dans certains cas le dossier complet. Le rapport du directeur de 2010 note que l'établissement s'est acquitté cette même année du « remboursement relatif au contrôle CPAM 2008 » pour un montant considérable de 252 354,8 €. Le rapport 2011 évoque une sanction de 233 825 € pour les contrôles menés en 2010.

### **5.2.2. Le plan d'action mis en œuvre**

Suite à un premier audit mené en 2011 par un prestataire externe, un plan d'action a été mis en œuvre par l'établissement pour combler ces lacunes.

---

<sup>25</sup> Cf. rapport du directeur pour l'année 2010 : « l'activité MCO qui augmente de 3,63% se traduit par une hausse de la valorisation de seulement 0,83%. »

A l'exception de la contractualisation d'objectifs d'exhaustivité du codage et de l'organisation du système d'information hospitalier (SIH), la plupart des recommandations ont connu une mise en œuvre au moins partielle sous l'impulsion d'un département d'information médicale (DIM) rénové. Les changements initiés (visites qualité, relance systématique, formations sur mesure...) assurent aujourd'hui au DIM une visibilité réelle au sein de l'établissement. La commission consacrée au pilotage médico-économique, mise en place en 2012, tient des réunions régulières qui lui permettent d'assurer le suivi des actions mises en œuvre.

Les résultats sont tangibles.

Le rapport du DIM de septembre 2014 souligne la progression du poids moyen du cas traité et du pourcentage de séjours de sévérité<sup>26</sup> 4 dans plusieurs services ; elle témoigne a priori d'une meilleure exhaustivité du codage des sévérités. La progression continue de l'indicateur Hospidiag « pourcentage des séjours de niveau de sévérité 3 et 4 »<sup>27</sup> (9,75 % en 2012, 10,4 % en 2013), alors que l'éventail des séjours est resté sensiblement identique, corrobore ce constat.

Depuis l'audit de 2011, l'établissement a en outre largement utilisé la procédure Lambda, qui permet, à titre dérogatoire et après accord de la tutelle, de modifier tardivement des données médicales déjà transmises en n-1 ou n-2 afin d'identifier d'éventuelles sous-valorisations. Des montants considérables ont ainsi été récupérés en 2012 (2,4 M€) et 2013 (1,7 M€)<sup>28</sup>. Le montant prévisionnel pour les années à venir est évalué par le médecin DIM entre 20 et 30 000 € par mois, soit une moyenne annuelle comprise entre 240 et 300 000 €.

### **5.2.3. La situation actuelle**

#### Exhaustivité

L'objectif du DIM de parvenir à un taux d'exhaustivité maximum est loin d'être atteint. La comparaison entre les entrées directes facturables et les résumés de sortie standardisés (RSS) produits sur les 8 premiers mois de l'année 2014 montrait ainsi un écart important par rapport à 2013 (+ 0,3 % d'entrées mais -3,18 % de séjours valorisés). En octobre, le médecin DIM estimait qu'il manquait entre 300 et 400 actes sur 1900 pour le seul mois d'août.

La diffusion d'une culture de qualité se heurte dans certains services à des pratiques historiques, qu'il s'agisse de l'absence de comptes rendus d'hospitalisation ou de l'habitude de coder ultérieurement plutôt qu'au fil de l'eau. La mise en place d'une check list informatisée du diagnostic principal à la sortie du bloc sur le logiciel USV2 devrait, selon le département d'information médicale, améliorer le contrôle qualité.

De surcroît, les dossiers des patients ne sont toujours pas aux normes. A preuve, le dernier contrôle de la CPAM portant sur l'exercice 2012 a ciblé les séjours ambulatoires et montré qu'un nombre significatif de dossiers étaient incomplets ou vides.

---

<sup>26</sup> La sévérité du séjour du patient croît avec les complications qui surviennent lors du séjour, selon quatre niveaux.

<sup>27</sup> Le taux met en évidence la lourdeur du terrain des patients pris en charge par l'établissement (comorbidités, complications...).

<sup>28</sup> Le rapport du directeur 2011 mentionnait également des produits lambda à hauteur de 1,5 M€ mais ils ne sont pas distingués dans la balance puisque le compte spécifique (7722) a été créé le 1<sup>er</sup> janvier 2012.

Aussi, conviendrait-il d'introduire dans les contrats de pôle des objectifs contractualisés sur l'exhaustivité et la qualité de l'information médicale.

**Recommandation n°2 : Définir des objectifs chiffrés en termes de qualité de recueil de l'information médicale à l'occasion de la mise en place des contrats de pôle.**

### Dimensionnement

Même formée et renforcée depuis septembre d'un agent à mi-temps, la cellule actuelle paraît sous-dimensionnée au regard des enjeux et du retard accumulé dans certains services.

Même si les pratiques se sont globalement améliorées, le département d'information médicale est en effet confronté à des aléas (grève du codage) et des refus persistants de coder de la part de certains personnels médicaux. Il en résulte un surcroît d'activité puisque les techniciens d'information médicale (TIM) sont alors amenés à coder eux-mêmes les actes médicaux.

La procédure Lambda ayant été maintenue, les techniciens d'information médicale travaillent en outre à la fois sur le mois en cours (produits T2A) et celui l'année précédente.

A la suite, un important retard aurait été accumulé sur la vérification des résumés de SSR.

En réponse, un nouveau logiciel d'aide au codage (CORA) a été mis en place au cours du premier semestre 2014. Il devrait à la fois faciliter l'appropriation du codage par les services et permettre des requêtes de contrôle plus pertinentes pour l'équipe du DIM. Les premiers contours d'un pilotage par les risques ont été esquissés : un statisticien a été chargé de construire une requête permettant de sélectionner et de hiérarchiser les actes à recoder en fonction des enjeux financiers.

### Systèmes d'information (SIH)

Les faiblesses des interfaces entre progiciels génèrent des pertes de recettes. Les recommandations de l'audit précité (notamment supprimer les ressaisies, l'optimisation des interfaces, développement des contrôles internes, etc.) rejoignent sur ce point les constats issus du chantier de préparation de la certification des comptes de l'établissement et son volet relatif au système d'information hospitalier (SIH). Selon la direction de l'établissement, un nouvel outil d'interfaçage est en cours de développement pour mise en œuvre en 2015.

Des problèmes fréquents avec le logiciel USV2 ont par ailleurs été évoqués. En 2013, les tables des diagnostics et des actes dans la version V11e n'ont par exemple pas été mises à jour par l'éditeur, ce qui a généré de nombreuses erreurs bloquantes.

Le retard pris par l'établissement en termes de gestion de la facturation a accentué le risque d'impayés et donc de pertes financières.

Malgré des signaux d'alerte, la réaction de l'établissement a été tardive. Toutefois les chantiers mis en place depuis 2012 témoignent des efforts consentis pour rattraper le retard et faire évoluer l'organisation des consultations externes. Les sommes perçues seraient ainsi supérieures en 2014 à celles de 2013 pour la même période.

Des lacunes subsistent toutefois puisque le parcours des patients des consultations externes n'a toujours pas été défini, hors le pôle mère-enfant. La question des régies se pose à l'établissement en raison du taux très faible de recouvrement spontané et d'un important stock de créances contentieuses.

Les difficultés financières de l'établissement proviendraient, notamment, des carences de l'information médicale. Depuis 2011, un plan d'action a été mis en œuvre pour les combler. Les progrès intervenus depuis, tant sur le plan organisationnel (DIM) que financier (produits Lambda) ont permis d'améliorer le codage.

L'exhaustivité est toutefois loin d'être assurée dans certains services : la contractualisation sur la qualité de l'information médicale dans les contrats de pôle pourrait constituer une solution.

## 6. GESTION DES RESSOURCES HUMAINES (GRH)

### 6.1. Effectifs et masse salariale

L'effectif a progressé globalement de +13,6 % en 5 ans, tous budgets et personnels confondus, pour s'établir en 2013 à 1 804,89 équivalents temps plein (ETP), soit 216 ETP supplémentaires par rapport à 2008. La hausse est importante (+2,72 % par an) mais irrégulière ; elle a ralenti en 2011 et 2012 avant connaître un nouveau bond en 2013. Elle correspond dans l'ensemble à l'ouverture des nouvelles activités décrites dans la partie Activité.

**Tableau n° 8 : Tableau des effectifs moyens annuels rémunérés (hors vacances)**

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	%
personnel non médical	1 441,72	1 486,53	1 535,48	1 573,69	1 593,54	1 634,86	13,40%
progression annuelle		44,81	48,95	38,21	19,85	41,32	
%		3,11%	3,29%	2,49%	1,26%	2,59%	
personnel médical	147,16	155,12	158,75	158,76	158,66	170,03	15,54%
progression annuelle		7,96	3,63	0,01	-0,10	11,37	
%		5,41%	2,34%	0,01%	-0,06%	7,17%	

Source : Établissement

Les personnels médicaux (+15,54 %) et non médicaux (+13,40 %) ont connu une progression comparable. Les effectifs des personnels techniques ont augmenté de façon significative (+50 %), hausse en partie due au changement de statut pour les nouveaux recrutés dans les postes d'adjoint administratif ou assistant médico-administratif du DIM, de brancardier ou d'intendants hôtelier. Au même moment, la progression des personnels soignants est dans l'ensemble restée modérée (+8 %, 81,10 ETP supplémentaires)<sup>29</sup>.

La masse salariale a progressé d'environ 3,7 % par an, soit 18,4 % de 2008 à 2013, hausse équitablement partagée entre personnel médical et non médical.

En 2013, les charges de personnel représentent environ 94 M€, soit 73 % des produits bruts d'exploitation du budget principal, à comparer avec le taux de 70 % cité par le comptable public dans son rapport et constaté dans la moyenne des établissements.

Sur la période, la progression moyenne est importante (3,6 %) mais elle s'est nettement ralentie entre 2008 (+8,74 %) et 2011 (+2,65 %), à l'instar des effectifs. A l'inverse, et de façon surprenante compte tenu de la stabilité des effectifs, les rémunérations du personnel

<sup>29</sup> Voir annexe n°1, tableau n°1.

médical ont progressé plus vite entre 2010 et 2012 avant que la courbe ne s'inverse en 2013<sup>30</sup>.

Au final, les charges de personnel représentent toujours plus de 71 % des produits bruts d'exploitation, les marges dégagées ayant été annulées par la moindre progression des recettes. Les dépenses de personnel représentaient déjà 95 % de la valeur ajoutée en 2008 ; elles l'ont entièrement consommée en 2013 (99,96 %) <sup>31</sup>.

Le coût relatif des services ramené aux recettes est en effet très élevé en comparaison des moyennes de la typologie Hospidiag : rapportées aux recettes, les charges des services cliniques, médicotechniques et administratifs, logistiques et techniques sont largement supérieures au 8<sup>ème</sup> décile de la typologie.

**Tableau n° 9 : Coût moyen des services**

	2008	2009	2010	2011	2012	2ème décile	8ème décile
Coût du PNM des services cliniques rapporté aux recettes	31,00	29,10	29,30	30,30	29,10	23,60	26,20
Coût du PM des services cliniques rapporté aux recettes	10,00	8,80	9,00	9,10	8,70	8,10	9,10
Coût du personnel des services médicotechniques rapporté aux recettes	19,00	20,00	20,70	21,30	20,50	14,70	17,30
Poids des dépenses administratives, logistiques et techniques	21,90	21,40	22,50	20,90	22,50	17,20	19,30

Source : Hospidiag

Dans le détail, entre 2009 et 2012, la progression des dépenses de personnel des services médico-techniques (+11,9 %) a été plus importante que celle des recettes de l'établissement (+9,1 %). On relève en particulier l'accroissement des effectifs techniques. L'hôpital a produit un tableau sur les coûts de maintenance externe et interne, depuis 2008, montrant qu'il ne recourt que de façon marginale aux services internes.

De façon générale, le coût total des dépenses administratives, logistiques et techniques s'est considérablement alourdi entre 2011 et 2012 (+3 M€) <sup>32</sup>.

En valeur absolue, les dépenses des personnels médicaux constituent également une charge peu maîtrisée. Selon le bilan social 2012, le coût moyen par ETP est supérieur de 1,59 % aux valeurs moyennes nationales pour des établissements identiques <sup>33</sup>, soit un surcoût théorique de 287 822,14 € compte tenu des effectifs rémunérés du CH <sup>34</sup>.

<sup>30</sup> Voir annexe n°1, tableau n°2.

<sup>31</sup> Voir annexe n°1, tableau n°3.

<sup>32</sup> Voir annexe n°1, tableau n°4.

<sup>33</sup> Les comparaisons avec les moyennes nationales et les centres hospitaliers dont les produits de fonctionnement sont supérieurs à 70 M€ sont issues de l'analyse des bilans sociaux 2012 publiée par l'ATIH en janvier 2014.

<sup>34</sup> Calcul : 1 813,62 € (écart par rapport à la moyenne) \* 158,7 (total des ETPR de personnels médicaux).

## 6.2. Gestion du temps de travail des personnels non médicaux

### 6.2.1. Absentéisme

Comparé à la moyenne des CH dont les produits de fonctionnement dépassent les 70 M€, le taux d'absentéisme des personnels non médicaux (PNM) est important, particulièrement pour les personnels soignants.

**Tableau n° 10 : Absentéisme des personnels non médicaux**

	Mantes	CH>70 M€	dont Personnel Soignant	CH>70 M€	dont Infirmiers diplômés d'Etat	dont Aides- Soignants
Catégorie A	7,15%	6,58%	7,13%		9,20%	
Catégorie B	7,48%	5,86%	9,17%		9,77%	
Catégorie C	9,37%	8,49%	10,07%			10,14%
TOTAL PNM	8,32%	7,39%	8,82%	7,95%	9,42%	10,14%

Source : bilan social 2012 et ATIH

Il en résulte que l'établissement pourrait dégager des marges de manœuvre en se fixant pour objectif de réduire le taux d'absentéisme au niveau des moyennes de la strate.

### 6.2.2. L'accord sur la réduction du temps de travail

Le protocole national sur la mise en œuvre de l'aménagement et de la réduction du temps de travail, signé le 27 septembre 2001, a invité les directions hospitalières à négocier au plan local avec les organisations syndicales les modalités de la réduction du temps de travail et les mesures d'aménagement.

Au CHFQ, un accord a été négocié en 2001 mais il n'a jamais été signé. Selon le directeur, il serait cependant appliqué. Il n'a cependant jamais été évalué ni renégocié. Il fixe le temps de travail à 37,5 heures.

La DRH tient à jour un document intitulé « règles de gestion du temps de travail » qui actualise cet accord initial. Les dispositions du décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements publics de santé y sont intégralement reprises. En particulier, les jours de RTT sont fixés à 105 heures, soit 15 jours pour une durée effective du travail fixée à 37H30, conformément à l'article 11 du décret.

Plusieurs avantages extraréglementaires sont cependant à relever. Ils posent problème.

#### Durée annuelle du travail

S'agissant de la durée annuelle, la définition réglementaire (articles 1 à 3 du décret 2002-9) est la suivante :

Personnels	Référence annuelle (en heures)	Compensations supplémentaires (hors jours de fractionnement et jours de congé hors saison)
Régime général	1607	
Agents en repos variable	1582	les agents en repos variable qui effectuent au moins 20 dimanches ou jours fériés dans l'année civile bénéficient de deux jours de repos compensateurs supplémentaires
Agents travaillant de nuit	1476	

Or les références en vigueur au cCHFQ sont plus généreuses :

Pour les agents en repos variable :

« La durée annuelle de travail effectif pour les agents de jour en repos variable est de 1582 heures. L'agent en repos variable qui effectue au moins 10 dimanches et fériés (DF) dans l'année bénéficie d'une sujétion de 25 heures soit 3 j + 3 h, au titre des repas pris sur le temps de travail le week-end. (...) La référence de temps de travail pour ces agents est de 1536 h ».

Pour les agents de nuit :

« La durée annuelle de travail effectif pour les agents de nuit est de 1476 heures sur la base d'une durée hebdomadaire de 32 h 30. A l'hôpital de Mantes, les agents de nuit travaillent sur la base de 35 heures hebdomadaires. Le différentiel soit 106 heures maximum s'acquiert au fur et à mesure des nuits travaillées. Une sujétion supplémentaire de 24 heures est accordée en compensation du temps de transmission non validé. La référence de temps de travail de nuit est de 1431 heures. »

Selon l'article 4 du décret, l'attribution de congés supplémentaires liés au repos variable se déclenche à partir de 20 dimanches et jours fériés effectués pendant l'année. L'attribution de 25 heures de sujétion supplémentaires accordées à tous les agents ayant effectué au moins 10 dimanches et jours fériés constitue une pratique qu'aucun texte n'autorise.

Les 24 heures de sujétion accordées aux agents de nuit au titre du « temps de transmission non validé » n'ont pas davantage de base réglementaire.

Quant au calcul des références annuelles de 1536 heures ( $1582-25=1557$ ) ou de 1431 heures ( $1476-24=1452$ ) pour ces deux catégories, il confère de fait 21 heures supplémentaires à ces catégories d'agent sans justification.

Jours de congé

Les agents du CHFQ bénéficient en outre de 3 jours de médaille « pour les agents travaillant de jour comme de nuit, l'année de la remise de la médaille. » Ils sont également irréguliers.

Il conviendrait que l'établissement mette fin aux avantages extraréglementaires relevés et qu'un état des lieux de l'application de l'accord soit dressé.

Par ailleurs, faute de signature de l'accord de 2001, il revient à la direction de l'établissement d'adopter l'organisation du temps de travail. En effet, sans remettre en cause le principe de l'accord local, la loi HPST du 22 juillet 2009 indique dans son article 10 que « le directeur, à défaut d'un accord sur l'organisation du travail avec les organisations syndicales représentant le personnel de l'établissement, décide de l'organisation du travail et du temps de repos ».

<b>Recommandation n°3 : Dresser un bilan de l'application du protocole sur l'organisation du travail au sein de l'établissement et des surcoûts éventuellement induits.</b>
---

### 6.2.3. L'organisation en 12 heures

La durée quotidienne de travail dans les unités de soins ne peut excéder 9 heures pour les équipes de jour, 10 heures pour les équipes de nuit. L'organisation en 12 heures constitue un horaire dérogatoire dont l'adoption est soumise à un formalisme strict décrit par l'article 7 du décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 : « (...) lorsque les contraintes de continuité du service

public l'exigent en permanence, le chef d'établissement peut, après avis du comité technique d'établissement, ou du comité technique paritaire, déroger à la durée quotidienne du travail fixée pour les agents en travail continu. »

Au CHFQ, le pourcentage des agents effectuant des horaires en 12 heures atteint 40 %. Il n'est en moyenne que de 10% pour les établissements comparables.

**Tableau n° 11 : Pourcentage d'agents effectuant des horaires dérogatoires en 12H**

Amplitude travail	Agents concernés par un horaire en 12H	Hommes	femmes	effectif physique moyen	%	CH>70 M€
12h jour /12h nuit	525					
12h jour /10h nuit	138					
total bilan social	663	55	608		40,01%	9,92%
total recalculé	663			1839	36,05%	
total uniquement sur perso soignants	612			1175	52,09%	

Source : bilan social 2012 et ATIH

Il convient toutefois de signaler que le taux figurant dans le bilan social n'a pas été calculé selon la méthodologie de l'ATIH, à savoir le nombre d'agents concernés par un horaire dérogatoire en 12 heures rapporté à l'effectif moyen physique total (seuls les PNM du CHFQ ont été pris en compte au dénominateur). Ainsi recalculé, le pourcentage est de 36 % pour l'ensemble des personnels et de 40 % pour les seuls PNM.

Quelles que soient les valeurs retenues, elles sont très au-delà des moyennes constatées par l'ATIH. Plus de la moitié des personnels soignants seraient ainsi en 12 heures alors que cette organisation est par définition exceptionnelle.

Les décisions de passage en 12 heures n'ont pas été formalisées par une décision du directeur. Le seul avis du CTE produit concerne le pôle mère-enfant. Il ne comporte aucune mention particulière des contraintes de continuité de service publique particulières et permanentes qui auraient justifié le passage en 12 heures, l'établissement s'étant de fait contenté de répondre favorablement à la demande des agents.

Si aucun bilan n'a été tiré, la DRH considère aujourd'hui qu'elle n'a pas généré de marges financières alors que le plan de retour à l'équilibre signé en 2012 avec l'ARS désignait le passage en 12 heures comme une piste d'économies.

Il convient de rappeler qu'une décision justifiée du directeur est nécessaire. L'établissement devrait dresser un bilan du dispositif, tant sur le plan humain que financier.

Pour la direction, un tel bilan existe, du moins sur le plan humain, avec l'enquête réalisée par le CHSCT en 2013. Au surplus, des marges financières ont été dégagées car 4 postes ont été supprimés au pôle femme-enfant.

Si la chambre prend note de ces informations, il n'en demeure pas moins que la décision du directeur pourtant obligatoire avant de passer au régime des 12 heures fait toujours défaut. Le dispositif, dans sa globalité manque donc de base réglementaire. Par ailleurs, hors l'enquête du CHSCT, aucun véritable bilan RH du passage en 12 heures n'a pas été fait par la direction de l'établissement. Enfin, mises à part ces 4 suppressions de postes, une évaluation du montant des économies réalisées avec le passage en 12 heures n'a pas plus été réalisée, notamment dans le contexte du nouveau PRE mis en place en 2015.

## 6.2.4. Heures supplémentaires

### Dispositif de contrôle

La gestion des heures supplémentaires au CHFQ comporte trois niveaux de validation (cadre de santé, cadre supérieur de santé, directeur de soins) en fonction des motifs (charge de travail, postes vacants, absentéisme...), des plafonds (par agent, par an, par mois), des règles d'indemnisation (le principe est la récupération, sauf pour le personnel soignant pour des remplacements au pied levé quand ils permettent d'éviter des recours à des intérimaires plus coûteux), d'encadrement (les heures supplémentaires sont utilisées pour déduire les absences non justifiées par exemple) et de comptabilisation (badgeuse mise en place) ainsi que des contrôles d'effectivité (contrôles inopinés de planning).

Si la gestion des heures supplémentaires paraît a priori bien encadré, le bilan social 2012 indique que 39,2% des heures supplémentaires (HS) effectuées ont en réalité été payées, ce qui paraît contradictoire avec le principe selon lequel l'indemnisation serait l'exception. De surcroît, le contingent d'heures supplémentaires payées par agent (25,3) dépasse largement la moyenne des établissements comparables (20,4).

**Tableau n° 12 : Nombre moyen d'heures supplémentaires (HS) par agent (2012)**

	Moyenne générale	Moyenne CH>70 M€	Établissement
Valorisation HS payées			394 431,3
HS payées			16 786,4
HS compteur au 31/1/13			42 734,5
Nb moyen HS/agent	20,9	20,4	25,3
... dont perso services de soins	20,8	20,6	25,1

Source : bilan social 2012 et ATIH

Elles sont réparties ainsi : 69,4 % pour les personnels soignants (38,2 % pour les IDE) et 12 % pour les perso techniques.

### Indemnités horaires pour travaux supplémentaires (IHTS)

Un examen approfondi a été effectué sur les bulletins de paie de novembre 2012 pour l'ensemble des agents ayant bénéficié d'IHTS en septembre 2012 (ou octobre pour les infirmières de bloc opératoire).

Si les taux appliqués sont conformes au décret n° 2002-598 du 25 avril 2002 relatif aux indemnités horaires pour travaux supplémentaires, en revanche, les bulletins de paie d'un agent ne font référence ni à une base ni à un taux, ni même à aucune heure supplémentaire. Le montant servi, identique de mois en mois (97,83 €), s'apparente ainsi à une rémunération forfaitaire irrégulière. Le directeur du centre hospitalier s'est engagé à rectifier la situation. La chambre rappelle au directeur qu'il lui incombe de procéder à la répétition de l'indu le cas échéant.

Le nombre d'heures supplémentaires par agent est plafonné à quinze heures mensuelles<sup>35</sup> par l'article 15 du décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements de santé. Lorsque la durée du cycle de travail est supérieure à un mois, ce plafond est déterminé en divisant le nombre d'heures supplémentaires susceptibles d'être effectuées dans l'année par 52 et en multipliant ce résultat par le nombre de semaines que compte la durée du cycle de travail.

L'arrêt n° 331068 du 18 janvier 2011 du Conseil d'État a en outre rappelé le principe selon lesquelles les heures supplémentaires effectuées au-delà du plafond mensuel statutaire des ne peuvent pas être indemnisées dans la Fonction publique hospitalière.

Au CHFQ, le cycle de travail est d'une semaine pour le service informatique, de quatre pour la psychiatrie, de cinq semaines pour le bloc opératoire, d'une semaine pour les agents en repos fixe du service transport (deux semaines pour les agents en repos variables), d'une semaine pour les services techniques et deux à quatre semaines pour les brancardiers.

Seules les infirmières de bloc (IBODE) sont ici concernées par le déplafonnement mentionné à l'article 15. Le calcul aboutit dans leur cas à une limite de  $220/52*5$ , soit 21,15 heures. Pour les autres catégories de personnels, ce sont les seuils de l'article 15 qui s'appliquent.

Or les IHTS payées excèdent dans plusieurs cas ces plafonds :

Cas relevés	IHTS en sept 2012	Service	Grade
1	26,25	Services techniques	technicien hospitalier
2	24	Brancardage	Agent d'entretien qualifié
3	23	Services techniques	Ouvrier prof qualifié
4	40	Bloc opératoire	IBODE cs
5	30	Bloc opératoire	IBODE cn

Source : *Xemelios – bulletins de paie de novembre 2012*

La direction du centre hospitalier s'est engagée à rectifier la situation. La chambre rappelle au directeur qu'il lui incombe de procéder à la répétition de l'indu le cas échéant.

Invitée à préciser le nombre total d'heures supplémentaires générées en 2012 par les différents services, la DRH a produit le tableau suivant :

Service	Heures de jour	Heures de nuit
Bloc opératoire	2657 h	
Services techniques	73 h 30	13 h 40
Service informatique		11 h 40
Brancardage	232 h	275 h
Psychiatrie section 78G02	0 h	0 h

Source : *DRH*

Les services techniques n'auraient par exemple accompli que 87 heures supplémentaires. Les bulletins de paie d'un collaborateur des services techniques font toutefois apparaître un montant d'IHTS identique de mois en mois, réparti entre dimanches et jours fériés (10 heures) et semaine (5 heures). Considérant qu'il a généré à lui seul 180 heures supplémentaires rémunérées, le suivi des heures supplémentaires mis en place par l'établissement paraît présenter de sérieuses lacunes.

<sup>35</sup> Dix-huit heures pour les catégories de personnels suivantes : infirmiers spécialisés, cadres de santé infirmiers, sages-femmes, sages-femmes cadres de santé, personnels d'encadrement technique et ouvrier, manipulateurs d'électroradiologie médicale.

Au regard de ces constats, on peut douter de la réalité de la politique de contrôle des heures supplémentaires de l'établissement. Il importe que des actions soient entreprises pour garantir que leur paiement correspond à des heures effectivement travaillées.

### 6.2.5. Astreintes

L'arrêté du 24 avril 2002 fixe la liste des corps, grades ou emplois autorisés à réaliser des astreintes. Le chef de l'établissement hospitalier détermine la liste des activités, des services et des emplois concernés après avis du comité technique d'établissement. Le temps passé en astreinte donne droit soit à une compensation horaire, soit à une indemnisation dont les conditions sont fixées par le décret 2003-507 du 11 juin 2003.

Une décision du 27 mai 2008 du directeur du CHFQ prévoit la possibilité de mettre en place des astreintes pour assurer les conditions de sécurité du fonctionnement des installations ou des personnels de l'établissement, et pour assurer de manière occasionnelle le fonctionnement d'activités de soins dans les services de cardiologie (coronographie et angiographie), neurologie (VAC), psychiatrie (sécurité du personnel et des patients), services techniques (sécurité des installations techniques et matérielles) (les PNM des services suivants). Elle renvoie « si nécessaire » à des notes de service pour préciser l'organisation et le mode d'indemnisation retenues.

L'organisation des astreintes au CHFQ repose sur les décisions suivantes :

- les services techniques et ouvriers (décision n° 2003-05)<sup>36</sup> ;
- la psychiatrie (décision 2008-01 modifiée le 31 octobre 2014 après avis du CTE du 2 octobre 2014) : astreinte d'encadrement<sup>37</sup> et de sécurité<sup>38</sup> ;
- le brancardage de jour (note de service de la DRH et décision du directeur du 10 janvier 2011)<sup>39</sup>.

Une décision d'indemnisation dérogatoire au tiers figurerait par ailleurs dans la note de service concernant les astreintes du service informatique. La pièce justificative n'a toutefois pas été produite.

Le contrôle des bulletins de paie du mois de novembre 2012 montre que les taux réglementaires sont respectés<sup>40</sup>.

Figurent toutefois parmi les bénéficiaires deux techniciens hospitaliers, deux agents d'entretien, un agent de maîtrise et trois assistants de service hospitalier, corps qui ne sont pas prévus par la liste visée par l'arrêté susmentionné.

En outre, l'arrêté précise que seuls les aides-soignants « exerçant dans les services d'urgence, les services de transplantation, les services de grands brûlés, les services de neurochirurgie, les services de réanimation-néonatalogie, en bloc opératoire et en stérilisation » sont éligibles. Or, plusieurs aides-soignants en psychiatrie perçoivent des astreintes.

---

<sup>36</sup> Sont visés tous les corps et grades visés par l'arrêté du 24 avril 2002 ; indemnisation au quart.

<sup>37</sup> Cadres de santé, cadres supérieurs de santé, infirmiers faisant fonction de cadre ; indemnisation au quart.

<sup>38</sup> Agents concernés et taux d'indemnisation non précisés.

<sup>39</sup> Tous les personnels affectés au brancardage ; indemnisation au quart.

<sup>40</sup> Cf. annexe n°3.

Enfin, en plus des trois agents du service informatique, cinq agents des services techniques bénéficient de l'indemnisation exceptionnelle au tiers sans décision du directeur

Au total, dix-neuf agents sur les vingt-huit dont les bulletins de salaire comportent une rubrique indemnisation d'astreinte au tiers ou au quart sont en situation irrégulière au regard des textes réglementaires ou des décisions de l'ordonnateur.

Il importe de mettre fin à ces irrégularités et il appartient à la direction de l'établissement de préciser dans ses décisions relatives aux astreintes les corps, grades ou emplois concernés en référence à l'arrêté du 24 avril 2002.

### **6.2.6. Contractuels**

Un sondage sur les fiches de paie de novembre 2012 a montré que vingt et un contractuels percevaient la nouvelle bonification indiciaire (NBI). Or, seuls les fonctionnaires, à l'exclusion des agents contractuels, sont éligibles à la NBI.

En conséquence, l'établissement doit mettre fin à ces versements irréguliers. La direction de l'établissement s'est engagée à rectifier la situation. La chambre rappelle au directeur qu'il lui incombe de procéder à la répétition de l'indu le cas échéant.

## **6.3. Le temps de travail des personnels médicaux**

### **6.3.1. Indicateurs**

Sauf circonstances particulières, notamment de forte activité, les plages additionnelles (PA) effectuées par les personnels médicaux constituent un marqueur d'alerte de la gestion du temps médical. Qu'elles soient indemnisées ou stockées sur les comptes épargne temps (CET), elles peuvent affecter l'équilibre financier de l'établissement si elles ne sont pas correctement maîtrisées.

Or, selon le bilan social 2012 de l'établissement, chaque personnel médical effectue en moyenne douze plages additionnelles contre seulement huit pour les centres hospitaliers de même catégorie.

Le nombre total de jours épargnés par les personnels médicaux sur les CET des médecins rapporté à l'effectif physique de l'établissement était quant à lui supérieur de plus de 55 % à la moyenne des CH comparables<sup>41</sup>. Ils représentaient une dette de plus de 4,7 M€.

### **6.3.2. Tableaux de service**

L'hôpital doit mettre en place les tableaux de service (TDS) annuels, le tableau de service mensuel prévisionnel (permettant de définir l'organisation prévisionnelles des activités de jour, gardes sur place, astreintes, activité libérale, activité d'intérêt général, formation, congés et absences diverses autorisées) le tableau de service mensuel réalisé (permettant au directeur d'arrêter pour chaque praticien le nombre des périodes de travail ouvrant droit au versement des indemnités de sujétion et de temps de travail additionnel), ainsi que le tableau d'activité mensuel nominatif pour chaque praticien (décret n° 2007-450 du

---

<sup>41</sup> Soit 53,6 jours par agent contre 34,6 pour les établissements de même catégorie.

25 mars 2007 relatif à la production de pièces comptables justificatives pour toute dépense engagée). Un tableau de service de jour indiquant la présence médicale effective des personnels hospitaliers doit également être élaboré<sup>42</sup>.

Le CHFQ assure le suivi informatique déclaratif des tableaux de service ; c'est le chef de service qui les remplit et les transmet au bureau des affaires médicales (BAM), lequel vérifie les éventuels doublons. Le système étant déclaratif, le contrôle de la présence effective relève de la responsabilité du chef de service et du chef de pôle. Or, plusieurs exemples ont montré que ledit contrôle était sujet à caution : les journées d'activité d'intérêt général de deux praticiens n'étaient pas inscrits aux tableaux de service des services concernés ; les plages d'activité libérale d'un autre praticien ne correspondaient pas aux tableaux de service du service pédiatrie (voir ci-après).

L'absence de tableau prévisionnel dans plusieurs services et les lacunes du tableau réalisé ne permettent pas d'assurer le contrôle du temps de présence des personnels médicaux. Or, aux termes du décret n° 2012-1481 du 27 décembre 2012 relatif aux nouvelles règles de gestion et d'utilisation des comptes épargne-temps (CET) des personnels médicaux, l'organisation du temps de présence et d'absence des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques est désormais intégrée dans les contrats de pôle. Il appartient donc au directeur d'inclure l'exhaustivité des tableaux comme critère d'intéressement dans les futurs contrats de pôle.

### **6.3.3. Permanence et continuité des soins**

#### **Cadre réglementaire**

La notion de permanence des soins (PDS) recouvre deux missions distinctes.

Au sens strict, la permanence des soins en établissements de santé (PDSES)<sup>43</sup> consiste en une mission d'accueil et de prise en charge des patients de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) qui ne sont pas déjà hospitalisés dans l'établissement et qui se présentent à l'établissement dans le cadre de l'urgence aux horaires de permanence des soins (nuit, samedi après-midi, le dimanche ainsi que les jours fériés). Les financements attribués via le fonds d'intervention régional (FIR) permettent d'indemniser la mise en place de lignes de gardes et d'astreintes du personnel médical nécessaires à la mise en place de cette permanence des soins.

La PDSES se différencie de la continuité des soins, définie comme la prise en charge et la surveillance des patients déjà hospitalisés au sein de l'établissement aux horaires de permanence des soins. La continuité des soins est une mission réglementaire qui incombe à tous les établissements de santé, contrairement à la permanence des soins pour laquelle l'établissement doit être expressément désigné par le directeur général de l'ARS.

L'article 3 de l'arrêté du 30 avril 2003 fixant les modalités d'organisation et d'indemnisation de la permanence des soins précise qu'elle s'organise soit sur place (anciennes « gardes »), soit en astreinte à domicile, qui peut donner lieu à déplacement.

---

<sup>42</sup> Articles 5 et 11 de l'arrêté du 30 avril 2003 et 12-1 et circulaire DHOS 2003-219 du 6 mai 2003.

<sup>43</sup> Articles L. 6314-1 à L. 6314-3 et les articles R. 6315-1 à R. 6315-6 du code de la santé publique.

## Coût

Les coûts de la permanence des soins sont retracés (sauf internes) au compte 6425 « Permanences de soins ». Il faut y ajouter les périodes de temps de travail additionnel de jour inscrites au compte 6426 puisque ces plages additionnelles sont utilisées par le CH pour rémunérer une partie du temps effectué au titre de la PDES aux urgences et en anesthésie.

compte			2010	2011	2012	2013	2010 /13
64251	« Permanences sur place intégrées aux obligations de service »	= gardes incluses dans les obligations de service et rémunérés en indemnités de sujétion	1 241 191,85	1 495 747,64	1 417 663,24	1 462 229,37	17,8%
64252	« Permanences sur place réalisées en temps de travail additionnel »	= gardes réalisés au-delà de leurs obligations de service et rémunérées par indemnité forfaitaire pour TTA en NDJF	213 765,79	166 798,15	141 344,31	226 792,18	6,1%
64253	« Permanences de soins par astreinte »	= les indemnités de base, les déplacements, les forfaits astreinte, les astreintes transformées et indemnisées forfaitairement sur la base des indemnités pour TTA	429 180,84	393 210,63	445 593,50	435 978,43	1,6%
<b>6425</b>	<b>Permanence et continuité des soins</b>		<b>1 884 138,48</b>	<b>2 055 756,42</b>	<b>2 004 601,05</b>	<b>2 124 999,98</b>	<b>12,8%</b>
6426	TTA de jour	Indemnités forfaitaires pour TTA effectué de jour	19 808,21	25 404,09	72 782,53	50 173,01	153,3 %
<b>TOTAL</b>	<b>TOTAL</b>		<b>1 903 946,69</b>	<b>2 081 160,51</b>	<b>2 077 383,58</b>	<b>2 175 172,99</b>	<b>14,2%</b>
642	total rémunération personnel médical		12 751 733,05	13 359 317,67	13 509 605,18	14 085 626,43	
	Part PDS		14,9%	15,6%	15,4%	15,4%	

Source : comptes financiers

L'ensemble regroupant la permanence et la continuité des soins représente un total de près de 2,2 M€, soit 15,4 % des rémunérations des personnels médicaux en 2013.

Les gardes sur place ont progressé de presque 18 % (1,46 M€ en 2013) et les plages additionnelles pour nuit, dimanche et jours fériés ont connu une hausse considérable entre 2012 et 2013 (de 141 000 € à 227 000 €). Le coût des astreintes est en revanche demeuré relativement stable et celui des plages additionnelles pour temps de travail supplémentaire de jour reste peu élevé (50 000 €).

## Organisation interne

Le CHFQ a rédigé un règlement de la permanence des soins, régulièrement mis à jour. Il décrit avec précision les gardes et astreintes mises en place dans les différents services.

Le dispositif appelle les observations suivantes.

Les « lignes de garde » décrivent sans les distinguer la permanence et la continuité des soins qui relèvent pourtant de missions et de financements différents. Comme le rappelle le volet PDSES du schéma régional d'organisation des soins (SROS), le service de soins de suite et de réadaptation (SSR) ne peut par exemple bénéficier d'une garde ou d'une astreinte au titre de la permanence des soins.

De la même façon, activités réglementées et librement organisées dans le cadre de la PDESE ne sont pas distinguées.

En termes d'intensité de prise en charge, les gardes sur place se multiplient le weekend sans justification particulière. En médecine, par exemple, il existe une ligne de garde commune pour les services de pneumologie, maladie infectieuse, gastro-entérologie, neurologie et court séjour gériatrique sauf le samedi après-midi où la garde unique se fractionne en trois lignes (maladie infectieuse, pneumologie, neurologie). De même, la permanence des soins de l'unité de soins intensifs en neurologie bénéficie d'une astreinte opérationnelle, sauf le samedi après-midi où une garde sur place est ajoutée. La scission de la chirurgie viscérale en deux services aboutit quant à elle à doubler la permanence : le service qui n'est pas de permanence des soins bénéficie malgré tout d'une astreinte de sécurité.

L'organisation de la permanence des soins décrite dans le règlement pourrait être précisée en :

- distinguant les gardes et astreintes qui relèvent de la PDES – et parmi celles-ci celles qui sont réglementaires et figurent dans le nouveau CPOM – de celles qui organisent la continuité des soins ;
- justifiant la mobilisation de ressources médicales le weekend.

La chambre prend acte de l'engagement de la direction de l'établissement d'évaluer l'organisation de la permanence des soins dans le cadre du PRE mis en place en 2015 et de l'association de la commission de l'organisation de la permanence des soins (COPS) à ce chantier de remise en ordre.

### **Systeme des astreintes**

Selon les termes de l'article 19 de l'arrêté du 30 avril 2003, « chaque praticien effectuant une astreinte à domicile, note, à chaque déplacement, sur un carnet à double feuillet, unique pour l'établissement et déposé au service des urgences ou tout autre lieu fixé par le directeur ».

L'établissement ne dispose ni d'un carnet unique à double feuillet, ni d'un registre d'appel. Les déplacements sont notés sur une feuille volante et remis au bureau des affaires médicales (BAM), lequel vérifie que les déplacements sont effectués en période d'astreinte.

Il conviendrait que la direction de l'établissement procède à un contrôle plus poussé de ces dépenses en formalisant la procédure d'appel du médecin d'astreinte (traçage systématique des appels, rapprochement du registre des appels des bordereaux de déplacements).

L'établissement a mis en place depuis le premier décembre 2005 une indemnisation forfaitaire de l'astreinte de sécurité en neurologie, orthopédie et ophtalmologie<sup>44</sup>. Cette possibilité est prévue à titre dérogatoire par l'article 14-IV de l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à la forfaitisation des astreintes. Son montant peut être fixé à :

- 187,70 € pour les activités liées au fonctionnement des blocs opératoires dans les services d'accueil des urgences, ainsi que dans les structures dont l'activité le justifie ou dans le cadre du redéploiement des crédits liés à la suppression des lignes de permanence sur place ;
- ou au plus égale au montant d'une demi-indemnité de sujétion (ici 132,31 €) augmenté de l'indemnité de base (30,54 €) et recouvrant les éventuelles indemnités de déplacement quel qu'en soit le nombre.

Il est prévu qu'une évaluation annuelle du dispositif soit réalisée par le directeur avec la commission de l'organisation de la permanence des soins dans le cadre de la préparation du compte administratif. Sur la base de cette évaluation, le contrat peut être reconduit. Le temps de déplacements doit toujours être mesuré.

Dans le cas du CHFQ, le montant de l'indemnisation forfaitaire a été fixé pour les trois services à 187,70 €, soit le taux maximum autorisé par la réglementation.

Le principe du recours à une astreinte forfaitaire et le taux retenu sont surprenants : le coût d'une astreinte normale dépend des déplacements effectués, lesquels a priori devaient être rares puisqu'il s'est agi ici de remplacer une astreinte de sécurité.

Aucune évaluation du dispositif n'a été menée, que ce soit par la commission de l'organisation de la permanence des soins (COPS) ou le Bureau des affaires médicales (BAM). L'établissement n'a pas davantage été en mesure de produire le relevé des déplacements effectués dans ce cadre. La justification de la création ces trois astreintes est sans rapport avec les exceptions admises par l'arrêté susmentionné<sup>45</sup>, à l'exception de l'astreinte d'orthopédie (suppression des gardes sur place). Le taux d'indemnisation n'est pas davantage justifié : il relève d'une simple négociation avec les personnels médicaux concernés.

Il convient de rapidement mettre en place l'évaluation annuelle prévue par les textes, de réserver le bénéfice du tarif maximum aux services dont l'activité le justifie et d'envisager leur maintien en fonction du seul nombre d'interventions effectuées.

De surcroît, si les assistants associés et les praticiens attachés associés peuvent être appelés à collaborer à la permanence des soins, en appui de la permanence sur place ou de l'astreinte à domicile effectuées par les personnels médicaux statutairement habilités à y participer, ils ne peuvent pas effectuer eux-mêmes d'astreintes à domicile.

Or, en novembre 2012, plusieurs praticiens attachés associés et assistants spécialisés associés ont bénéficié irrégulièrement d'indemnités pour astreintes opérationnelles forfaitaires au taux de 187,70 € en neurologie et en orthopédie<sup>46</sup>. L'ordonnateur doit mettre fin à ces irrégularités.

---

<sup>44</sup> Elle rassemble dans une indemnité unique le forfait de base et les différentes indemnités prévues en cas de déplacement.

<sup>45</sup> Tenir compte d'un certain niveau de technicité pour la neurologie, maintenir l'attractivité de l'établissement pour l'ophtalmologie.

<sup>46</sup> Kerdali Hadj (orthopédie), Tcheumeni, Abed et Dinu Mures (neurologie). Voir bulletins de paie.

Les taux réglementaires distinguent les associés des autres personnels médicaux<sup>47</sup> :

	Les praticiens hospitaliers, les praticiens à temps partiel, les assistants des hôpitaux, les praticiens attachés, les praticiens contractuels et les praticiens adjoints contractuels	Les assistants associés et les praticiens attachés associés
Indemnité de sujétion (a)	264,63 €	217,4 €
Indemnité forfaitaire pour plage additionnelle de jour (b)	317,55 €	260,82 €
Indemnité forfaitaire pour plage additionnelle de nuit ©	473,94 €	324,49 €
c-a	209,31 €	107,09 €

Pour le CHFQ, le tableau récapitulatif des bases de contractualisation 2013 indiquait un taux de 209,31 € pour une plage additionnelle (PA) de nuit et de 317,55 € pour une PA de jour.

Le taux « PA nuit » correspond à l'indemnité forfaitaire pour une période de temps de travail additionnel (TTA) accomplie la nuit (473,94 €), déduction faite - ainsi que le prévoit la réglementation - de l'indemnité de sujétion (264,63 €) correspondant au temps de travail effectué dans le cadre des obligations de service hebdomadaires la nuit, le samedi après-midi, le dimanche ou jour férié. L'établissement s'assure ainsi que la déduction prévue par l'article 13 est systématiquement effectuée<sup>48</sup>.

Toutefois, toutes les plages additionnelles de nuit comptabilisées ne sont pas systématiquement soumises à l'abattement de l'indemnité, soit parce qu'elles résultent de la transformation d'une astreinte en PA de nuit (III de l'article 14), soit parce qu'elles résultent du plafonnement des indemnités versées pour une même astreinte (I c de l'article 14).

De surcroît, la réglementation fixe un taux différent pour les médecins associés. Or l'examen de plusieurs bulletins de salaire a montré que tous les médecins, y compris les médecins associés, bénéficiaient du taux d'indemnité de sujétion applicable aux praticiens hospitaliers<sup>49</sup>, soit 264 €.

### **Le contrôle exercé par la commission de l'organisation de la permanence des soins (COPS)**

Mise en place par la commission médicale de l'établissement, la commission de l'organisation de la permanence des soins (COPS) définit annuellement avec le directeur l'organisation et le fonctionnement de la permanence des soins (PDS) par secteur d'activité dans la limite des budgets alloués à ce titre. Elle établit notamment un bilan annuel de l'organisation et du fonctionnement de la PDS.

Les PV de la commission de l'organisation de la permanence des soins ont été produits pour la période examinée.

<sup>47</sup> Article 13 de l'arrêté du 30 avril 2003.

<sup>48</sup> « Les indemnités mentionnées aux 1 [indemnité de sujétion] et 2 [Indemnité forfaitaire pour toute période de temps de travail additionnel] ne peuvent se cumuler pour une même période de temps de travail. »

<sup>49</sup> Il n'existe pas de code paie spécifique pour les indemnités de sujétion versées aux associés. Exemples : Ndala Mienanzamb, Costea, Noubissi Nana (assistants associés), Dinu Matak, Ben Ismail, El Bitar (praticiens attachés associés).

La fréquence des réunions est satisfaisante. Le débat est réel et les questions soulevées témoignent des efforts de la commission pour mieux maîtriser le temps additionnel. Le bilan des plages additionnelles est ainsi restitué chaque année et plusieurs solutions ont été débattues.

Dès 2008, la COPS a ainsi acté le principe que le paiement de l'ensemble des plages était impossible. Elle a validé en 2009 des règles qui prennent en compte l'organisation du service, l'évolution de l'activité et les postes vacants pour fixer sous forme de contrat des critères d'attribution et d'indemnisation des PA. Elles ont commencé à être appliquées en 2010 puis étendues progressivement à tous les services. Depuis 2013, elles s'appliquent également aux jours pouvant être stockées dans les CET. Les services récalcitrants sont régulièrement cités : gynéco-obstétrique, cardiologie (2010), stomatologie, gastro-entérologie (2013), chirurgie viscérale, ce qui montre que la surveillance est réelle.

L'instance prend ses responsabilités, comme en témoigne la décision de réunifier les deux lignes de garde de chirurgie viscérale (depuis l'été 2014).

La COPS est également à l'origine du règlement relatif à la permanence des soins, régulièrement actualisé lors des réunions, et les événements indésirables graves sont évoqués lors des séances, en particulier s'agissant des problèmes de prise en charge de patients durant les périodes de permanence des soins (PV du 1er octobre 2012).

La question de l'exhaustivité des tableaux de service a quant à elle été évoquée en 2013 pour le service de stomatologie, la commission de l'organisation de la permanence des soins ayant décidé de ne rémunérer ni reporter sur les CET les plages additionnelles du service.

#### Plages additionnelles : un bilan modeste

Le bilan de la contractualisation des plages additionnelles demeure toutefois modeste puisque les plages générées ont systématiquement été supérieures aux enveloppes prévues.

Entre 2010, année de mise en place de la contractualisation, et 2013, effectifs médicaux et plages additionnelles ont progressé respectivement de 7 % et 21 %, ce qui à tout le moins démontre que l'inflation des plages additionnelles ne saurait se justifier par le seul argument du remplacement des personnels médicaux absents :

**Tableau n° 13 : Évolution comparée des effectifs médicaux et des plages additionnelles**

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2010/2013
Personnels médicaux	147,2	155,1	158,8	158,8	158,7	170	7,05%
<i>progression</i>		5,37%	2,39%	0,00%	-0,06%	7,12%	
Plages additionnelles	1 354	1 057	1 123	1 137	1 186	1 427	27,13%
<i>progression</i>		-21,94%	6,20%	1,29%	4,31%	20,32%	

Sources : PV de la COPS et tableau des effectifs (DRH)

Après une réelle stabilisation entre 2010 et 2012, l'année 2013 a par ailleurs vu une progression très importante du volume des plages additionnelles, posant d'autant plus problème que le nombre d'ETP médicaux a augmenté de plus de 7 % cette même année.

Le bilan de la contractualisation 2013 dressé par le bureau des affaires médicales montre ainsi que le dépassement de l'enveloppe de plages additionnelles, tous pôles confondus, atteint 40,6 % pour un surcoût de 33,6 % par rapport à l'enveloppe financière prévue.

L'explication principale réside dans l'absence d'interrogation ou d'analyse des gardes en fonction de la nature et de l'intensité des activités. Un travail sur les organisations des services avait pourtant été engagé par le précédent directeur sous la forme d'un tableau type des besoins par service. La direction de l'établissement devait valider la méthode mais aucune suite n'a été donnée à l'initiative.

S'y ajoutent des comportements individuels de seniors qui ne s'estiment pas liés par les tableaux de service. Certains procès-verbaux constatent ainsi que les praticiens présents en semaine viennent également le weekend sans que leur présence soit requise.

Des pistes ont été suggérées au fil des années mais sont restées sans suite, comme une meilleure répartition des gardes entre seniors (des gardes mieux réparties sont plus facilement récupérées ou la transformation des gardes sur place en astreinte opérationnelle en nuit profonde (nuit après minuit).

A l'instar des recommandations du volet permanence des soins du SROS<sup>50</sup>, il importe de rappeler que des équipes médicales et paramédicales mobilisées inutilement au regard de l'activité sont des ressources inefficacement utilisées. Une utilisation plus adéquate de ces ressources contribuerait à la résorption des déficits ou au développement d'activités nouvelles tout en améliorant la qualité des conditions de travail des professionnels de santé concernés. Un bilan de l'activité réelle devra donc être tiré et l'organisation adaptée en conséquence.

#### Repos de sécurité : une obligation peu respectée

L'ensemble des activités réalisées dans le cadre des obligations de service et prévues au tableau de service se fait dans le strict respect du repos quotidien ou du repos de sécurité.

Le repos de sécurité consiste en un arrêt de toute activité d'une durée de 11 heures consécutives par période de 24 heures. Par dérogation, le praticien peut accomplir une durée de travail continue maximale de 24 heures. Dans ce cas, il bénéficie, immédiatement à l'issue de cette période, d'un repos d'une durée équivalente à celle de la période de travail immédiatement précédente.

Les PV de la commission de l'organisation de la permanence des soins font régulièrement état de repos « post garde » non respectés dans plusieurs services, inscrits ou non aux tableaux de service. Le 19 novembre 2013, il a été décidé de limiter l'activité du praticien à des tâches administratives, dans ces cas.

Comme la réglementation impose un arrêt de toute activité, quand bien même fût-elle administrative, il appartient à la direction de l'établissement de faire respecter ce principe qui garantit la sécurité des soins dispensés à l'hôpital. La solution doit être recherchée dans une meilleure répartition des gardes.

#### Décompte et paiement des plages additionnelles

Les tableaux de service mis en place par le CHFQ permettent de décompter les indemnités de sujétion versées pour le temps de travail accompli pendant la PDES. En revanche, ils ne

---

<sup>50</sup> Dans la région, la nuit profonde ne représente en effet que 27% de l'activité de la nuit entière en moyenne ce qui correspond à moins de 30 interventions chirurgicales par nuit profonde dans l'ensemble du territoire francilien. Or, pour assumer ce faible volume d'activité, pas moins de 87 établissements MCO disposent d'au moins un bloc opératoire ouvert en nuit profonde.

permettent pas de distinguer les indemnités forfaitaires versées pour les plages additionnelles (PA) accomplies de jour et de nuit. Toutes les plages additionnelles sont en effet payées au tarif de nuit au motif qu'il n'est - justement - pas possible de les distinguer.

Ce principe connaît une exception pour les praticiens des urgences (indemnisés à 2/3 au tarif des plages additionnelles de nuit et pour le tiers restant au tarif de jour) et les anesthésistes, dont les plages additionnelles sont indemnisées au tarif de jour plages additionnelles de jour.

Enfin, les plages additionnelles sont payées par quadrimestre pour les urgentistes et les anesthésistes mais après la clôture de l'exercice pour les autres personnels médicaux. La direction de l'établissement s'engage à rectifier ce point en 2015 dans le cadre des nouveaux contrats de pôle. La chambre en prend acte.

Les règles fixées par le CHFQ sont incompatibles avec l'arrêté relatif à l'organisation et l'indemnisation de la permanence des soins, qui pose le principe général de l'intégration des permanences sur place dans les obligations de service.

Le décompte du temps de travail additionnel réalisé au-delà des obligations de service est précisé par la circulaire DHOS/M 2 n°2003-219 du 6 mai 2003 relative aux modalités d'organisation de la permanence des soins et d'application des dispositions d'intégration des gardes dans les obligations de service statutaires (cf supra).

Le temps de travail réalisé la nuit, le samedi après-midi, le dimanche ou jour férié (qui a déjà fait l'objet d'une indemnisation par des indemnités de sujétion versées mensuellement) est intégré aux obligations de service, dans le respect du budget alloué à l'établissement (i.e. « dans la limite du budget alloué à l'établissement pour ce faire »<sup>51</sup>).

A l'issue de chaque période de quatre mois, le temps de travail additionnel est comptabilisé selon les modalités suivantes :

- 1 Déduire, le cas échéant, des obligations de service théoriques les périodes de permanence intégrées aux obligations de service.
- 2 Déduire ensuite les périodes de jour réalisées du lundi matin au samedi midi par le praticien ; le différentiel correspond à des périodes de travail additionnel de jour et sont indemnisées comme telles.
- 3 Les périodes de travail effectuées la nuit, le samedi après-midi le dimanche ou jour férié qui n'ont pas été intégrées aux obligations de service sont indemnisées sur la base des indemnités de temps additionnel de nuit, de samedi après-midi, de dimanche ou jour férié, déduction faite des indemnités de sujétion déjà versées pour ces mêmes plages.

Il en résulte que les plages additionnelles doivent être considérées (et indemnisées) comme du temps de travail de jour. Les plages additionnelles de nuit qui n'auraient pas été intégrées aux obligations de service du praticien sont par nature exceptionnelles.

Le décompte des plages additionnelles n'intervient qu'à l'issue de chaque période de référence de quatre mois, la réalisation de la totalité des obligations de services hebdomadaires ayant été effectuées, en moyenne, sur cette même période et constatée au vue du tableau de service.

---

<sup>51</sup> Point 2.3 de la même circulaire

Le dispositif mis en place par le CHFQ fonctionne à rebours de celui qui est décrit par l'arrêté puisqu'il ne définit pas a priori les gardes et astreintes intégrées dans les obligations de service et aboutit ainsi à décompter toute période additionnelle comme du temps de nuit, samedi après-midi, dimanche ou jour férié. Il participe ainsi à la multiplication du temps de travail additionnel.

Par ailleurs, l'examen des bulletins de salaire a montré que deux praticiens voyaient leurs plages additionnelles payées mensuellement ce qui est irrégulier au regard de l'obligation de paiement quadrimestriel des plages additionnelles (cf supra).

#### **6.3.4. Recours aux contractuels**

La rémunération des médecins contractuels (patricien contractuel, assistant, praticien attaché) est fixée à l'annexe I de l'arrêté du 12 juillet 2010 relatif à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les EPS.

#### **Gestion des praticiens contractuels**

Le service hebdomadaire des praticiens contractuels exerçant à temps plein est fixé à dix demi-journées hebdomadaires ; celui des praticiens contractuels à temps partiel correspond à une quotité comprise entre quatre et neuf demi-journées hebdomadaires (article R. 6152-407 du code de la santé publique (CSP)). La réglementation prévoit une rémunération maximale équivalente au 4ème échelon éventuellement majoré de 10 %, sauf pour les fonctions visées par le R. 6152-403 du même code (coordination régionale d'hémovigilance et certaines activités de pharmacie)<sup>52</sup>.

Selon le tableau des effectifs, le centre hospitalier employait 22 praticiens contractuels en 2013. Quelques irrégularités ont été relevées :

- Les fiches de paie des contractuels du CHFQ ne font référence qu'à des temps plein. Plusieurs médecins sont en réalité à temps partiel (cf. tableaux de service), et parfois sous la limite réglementaire des 4 demi-journées. La rémunération demeure toutefois strictement proportionnelle à la quotité travaillée ;
- Le plafond du quatrième échelon majoré est respecté, à l'exception d'un praticien irrégulièrement rémunéré à l'échelon 12.

La direction de l'établissement s'engage à rectifier ces irrégularités en demandant au prestataire informatique de corriger le logiciel de gestion RH. La chambre en prend acte. La chambre rappelle au directeur qu'il lui incombe de procéder à la répétition de l'indu le cas échéant.

#### **Cas des praticiens attachés**

Le statut des praticiens attachés, créé en 2003, a permis d'intégrer les anciens médecins vacataires. Ils travaillent par vacations d'une demi-journée, généralement en complément d'une activité libérale.

En 2013, le CHFQ employait 69 attachés représentant 41,65 ETP. Les contrats sont généralement renouvelés sans que l'organisation des vacations historique n'ait fait l'objet

---

<sup>52</sup> Article R6152-416 du CSP.

d'aucune interrogation quant à leur utilité réelle (compétence spécifique, développement des liens avec la médecine de ville, etc.).

Au regard des textes applicables, plusieurs anomalies ont en outre été relevées.

L'article R. 6152-605 du code de la santé publique dispose que « les praticiens attachés consacrent au service hospitalier auquel ils sont affectés le nombre de demi-journées hebdomadaires fixées par leur contrat telles qu'elles figurent au tableau de service. » Ces obligations de service sont comprises entre une et dix demi-journées hebdomadaires, soit au minimum 0,1 ETP. Or, dans plusieurs cas, les bulletins de salaire mentionnent des quotités de 0,05 ETP, soit deux demi-journées par mois.

Le salaire versé est en général conforme aux niveaux définis par l'arrêté du 12 juillet 2010. Quelques exceptions sont à signaler :

- Un praticien hospitalier a bénéficié d'un traitement brut de 4717,25 € sans rapport avec la rémunération afférente à son échelon 10 (4247,82 €) ;
- le bulletin de salaire d'un autre praticien, placé au deuxième échelon, ne mentionne pas son traitement de base ; le salaire mensuel qui lui est versé (486,6 €) pour un temps partiel de 0,05 est l'équivalent d'une base brute de 9 720 €, soit plus de 4 000 € de plus que le dernier échelon du grade ;
- un autre praticien (septième échelon) a reçu un traitement calculé sur une base brute de 3 303,4 €, ce qui le place entre le quatrième et le cinquième échelon.

La direction du centre hospitalier s'est engagée à rectifier la situation. La chambre rappelle au directeur qu'il lui incombe de procéder à la répétition de l'indu le cas échéant.

#### **Le cas particulier des « Médecins de garde »**

Les tableaux de service 2013 du CHFQ mentionnent plusieurs médecins de garde (« MEDG ») intervenant pour assurer la permanence des soins, principalement pour les urgences mais également dans d'autres services (viscéral, imagerie, orthopédie, ophtalmologie, unité de soins intensifs en cardiologie). Certains bénéficient d'un traitement proportionnel au nombre de gardes, dont le montant de base diffère selon les cas. D'autres ne perçoivent que le montant des indemnités de sujétion.

Le CHFQ a été invité à préciser la base réglementaire qui fonde le recrutement de ces personnels médicaux et leur rémunération, pour ceux qui bénéficient d'un complément de rémunération en sus des indemnités de sujétion. Selon les explications du bureau des affaires médicales, ces « médecins de garde » interviennent pour assurer la permanence des soins. Il s'agit soit de praticiens attachés de l'établissement, qui participent à la permanence des soins dans d'autres services<sup>53</sup>, soit de médecins extérieurs recrutés en tant que praticiens attachés pour assurer la permanence des soins.

S'agissant des médecins extérieurs, le principe adopté par le CHFQ serait de ne payer que les indemnités de sujétion ; les urgences et l'imagerie médicale rémunèreraient toutefois également les demi-journées travaillées par référence à l'échelle applicable aux praticiens attachés. En outre, l'échelon de recrutement diffère selon les services.

Les praticiens attachés sont normalement recrutés au 1<sup>er</sup> échelon (ou dans l'échelon qu'ils ont acquis dans un autre établissement), peuvent se voir octroyer une indemnité différentielle

---

<sup>53</sup> Le statut des praticiens attachés prévoit qu'ils « répondent aux besoins hospitaliers exceptionnels et urgents survenant en dehors de leurs obligations de service » (4<sup>o</sup> de l'Article R6152-607).

pour tenir compte de leur rémunération antérieure, bénéficient d'un avancement jusqu'au 12<sup>ème</sup> échelon (R. 6152-611). Or il ressort de la réponse du CHFQ que l'échelon de recrutement est négocié par les services, sans rapport avec le dispositif décrit par le R. 6152-611. De surcroît, ils ne bénéficient pas de l'avancement prévu par les textes.

L'affirmation selon laquelle seuls les médecins de garde extérieurs des urgences et de l'imagerie bénéficieraient d'une rémunération laisse perplexe. Si ces médecins sont des praticiens attachés, ils doivent tous être rémunérés selon la grille du statut, l'application d'un texte réglementaire ne pouvant être négocié par un service hospitalier.

Au vu de ces irrégularités, il apparaît que le mode de recrutement des médecins extérieurs mis en place par le CHFQ constitue un détournement du statut des praticiens attachés. La chambre demande à la direction de l'établissement de rectifier ce point.

### **6.3.5. Services extérieurs réalisés par des praticiens hospitaliers du CHFQ**

Les praticiens hospitaliers peuvent être autorisés à exercer des services extérieurs, soit au titre des activités d'intérêt général, soit dans le cadre d'une mise à disposition. Dans les deux cas le remboursement de la rémunération du médecin par l'organisme d'accueil n'est pas obligatoire. Les journées ainsi perdues peuvent toutefois représenter un coût financier non négligeable et participer à l'inflation des plages additionnelles.

Le dispositif RH des mises à disposition (MAD) est décrit par l'article R. 6152-50 du code. Les activités d'intérêt général (AIG) sont quant à elle encadrées par l'article R. 6152-30 du code de la santé publique : les praticiens hospitaliers à temps plein, nommés à titre permanent, peuvent après accord de leur hiérarchie, consacrer deux demi-journées par semaine à des activités intérieures ou extérieures à leur établissement d'affectation.

L'établissement ne recense que 11 conventions de mise à disposition sous forme de mises à disposition (5 cas) ou d'activités d'intérêt général (6 cas). Les conventions d'activités d'intérêt général ne dépassent pas les deux demi-journées réglementaires. Quatre ne prévoient toutefois pas de remboursement.

Un praticien bénéficie à la fois d'une convention d'activité d'intérêt général (2 demi-journées) et d'une mise à disposition (1 demi-journée) pour la même association (L'Envol). Un autre praticien est mis à disposition de la même association (4 demi-journées).

Le code de la santé publique ne prévoit toutefois pas que les personnels médicaux puissent être mis à disposition d'une association. Par conséquent, il faut souligner que l'exercice de fonctions extérieures dans des associations n'est possible que par le truchement des journées d'intérêt général. Il convient donc que le directeur revoie l'ensemble des situations de service extérieur pour s'assurer qu'elles sont couvertes par la convention ad hoc.

Le coût général de l'organisation du CHFQ apparaît ainsi comme trop élevé par rapport aux produits dégagés.

Par conséquent, la gestion du temps de travail des personnels non médicaux devrait être plus rigoureuse. Les avantages extraréglementaires qui figurent dans l'accord sur l'aménagement du temps de travail paraissent en particulier incompatibles avec un retour à l'équilibre financier. L'organisation en 12 heures, dérogoire selon les textes, s'est banalisée au CHFQ, sans qu'aucune étude n'ait encore été menée pour en apprécier les conséquences. Cela se conjugue à d'importants contingents d'heures supplémentaires, dont une partie sont par ailleurs sans fondement juridique.

Quant au personnel médical, il génère un volume important de plages additionnelles dont le poids financier est très important. La commission de l'organisation de la permanence des

soins a jeté dès 2009 les bases d'une contractualisation de leur temps additionnel sans parvenir à contenir sa progression. L'intérêt de définir des enveloppes prévisionnelles est de fait limité par l'absence d'analyse des organisations en fonction de la nature et de l'intensité des activités. De surcroît, les lacunes des tableaux de service et l'absence de relevé des interventions effectuées en astreintes ne permettent pas d'assurer un réel contrôle du temps de présence de ces personnels.

Enfin, l'absentéisme est supérieur aux moyennes relevées dans les établissements de même taille.

#### **6.4. Activité libérale au sein du CHFQ**

L'activité libérale (AL) dans les hôpitaux publics est contingentée et placée sous le contrôle d'une commission de l'activité libérale instituée dans chaque établissement.

Dix-huit praticiens exerçaient une activité libérale au sein de l'établissement en 2014 dans diverses disciplines.

##### **6.4.1. Information du patient**

Les patients peuvent demander à être soignés dans le cadre de l'activité libérale d'un praticien statutaire exerçant à temps plein. Celui-ci doit respecter les obligations prévues notamment à l'article L. 1111-3 et R. 1111-21 à R. 1111-25 du CSP, à savoir :

- une information écrite préalable du patient sur le tarif des actes effectués, le montant du dépassement éventuel et les conditions de leur remboursement par l'assurance maladie ;
- un affichage, dans la salle d'attente ou à défaut dans le lieu d'exercice, des tarifs des honoraires pratiqués, dépassements éventuels compris, complété par les tarifs des 5 prestations les plus couramment pratiqués hors consultation.

L'équipe de contrôle a visité les salles d'attente de deux services concernés par l'activité libérale (pédiatrie et ophtalmologie).

Ils possèdent un panneau d'affichage indiquant les noms des praticiens exerçant une activité libérale, les demi-journées concernées et les honoraires pratiqués pour les cinq principaux tarifs des consultations et actes par chaque médecin exerçant une activité libérale. Ils ne disposaient toutefois pas d'information écrite, celle-ci étant dispensée « au téléphone ». Il importe que l'établissement prévoie un moyen d'information écrite.

##### **6.4.2. Paiement de la redevance par les praticiens**

###### **Transmission des relevés**

L'exercice de l'activité libérale donne lieu au versement d'une redevance par le praticien titulaire du contrat d'activité libérale (article L. 6154-3 du code de la santé publique) fixée en pourcentage des honoraires qu'ils perçoivent au titre de cette activité. Elle doit permettre de dédommager l'hôpital de l'utilisation des locaux, du prêt des équipements et éventuellement de la participation du personnel hospitalier. Le calcul est effectué par l'administration de l'hôpital sur la base des états récapitulatifs établis par les praticiens.

Le code ne fixe pas explicitement de délai pour la transmission des relevés d'activité libérale. L'établissement doit toutefois pouvoir en disposer suffisamment tôt pour assurer la liquidation trimestrielle de la redevance<sup>54</sup>.

Dans le cas du CHFQ, le dépôt des déclarations est trimestriel.

Au 1<sup>er</sup> octobre 2014, deux praticiens n'avaient transmis aucun relevé pour l'année 2013. Trois autres n'avaient pas encore transmis ceux du 4<sup>ème</sup> voire du 3<sup>ème</sup> trimestre. Une lettre de rappel a été envoyée aux retardataires entre fin mars et début avril – sans effet.

De façon générale, pour 2013, le délai de transmission des états est excessif : un praticien a transmis ses états du 1<sup>er</sup> trimestre le 30 septembre, un autre ceux du 2<sup>ème</sup> trimestre le 28 novembre quand un autre praticien transmettait son relevé du 4<sup>ème</sup> trimestre le 16 avril 2014. Les relevés devraient être produits avant la fin du mois suivant le trimestre écoulé. La direction de l'établissement doit fixer des délais de transmission plus rigoureux.

### **Fiabilité des compte rendus**

La qualité des compte rendus est inégale, certains distinguant par jour, acte et nom quand d'autres sont de simples totaux manuscrits. Ce nonobstant, tous respectent la règle posée par l'article D. 6154-10-2, à savoir un état mensuel détaillant les actes en code et en valeur. Plusieurs ne sont cependant pas signés.

En outre, les dates des actes – quand elles y figurent – ne sont pas toujours cohérentes avec les tableaux de service.

Une vérification de la concordance entre les relevés et les tableaux de service a ainsi été effectuée pour trois praticiens sur le second semestre 2013. Si le relevé du premier est en tout point conforme au tableau mensuel réalisé, celui du deuxième fait référence à des consultations effectuées notamment le 16 août, date à laquelle aucun des praticiens titulaires n'était présent. Quant au relevé du troisième, il n'a aucun rapport avec le tableau réalisé de décembre.

Le rapprochement avec les états SNIR n'en est donc que plus important<sup>55</sup>. L'établissement n'a cependant pas été en mesure de produire les états SNIR 2013 relatifs aux praticiens concernés par l'activité libérale ni un quelconque tableau comparant les informations contenues dans ces états au total des actes déclarés.

En conséquence, le directeur doit contrôler la cohérence des relevés au regard des tableaux de service. Pour ce faire, il faut rappeler que les états SNIR doivent être systématiquement rapprochés des relevés des praticiens.

---

<sup>54</sup> Cf. article R6154-3 : « (...) La redevance due fait l'objet d'un paiement trimestriel. »

<sup>55</sup> Les organismes d'assurance maladie communiquent tous les 6 mois au directeur de l'établissement et au président de la commission d'activité libérale les informations (« états SNIR ») sur les honoraires, le nombre et le volume des actes effectués par les praticiens hospitaliers (art. L. 6154-3 du CSP). Elles permettent au CH et à la CAL de vérifier l'exactitude des déclarations et de prendre les mesures de redressement nécessaire (reversement).

### 6.4.3. Contrôle par la commission d'activité libérale (CAL)

#### Composition

Les membres de la commission sont nommés par le directeur général l'ARS d'Île-de-France. Elle comprend un membre du conseil départemental de l'ordre des médecins, deux représentants désignés par le conseil d'administration (conseil de surveillance) parmi ses membres non médecins, un représentant de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales, un représentant de la caisse primaire d'assurance-maladie, deux praticiens exerçant une activité libérale désignés par la commission médicale d'établissement, un praticien statutaire à temps plein n'exerçant pas d'activité libérale désigné par la commission médicale d'établissement. Un nouvel arrêté du directeur général de l'ARS Île-de-France, fixant la composition de la CAL, est en cours de préparation.

#### Fréquence des réunions

Selon la réglementation en vigueur, la CAL se réunit au moins une fois par an et chaque fois qu'elle est saisie par les autorités énumérées à l'article R. 6154-11 ou par un praticien. Elle établit chaque année un rapport sur l'ensemble des conditions dans lesquelles s'exerce cette activité au sein de l'établissement (art. R. 6154-11 du CSP).

Le tableau ci-après retrace l'historique des réunions de la CAL pour le CHFQ.

**Tableau n°14 : réunions de la CAL au sein du CHFQ**

<i>Exercice</i>	<i>Date de réunion de la CAL</i>	<i>Délai après la clôture de l'exercice</i>	<i>Date du PV</i>
<b>2008</b>	Pas de réunion		
<b>2009</b>	26/11/2010	11 mois	Pas de PV
<b>2010</b>	11/01/2012	12 mois	14/12/2012
<b>2011</b>	18/01/2013	12 mois	Pas de PV
<b>2012</b>	06/09/2013	8 mois	23/05/2014
<b>2013</b>	10/12/2014	11 mois	27/02/2015 (succinct)

*Sources : établissement, ARS Ile de France*

Dans tous les cas (à l'exception de 2012), la commission ne s'est pas réunie ou s'est réunie plus d'un an après l'exercice concerné. Si l'on peut admettre que la commission attende la production semestrielle des relevés SNIR pour se réunir, les délais constatés au CHFQ sont excessifs (cf supra).

La commission, si elle veut jouer son rôle de contrôle de l'activité libérale, doit tenir l'objectif formulé dans le dernier PV cité, à savoir une réunion au plus tard en juin de l'année n+1.

## **Exercice des missions de contrôle et de suivi**

Il convient de noter en préambule qu'aucun tableau n'est annexé aux PV (rapprochement états SNIR et relevés d'activité, comparaison activité publique/privé, délais...), ce qui prive les membres de la commission d'activité libérale d'instruments de contrôle.

De façon générale, les missions de contrôle de la commission ne sont pas exercées.

Même si sur la base des PV transmis par la CAL, l'ARS a effectué des rappels à l'ordre (demandes d'information, décisions de suspension de contrat dates de réunion de la CAL...) la chambre rappelle qu'il échoit à la CAL de l'établissement l'obligation réglementaire de contrôler de manière effective l'activité libérale au sein de l'établissement.

### **6.4.4 L'égalité d'accès aux soins pour tous les patients**

Les patients doivent pouvoir accéder, dans des conditions comparables, aux consultations dispensées à l'hôpital, qu'elles soient publiques ou privées. La circulaire du 16 octobre 2008 recommande à cette fin que les commissions d'activité libérale « veillent (...) notamment aux dépassements d'honoraires pratiqués au sein des établissements ainsi qu'aux délais d'accueil des patients selon le secteur de prise en charge. »

La question des dépassements d'honoraires a été abordée par la commission mais elle n'a été ni mesurée ni analysée. L'avenant n° 8, qui a été signé par les organisations syndicales de médecins libéraux le 20 octobre 2012 et approuvé par arrêté interministériel du 29 novembre 2012, ne définit pas à proprement parler la notion de dépassement excessif mais fixe pour les médecins exerçant en secteur 2 ou titulaires du droit au dépassement (DP), des critères d'appréciation d'une « pratique tarifaire excessive », « repérée à partir du seuil de 150 % » des tarifs opposables. Il conviendrait donc que l'établissement recense les tarifs pratiqués et repère à tout le moins les pratiques excessives.

La question des délais d'attente n'a quant à elle jamais été soulevée en commission. On peut cependant relever que l'audit chirurgie de 2014 les mentionnait pour la gynécologie (quatre mois en public, deux en privé). Il convient que l'établissement prévoie des sondages pour les mesurer de façon systématique.

Enfin, aucun dispositif de contrôle n'a été mis en place pour s'assurer du respect du libre choix du patient dans l'ensemble des services concernés.

## **6.4.5 La gestion de l'activité libérale par l'établissement**

### Le respect de la durée de service consacré à l'activité libérale

Les périodes correspondant à l'activité libérale doivent être clairement identifiées dans le tableau de service nominatif. La durée de l'activité libérale ne doit pas dépasser 20 % de la durée du service hospitalier hebdomadaire à laquelle sont astreints les praticiens<sup>56</sup>.

Si le Bureau des Affaires Médicales (BAM) affirme s'assurer de respect de la règle au regard des tableaux de service, le sujet n'est jamais abordé en commission. Le représentant des médecins n'exerçant pas d'activité libérale a d'ailleurs déploré que la commission ne dispose d'aucun relevé et souligné que certains services ne faisaient pas figurer les plages sur les tableaux de service. De fait, l'examen des tableaux de service 2013 a montré par exemple que l'activité libérale deux praticiens ne figurait pas sur les tableaux concernés.

### Le respect de l'équilibre des actes public/privé

Il appartient à la commission de l'activité libérale de vérifier que le nombre d'actes et de consultations effectués au titre de l'activité libérale n'excède pas celui effectué au titre de l'activité publique<sup>57</sup>.

Elle doit par conséquent disposer de tableaux d'activité répertoriant l'activité libérale des praticiens hospitaliers concernés (suivant les statistiques nationales inter-régimes – SNIR-fournies par les caisses d'assurance maladie) et s'assurer que ces données correspondent à celles fournies par les praticiens eux-mêmes.

Le rapport entre l'activité libérale et l'activité publique au CHFQ est certes régulièrement évoqué par la CAL mais sans aucun document ni chiffre à l'appui. Plusieurs situations de dépassements ont cependant été signalées.

Outre le service de gynéco-obstétrique et celui d'ORL, le service pédiatrie est ainsi régulièrement mentionné dans les PV de la CAL puisque le « nombre de consultations du secteur public (y serait) très inférieur au nombre de consultations codées en activité libérale ». Les praticiens mis en cause rétorquent que l'analyse est faussée faute de codage des actes publics – en particulier aux urgences pédiatriques-, du moins en leur nom.

S'agissant des méthodes de décompte, la circulaire DHOS/M2 n° 2005-469 du 14 octobre 2005 relative au contrôle de l'activité libérale rappelle que la comparaison doit s'effectuer en examinant, d'une part, les consultations publiques et privées et, d'autre part, les actes publics et privés. Comparer le pourcentage total de l'activité libérale cumulant les consultations et les actes au total de l'activité publique est contraire à la réglementation.

### Le rapprochement entre relevés individuels et états SNIR

Si aucun tableau rapprochant relevés individuels d'activité et états SNIR n'est annexé aux PV de la CAL, toutefois l'ARS indique que ces relevés individuels lui sont transmis par l'établissement, préalablement à chaque CAL, sans pour autant être exploités. En 2012, le président de la CAL a toutefois signalé qu'un écart de près de 40 000 € avait été relevé pour un ORL, qui se serait engagé à régulariser la situation. Le retard de production des relevés, constaté par la chambre, n'est pas évoqué dans les PV. De façon générale, les missions de contrôle de la commission ne sont pas exercées.

---

<sup>56</sup> 2° de l'article L6154.2 du CSP

<sup>57</sup> Art. L. 6454-2 du CSP.

### Le lien à faire avec le volume des plages additionnelles

La commission de l'organisation de la permanence des soins a fixé la règle selon laquelle l'activité libérale ne devait pas engendrer de plages additionnelles. Aucun contrôle n'a été réalisé.

Enfin, les contrats d'exercice d'une activité libérale n'ont jamais été évoqués en commission alors que trois d'entre eux ont demandé et obtenu une autorisation entre 2010 et 2012.

Il en résulte que les contrôles exercés sur l'activité libérale sont très insuffisants. Ils laissent ainsi perdurer des dérives non sanctionnées, qu'il s'agisse des dépassements d'honoraires ou des excédents d'actes ou de consultations.

La direction de l'établissement devra par conséquent mettre en place des moyens de suivi et de contrôle permettant d'objectiver les éventuels abus, ainsi que des mesures préventives adéquates quand les seuils d'exercice libéral prévus par la réglementation sont dépassés. Elle s'engage à faire un rappel à la réglementation, en 2015, lors de la prochaine réunion de cette commission, voire à demander à l'ARS d'Île-de-France une étude quant à la suspension des contrats des praticiens en cas de manquement non justifiés de manière suffisante. La chambre en prend acte.

## **7. PRÉPARATION DE LA CERTIFICATION DES COMPTES**

L'article 17 de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires du 21 juillet 2009 (loi HPST) a inscrit dans le code de la santé publique le principe de la certification des comptes de certains établissements publics de santé<sup>58</sup>.

La certification<sup>59</sup> des comptes publics constitue l'acte par lequel une autorité exprime son opinion sur la régularité, la fidélité et la sincérité des états financiers qui lui ont été soumis. Elle se réfère à des normes préétablies de présentation du bilan et du compte de résultat.

Le CHFQ fait partie de la liste des établissements publics de santé soumis à la certification des comptes à compter de l'exercice 2015<sup>60</sup>.

Dans cette perspective, la chambre a cherché à apprécier le degré de préparation du CHFQ.

### **7.1. Démarche suivie par l'établissement**

L'établissement a souhaité être accompagné dans sa démarche compte tenu du manque de ressources en interne. Un appel d'offres a été passé. Le cahier des charges privilégiait l'expérience, la formation et l'accompagnement des directions fonctionnelles dans la conduite et la préparation des personnels à l'exercice de certification.

Le cabinet retenu pour accompagner l'établissement (PricewaterhouseCoopers, PwC) a conclu un marché à tranches pour un coût de 90 750 € HT. La tranche ferme portait sur le diagnostic, la tranche conditionnelle n° 1 sur la formalisation d'un plan d'action détaillé, et la tranche conditionnelle n° 2 sur un audit à blanc et la conduite du changement.

---

<sup>58</sup> Article L.6145-16.

<sup>59</sup> La certification est faite sans réserve, avec des réserves ou elle peut être refusée.

<sup>60</sup> Arrêté du 1er août 2014 publié au JORF n°0196 du 26 août 2014.

L'audit initial avait fixé quatre-vingt-quatorze réserves. A la suite, quinze ateliers ont été mis en place par thème et par direction pour permettre à l'ensemble des acteurs de pointer les actions correctives à mener prioritairement.

La démarche du cabinet PwC repose sur une participation active de toutes les directions, au sein desquelles des référents ont été nommés ainsi que des interlocuteurs privilégiés. Les réunions sont régulières mais leur rythme devra s'accélérer afin de produire les livrables dans les délais fixés puisqu'un tiers seulement des ateliers avaient été conclus au moment de la clôture du contrôle.

Actuellement, le CHFQ est toujours en phase de mise en œuvre du plan d'actions. La tranche conditionnelle n° 2 sera débloquée en 2015 pour préparer la certification proprement dite et accompagner l'établissement.

## **7.2. Analyse des points les plus sensibles relevés par l'audit PricewaterhouseCoopers (PwC)**

### La qualité du système d'information

La qualité du système d'information (sa connaissance, la gestion des droits d'accès, les interfaces, la supervision) conditionne la sincérité des éléments financiers produits. En l'état des informations transmises par le CHFQ, des actions restent à poursuivre notamment au niveau des priorités pour lesquels un risque élevé a pu être détecté : le processus de gestion des sauvegardes et la mise en place de tests de restauration périodique sur l'ensemble des systèmes, la formalisation du processus de gestion des accès aux systèmes, la mise en place d'accès privilégiés et nominatifs associés à des mécanismes d'authentification forts.

L'absence de supervision de la gestion des habilitations informatiques expose l'établissement à un risque de mauvaise remontée des informations, ce qui peut avoir un impact non négligeable sur la facturation.

### La clôture des comptes

Les opérations de clôture des comptes devront être finalisées dans l'objectif de la certification des comptes 2015. La priorité porte actuellement sur l'adoption du guide de clôture en cours de rédaction, formalisant toutes les procédures d'inventaire<sup>61</sup>.

## **7.3. Appréciation générale après l'audit PwC**

La démarche a permis de rédiger ou de concevoir des procédures qui jusqu'à maintenant restaient orales, à l'exemple de la réorganisation du parcours du patient pour le service ophtalmologie, action menée suite à des réflexions relatives à la démarche de certification.

La pharmacie a également pu améliorer la gestion des stocks au sein des services. Elle devrait permettre à l'avenir de diminuer le montant des stocks périmés (pour l'exercice 2013, le montant total des médicaments périmés à détruire s'élevait à 56,7K€).

La direction des systèmes d'information a de son côté réalisé une cartographie des risques des logiciels métiers.

---

<sup>61</sup> Rattachement des charges et des produits, justification des provisions, mise à jour de l'état de l'actif, respect de l'arrêté du 27 novembre 2012 sur la présentation des annexes aux comptes financiers notamment.

Le chantier de préparation de la certification des comptes a également incité l'établissement à s'engager dans un travail de fiabilisation de ses comptes.

Sur le plan méthodologique, ces travaux ont permis de hiérarchiser le traitement des risques d'anomalie en fonction des risques financiers. L'audit du cycle des recettes a ainsi conduit la direction de la clientèle à définir des chantiers prioritaires en fonction des risques de pertes financières : le recueil de l'information à l'entrée du patient, la réflexion sur l'acquisition d'un nouvel outil de gestion des rendez-vous patients, le parcours du patient (points d'entrées trop nombreux) et la qualité des interfaces existantes entre les différents logiciels.

La certification des comptes peut ainsi conduire à révéler des marges financières importantes. Il conviendrait que l'établissement conduise, à l'issue des travaux de préparation, une revue des montants financiers en jeu afin d'objectiver et de valoriser les actions menées par les directions impliquées.

**Recommandation n°4 : Valoriser les montants financiers que la préparation de la certification des comptes a permis de récupérer.**

## **8. LA SINCERITÉ DES COMPTES**

### **8.1. La qualité du provisionnement**

#### **8.1.1. Provisions pour compte épargne temps (CET)**

Jusqu'en 2012, la provision pour charges de personnel au titre du CET appartenait au registre des provisions réglementées. Outre son transfert au compte 153, les décrets n° 2012 1366 du 6 décembre 2012 et n° 2012-1481 du 27 décembre 2012<sup>62</sup> prévoient l'obligation de comptabiliser un passif pour chaque jour épargné par le titulaire du compte épargne temps. Le transfert de ce passif est également prévu en cas de changement d'établissement.

Seuls les jours maintenus sur le CET à la clôture de l'exercice donnent lieu à constitution d'une provision au compte 153. La liquidation de la provision doit être documentée et respecter le principe d'image fidèle.

La provision du CHFQ n'a pas été transférée au compte 153. Le solde inscrit au compte 143 est de 439 565 € au 31 décembre 2013, sans que l'ordonnateur n'ait pu en fournir les modalités de calcul ; seul un certificat a pu être transmis à l'équipe de contrôle.

L'établissement a transféré en 2014 le solde inscrit au compte 143 vers le compte 153. Il doit veiller à justifier les modalités de calcul de la provision conformément aux décrets n° 2012-1366 du 6 décembre 2012 et n° 2012-1481 du 27 décembre 2012.

#### **8.1.2. Dépréciation des comptes de tiers**

Les créances dont le recouvrement est compromis doivent donner lieu à constitution d'une dépréciation. Cette dernière peut être liquidée sur la base d'une méthode statistique qui ne doit toutefois pas conduire à minorer cette dépréciation.

---

<sup>62</sup> Et son arrêté du 27 décembre 2012.

Lorsqu'une créance est devenue irrécouvrable, la dépréciation constituée est reprise parallèlement à la constatation de la charge résultant de l'admission en non-valeur : le compte 491 (et 496) est alors débité par le crédit du compte 7817 « Reprises sur dépréciations des actifs circulants ».

Les mouvements suivants ont été constatés pour l'établissement :

**Tableau n° 14 : Dotation des provisions pour dépréciation de créances**

EN €	2008	2 009	2 010	2 011	2 012	2 013
BE SD C/415-2	-	-	784 117,14	756 122	929 840	-
D 415-2	299 466	1 085 036	221 112,47	476 325	653 545	2 049 422
C/415-2	299 466	300 919	249 107,15	302 608	1 583 385	2 049 422
BS c/4152		784 117	756 122	929 840	-	-
D/654-pour information	299 466	300 000	221 070	300 000	1 506 627	442 592
BE C/491	1 199 178	1 199 712	1 199 712	1 278 642	1 278 642	300 000
D/68174	300 000	300 000	300 000	300 000	300 000	300 000
C/78174	299 466	300 000	221 070	300 000	1 278 642	300 000
BS C/491	1 199 712	1 199 712	1 278 642	1 278 642	300 000	300 000
BE C/416-pour information				2 922 057	3 562 962	3 089 163
BS C/416- pour information			2 922 057	3 562 962	3 089 163	3 238 513
Ecart (D/654-C/415-2)	0	- 919	- 28 037	- 2 608	- 76 757	- 1 606 830

Source : comptes financiers

Jusqu'en 2011, le compte 415-2 « Créances irrécouvrables » était régulièrement débité par un crédit annuel d'environ 300 000 € d'admissions en non-valeur de créances devenues irrécouvrables, après reprise d'une somme quasi-identique au compte de provision 491, lui-même doté annuellement à hauteur de 300 000 €.

Depuis 2012, le compte 415-2 a été apuré entièrement chaque année<sup>63</sup>.

Dans la perspective de la certification des comptes de l'établissement et de la préparation du bilan d'ouverture, plusieurs problèmes sont à signaler :

1° Le compte 416 (« Créances contentieuses ») est supérieur à 3 M€ d'euros depuis 2010. Elles seraient, selon le comptable, constituées en grande partie de créances devenues irrécouvrables. Le compte devra faire l'objet d'une analyse de l'ordonnateur en partenariat avec le comptable afin de vérifier la qualité des dites créances et la possibilité de les recouvrer. A défaut, il conviendra de les transférer en créances irrécouvrables et de les admettre en non-valeur.

2° La provision annuelle de 300 000 € pour dépréciation des comptes de tiers est qualifiée dans les différents rapports du directeur d'« historique » ; elle n'est en tout état de cause justifiée par aucune méthode statistique tel que le préconise la M21.

Il faut rappeler que le montant de la dépréciation des créances du fait de leur irrécouvrabilité doit être évalué de façon précise. Quelle que soit la méthode utilisée, elle devra être décrite dans l'annexe relative aux provisions dans le compte financier.

<sup>63</sup> Il est désormais prohibé de débiter le compte 4152 « créances irrécouvrables » en l'absence de mandat émis au compte 654 « pertes sur créances irrécouvrables ».

3° Depuis 2010, des écarts significatifs sont apparus entre le crédit du compte 415-2 et le débit du compte 654, celui-ci permettant normalement d'apurer celui-là. En 2013, la différence atteint 1,6 M€, ce qui constitue un écart considérable.

Les justificatifs des écritures de régularisation doivent être présentés en annexe du compte financier de l'exercice durant lequel les régularisations sont intervenues.

De façon générale, la chambre souligne que, dans le cadre de la préparation à la certification des comptes, l'ensemble des documents attestant des travaux menés par l'établissement pour identifier le stock de créances douteuses et irrécouvrables, définir la méthode de dépréciation retenue et le cas échéant, arrêter un plan d'apurement du stock de créances admises en non-valeur devront être archivés dans un dossier dédié.

## 8.2. La qualité des annexes au compte financier

Dans la perspective de la certification des comptes, l'annexe au compte financier doit être enrichie conformément à l'arrêté du 27 novembre 2012. Un certain nombre d'annexes doivent ainsi être accompagnées d'un document rédigé librement par le directeur.

Si le CHFQ a produit la plupart des annexes prévues, les états devant faire l'objet d'une note (état F4 relatif aux principes et méthode d'évaluation) ou devant figurer en annexe (états H4 sur les événements postérieurs à la clôture de l'exercice, H5 sur les aspects environnements) ne sont cependant pas fournis.

Même si, comme le prévoit l'instruction budgétaire et comptable M21, l'établissement a réalisé chaque année un état F0 permettant de retracer et de justifier l'évolution des comptes de provision, la chambre n'en a pas trouvé trace dans le compte financier dans lequel il doit être systématiquement joint.

D'une manière générale, les provisions constituées ou reprises ne sont pas justifiées : les débits des comptes 1518 (Autres provisions pour risques) et 158 (Autres provisions pour charges) ne sont ainsi pas documentés.

L'arrêté du 19 octobre 2006 relatif au compte financier des EPS, modifié par l'arrêté du 26 décembre 2007, prévoit également la production d'un état F3 de la dette financière à long et moyen terme. S'il figurait aux côtés des autres états financiers pour les exercices 2008 à 2011 inclus, il a été transmis à part par l'ordonnateur pour les exercices suivants.

## 8.3. Les transferts de charges entre le budget principal et le budget annexe de l'EHPAD

L'instruction budgétaire et comptable M21 prévoit que le compte 7087 enregistre les remboursements de frais par les comptes de résultats annexes. Le montant du titre de recettes émis dans la comptabilité principale doit être égal au montant du ou des mandats de remboursement établis au titre des comptabilités annexes aux comptes 6286.

D'importants écarts, non justifiés dans l'annexe, subsistent :

**Tableau n° 15 : Remboursement des frais par les comptes de résultat annexes**

en €	2 008	2 009	2 010	2 011	2 012	2 013
c/7087 (budget principal)	721 136,79	1 113 970,41	1 167 095,55	1 143 726,49	1 062 186,38	1 103 156,87
D/6286 (budget A+B+E)		213 535,97	296 566,57	283 144,18	198 839,53	229 637,60
Différence	721 136,79	900 434,44	870 528,98	860 582,31	863 346,85	873 519,27

Source : comptes financiers

Ils proviendraient de la répartition des charges hôtelières et générales issue de la comptabilité analytique mise en place par l'établissement.

Selon l'ordonnateur, les remboursements des budgets annexes sur le budget H s'imputent sur différents comptes, à la demande du conseil départemental. Il n'en demeure pas moins que la clé de répartition des charges communes doit figurer dans l'annexe afin de pouvoir reconstituer les liens entre ces budgets.

#### **8.4. Les opérations de cessions de biens**

Le compte 462 « créances sur cessions d'immobilisation » doit être mouvementé en contre partie du compte 775 dans le cadre des cessions d'actif

En 2011, le montant de la valeur nette comptable des biens cédés, auquel on ajoute le montant de la réintégration des amortissements, est supérieure de 267 882,14 € à la valeur des immobilisations corporelles cédées, inscrites au compte 21 de la balance d'entrée.

La non inscription des écritures d'ordre sur l'exercice budgétaire au cours duquel les cessions ont été réalisées a pour effet de fausser le compte de résultat de l'année considérée et l'image du patrimoine de l'établissement public de santé.

#### **8.5. Le rattachement des charges à l'exercice : les dépenses engagées non mandatées**

Le rattachement des charges à l'exercice découle du principe d'annualité budgétaire et d'indépendance des exercices<sup>64</sup>. Toutes les dépenses engagées non mandatées doivent être inscrites aux comptes de rattachement en fin d'exercice que le service fait ait été constaté ou non.

L'article R. 6145-6 du code de la santé publique (CSP 2010) fait obligation aux ordonnateurs des établissements publics de santé de tenir « une comptabilité des dépenses engagées pour chacun des comptes prévus à l'article R. 6145-3 ». La procédure de comptabilisation des charges engagées non mandatées est une opération de fin d'exercice : elles donnent lieu, pour chacun des comptes budgétaires concernés, à émission d'un mandat récapitulatif sur les comptes de classe 6 intéressés.

---

<sup>64</sup> Voir Instruction n° 07-010M21 du 25 janvier 2007, tome II, Chapitre 4, pages 105-109.

A réception des mandats qui lui sont adressés par l'ordonnateur, le comptable, après avoir effectué les contrôles habituels qui lui incombent, les enregistre dans sa comptabilité budgétaire et débite, dans la comptabilité générale de la collectivité, le compte par nature de la classe 6 par le crédit de l'un des comptes suivants :

**Tableau n° 16 : Taux de rattachement des dépenses engagées**

en €	2 008	2 009	2010	2011	2012	2013
c/ 408 (SC)- Fournisseurs, factures non parvenues	748 566	963 173	815 068	974 688	1 244 137	743 607
c/428 Personnel- Charges à payer	3 895 478	3 873 982	3 361 235	3 133 259	3 908 096	3 608 915
c/4386 Organismes sociaux autres						258 892
c/4486 État, charges à payer						108 364
TOTAL	4 644 043	4 837 155	4 176 303	4 107 947	5 152 233	4 719 778
TOTAL/ Charges de fonctionnement	4,23%	4,11%	3,53%	3,34%	4,05%	3,62%

Sources : comptes financiers

Si l'on postule que les commandes passées en fin d'exercice ne donnent pas lieu à réception de la facture, et donc à son paiement, avant la clôture de cet exercice, c'est une période de deux à trois semaines qui couvre les dépenses engagées pour lesquelles les factures n'ont pas été reçues, soit un rapport d'environ 1/12<sup>ème</sup> des dépenses sur factures de l'année.

Dès lors, un taux de rattachement compris entre 5 et 10 % serait cohérent avec une période d'engagement suffisamment proche de la fin de l'exercice pour expliquer l'absence de réception des factures correspondantes et de leur paiement.

Au regard de ces ratios, la comptabilité d'engagement du centre hospitalier paraît insuffisamment développée.

## 8.6. Les subventions d'équipement transférables

Les subventions d'investissement sont de deux ordres :

- les subventions « non renouvelables » ;
- les subventions « renouvelables », reprises par fraction au compte de résultat.

Seules sont inscrites au crédit de la subdivision intéressée du compte 131 les subventions d'investissement « renouvelables », par opposition aux compléments de dotation (subventions d'investissement « non renouvelables ») inscrits aux comptes 1022, 1023, 1024 ou 1028.

Les subventions transférables doivent être reprises (opération semi-budgétaire) en recette de fonctionnement par crédit du compte 777 « Quote-part des subventions d'investissement virée au résultat de l'exercice » en contrepartie d'un mouvement débiteur au compte 139.

Dans le cadre de la préparation à la certification des comptes, l'audit a montré que les comptes de la classe 102, d'un montant de plus de 34 M€ au 31 décembre 2013, et les comptes de la classe 13 étaient utilisés indifféremment, ce qui fausse la présentation du bilan et du compte de résultat.

La direction des affaires financières, consciente de cet état de fait, travaillerait sur la mise à jour de ces comptes, la mise en œuvre de correctifs étant signalée comme en cours.

Les comptes de l'établissement présentent de sérieux problèmes de fiabilité, susceptibles d'affecter le compte de résultat.

Ainsi, l'inventaire reste à finaliser, en collaboration avec le comptable, afin de valoriser le patrimoine et produire un état de l'actif sincère. Les provisions pour risques et charges ne sont notamment pas justifiées.

L'annexe au compte financier, dont la structure est régie par l'arrêté du 27 novembre 2012 relatif aux comptes financiers, doit être améliorée, notamment pour indiquer les principes comptables retenus par l'établissement. L'annexe doit en effet comporter des notes de présentation explicatives sur les principaux états, tels que l'endettement, le provisionnement, les amortissements.

L'utilisation indifférenciée des comptes de compléments de dotations (comptes 102) et de subventions transférable (compte 13) fausse le bilan et le compte de résultat.

On relève cependant que ces lacunes font l'objet d'un plan d'action dans le cadre de la préparation de la certification des comptes. La rédaction d'un guide de procédure visant à s'assurer de l'exhaustivité des opérations de clôture, de leur justification et la documentation des principales écritures de clôture devrait notamment permettre d'améliorer la qualité des comptes de l'exercice 2014.

## **9. L'ANALYSE FINANCIÈRE**

### **9.1. Rappel du contexte de l'établissement**

Les documents budgétaires du CHFQ comportent : un budget principal (budget H), un budget pour l'unité de soins longue durée (USLD, budget B), un budget pour la dotation non affectée (budget A) et, à partir de 2009, un budget pour l'EHPAD (budget E).

Les budgets annexes représentent 5 % du budget consolidé de l'établissement. Ils sont en équilibre sur l'ensemble de la période.

Considérant les importantes difficultés rencontrées par l'établissement, un plan de retour à l'équilibre (PRE) a été signé avec l'ARS Île-de-France le 31 août 2012. Le plan prévoyait notamment les mesures suivantes :

- l'amélioration du codage suite à l'audit mené en 2011 ;
- l'intégration des produits de l'activité en SSR à partir de 2015 (passage en tarification à l'activité T2A) suite à la reconstruction du bâtiment ;
- des mesures relatives aux ressources humaines (gel d'un poste de cadre en psychiatrie, mise en place des 12 heures dans les services volontaires, suppression d'un poste d'acheteur au service logistique) à hauteur de 458 000 € par an ;
- une meilleure maîtrise des charges à caractère médical, hospitalières et générales ;
- des hypothèses d'évolution des produits de la tarification de 4 % par an et de la DAF de 1 %.

L'impact de ces mesures était évalué à 2 157 814 € et devait permettre au CHFQ de retrouver un résultat excédentaire en 2015. Devant la dégradation des résultats (déficit de 6,5 M€), un nouveau PRE a été mis en place avec l'ARS Île-de-France fin 2014.

## 9.2. Les soldes intermédiaires de gestion (SIG)

L'analyse des soldes intermédiaires de gestion a porté sur le budget consolidé de l'établissement.

### La valeur ajoutée

La valeur ajoutée est égale à la différence entre les produits bruts d'exploitation et les consommations intermédiaires.

En 2013, plus de 70 % des produits bruts d'exploitation du CHFQ sont constitués de recettes d'activité, dont plus de 60 % à la T2A, principale recette de l'hôpital<sup>65</sup>.

L'évolution des recettes de la T2A a été marquée par une quasi-stagnation de 2008 à 2010, une légère augmentation en 2011 puis une augmentation considérable en 2012, due pour l'essentiel à l'intégration dans les recettes d'activité courante des produits versés par l'Assurance Maladie après recodage de titres émis sur les exercices antérieurs pour un montant de 2,5 M€ procédure dite « Lambda » pour les GHS, les molécules onéreuses et les actes externes<sup>66</sup>. En 2013, ces « lambda » représentaient encore un total de 1,7 M€.

Retraînée des lambda, la progression annuelle des produits de la T2A est en réalité d'un peu plus de 3 % entre 2011 et 2013 :

**Tableau n° 17 : Produits T2A retraités des produits exceptionnels « Lambda »**

en €	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Ensemble de la tarification à l'activité hors lambda	68 505 229	68 100 439	69 280 994	71 507 567	73 708 494	76 117 628
<i>Progression annuelle</i>		-0,59%	1,73%	3,21%	3,08%	3,27%

Source : comptes financiers

Les groupes homogènes de séjour (GHS) constituent la principale recette de T2A. Ils n'ont pour la part progressé que de 0,5 % en 2013 et reflètent le faible dynamisme de l'activité<sup>67</sup>.

La progression des recettes de T2A en 2013 est essentiellement due aux recettes de rétrocession des molécules onéreuses, en rapport avec la progression des séances de chimiothérapie. Elles sont cependant neutralisées par le coût de leur prix d'achat.

Les actes et les soins externes (compte 7312) passent de 7,687 M€ en 2012 à 8,107 M€ en 2013, soit une progression de près de 5,5 %, à l'image de la hausse continue des produits issus des consultations sur toute la période.

Parmi les autres produits d'exploitation, le montant des missions d'intérêt général et aides contractuelles (MIGAC) a diminué de près de 35 % entre 2012 et 2013 : les aides attribuées pour le financement de la PDSES (permanence de soins en établissements de santé) ont en effet été transférées sur le fonds d'intervention régional (titre 3, subventions d'exploitation). L'ensemble MIG, AC et FIR demeure toutefois stable depuis 2009<sup>68</sup>.

<sup>65</sup> Voir annexe n°3, tableau n°6 « Formation de la valeur ajoutée ».

<sup>66</sup> Cf. Rapport d'activité 2012 de l'ordonnateur, page 14.

<sup>67</sup> Voir annexe n°3, tableau n°7.

<sup>68</sup> Voir annexe n°3, tableau n°8.

Il convient également de noter que les aides à la contractualisation (AC) accordées à l'établissement en 2008 et 2009 comportaient près de 1 M€ d'aides exceptionnelles accordées sous forme de mesures de soutien. Par la suite, l'établissement n'a plus bénéficié de telles aides.

La dotation annuelle de financement (psychiatrie et SSR) a progressé de 17 135 K€ en 2008, à 20 810 K€ en 2013, soit une augmentation moyenne annuelle de 3,6 %. L'essentiel de cette progression est intervenue entre 2008 et 2010, au moment de la reprise des secteurs psychiatrique des Mureaux. Elle est depuis restée au même niveau.

Sur la période, l'ensemble des produits d'exploitation augmentent de 16,38 %, soit une hausse moyenne annuelle de seulement 2,73 % contre 4,49 % pour les consommations intermédiaires, dont la progression a toutefois ralenti depuis 2010.

### L'excédent brut d'exploitation (EBE)

L'EBE (solde entre la valeur ajoutée, les subventions d'exploitation et les charges liées aux dépenses de personnel) est en baisse significative en 2013 (-28,24 % par rapport à 2012)<sup>69</sup>.

Les charges de personnel ont augmenté de plus de 18,11 % sur la période (soit 3,27 % par an) pour atteindre 92 606 M€ en 2013. Le rythme de progression s'est toutefois nettement ralenti entre 2010 et 2012, permettant à l'établissement de doubler l'EBE. Mais la stagnation des produits de l'activité associée à une nouvelle accélération des charges de personnel a entraîné un nouveau recul de l'EBE en 2013. Les charges de personnel absorbent désormais 99 % de la valeur ajoutée.

De façon plus préoccupante, l'EBE ne couvre plus les amortissements, les provisions et les charges financières depuis 2010<sup>70</sup>.

### La marge brute

Le taux de marge brute nécessaire au renouvellement courant des immobilisations est estimé par la DHOS à 8 %. Sur la période, l'établissement n'a disposé en moyenne que d'un taux de 4 %, qui le place parmi les établissements les plus en difficulté de sa catégorie :

**Tableau n° 18 : Taux de marge brute**

	2008	2009	2010	2011	2012	2ème décile	8ème décile
Taux de marge brute	6.4	5.6	2.4	3.5	4.4	5.2	7.1
Taux de CAF	4.5	4.7	2.1	2.3	3.2	3.6	5.2
Taux de CAF nette	25.1	31.2	-51.2	-28.2	-3	-0.8	49.8

Sources : Hospidiag

Encore faut-il retraiter la marge brute des aides exceptionnelles reçues en 2008 et 2009. En 2009 par exemple, le taux de marge brute réel n'est ainsi plus de 5,62 % mais de 4,80 %.

En conséquence, le taux de capacité d'autofinancement (CAF)<sup>71</sup> est parmi les plus faibles de la strate de référence. L'établissement est incapable de couvrir les remboursements de ses emprunts et ne dégage pas de CAF nette (-1,85 M€ en 2013).

<sup>69</sup> Voir annexe n°3, tableau n°9.

<sup>70</sup> Voir annexe n°3, tableau n°10.

Résultat net

L'établissement présente un résultat net déficitaire depuis 2010, voire depuis 2008 si l'on retranche les aides exceptionnelles accordées par l'ARS chaque année.

Face à cette situation de déficit structurel, et étant donné l'aggravation en 2014 avec un déficit budgétaire de 6,5 M€ alors qu'il était attendu à 2 M€, l'établissement a conclu avec l'ARS un nouveau plan de retour à l'équilibre (PRE), applicable dès fin 2014<sup>72</sup>.

**Tableau n° 19 : Résultat net comptable**

en K€	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<b>MARGE BRUTE</b>	<b>7 301</b>	<b>6 612</b>	<b>2 813</b>	<b>4 329</b>	<b>5 742</b>	<b>5 242</b>
+ Reprises sur amortissements et provisions et transferts de charges d'exploitation	349	300	290	300	1 298	427
- Dotations aux amortissements	5 215	5 215	5 061	4 913	5 177	5 479
- Dotations aux provisions et dépréciations	300	300	300	400	418	300
<b>RESULTAT D EXPLOITATION</b>	<b>2 135</b>	<b>1 397</b>	<b>-2 258</b>	<b>-684</b>	<b>1 444</b>	<b>-111</b>
+ Produits financiers		17	15	11	8	4
- Charges financières	1 577	1 300	1 152	1 209	1 400	1 372
<b>RESULTAT COURANT</b>	<b>558</b>	<b>114</b>	<b>-3 395</b>	<b>-1 882</b>	<b>52</b>	<b>-1 479</b>
+ Produits exceptionnels	3 870	1 347	2 792	1 751	1 354	2 126
- Charges exceptionnelles	4 691	977	1 126	1 894	1 743	2 111
<b>RESULTAT EXCEPTIONNEL</b>	<b>-820</b>	<b>370</b>	<b>1 666</b>	<b>-143</b>	<b>-389</b>	<b>15</b>
<b>RESULTAT NET</b>	<b>-262</b>	<b>484</b>	<b>-1 729</b>	<b>-2 025</b>	<b>-337</b>	<b>-1 464</b>

Source : IDAHO

Le résultat d'exploitation intègre les charges calculées nécessaires au renouvellement du patrimoine ; ce résultat s'est très nettement dégradé en 2010 ; il se redresse ensuite mais principalement en raison des produits sur exercices antérieurs (cf. Lambda).

Le résultat financier est essentiellement constitué des charges d'intérêt, qui sont restées stables sur la période (un peu plus de 1,3 M€ en 2013), l'établissement ayant annulé une partie de son programme d'investissement.

<sup>71</sup> Indicateur rapportant la CAF brute au total des produits d'exploitation, financiers et exceptionnels.

<sup>72</sup> PV du Conseil de Surveillance du 11 février 2015

### 9.3. Le bilan fonctionnel

**Tableau n° 20 : Synthèse du bilan**

en K€	2 008	2009	2 010	2 011	2 012	2 013	Evolution 2008-2013
Fonds de roulement d'investissement	5 945	6 886	8 242	13 350	13 932	16 567	179%
Fonds de roulement d'exploitation	3 361	3 845	1 832	- 92	- 1 023	- 3 566	-206%
<b>FONDS DE ROULEMENT NET GLOBAL</b>	<b>9 306</b>	<b>10 731</b>	<b>10 074</b>	<b>13 258</b>	<b>12 909</b>	<b>13 001</b>	<b>40%</b>
Créances	30 577	32 220	31 161	31 042	34 585	33 895	11%
Dettes	19 084	19 046	16 642	13 008	17 709	13 211	-31%
<b>BESOIN EN FONDS DE ROULEMENT</b>	<b>11 494</b>	<b>13 174</b>	<b>14 519</b>	<b>18 034</b>	<b>16 876</b>	<b>20 684</b>	<b>80%</b>
BFR/charges (jours d'exploitation)	38,17	40,82	44,77	53,52	48,48	57,92	
<b>TRESORERIE</b>	<b>- 2 188</b>	<b>- 2 443</b>	<b>- 4 445</b>	<b>- 4 776</b>	<b>- 3 967</b>	<b>- 7 683</b>	

Source : IDAHO

Le fonds de roulement net global (FDRG) représente la marge de sécurité dont dispose l'établissement pour financer son cycle d'exploitation<sup>73</sup>.

Dans le cas du CHFQ, le fonds de roulement net global (FRNG) reste largement positif (13 M€ fin 2013), grâce à un fonds de roulement d'investissement (FRI) en progression de 179 % entre 2008 et 2013. En revanche, le fonds de roulement d'exploitation (FRE), négatif depuis 2011 (-92 K€), s'est dégradé à mesure que s'accumulaient les résultats déficitaires. Il atteint -3 566 K€ en 2013, ce qui signifie qu'une partie du fonds de roulement normalement destiné à financer les investissements de l'établissement est utilisé pour couvrir son cycle d'exploitation.

Le FRNG retraité en jours de charges courantes (tous budgets) demeure toutefois correct puisqu'il place le CHFQ dans la moyenne des établissements de sa typologie.

**Tableau n° 21 : Ratios du bilan**

	2008	2009	2010	2011	2012	2ème décile	8ème décile
BFR en jours de charges courantes	37.1	39.4	41.6	50.8	48.3	19.8	34.9
FRNG en jours de charges courantes	27.9	31.3	27.7	36.3	36.7	27	46.7
Créances patients et mutuelles non recouvrées en nombre de jours d'exploitation	386.4	337.8	326.9	283.4	372.3	111.3	143.3
Dettes fournisseurs en nombre de jours d'exploitation	67.1	91.2	81.6	44.7	65.8	42.2	58.1

Source : Hospidiag

Il ne parvient toutefois pas à couvrir le besoin en fonds de roulement (BFR) dont le montant, qui représente plus d'un mois et demi de charges d'exploitation, exprime l'important besoin de financement engendré par l'exploitation courante de l'établissement.

<sup>73</sup> Différence entre les ressources à long terme (supérieures à un an) et les emplois à long terme.

Le CHFQ doit ainsi consentir d'importantes avances de trésorerie pour financer son activité en raison d'un vaste stock de créances clients que l'établissement ne parvient pas à réduire. Il s'est encore dégradé en 2013 pour atteindre près de 58 jours de charges d'exploitation<sup>74</sup>.

En conséquence, l'établissement ne dispose plus de trésorerie depuis 2008, le caractère durablement négatif de la trésorerie traduisant la situation de déséquilibre financier structurel dans laquelle il se trouve.

A la suite, il a été amené à recourir à des lignes de crédit de trésorerie de plus en plus importantes (1,8 M€ en 2008, 7,2 M€ en 2013) qui ont engendré à leur tour des frais croissants (près de 120 000 € en 2013)<sup>75</sup>. Les lignes de trésorerie contractées ont cependant systématiquement fait l'objet d'une mise en concurrence auprès de plusieurs établissements financiers. Un plan de trésorerie a également été mis en place.

#### 9.4. Le tableau de financement

Compte-tenu des faibles flux d'autofinancement dégagés par l'exploitation, les investissements sont restés faibles<sup>76</sup>.

La dégradation de la situation financière s'est traduite en 2010 et 2012 par un prélèvement sur le fonds de roulement. En 2012, un emprunt de 7,5 M€, surdimensionné, a permis d'améliorer le fond de roulement de près de 3,2 M€ et de soulager le besoin en trésorerie. Mais, celui-ci viendra toutefois renchérir le coût des intérêts à payer.

L'indicateur Hospidiag F8 mesurant l'intensité d'investissement<sup>77</sup> montre qu'elle est restée très faible sur la période, le CH ayant dû repousser plusieurs projets – à commencer par la reconstruction du service des soins de suite et de réadaptation (SSR) – faute de financement :

	2008	2009	2010	2011	2012	2ème décile	8ème décile
Intensité de l'investissement	2.4	1.7	2.3	3.2	2.9	2.9	6.6

Source : Hospidiag

Cette modération a toutefois permis de contenir l'endettement : l'encours rapporté aux produits (23 %) et aux capitaux permanents (45 %) reste inférieur aux seuils du régime d'autorisation de recours à l'emprunt définis par l'article D. 6145-70 du CSP.

#### 9.5. Perspectives

L'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) 2014, présenté en déficit de 1,9 M€, a été accepté par l'ARS avec de fortes réserves, en raison de prévisions de recettes (+0,41%) jugées trop optimistes au regard des six premiers mois de l'exercice (le CHFQ avait notamment à nouveau inscrit 1,7 M€ de lambda ; fin avril, il n'en avait recouvré que 49 000€) et, à l'inverse, de prévisions dépenses jugées par trop modestes au regard des

<sup>74</sup> Données IDAHO

<sup>75</sup> Voir annexe n°3, tableau n°11.

<sup>76</sup> Voir annexe n°3, tableau n°12.

<sup>77</sup> Flux d'investissements de l'année/ total des produits

niveaux constatés depuis plusieurs années (2,06 % pour les charges de personnel contre 3,35 % entre 2012 et 2013).

Le plan global de financement prévisionnel (PGFP) 2014-2018 a lui été rejeté en raison d'hypothèses de progression des charges et des produits sans rapport avec les tendances relevées par l'ARS sur l'exercice 2014. La reconstruction du SSR en 2017/2018 pour un montant total de 14 M€ après retour à l'équilibre du résultat comptable en 2018 aurait été financée quasiment exclusivement par emprunt. L'agence a donc préconisé un redressement du cycle d'exploitation.

A la fin 2014, le CHFQ a pris la décision de modifier le projet SSR (nouveau projet avec un groupe privé), et plus généralement de revoir l'ensemble de son activité dans le cadre du plan de retour à l'équilibre (PRE) conclu avec l'ARS.

Le CHFQ connaît une situation de déficit structurel depuis 2010, voire 2008 en tenant compte des aides exceptionnelles accordées chaque année par l'ARS.

La croissance exceptionnelle des produits de l'activité enregistrée entre 2011 et 2012 (+7 %) est principalement liée à la récupération de recettes T2A dues au titre des années antérieures : elle n'est donc pas pérenne. L'évolution de 2,73 % en moyenne annuelle des produits d'exploitation ne suffit pas à faire face à la hausse des charges, qui augmentent de 3,27 % par an en moyenne sur la période.

L'effet de ciseau qui en résulte a réduit, en moyenne annuelle, l'excédent brut d'exploitation (- 4,5 %) et la marge brute (- 5 %). Le CHFQ n'est ainsi plus en mesure de financer le renouvellement courant de ses immobilisations.

Le fonds de roulement ne couvre pas le besoin en fonds de roulement en raison d'un important stock de créances non recouvrées (33,9 M€, dont près de 5 M€ à l'égard des mutuelles en 2013 et 19 M€ auprès de l'assurance maladie). Privé de trésorerie, le CHFQ doit recourir à d'importantes lignes de trésorerie pour assurer le financement de son exploitation courante.

## **10. L'EMPRUNT STRUCTURE DE 2008**

### **10.1. Signature du contrat, diligences réalisées par l'établissement**

En 2008, le CHFQ a conclu un contrat avec la Société Générale qui a eu pour effet de transformer un emprunt de 1996 en produit structuré de type « Channel » (différentiel entre les taux de swap sur la livre britannique et le franc suisse) classé 5 E selon la charte Gissler. L'emprunt est donc considéré comme présentant un risque élevé. La durée de remboursement a en outre été significativement allongée.

La chambre observe que le CHFQ n'a pas mené d'analyse détaillée du produit proposé et des risques afférents. En outre, la durée du contrat (20 ans) paraît ici sans commune mesure avec l'horizon des prévisions de la formule d'activation de la barrière.

### **10.2. Gestion du risque en cours de contrat**

#### Principales étapes

En 2011, l'option a été activée au 3<sup>ème</sup> trimestre, ce qui a amené l'établissement à renégocier les termes du contrat pour baisser la barrière à 1 à partir du 4<sup>ème</sup> trimestre contre une formule combinant deux taux structurés : 4,26 % pendant deux ans (ou application de l'index

(formule inchangée) si la barrière est franchie), ce qui représente +0,6 % par rapport au taux consenti précédemment ; idem ensuite jusqu'à 2025 mais avec une barrière remontée à 1,37.

Le différentiel continue de se dégrader et la barrière de 1 est à atteinte au 2<sup>ème</sup> trimestre de 2012. La direction de l'établissement entame alors une nouvelle négociation et obtient un taux fixe (sans option) de 4,96 % pendant 1 an et 6 mois puis 4,36 % (ou application de l'index si la barrière, abaissée cette fois à 0,55 % est franchie).

Les renégociations successives qui sont intervenues en 2011 et 2012 témoignent de la volonté de la direction de l'établissement de réagir à la dégradation de l'indice sous-jacent.

Elles appellent les observations suivantes.

### Valorisation de l'emprunt

Il convient de disposer d'une valorisation avant de réaliser toute opération de dette sur un contrat structuré puisque les conditions financières du contrat de refinancement dépendront du coût de sortie de ce contrat.

La valorisation est l'indicateur du coût de sortie anticipé d'un emprunt à une date donnée. Les flux futurs actualisés sont calculés en utilisant les anticipations de marché à la date de valorisation. Elle dépend essentiellement des éléments suivants :

- les anticipations sur le l'indice ;
- la volatilité des devises ;
- la courbe des taux.

Elle doit être exprimée en % du CRD et en équivalent taux fixe pour déstructurer l'encours.

En l'espèce, la direction de l'établissement n'a pas valorisé l'emprunt avant les deux renégociations.

La chambre rappelle que les banques signataires de la charte Gissler se sont engagées à transmettre une valorisation des indemnités de remboursement anticipé à leurs clients au début de chaque année calendaire (circulaire du 25 Juin 2010). Même si la charte ne s'applique pas aux établissements publics de santé, la direction de l'établissement pourrait s'en inspirer et demander à l'établissement de crédit qu'il lui fournisse une analyse prospective et rétrospective de l'indice sous-jacent et la valorisation aux conditions de marché de l'emprunt.

### Fenêtre de marché

La diminution du risque facilite le rachat des options vendues au moment de la mise en place sur des niveaux relativement peu onéreux. La fenêtre de marché est favorable lorsque :

- les anticipations entraînent le paiement du taux bonifié et non pas l'application de la formule ;
- lorsque le niveau de la volatilité est modéré.

Or, si les anticipations sont bonnes, le client ne veut pas payer pour réduire un risque qui lui paraît faible. C'est pourtant le bon moment pour réaménager l'emprunt à moindre coût.

Le CHFQ n'a pas décidé de profiter des anticipations favorables pour se débarrasser de ce contrat. Il a fallu attendre que le différentiel se dégrade pour que l'ordonnateur s'engage dans la voie d'une renégociation, donc dans la période la moins favorable.

### L'intérêt d'une sécurisation partielle

La volonté de se débarrasser de tout produit risqué conduit certains ordonnateurs à négocier le remboursement de l'emprunt ou à le réaménager (par refinancement) pour réduire le risque. Or, si cette décision n'est pas bien gérée (connaissance du coût, fenêtre opportune – voir supra), le coût de l'indemnité de sortie peut atteindre 100 à 300 % (voir plus) du CRD ou être intégré dans les conditions de taux du contrat de refinancement.

Le coût de sécurisation est d'autant plus important que l'échéance optionnelle est lointaine. Sur un emprunt structuré dont la durée d'exposition est de 14 ans, il est opportun de sécuriser les deux à cinq premières années et de laisser inchangées les années suivantes pour limiter le coût de sécurisation et profiter d'une fenêtre de marché ultérieure pour sécuriser les années restantes.

La stratégie de l'ordonnateur sur ce point paraît donc avisée.

### Le contrôle de l'ARS Île-de-France

Depuis le décret du décret n° 2011-1872 du 14 décembre 2011 relatif aux limites et réserves du recours à l'emprunt par les établissements publics de santé (articles D. 6145-71 et D. 6145-72 du code de la santé publique), les contrats financiers que les établissements publics de santé sont autorisés à négocier doivent répondre à des conditions précises en termes d'indices sous-jacents utilisés et d'évolution des taux d'intérêt.

Le décret n° 2012-700 a cependant modifié l'article 2 du décret en admettant que les conditions de marché ne permettent pas toujours de réduire le risque de ces emprunts pour un coût raisonnable en une seule opération.

Pendant une période transitoire de cinq ans à compter du 7 mai 2012, les établissements publics de santé peuvent par conséquent être autorisés à déroger aux conditions prévues aux articles D. 6145-71 et D. 6145-72 du code de la santé publique.

La dérogation mentionnée par le décret n° 2012-700 est accordée par le directeur général de l'ARS d'Île-de-France qui apprécie « la réalité de la diminution du risque liée à la restructuration »<sup>78</sup>.

En l'espèce, la direction de l'établissement n'a pas sollicité cette dérogation. Au-delà du caractère obligatoire, l'établissement s'est privé ainsi d'une expertise qui lui permettrait de mieux apprécier la pertinence des opérations de désensibilisation menées.

### Diminution du risque

Le décret du 14 décembre 2011 limite l'accès aux produits financiers. Les établissements publics de santé peuvent être autorisés si l'avenant ou le nouveau contrat diminue le risque.

Si les avenants n'ont pas eu pour effet de diminuer la cotation de l'emprunt (le niveau de risque est supposé inférieur si l'un, au moins, des deux éléments de la cotation diminue, sans augmentation corrélative de l'autre), la circulaire admet que des prêts dont la cotation resterait inchangée dans l'immédiat – c'est le cas des deux avenants passés par le CHFQ - peuvent être considérés comme présentant moins de risque dans les cas suivants quand ils

---

<sup>78</sup> Circulaire interministérielle DGOS/PF1/DB/DGFIP no 2012-195 du 9 mai 2012 relative aux limites et réserves du recours à l'emprunt par les établissements publics de santé.

ont, par exemple, abouti à la mise en place d'une ou plusieurs échéances à taux fixe sans modification de la date de fin de la période structurée.

La seconde renégociation (le décret n° 2012-700 du 7 mai 2012 était applicable au jour de sa publication, soit le 8 mai 2012) satisfait à la première hypothèse (mise en place d'une ou plusieurs échéances à taux fixe sans modification de la date de fin de la période structurée).

En conclusion, la gestion de l'emprunt structuré s'est avérée dans l'ensemble relativement prudente. La direction de l'établissement devrait toutefois mieux apprécier les conditions de marché et le niveau de volatilité du sous-jacent pour renégocier le contrat à moindre coût. Pour ce faire, il pourrait demander à l'établissement de crédit une analyse prospective et rétrospective de l'indice sous-jacent et au moins une fois par an la valorisation aux conditions de marché de son produit.

La direction de l'établissement a précisé qu'elle cherche d'ailleurs depuis 2014 à sortir de cet emprunt structuré. Mais elle n'a pas jugé suffisamment attractives les dernières propositions faites par la Société Générale en matière de « derisking » (basculer vers un nouvel emprunt à taux fixe). Elle est accompagnée sur ce chantier comme depuis le début de la signature de l'emprunt par une société de conseil et de gestion de la dette auprès des administrations publiques.

## ANNEXES

## Annexe n° 1 : Analyse RH

Tableau n° 1 : Effectif de personnels non médicaux

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Administratif	159	166,8	174	178,4	180	185,3
Soignant	1 051,90	1 085,70	1 103,80	1 110,30	1 112,30	1 133,00
éducatif et social	16,6	18,1	19,6	19,2	21,4	20,1
médico-technique	74,6	74,1	74,3	77,2	76,3	78,5
Technique	124,8	126,4	142,6	162,2	177,3	187,2
Apprenti	2,3	2,6	2,6	4,4	3,8	3,6
CAE/CUI	12,4	12,7	18,7	22	22,4	22,6
contrat emploi avenir						4,7
<b>TOTAL</b>	<b>1 441,70</b>	<b>1 486,50</b>	<b>1 535,50</b>	<b>1 573,70</b>	<b>1 593,50</b>	<b>1 634,90</b>

Source : Établissement

Tableau n° 2 : Charges de personnel

Montants en €	2008	2009	2010	2011	2012	2013	% 08/13
Rémunérations du personnel non médical	40 653	42 450	43 863	45 237	46 906	47 838	17,7%
Rémunérations du personnel médical	12 133	12 456	12 873	13 458	13 616	14 348	18,3%
Autres charges de personnel	98	107	244	195	155	124	
Total rémunérations	52 884	55 013	56 979	58 890	60 677	62 311	17,8%
Total charges sociales et fiscales	26 445	27 688	28 876	29 267	30 138	31 661	
Personnel extérieur à l'établissement	12	9	22	0	11	8	
<b>TOTAL CHARGES DE PERSONNEL</b>	<b>79 341</b>	<b>82 710</b>	<b>85 878</b>	<b>88 156</b>	<b>90 826</b>	<b>93 979</b>	<b>18,4%</b>
<b>Charges de personnel / Produits bruts d'exploitation (en %)</b>	<b>71,8</b>	<b>71,5</b>	<b>72,9</b>	<b>71,5</b>	<b>70,6</b>	<b>73,0</b>	

Source : IDAHO

Tableau n° 3 : Poids des frais de personnel dans la valeur ajoutée

2008	2009	2010	2011	2012	2013
95,30%	95,46%	99,22%	97,73%	98,82%	99,96%

Source : IDAHO

**Tableau n° 4 : Coût détaillé des services**

en €	2009	2010	2011	2012	Evol ution
Coût du PNM des services cliniques	25 241 705	25 917 233	26 993 403	27 571 556	9,2%
Coût du PM des services cliniques	7 682 578	7 912 088	8 100 329	8 230 630	7,1%
Coût du personnel des services médicotechniques	17 343 129	18 272 677	19 010 638	19 412 623	11,9%
Total recettes	86 832 588	88 364 387	89 075 023	94 712 247	9,1%
Poids des dépenses administratives, logistiques et techniques	22 605 951	24 898 391	23 849 924	26 904 966	19,0%
<b>Total des charges nettes</b>	<b>105 687 316</b>	<b>110 653 259</b>	<b>114 341 105</b>	<b>119 438 552</b>	<b>13,0%</b>

Source : Hospidiag retraité

**Tableau n° 5 : Masse salariale chargée par ETPR**

En €	Moyenne nationale	Moyenne CH>70 M€	Établissement
<b>PM</b>			
Masse salariale chargée <i>ETPR</i>			18 399 904 158,7
coût moyen	113 174,20	114 127,80	115 941,42
<b>PNM</b>			
Masse salariale chargée <i>ETPR</i>			69 631 826,00 1 604,10
coût moyen	43 047,70	43 459,00	43 408,66

Source : Bilan social 2012 et ATIH

## Annexe n° 2 : Analyse financière

Tableau n° 6 : Formation de la valeur ajoutée

SOLDES en K €	2 008	2 009	2 010	2 011	2 012	2 013	2012/2013	Evolution moyenne annuelle 2008-2013
Produits des tarifications à l'activité pris en charge par l'assurance-maladie ( A ) 73111-73112-73113-7312	68 809	68 476	69 281	71 508	76 174	77 880	2,24%	2,20%
<i>Evolution annuelle</i>		0%	1%	3%	7%	2%		
. Dotation annuelle complémentaire ( DAC ) ( B )-73116	-	-	-	-	-	-		
<b>. Sous-total MCO &amp; HAD ( A + B )</b>	<b>68 809</b>	<b>68 476</b>	<b>69 281</b>	<b>71 508</b>	<b>76 174</b>	<b>77 880</b>	2,24%	2,20%
Produits de l'activité hospitalière non pris en charge par l'assurance-maladie ( C )-732-733-734-735	8 902	9 360	10 441	12 222	13 147	12 767	-2,89%	7,24%
<b>Sous-total variable selon l'activité ( A + C )</b>	<b>77 711</b>	<b>77 837</b>	<b>79 722</b>	<b>83 730</b>	<b>89 321</b>	<b>90 647</b>	1,48%	2,77%
MIGAC-73118	3 524	5 571	5 364	5 641	4 292	2 870	-33,13%	-3,09%
Forfaits annuels-73114	3 432	3 906	3 610	3 450	3 629	3 958	9,06%	2,55%
Dotation annuelle de financement (DAF)-73117	17 135	18 964	19 627	20 372	20 849	20 810	-0,19%	3,57%
Produits afférents aux soins (CRA)7311-736-737-	1 882	2 185	2 063	2 051	2 123	2 175	2,44%	2,59%
Produits afférents à la dépendance-734-738 CRA	454	536	662	672	691	702	1,56%	9,11%
Produits de l'hébergement-7312-7317-7318 (CRA)	2 485	2 403	2 316	2 370	2 390	2 422	1,31%	-0,42%
Autres produits de tarification des CRA 70 (sauf 707) 71,72	-	-	-	-	-	-		
Ventes de marchandises (H)-707-	2 861	3 179	3 283	3 903	4 347	4 125	-5,10%	7,37%
Autres produits (H)70(-707+7087)-71-72	1 073	1 128	1 212	1 144	1 070	961	-10,19%	-1,74%
<b>Produits bruts d'exploitation</b>	<b>110 556</b>	<b>115 708</b>	<b>117 858</b>	<b>123 333</b>	<b>128 713</b>	<b>128 670</b>	-0,03%	2,73%
<i>Evolution annuelle</i>		4,66%	1,86%	4,65%	4,36%	-0,03%		Evolution moyenne 2008-2013
Consommations en provenance de tiers-60	18 532	19 424	20 753	22 774	23 119	23 144	0,11%	4,15%
Charges externes-61-62 (sauf 621)	9 264	10 329	11 388	10 329	11 109	12 200	9,82%	5,28%
Remboursements de frais des CRA-7087	495	684	654	645	655	686	4,73%	6,44%
<b>- Consommations intermédiaires</b>	<b>27 301</b>	<b>29 068</b>	<b>31 270</b>	<b>33 105</b>	<b>34 291</b>	<b>34 658</b>	1,07%	4,49%
<i>Evolution annuelle</i>		6%	8%	6%	4%	1%		

Source : IDAHO

Tableau n° 7 : Progression des groupes homogènes de séjour

cpt	Budget principal	2008	2009	2010	2011	2012	2013
73 111	Produits tarification séjours (a)	58 350 802	57 409 572	57 888 705	59 071 197	60 549 636	60 896 009
	<i>Progression annuelle</i>		-1,61%	0,83%	2,04%	2,50%	0,57%
77 22	Produits except. antérieurs assurance maladie (b)					2 465 874	1 762 579
	Total (a+b)	58 350 802	57 409 572	57 888 705	59 071 197	63 015 510	62 658 588
	<i>Progression annuelle totale (a+b)</i>		-1,61%	0,83%	2,04%	6,68%	-0,57%

Source : comptes financiers

Tableau n° 8 : MIG, AC et FIR

MIG et AC en €	2 008	2 009	2 010	2 011	2 012	2 013
MIG	2 252 792	4 400 594	4 946 755	5 311 940	4 003 010	2 810 330
AC	1 270 934	1 170 384	416 777	328 863	289 110	59 826
FIR					1 230 247	2 818 298
<b>TOTAL</b>	<b>3 523 726</b>	<b>5 570 978</b>	<b>5 363 532</b>	<b>5 640 803</b>	<b>5 522 367</b>	<b>5 688 454</b>

Source : comptes financiers

Tableau n° 9 : Formation de l'EBE

SOLDES, en K€	2 008	2009	2010	2011	2012	2 013	2012/2013	Evolution moyenne annuelle 2008-2013
<b>VALEUR AJOUTEE</b>	<b>83 255</b>	<b>86 640</b>	<b>86 588</b>	<b>90 228</b>	<b>94 422</b>	<b>94 012</b>	-0,43%	2,15%
+ Subventions d'exploitation-74-	1 751	741	207	660	1 711	3 352	95,88%	15,24%
- Impôts et taxes 635-637	78	75	5	14	6	7	12,74%	-15,12%
- Charges de personnel (en net)621-631-633-64	78 405	81 426	84 443	86 852	89 506	92 606	3,46%	3,02%
Evolution annuelle		3,85%	3,70%	2,85%	3,06%	3,46%	3,27%	
Taux de consommation de la VA par les charges de personnel	94%	94%	98%	96%	95%	99%		
<b>EXCEDENT BRUT D EXPLOITATION</b>	<b>6 524</b>	<b>5 879</b>	<b>2 348</b>	<b>4 023</b>	<b>6 621</b>	<b>4 751</b>	-28,24%	-4,53%
+ Autres produits de gestion courante -75	1 178	1 185	794	714	722	1 102	52,70%	-1,07%
Evolution annuelle		0,65%	-33,01%	-10,07%	1,07%	52,70%	2,67%	
- Autres charges de gestion courante	401	452	329	408	1 601	611	-61,82%	8,75%
<b>MARGE BRUTE</b>	<b>7 301</b>	<b>6 612</b>	<b>2 813</b>	<b>4 329</b>	<b>5 742</b>	<b>5 242</b>	-9%	-5%
Taux de marge brute		5,62%	2,37%	3,47%	4,38%	3,94%	3,95%	

Source : IDAHO

Tableau n° 10 : Couverture des charges calculées et des frais financiers

SOLDES en K €	2 008	2009	2010	2011	2012	2 013	2012/2013	Evolution moyenne 2008-2013
<b>EXCEDENT BRUT D EXPLOITATION</b>	<b>6 524</b>	<b>5 879</b>	<b>2 348</b>	<b>4 023</b>	<b>6 621</b>	<b>4 751</b>	-28,24%	-4,5%
+ Reprises sur amortissements et provisions et transferts de charges d'exploitation	349	300	290	300	1 298	427	-67%	3,7%
- Dotations aux amortissements	5 215	5 215	5 061	4 913	5 177	5 479	6%	0,8%
- Dotations aux provisions et dépréciations	300	300	300	400	418	300	-28%	0,0%
+ Produits financiers	-	17	15	11	8	4	-50%	
- Charges financières	1 577	1 300	1 152	1 209	1 393	1 372	-2%	-2,2%
<b>Couverture des charges calculées et frais financiers</b>	<b>381</b>	<b>- 19</b>	<b>- 3 260</b>	<b>- 1 388</b>	<b>1 774</b>	<b>- 1 370</b>	-177%	-76,6%

Source : IDAHO

Tableau n° 11 : Lignes de trésorerie

En€	2 008	2 009	2 010	2 011	2 012	2 013
SC 51931 Ligne de trésorerie	1 800 000	2 000 000	5 486 000	4 360 000	3 550 000	7 200 000
SD 6615 intérêts des comptes courants créditeurs	59 074	34 206	41 073	117 297	125 263	118 997

Source : comptes financiers

**Tableau n° 12 : Tableau de financement**

en K€	2008	2 009	2010	2011	2012	2013	TOTAL
<b>EMPLOIS</b>							
Insuffisance d'autofinancement	-	0	0	0	0	0	
Titre I - Remboursement des dettes financières	3 970	3 922	3 970	3 713	4 493	4 967	25 035
Titre II - Immobilisations	2 811	2 041	2 833	4 035	3 976	3 339	19 035
Titre III - autres emplois	6	10	3	0	0	0	19
<b>Total des emplois</b>	<b>6 787</b>	<b>5 973</b>	<b>6 805</b>	<b>7 749</b>	<b>8 469</b>	<b>8 306</b>	<b>44 089</b>
Apport au fonds de roulement	3 116	938	-	3 182	-	92	7 328
<b>RESSOURCES</b>							
Capacité d'autofinancement	5 303	5 699	2 626	2 897	4 361	3 123	24 009
Titre I - Emprunts	500	1 700	3 000	7 500	3 750	5 275	21 725
Titre II - Dotations et subventions		-	2	-	11	1	14
Titre III - Autres ressources		- 488	519	534	-	-	565
<b>Total des ressources</b>	<b>9 903</b>	<b>6 911</b>	<b>6 148</b>	<b>10 931</b>	<b>8 121</b>	<b>8 398</b>	<b>50 412</b>
prélèvement sur le fonds de roulement	-	-	658	-	348	-	1 006

Source : Idaho

## SIGLES UTILISÉS

<b>AL</b>	activité libérale
<b>ARS</b>	agence régionale de santé
<b>AS</b>	aide-soignant
<b>ASH</b>	agent de service hospitalier
<b>BDFHF</b>	Base de données de la Fédération hospitalière française
<b>CH</b>	centre hospitalier
<b>CHFQ</b>	centre hospitalier François Quesnay
<b>CMP</b>	centre médico-psychologique
<b>COPS</b>	commission d'organisation et de permanence des soins
<b>CSG</b>	court séjour gériatrique
<b>DMS</b>	durée moyenne de séjour
<b>EHPAD</b>	établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
<b>EPS</b>	établissement public de santé
<b>ETP</b>	projet régional de santé (PRS)
<b>ETPR</b>	équivalent temps plein rémunéré
<b>HAS</b>	Haute Autorité de Santé
<b>IBODE</b>	Infirmier de bloc opératoire diplômé d'état
<b>IDE</b>	Infirmier Diplômé d'Etat
<b>MCO</b>	médecine, chirurgie, obstétrique
<b>MEAH</b>	Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers
<b>PA</b>	plages de temps additionnel
<b>PAA</b>	plan d'action achat
<b>PDS</b>	permanence des soins
<b>PH</b>	praticiens hospitaliers
<b>PM</b>	personnel médical
<b>PNM</b>	personnel non médical
<b>PSY</b>	psychiatrie
<b>RSA</b>	résumé de séjour anonymisé
<b>RSS</b>	résumé de séjour standard
<b>SMUR</b>	service mobile d'urgence et de réanimation
<b>SROS</b>	schéma régional d'organisation des soins
<b>SSR</b>	soins de suite et de réadaptation
<b>TCCM</b>	tableau coût case mix
<b>TDS</b>	tableau de service
<b>TO</b>	taux d'occupation
<b>TROS</b>	temps réel d'occupation des salles
<b>TTA</b>	temps de travail additionnel
<b>TVO</b>	temps de vacation offert
<b>UCA</b>	Unité de chirurgie ambulatoire
<b>UCSA</b>	unité de consultations et de soins ambulatoires
<b>USLD</b>	unité de soins de longue durée

## GLOSSAIRE

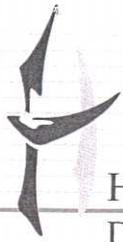
<b>Base d'Angers</b>	La base d'Angers permet de valoriser les activités administratives, logistiques et médico techniques.
<b>Certification</b>	<p>La certification est une procédure d'évaluation externe des établissements de santé publics et privés effectuée par des professionnels mandatés par la Haute autorité de santé (HAS).</p> <p>Cette procédure, indépendante de l'établissement et de ses organismes de tutelle, porte sur le niveau des prestations et soins délivrés aux patients, la dynamique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins mise en œuvre par les établissements.</p>
<b>CREA</b>	Le compte de résultat analytique par pôle (CREA) comptabilise des charges directes et indirectes pour obtenir un coût complet qu'il confronte aux recettes du pôle afin d'obtenir un résultat analytique.
<b>Geste marqueur</b>	Un geste marqueur correspond à une ou plusieurs interventions chirurgicales d'une même spécialité, susceptibles d'être réalisées en ambulatoire. Le potentiel de chirurgie ambulatoire pour ces 18 gestes marqueurs est de 90%. Ils font l'objet d'une incitation tarifaire spécifique à la prise en charge en ambulatoire via la mise en place d'un tarif unique entre l'ambulatoire et le niveau 1 d'hospitalisation complète.
<b>Hospidiag</b>	L'application en ligne Hospidiag compile plusieurs bases de données publiques. Les moyennes proposées permettent de situer la performance d'un hôpital par rapport aux établissements de même catégorie juridique (soit l'ensemble des centres hospitaliers) et de même profil (activité et budget).
<b>IP-DMS</b>	Les IP-DMS comparent la durée moyenne de séjour (DMS) de l'établissement à celle standardisée de son <i>case-mix</i> , auquel on applique les DMS de référence de chaque GHM. S'il est supérieur à 1, l'établissement produit plus de journées que le nombre de journées théoriques qu'il aurait réalisées si ses durées moyennes de séjour avaient été égales à celles de la base nationale, sur laquelle repose le calcul des tarifs nationaux.
<b>Indice de coût relatif</b>	L'indice de coût relatif permet de calculer la lourdeur des actes et les comparer entre eux, notamment sur la base de la consommation des ressources qu'ils entraînent. Il tient ainsi donc compte du profil de l'établissement. Il reflète l'utilisation et donc, indirectement, l'organisation au niveau des blocs opératoires et permet de mettre en évidence une sous ou sur utilisation des salles de blocs disponibles.

<b>Tableau « coûts case mix</b>	Le tableau « coûts case mix » (TCCM) par pôle a pour objectif de comparer un pôle MCO d'un établissement avec un pôle théorique construit à partir du même <i>casemix</i> que celui du pôle, valorisé aux coûts de l'étude nationale de coûts. Ce tableau permet d'alerter l'établissement sur le niveau des différents postes de dépenses (directes et indirectes) sans toutefois fournir l'explication correspondante, qu'il convient de rechercher dans le cadre du dialogue de gestion.
<b>Taux de chirurgie ambulatoire</b>	Le taux de chirurgie ambulatoire correspond au nombre de séjours classés dans un GHM en J sur l'ensemble des séjours réalisés en ambulatoire et en hospitalisation complète de niveau 1.
<b>Plan régional de santé</b>	Adopté pour 5 ans, le PRS se compose du Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS), de trois schémas (prévention, soins ambulatoires et hospitaliers – le SROS-, médico-social), ainsi que de programmes d'application de ces schémas. Le PSRS définit les priorités de santé de la région et les objectifs qui en découlent, permettant de décliner leur mise en œuvre dans les schémas d'organisation et les programmes thématiques et territoriaux.
<b>Zone d'attractivité</b>	La zone d'attractivité d'un établissement est le territoire défini par la liste des codes postaux dans lesquels l'établissement réalise les taux d'hospitalisation (nb séjours médicaux/ nb habitants) les plus élevés.

**REPONSE**  
**de la Directrice**  
**du Centre Hospitalier de Mantes la Jolie (\*)**

*(\*) Cette réponse jointe au rapport engage la seule responsabilité de son auteur, conformément aux dispositions de l'article L.243-5 du Code des juridictions financières.*





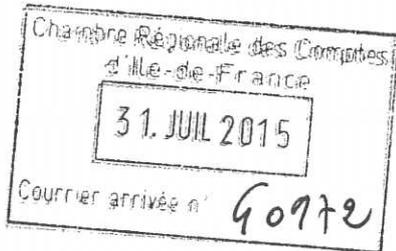
HOPITAL  
DE MANTES  
SERVICE : DIRECTION  
N/REF. : NS/MM

Le 29 juillet 2015

La Directrice par intérim

à

Monsieur le Président  
CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES  
D'ILE DE FRANCE  
6 Cours des Roches  
BP 226 - Noisiel  
77441 MARNE LA VALLEE CEDEX 2



V/Réf. : G/76/15-0331E

OBJET : Rapport d'observations définitives relatif à l'examen de la gestion du centre hospitalier de Mantes la Jolie

Monsieur le Président,

J'ai bien reçu par courrier du 3 juillet 2015 le rapport d'observations définitives de la Chambre Régionale des Comptes d'Ile-de-France relatif à la gestion du centre hospitalier de Mantes la Jolie pour les exercices 2008 et suivants.

Conformément aux dispositions de l'article L.2343-5 du code des juridictions financières, je vous transmets mes observations.

Au regard de la période couverte par la Chambre Régionale des Comptes d'Ile-de-France, **nous souhaiterions qu'elle puisse prendre acte dans la synthèse de ses observations de la dynamique de redressement et d'efficience** engagée par le centre hospitalier François Quesnay depuis fin 2014 dans le cadre du plan de retour à l'équilibre financier (PREF).

Cette dynamique couvre les différents champs qui ont fait l'objet d'observations de la part de la Chambre Régionale des Comptes :

- L'amélioration de la situation financière, la reprise et la valorisation de l'activité
- Le pilotage et la gouvernance interne
- L'efficience des organisations et des parcours patients intégrant la révision capacitaire en médecine, chirurgie et Soins de Suite et de Réadaptation
- Les coopérations sur le territoire

Concernant la **situation financière**, les efforts mis en œuvre dans le cadre du PREF dans sa première tranche, ont permis un ralentissement des charges, notamment du titre I. L'Etat des Prévisions de Recettes et de Dépenses 2015, approuvé par l'Agence Régionale de Santé prévoit sur ce type de dépenses une progression de + 0.65 % reconnue comme réaliste au regard de la réduction des charges de personnel constatées lors du premier semestre.

Parallèlement, **une augmentation de l'activité** hors projets nouveaux de 1.5 % est projetée sur l'année, sachant que les résultats du premier semestre confirment cette tendance.

**Les coopérations sur le territoire**, dont la Chambre Régionale des Comptes note l'intérêt pour l'établissement, s'inscrivent depuis fin 2014 dans le cadre de la préfiguration d'un Groupement Hospitalier de Territoire. Ce dispositif est accompagné par l'Agence Régionale de Santé notamment par le financement partagé d'un directeur des opérations, entre le centre hospitalier François Quesnay, le centre hospitalier intercommunal de Meulan-Les Mureaux et le centre hospitalier intercommunal de Poissy-St Germain.

De nombreux projets sont à l'étude et en cours de réalisation tels que des transferts d'activité (Soins de Suite et de Réadaptation, une unité de 30 lits transférée sur le centre hospitalier intercommunal de Meulan-Les Mureaux au-delà de la coopération avec le Groupe FINEVE évoquée dans le rapport de la Chambre Régionale des Comptes, oncologie : novembre et décembre 2015), la constitution d'équipes médicales territoriales (cardiologie : septembre 2015), la mutualisation de fonctions supports, l'optimisation sur la permanence des soins (chirurgie orthopédique) ...

Sur ce point, il est à noter que le projet de convention de direction commune entre le centre hospitalier François Quesnay de Mantes la Jolie et le centre hospitalier intercommunal de Poissy-St Germain a été validé par les deux conseils de surveillance, pour une mise en place au 3 août 2015.

L'établissement a été intégré depuis fin 2014 au dispositif ARES (Accompagnement Régional des Etablissements Sensibles), qui lui permet de disposer des compétences d'un cabinet de consultants afin de renforcer les perspectives de son plan de retour à l'équilibre et de consolider les résultats obtenus pendant le premier semestre 2015.

Les axes de travail, définis à partir d'un diagnostic partagé, font l'objet de plans d'actions permettant de finaliser le redressement de l'établissement et de lui redonner des capacités d'investir dans les années à venir.

Sept axes sont actuellement en cours d'élaboration pour une traduction dans le Plan Global de Financement Pluriannuel à l'automne 2015 :

- 1- **Performance des parcours patients et gestion des flux**, visant à poursuivre le développement de l'ambulatoire, l'adaptation capacitaire de l'établissement et à améliorer les parcours des patients

- 2- **Amélioration de la gouvernance et mise en place de la contractualisation** : la mise en place d'une gouvernance de pôle, avec des outils de pilotage et des contrats permettra d'ici la fin de l'année 2015 d'engager une dynamique positive de pilotage interne
- 3- **Performance des fonctions supports et logistique**
- 4- **Restructuration des organisations soignantes et médicales** : cet axe répond à la nécessité identifiée par la Chambre de questionner les organisations tant paramédicales que médicales, de définir des effectifs cibles au regard de l'activité et de revoir l'organisation de la permanence médicale
- 5- **Développement d'activité et communication médicale** dans ses dimensions d'attractivité médicale et de renforcement de la relation avec la médecine de ville
- 6- **Performance des activités médico-techniques Parcours médico-administratif du patient** couvrant notamment la problématique relevée par la Chambre du recouvrement des recettes
- 7- **Amélioration du système d'information**

Cette dynamique est en cohérence avec les recommandations émises par la Chambre Régional des Comptes d'Ile-de-France et permet d'y répondre. Elle sera complémentaire de la feuille de route que devra produire l'établissement à la rentrée pour sa contribution au plan triennal et qui portera notamment sur la performance achat (Programme PHARE).

Concernant plus spécifiquement certains points du rapport, des précisions relatives au volet ressources humaines sont annexées au présent courrier.

Je vous remercie par avance de l'attention que vous porterez à nos observations et vous prie de croire, Monsieur le Président, à l'assurance de ma considération distinguée.



Nathalie SANCHEZ



**Observations relatives au volet ressources humaines  
Juillet 2015**

- Page 19 (4.1.1 – définition des besoins personnels paramédicaux): Il est à préciser que l'établissement dispose bien de tableaux de services permettant de distinguer l'effectif autorisé de l'effectif rémunéré et de l'effectif présent. Des requêtes peuvent-être également réalisées à plus grande échelle via le logiciel métier RH.
- Pages 19/20 (4.1.1 - brancardage) : Contrairement à ce qui est écrit, des actions ont été menées suite à l'audit réalisé sur le brancardage, même si toutes les préconisations n'ont pas pu être mises en œuvre. Ainsi, 3 postes de brancardiers ont été supprimés alors et une cellule de régulation des demandes de transports a été créée. Un logiciel a été installé permettant de gérer les flux et les brancardiers ont été dotés de smartphones reliés à ce logiciel afin d'organiser leurs déplacement (ils étaient avant appelés par les services en direct via leurs bips).
- Pages 34, 35, 36 (6.2.2- obligations annuelles de travail) : Il est indiqué dans le rapport que, outre les 25 heures attribuées aux agents en repos variable et les 24 heures attribuées aux agents de nuit (non réglementaires mais expliquées par l'établissement), le calcul des références annuelles applicables à l'hôpital de Mantes conféraient 21h non travaillées supplémentaires à ces agents sans justification. Le rapport se base sur les valeurs annuelles réglementaires. Il est à préciser que les valeurs théoriques sont calculées sur la base de 8 jours fériés annuels. Or, les références annuelles sont calculées chaque année à l'hôpital de Mantes au vu du calendrier réel et il se trouve qu'en 2014, l'année a comporté 11 fériés (dus aux agents en repos variables). Cette différence de 3 jours explique les 21h de différence constatées (3\*7 heures). Il n'y a donc pas eu d'avantage indu accordé de ce fait.
- Pages 36 (6.2.3 - 12h) : Il est écrit que la DRH considère qu'elle n'a pas généré de marges financières avec le passage en 12h. Cette affirmation est à corriger car la DRH est parfaitement informée de la suppression de 4 postes de soignants au sein du pôle Femme-Enfant du fait du passage en 12h. Il n'y a pas de discordance de discours avec la Direction. Il est également écrit qu'aucune évaluation des économies qui pourraient être réalisées avec le passage en 12h n'a été réalisée, malgré le contexte du Plan de Retour à Equilibre mis en place en 2015. Il est à préciser que l'enquête de la Chambre Régionale des Comptes a été réalisée fin 2014. Or, depuis cette date, des études de gains d'effectifs ont été réalisées en fonction des différentes organisations de travail possibles dans le cadre du projet de restructuration du

pôle médecine. Il faudrait préciser également que l'étude sur la mise en œuvre des 12h mentionnée dans le rapport, si elle émane d'une demande du CHSCT, a été réalisée par les services de la DRH avec l'aide de la direction des soins (il est écrit qu'il s'agit d'une étude du CHSCT). Enfin, la production de décisions du directeur pour asseoir juridiquement la mise en œuvre des organisations de travail en 12h est en cours actuellement. L'organisation du temps de travail va effectivement faire l'objet d'une analyse globale, notamment pour des services ayant une organisation mixte. Il est à préciser cependant que ce n'est pas seulement un sujet financier, mais également un sujet d'attractivité du personnel paramédical.

- Page 37(6.2.4 – heures supplémentaires) : Il est écrit dans le rapport que les heures supplémentaires sont utilisées pour déduire les absences non justifiées. L'établissement ne comprend pas cette remarque car les absences injustifiées font l'objet d'une démarche spécifique pouvant aboutir à un retrait sur salaire si l'agent n'a pu produire de justificatif d'absence. En aucun cas il a été indiqué à l'encadrement de régulariser des absences injustifiées via les compteurs d'heures supplémentaires.

Par ailleurs, il est écrit que l'établissement a payé 39.2% des heures supplémentaires générées. Cette affirmation résulte d'une interprétation erronée du tableau fourni. Il convient de le lire ainsi :

*Nombre d'HS payées en 2012 : 16 786,43*

*Nombre d'HS restant au compteur au 31 janvier 2015 : 42 734,48*

*Il y avait donc un stock de 59 520 heures en fin d'exercice.*

*Le ratio d'heures supplémentaires payées peut donc être ramené à **28%**.*

- Pages 37-38 (6.2.4 – IHTS) : Il est écrit que le suivi des heures supplémentaires mis en place par l'établissement paraît présenter de sérieuses lacunes, du fait que la DRH a fourni un tableau faisant figurer 87 HS pour les services techniques alors qu'un seul agent du service présente à lui seul un compteur à 180 heures. Cette remarque résulte en fait d'un malentendu sur les éléments présentés. En effet, l'établissement, dans son suivi, distingue trois types d'heures supplémentaires en ce qui concerne les personnels techniques:

- celles payées dans le cadre des gardes des personnels des services techniques pour assurer la sécurité électrique et les dépannages pouvant mettre en péril les activités de soins 7/7.

Ces gardes sont rémunérées sous le code paie des heures supplémentaires.

Les 180 h payées à M. CARRASCO correspondent à des gardes.

- celles payées dans le cadre d'heures supplémentaires programmées pour faire face à des travaux particuliers, à la

continuité des soins et qui font l'objet d'un accord préalable de la DRH dans le cadre d'une procédure établie.

Les 87 h payées aux personnels des services techniques relèvent de cette catégorie.

- celles constatées en fin d'exercice sur les compteurs des agents générées par des dépassements d'horaires justifiées et validées par les cadres dans le logiciel de gestion du temps de travail.

Une partie de ces heures sont indemnisées dans le cadre de la procédure annuelle qui a été décrite aux inspecteurs.

Ainsi, on peut constater qu'il y a un suivi rigoureux des heures supplémentaires réalisées au vu des informations produites pour les services techniques.

- Page 39 (6.2.5 – astreintes) : il est fait remarquer que figurent, parmi les bénéficiaires des rémunérations liées aux astreintes, des agents appartenant à des corps non visés par les textes réglementant cette activité. Si c'est effectivement vrai, l'établissement souhaite cependant réitérer les explications données à ce sujet.
  - Services techniques : Il s'agit d'assurer la sécurité électrique et d'assurer des dépannages pouvant mettre en péril les activités de soins 7j/7. C'est la qualification et les compétences des agents qui priment sur le grade pour l'organisation de ces astreintes, le grade détenu par les agents ne correspondant pas toujours à la qualification.
  - Brancardage : L'équipe de brancardiers assure une astreinte le week-end. Cette équipe n'est constituée que de personnels ayant un grade d'ASH, AEQ ou OPQ. Cela permet de palier l'absentéisme non prévu et d'avoir un effectif minimum sur place.
  - Psychiatrie : Le recours aux aides-soignants dans ce service est indispensable pour pouvoir assurer une astreinte 365 jours/365 et garantir par ailleurs les contraintes de plannings de travail, l'effectif IDE seul, ne le permettrait pas.

Une mise à jour du paiement des astreintes (indemnisation au quart ou au tiers) avec les décisions correspondantes sera effectuée.

- Page 44 (6.3.3 – PDS) : L'établissement s'est engagé depuis plusieurs semaines dans une analyse portant sur l'organisation de ses gardes et astreintes médicales dans le cadre du deuxième volet de son Plan de Retour à l'Equilibre, ainsi que dans le cadre des réflexions actuellement menées au sein du futur Groupement Hospitalier de Territoire Yvelines Nord.
- Page 47 (6.3.3 – PA) : On peut préciser que le sujet de l'organisation médicale au sein des services et de la justification des présences journalières est un sujet abordé régulièrement par la Direction des Ressources Humaines-Direction des Affaires Médicales avec les chefs de pôle ces dernières années,

en particulier lors des négociations des contrats portant sur le temps additionnel et les Comptes Epargne Temps. Suite à ces discussions, un projet d'analyse des organisations de service à été présenté à la Commission relative à l'Organisation de la Permanence des Soins de mai 2015. Un tableau permettant à chaque chef de service de décrire les activités postées a été envoyé début juin. Les retours qui ont été faits sont actuellement en cours d'analyse par la DRH. Par ailleurs, ce sujet fait partie des questions qui feront l'objet d'une étude dans le cadre du Plan de Retour à l'Equilibre version 2.

- Page 50 (6.3.4 – praticiens attachés) : La Chambre Régionale des Comptes fait remarquer trois exceptions à la réglementation en ce qui concerne les salaires versés. Sur ces trois exemples, l'établissement souhaite redonner les explications suivantes :
  - 1<sup>er</sup> cas : praticien provenant d'une autre fonction publique et disposant d'un statut non transposable dans la Fonction Publique Hospitalière. Il est aujourd'hui à la retraite.
  - 2<sup>ième</sup> cas : il s'agit d'un praticien disposant d'un contrat pour les vacances effectuées au Centre de dépistage anonyme et gratuit. Outre ces vacances, il réalise également des vacances aux urgences. Ainsi, la rémunération versée correspond à un temps de travail supérieur à la quotité indiquée dans le contrat (mais le niveau de rémunération correspond bien à l'échelon). Cette situation pose la difficulté de transposer dans des contrats la situation des praticiens effectuant des gardes dans les services, dont la fréquence varie d'un mois à l'autre.
  - 3<sup>ième</sup> cas : la rémunération observée inférieure à l'échelon du praticien s'explique par le fait que l'établissement a été amené à réaliser des retenues sur salaires du fait du constat d'un non respect des obligations annuelles de travail en 2014. Ce cas particulier montre qu'un contrôle, même à retardement, est bien réalisé concernant les plannings des médecins.
  
- Page 51 (6.3.4 – praticiens attachés) : la Chambre Régionale des Comptes estime que l'hôpital de Mantes a « détourné » le statut des praticiens attachés. L'établissement souhaite préciser que, si les règles relatives à la reprise d'ancienneté ne sont effectivement pas systématiquement respectées, les recrutements sont toujours réalisés sur des échelons existants au sein des grilles réglementaires. Les propositions sont faites au regard de l'expérience des praticiens et de la rareté des compétences sur le marché du travail, sachant que l'hôpital de Mantes doit faire face à une pénurie de candidats sur certaines spécialités.

Il est cependant prévu, dans le cadre du Groupement Hospitalier de Territoire et de la direction commune qui prendra effet prochainement, d'harmoniser les pratiques de recrutement entre les établissements et d'opérer

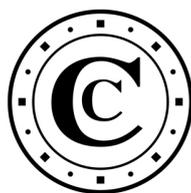
progressivement une mise en conformité des contrats d'attachés, en faisant usage des possibilités réglementaires offertes par le dispositif de l'indemnité différentielle.



Nathalie SANCHEZ  
Directrice par intérim

A large, stylized handwritten signature in black ink, written over the typed name and title.





« La société a le droit de demander compte  
à tout agent public de son administration »

Article 15 de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen

L'intégralité de ce rapport d'observations définitives  
est disponible sur le site internet  
de la chambre régionale des comptes d'Île-de-France :  
[www.ccomptes.fr/ile-de-france](http://www.ccomptes.fr/ile-de-france)

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

6, Cours des Roches

BP 187 NOISIEL

77315 MARNE-LA-VALLÉE CEDEX 2

Tél. : 01 64 80 88 88

[www.ccomptes.fr/ile-de-france](http://www.ccomptes.fr/ile-de-france)