



Inspection générale  
Des affaires sociales  
RM2010-182Z

# Contrôle du centre hospitalier intercommunal de Poissy St-Germain- en-Laye

**RAPPORT COMMUNICABLE  
TOME I**

Établi par

Pascal PENAUD

Dr. Patricia VIENNE

Dorothee IMBAUD

Anne BRUANT-BISSON

Inspecteurs et inspecteurs généraux des affaires sociales



## Préambule

Un rapport de contrôle contient par essence un certain nombre de données susceptibles de « porter atteinte à la protection de la vie privée, au secret médical et au secret en matière industrielle et commerciale » qui ne sont donc pas communicables. En outre, il est par nature préparatoire à une décision administrative et pendant cette période non communicable (art 2 et 6II de la loi n°78-753 du 17 juillet 1978).

Dans ce contexte, l'IGAS a sollicité le 22 juillet 2010 la Commission d'Accès aux Documents Administratifs pour une demande de conseils sur la communication du rapport IGAS concernant le Centre Hospitalier Poissy Saint-Germain (CHIPS).

Dans son conseil rendu lors de sa séance du 4 novembre 2010, la commission a estimé que « ce rapport ne présente plus le caractère d'un document préparatoire », une mission d'appui ayant été nommée par la ministre.

La commission a par ailleurs conseillé l'IGAS sur un certain nombre d'occultations à apporter au rapport pour le rendre communicable : il s'agit de données économiques, financières, industrielles et commerciales liées à la passation de marchés ou de données nominatives, données protégées par la loi.

La rédaction finale du rapport (T1) tient compte des remarques des personnes concernées formulées au vu du rapport provisoire qui leur avait été adressé.

C'est pourquoi ce rapport présente un certain nombre d'occultations qui se traduisent par un certain nombre de passages grisés dans le texte.

La procédure contradictoire permet aux organismes et personnes contrôlées de faire valoir leur point de vue. Elle suppose que l'expression de ce point de vue se fasse avec la même concision que celle du rapport lui-même et donne lieu à des réponses précises sur les points précis évoqués. Cela n'a pas été le cas s'agissant des réponses faites au rapport sur l'hôpital de Poissy Saint Germain.

Aussi la procédure suivante a été retenue pour à la fois rendre compte des réponses et produire des documents lisibles :

- Le rapport définitif (tome 1) comporte la seule rédaction finale de l'inspection prenant en compte certaines des observations faites et présente le diagnostic et les propositions finales de l'IGAS.
- Le tome 2 comporte les annexes définitives incluant les réponses faites et les observations en retour de l'IGAS
- XXX  
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Le rapport provisoire complet a été transmis pour observations aux personnes suivantes :

- XXX
- XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Des extraits du rapport provisoire ont été transmis pour observations aux personnes suivantes :

- XXX

Monsieur XXXXXX n'a pas adressé de réponse.

# Sommaire

<b>PREAMBULE .....</b>	<b>3</b>
<b>RAPPORT .....</b>	<b>9</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>9</b>
1. LE CHIPS BIEN IMPLANTE DANS SON TERRITOIRE DE SANTE A UN POSITIONNEMENT STRATEGIQUE FAVORABLE .....	10
1.1. <i>Son activité combine des points forts indéniables mais aussi des points faibles incontestables, fortement liés à des défauts d'organisation des soins .....</i>	10
1.2. <i>Il est confronté à une offre abondante et à un taux de fuite important.....</i>	11
1.3. <i>Il est situé dans un environnement très concurrentiel notamment en chirurgie.....</i>	12
1.4. <i>Sous réserve de la fiabilité des données disponibles, l'activité est globalement stable entre 2005 et 2009.....</i>	12
2. LE NOUVEAU DIRECTEUR TROUVE A SON ARRIVEE FIN 2007 UN CONTEXTE TRES DEFAVORABLE ET UNE SITUATION PARTICULIEREMENT DEGRADEE .....	15
2.1. <i>La fusion imposée et la variabilité des décisions politiques sur l'avenir de l'établissement sont une toile de fond particulièrement déstabilisante.....</i>	15
2.1.1. <i>Une fusion imposée dont les objectifs ne sont pas clairement affichés.....</i>	15
2.1.2. <i>Fortement présents, élus et ministres ont varié sur l'avenir de l'établissement .....</i>	18
2.1.3. <i>Une suspicion qui pèse sur la régularité des marchés.....</i>	19
2.2. <i>Le bilan des fusions-regroupements prévus par le projet médical 2004-2008, pourtant globalement satisfaisant compte-tenu du contexte et des oppositions locales, n'a pas assuré une réelle unité médicale de l'établissement.....</i>	20
2.2.1. <i>Les conditions de sa mise en œuvre ont changé.....</i>	20
2.2.2. <i>Des actions qualifiées de préalables stratégiques ont été menées à terme de façon inégale et avec un calendrier décalé.....</i>	20
2.2.3. <i>Des regroupements ont été menés .....</i>	21
2.2.4. <i>Une spécialisation des deux sites mal vécue par Saint Germain .....</i>	23
2.2.5. <i>Des chantiers sensibles restent à ouvrir à l'arrivée du nouveau directeur .....</i>	24
2.2.6. <i>La mise en place de la nouvelle gouvernance a peu avancé.....</i>	24
2.3. <i>L'équipe de direction ancienne et installée ne pense pas avoir démerité.....</i>	25
2.4. <i>La situation financière est fortement dégradée en raison d'une gestion budgétaire et financière très critiquable .....</i>	26
2.4.1. <i>Jusqu'en 2006, la direction recourt à des pratiques qui ne respectent pas les principes de bonne gestion et de sincérité de la comptabilité. ....</i>	26
2.4.2. <i>Le contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) 2004-2008 n'a pas été mis en œuvre et les aides sont utilisées pour masquer la réalité du déficit .....</i>	26
2.4.3. <i>La direction des affaires financières est défailante.....</i>	29
2.4.4. <i>La situation financière et bilancielle du CHIPS au 31/12/2007 est fortement dégradée.....</i>	30

2.5. Parmi les nombreuses faiblesses de la gestion administrative, l'absence de pilotage médico-économique est la plus notable par son impact sur les recettes de l'établissement .....	31
2.5.1. Une absence criante de pilotage médico-économique.....	31
2.5.2. La gestion des ressources humaines ne s'inscrit ni dans l'optique d'un pilotage de la masse salariale, ni dans le cadre d'une gestion optimale des compétences .....	33
2.5.3. Les systèmes d'information sont un point de faiblesse majeur .....	33
2.5.4. Les procédures d'achat ne sont ni optimales ni rigoureuses.....	34
2.5.5. Nous constatons des dépassements du montant des marchés et des marchés irréguliers .....	35
2.5.6. Nos autres contrôles confirment largement la faiblesse de la gestion .....	35
2.6. Une tutelle dont la fermeté est récente, va faire peser sur la nouvelle direction une forte pression sur le volet financier .....	36
2.6.1. L'absence de réaction de la tutelle sur la période antérieure à l'arrivée du nouveau directeur .....	36
2.6.2. ...contraste avec sa présence sur le volet financier depuis lors .....	37
3. MALGRE DES REUSSITES CERTAINES, LA DIRECTION NE PRESENTE PAS, DANS LE CONTEXTE PLUS GLOBAL DE L'HOPITAL ET DE SON ENVIRONNEMENT, LES CARACTERISTIQUES ADAPTEES POUR REpondre AUX IMPORTANTS DEFIS QUE L'ETABLISSEMENT DOIT ENCORE RELEVER .....	37
3.1. Une réussite incontestable mais fragile : le déficit passe de 35 à 19 M€, quasi exclusivement grâce à la facturation de l'ensemble de l'activité codée et à la diminution drastique de la masse salariale des personnels non médicaux. ....	38
3.1.1. Un PREF a été signé et la mise en place des outils de pilotage médico-économique entamée .....	38
3.1.2. Fin 2009 le CHIPS affirme être pour l'essentiel en capacité de valoriser à 100% son activité.....	40
3.1.3. La mise en place d'un pilotage de la masse salariale permet en 2009 de diminuer les coûts de personnel non médical.....	41
3.1.4. Le résultat est une amélioration nette de l'exploitation qui reste cependant fragile dans un contexte de mise en œuvre partielle du PREF et de stagnation de l'activité .....	43
3.2. Malgré l'obtention de résultats, notamment dans l'amélioration du codage, des décisions stratégiques restent à prendre .....	48
3.2.1. Le directeur a des résultats à son actif qui vont améliorer le fonctionnement général de l'établissement .....	48
3.2.2. Des décisions sur l'organisation médicale sont à prendre rapidement .....	50
3.2.3. Un retard de plusieurs mois dans la création de nouvelles activités.....	53
3.2.4. Le directeur n'a ni avancé ni investi sur la contractualisation et la délégation de gestion.....	53
3.3. L'amélioration de la gestion administrative est entamée au rythme donné par chaque responsable de « secteur » .....	56
3.3.1. Le système d'information administratif a été remplacé, mais il faut sécuriser la partie médicale .....	57
3.3.2. La politique d'achats n'est pas réorganisée en dépit de quelques progrès comme le recours au RESAH.....	57
3.3.3. Des marchés irréguliers avec une société de conseil .....	58
3.3.4. Dans les autres secteurs, il a été noté, sur des sujets particuliers, des procédures laxistes .....	58
3.4. Le management de l'établissement, parfois inapproprié est également peu fédérateur.....	59
3.4.1. Le management de la direction s'est avéré à plusieurs reprises inapproprié.....	59
3.4.2. Le dialogue social s'est crispé, dans un contexte de communication brouillée et d'absence de mobilisation collective .....	63
3.4.3. Le pilotage de l'activité globale (tant financière que soignante) reste « flottant »....	64

---

3.5. <i>De forts doutes persistent sur la faisabilité du PREF</i> .....	65
3.5.1. La diminution de la masse salariale (qui concerne les axes 3 et 4 mais surtout 5) égale quasiment, dès 2009, le montant total des objectifs 2008-2011 du PREF .....	66
3.5.2. La régularisation de la valorisation à 100% de l'activité existante (axe 1) est quasiment atteinte sans que les objectifs financiers du PREF le soient.....	67
3.5.3. Le développement d'activités bénéficiaires (axe 2) pour un gain net de 16,2M€ paraît très ambitieux et peu réaliste .....	67
3.5.4. Des marges de progression sont à l'inverse envisageables .....	68
3.5.5. Compte tenu des menaces qui pèsent sur le PREF, il est nécessaire de revoir rapidement les fondements même du plan en lien direct avec l'ARS .....	69
4. CONCLUSION ET PROPOSITIONS .....	70
4.1. <i>Conclusions</i> .....	70
4.2. <i>Une recommandation première : mettre l'établissement sous administration provisoire</i> ...	71
4.3. <i>Six recommandations complémentaires</i> .....	71



# Rapport

## Introduction

- [1] Né de la fusion le 1er mai 1997 de deux établissements distants de 7 kms le centre hospitalier de Poissy Saint-Germain-en-Laye (CHIPS) connaît, depuis lors, des difficultés de fonctionnement. Les conséquences de la fusion sur l'organisation des activités sont, depuis 1997, un sujet de conflit. Plus récemment, l'hôpital a connu un déséquilibre financier majeur et persistant en dépit de la signature avec l'ARHIF d'un contrat de retour à l'équilibre financier (CREF).
- [2] Un nouveau directeur est arrivé en octobre 2007, avec pour objectif majeur de remédier à la situation économique difficile de l'hôpital dans la perspective du regroupement sur un site unique, objectif confirmé après la formalisation du plan de retour à l'équilibre financier (PREF)<sup>1</sup>. Ce changement de direction a conduit au départ de certains membres de l'ancienne équipe de direction, dans un contexte managérial d'importantes tensions internes. Suite à l'incident qui s'est produit le 5 novembre 2009, au terme de l'audition d'un directeur adjoint par la MECSS<sup>2</sup>, le directeur de cabinet de Madame la Ministre de la santé et des sports a saisi l'IGAS par courrier du 10 novembre 2009 (cf. annexe 1), afin qu'il soit procédé à une inspection.
- [3] Mmes Anne BRUANT-BISSON et Dorothée IMBAUD, le Docteur Patricia VIENNE et M. Pascal PENAUD ont été désignés pour conduire cette mission.
- [4] Deux objectifs nous ont été assignés: procéder à une évaluation du fonctionnement de l'équipe de direction depuis deux ans, d'une part, réaliser un contrôle global du fonctionnement de l'établissement sur la période 2005-2009, d'autre part. Il s'agit notamment, d'examiner les modalités de mise en œuvre du plan de retour à l'équilibre financier et d'évaluer l'organisation interne depuis 2007.
- [5] Les investigations ont eu lieu sur place entre le 18 novembre 2009 et le 31 mars 2010. Une note provisoire portant sur le fonctionnement de l'équipe de direction a été remise le 15 décembre 2009. La lourdeur des investigations à mener pour couvrir une période de cinq ans, dans un établissement bi-sites, a conduit notre commanditaire à fixer la remise du rapport provisoire rendant compte du contrôle complet courant avril 2010.
- [6] Notre méthode de travail et la liste des XXXXX142 personnes rencontrées figurent en annexe 2 ; nous avons mené des investigations approfondies sur pièces et sur place autour de cinq axes principaux : le management général et le pilotage de l'établissement, l'analyse des activités médicales et soignantes, les ressources humaines, le pilotage médico-économique et la situation financière, la politique d'achats et la passation des marchés.

---

<sup>1</sup> Evaluation de XXXXX-13 octobre 2008 ARHIF.

<sup>2</sup> Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale.

- [7] Si nombre de documents ont été facilement accessibles, nous avons eu des difficultés à obtenir certains éléments. Ainsi, des pièces ont du être demandées à de multiples occasions et ont nécessité des courriers adressés directement au directeur. Cela a été particulièrement le cas pour la production des consultants utilisés par l'établissement dont les travaux auraient grandement facilité notre prise de connaissance. Cela a également été le cas de la part de l'ARHIF, qui n'a pas fourni, pour le projet de nouvel hôpital, son analyse quant à la faisabilité du projet.

## 1. LE CHIPS BIEN IMPLANTE DANS SON TERRITOIRE DE SANTE A UN POSITIONNEMENT STRATEGIQUE FAVORABLE

- [8] Le CHIPS est situé sur le territoire de santé 78-2 (Poissy Saint Germain Meulan) défini dans le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS III) 2006-2010. Ses **568.539 habitants**, 42% de la population du département, sont répartis entre 60 communes.
- [9] Structure hospitalière la plus importante à l'ouest de Paris, le CHIPS est le **plus gros établissement hors AP-HP de la région parisienne**. Il dispose de plus de 1.170 lits et places<sup>3</sup>, compte environ 4.000 agents dont un peu plus de 400 médecins (un peu moins de 3500 ETP). Ses 45 services de soins<sup>4</sup> sont regroupés en neuf pôles d'activités cliniques et médico-techniques. Aux deux sites hospitaliers principaux, à Poissy et à Saint-Germain-en-Laye, s'ajoutent des sites périphériques dédiés aux personnes âgées ou aux patients présentant des pathologies mentales. Il reçoit en moyenne 1 160 usagers<sup>5</sup> par jour, 365 jours par an.
- [10] Son territoire de santé, très urbanisé, a la densité de population la plus forte du département. Le taux de progression de la population est faible, mais elle est active et qualifiée, avec un accroissement des personnes âgées de plus de 75 ans.

### *1.1. Son activité combine des points forts indéniables mais aussi des points faibles incontestables, fortement liés à des défauts d'organisation des soins*

- [11] Le centre hospitalier de Poissy Saint-Germain-en-Laye réalise des activités de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) d'hospitalisation à domicile (HAD) en obstétrique, de service de soins et réadaptation (SSR), de psychiatrie et d'unité de soins de longue durée (USLD). Il dispose également des structures relevant du champ médico-social (2 EHPAD, 1 SSIAD<sup>6</sup> et 1'accueil de jour pour malades d'Alzheimer). Les activités autorisées sont décrites en annexe 3-3.
- [12] Le CHIPS représente la moitié des capacités autorisées de médecine et d'obstétrique, et d'un tiers de celles de chirurgie du territoire. Bi-site, ses activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) en font à la fois un établissement de proximité et de recours sur le territoire, mais également une référence régionale pour plusieurs des spécialités médicales. Ses principaux points forts sont les suivants :
- le pôle **périnatalité** comportant une réanimation néonatale, autorisé comme maternité de niveau III, avec une très forte activité (environ 4500 naissances par an) ; sa vocation universitaire est reconnue ; en lien avec le laboratoire, il réalise des activités d'assistance médicale à la procréation à reconnaissance régionale ;
  - les activités d'endocrinologie médico-chirurgicale et notamment de diabétologie ;

<sup>3</sup> SAE 2008.

<sup>4</sup> Le site internet de l'établissement mentionne 55 éléments, puisqu'il existe des services bi-site à chef de service unique.

<sup>5</sup> Ce chiffre est l'addition du nombre de séjours (54 889), de consultations (270 237), de passages aux urgences (98 140), rapportée aux 365 jours pendant lesquels l'établissement fonctionne.

<sup>6</sup> Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et service de soins infirmiers à domicile.

- les **urgences** (avec des filières identifiées pour les adultes, les enfants et les patients présentant des problèmes psychiatriques) avec plus de 90.000 passages/an sur deux sites<sup>7</sup> ;
- le service de **maladies infectieuses et tropicales** à activité reconnue ;
- la **pédiatrie** regroupée sur le site de Poissy, service performant, qui répond aux besoins de la population du bassin en termes de santé publique, avec des prises en charge spécialisées (diabétologie, drépanocytose, asthme...). L'oncologie pédiatrie est prise en charge dans le cadre d'un réseau avec l'hôpital Necker ;
- un centre spécialisé de **cancérologie**<sup>8</sup> reconnu par l'ARH;
- la seule structure de **prise en charge de la douleur et des soins palliatifs** du territoire ;
- une prise en charge des patients atteints de *sclérose en plaques* par le service de **neurologie**, qui répond aux besoins des populations **au-delà du territoire de santé** ; l'ouverture toute récente début 2010 d'une USINV<sup>9</sup>, en lien avec les professionnels de l'imagerie va apporter une réponse à *la prise en charge précoce des accidents vasculaires cérébraux* ;

[13] Le déficit et le plan de retour à l'équilibre financier (PREF) obligent l'établissement à prendre des mesures pour agir sur les **points faibles** connus de l'établissement<sup>10</sup>, tels qu'illustrés notamment dans la base d'Angers 2008 et que sont par exemple la gestion des blocs opératoires, la gestion économique, la rééducation, mais également les laboratoires et les fonctions support<sup>11</sup>.

[14] Au plan de l'organisation médicale, sont particulièrement identifiés :

- la persistance de doublons d'activité avec des doubles chefferies de service<sup>12</sup> (chirurgie viscérale, réanimation, urgences...) ;
- la nécessité d'une réorganisation des blocs opératoires pour mieux structurer les activités chirurgicales programmées ;
- la structuration d'une filière gériatrie et d'une filière d'aval pour réduire les durées moyennes de séjour ;
- l'accueil des patients aux urgences sur le site de Poissy qui se fait dans des conditions architecturales problématiques.

[15] Par ailleurs, les conditions d'accueil des patients hospitalisés et des familles en visite mériteraient une attention particulière (absence de cafétéria, de kiosque à journaux notamment sur le site plus isolé de Poissy).

[16] Améliorer l'offre de soins en matière d'oncologie et de radiothérapie, améliorer la filière gériatrique, adapter l'offre de soins de périnatalité sont les trois priorités du CPOM<sup>13</sup> signé en 2007.

## ***1.2. Il est confronté à une offre abondante et à un taux de fuite important***

[17] **Les 26** établissements de santé du département ont pris en charge 271.218 patients en 2007 (séjours MCO). La part du CHIPS est de **16,6%** (soit près de 45.000 patients). En 2007, alors que le CHIPS est l'établissement qui a pris en charge le plus grand nombre de malades résidant dans le département des Yvelines (soit 12,7%), **le taux de fuite** vers les établissements parisiens (essentiellement AP-HP) est important avec **27,4%**.

<sup>7</sup> On considère usuellement qu'un SAU peut servir 600 000 habitants.

<sup>8</sup> Cette activité a été fortement perturbée en 2009 par la suspension d'activité du centre de radiothérapie (cf. infra) + annexe 5-9 pôle « Imagerie ».

<sup>9</sup> Unité de soins intensifs neuro-vasculaires.

<sup>10</sup> Certaines actions ont commencé à se mettre en place fin 2009 et début 2010.

<sup>11</sup> Cf. annexe 3-4.

<sup>12</sup> Le terme de chef de service est utilisé dans ce rapport, car c'est celui couramment employé dans la structure. Mais il a disparu dans la loi HPST de juillet 2009, remplacé par celui de « chef de structure interne ».

<sup>13</sup> Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

- [18] **Sur le bassin de Poissy-Saint Germain** où les onze établissements implantés ont, en 2007, pris en charge 109 549 patients, **41%** sont venus au CHIPS ; la clinique de l'Europe et le centre hospitalier de Meulan sont ses principaux concurrents avec respectivement 16,8% et 10% des patients.
- [19] Sa maternité de type III et sa réanimation néonatale lui assurent **73% de part de marché en obstétrique** (avec 18% pour le centre hospitalier de Meulan). Son positionnement est moindre en **médecine (46%)** et surtout **en chirurgie (24,5%** pour 17% à la Clinique de l'Europe).

### **1.3. Il est situé dans un environnement très concurrentiel notamment en chirurgie**

- [20] En médecine, où le taux de fuite du bassin reste élevé (40%), le centre hospitalier possède 35% des parts de marché en hospitalisation complète et 23% en hospitalisation ambulatoire : **ses deux principaux concurrents sont la clinique de l'Europe et le centre hospitalier de Meulan.**
- [21] En chirurgie, le taux de fuite du territoire est très important : 38% pour l'ambulatoire et 46% pour l'hospitalisation complète. L'établissement réalise 16% des séjours du territoire en ambulatoire et 15% en hospitalisation complète. **La concurrence vient des deux mêmes établissements, mais est également beaucoup plus dispersée.**
- [22] En **obstétrique** le taux de fuite, moins élevé que pour la médecine et la chirurgie, est cependant de 34% en ambulatoire et de 37% en hospitalisation complète. **L'établissement est très bien placé dans le bassin avec 47% des parts de marché de l'ambulatoire et 42% en hospitalisation complète.**

### **1.4. Sous réserve de la fiabilité des données disponibles, l'activité est globalement stable entre 2005 et 2009**

- [23] Selon les documents, les chiffres d'une même année sont différents (rapports d'activité 2005-2007, documents 2008 fournis par le contrôleur de gestion) ce qui rend les comparaisons difficiles.
- [24] L'absence de cohérence des données (qui existe d'ailleurs pour plusieurs disciplines et services), n'a pu qu'entretenir des tensions par les propos tenus sur l'efficacité et la compétence des équipes de l'un ou l'autre site. De fait, aucune analyse n'est jointe aux divers tableaux présentés dans les documents et notamment, il n'est jamais fait mention explicitement des **moyens humains et matériels disponibles pour obtenir de tels résultats** : évolution des temps médicaux, postes vacants d'infirmières et fermeture de lits qui peuvent avoir un impact sur les résultats d'activité.
- [25] Ces données globalisées font apparaître une activité relativement stable, qui depuis la mise en place de la tarification à l'activité, ne peut que conduire à une baisse des recettes. La réduction du déficit passe par une augmentation de la productivité médicale.

Tableau 1 : Données d'activité 2005-2007

	2005	2006	2007	Ecart %2006/2007
Entrées et séances	81.312	83.256	82.461	-1,2%
Entrées MCO et séances	52.221	54.047	54.689	+1,2%
Journées	410.851	400.376	386.610	- 3,4%
Journées MCO	201.097	195.668	188.566	- 3,6%
DMS en MCO	3,85	3,62	3,45	-6%
Passages aux urgences	94.929	97.715	98.140	+ 0,4%

Source : Rapport annuel 2007

- [26] Alors que depuis des années, tous les établissements produisent des données d'activité par service s'appuyant sur les analyses du DIM, en 2007 les seuls indicateurs disponibles dans les rapports d'activité de l'établissement sont les entrées, les journées et le nombre d'exams, qui **ne reflètent en rien les pathologies prises en charge et les ressources mobilisées pour assurer les soins.**
- [27] On note une augmentation du nombre de RSA entre 2005 et 2009 (+ 4000) et un nombre de séjours en CM24 (ambulatoire) en légère diminution.
- [28] Toutefois ces informations étaient conservées par l'ancien responsable du DIM, seul à disposer de la trentaine de tableaux de la plateforme e-pmsi, qui ne faisaient pas l'objet de restitution systématique aux chefs de service (cf. infra).

Tableau 2 : Activités de l'établissement transmis par le DIM au site e-pmsi de l'ATIH

	2005	2006	2007	2008	2009
Nombre de RSA	55 273	56 661	54 889	59.508	59 274
Nombre de journées	201 864	202 471	190 798	182.574	184 935
Nombre de séjours CM hors 24 et 28	23 697	24 355	23 526	22.962	21 866
Nombre de séances (CM 28)	12 135	12 050	12 456	18.256	17 869
Nombre de séjour CM 24 à 0 jour	8 054	8 406	7 991	7.268	6 784
Nombre de séjours CM 24 à 1 jour	10 786	11 743	10 916	11 022	10 865

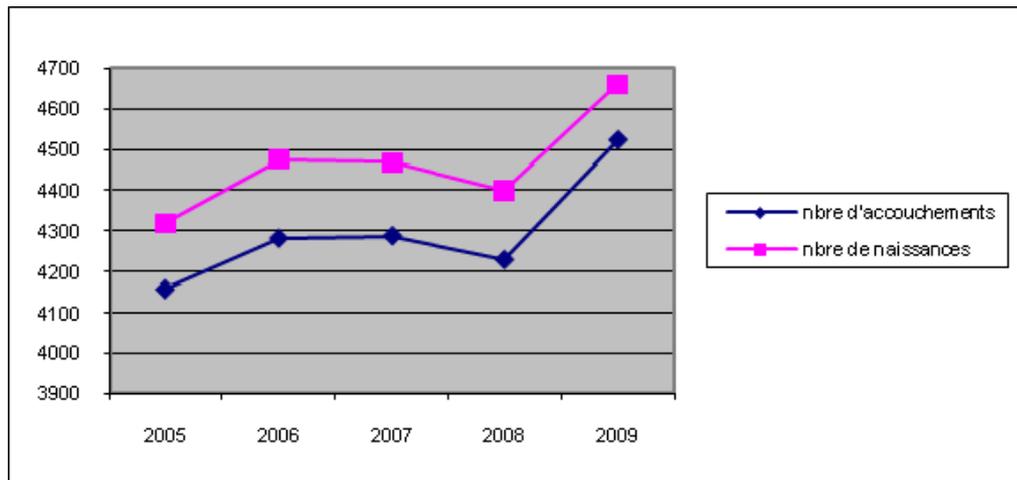
Source : ATIH

- [29] Par ailleurs, l'outil d'analyse du PMSI (OAP) permet quelques indications d'évolution 2005-2008<sup>14</sup>. Les progressions sont fortes pour la médecine digestive, la chimiothérapie/radiothérapie et la chirurgie gynécologique, alors que la cardiologie<sup>15</sup> et l'orthopédie sont, en revanche, en diminution sensible (cf. annexe 3-1).
- [30] A partir des données des pôles d'activité, des projets de pôles pour la préparation du futur projet médical 2010-2012, les évolutions d'activité sont plus contrastées selon les secteurs d'activité (cf. annexes 5 monographies des pôles d'activité).
- [31] C'est ainsi que pour le pôle **maternité**, les principaux indicateurs d'activité sont en hausse pour les cinq dernières années (accouchements, naissances, urgences, consultations...). Le projet du pôle prévoit une activité qui devrait se stabiliser autour de 4500 à 5000 accouchements par an jusqu'au transfert dans le nouvel hôpital (+ 200/an) avec une augmentation des grossesses à risque, donc des consultations de suivi et des exams de surveillance.

<sup>14</sup> Chaque GHM y est classé selon son type (médical, chirurgical ou obstétrique) et la lourdeur des prises en charge qui le caractérise, puis regroupé en ligne de produits et en 23 pôles d'activité OAP (ex : AA : digestif / AE : cardiologie / AK : obstétrique...).

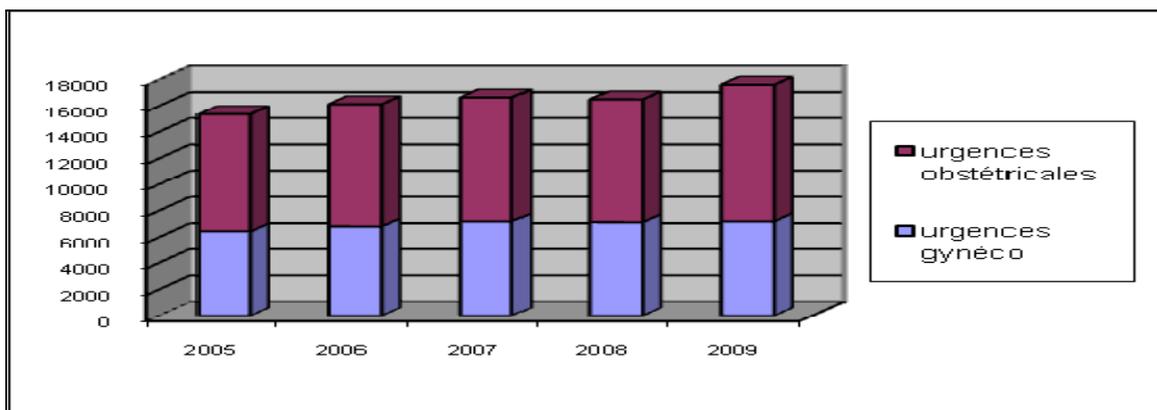
<sup>15</sup> Il faut tenir compte pour l'analyse de la réorganisation du service en 2008 et 2009.

Graphique 1 : Evolution des accouchements et des naissances 2005-2009



Source : CHIPS

Graphique 2 : Evolution des urgences obstétricales et gynécologiques



Source : CHIPS

- [32] **L'activité cardiologique** va se développer dans un contexte de concurrence importante avec sept autres centres de cardiologie interventionnelle dans les Yvelines. L'objectif après le regroupement de 2010 est de faire croître l'activité, après la période de baisse liée à la réorganisation<sup>16</sup>. Dans son futur projet médical, le CHIPS prévoit de devenir **centre de référence pour l'angioplastie coronaire** : l'obtention de l'autorisation nécessite de réaliser une activité de plus de 500 angioplasties par an, seuil qui devrait être atteint.

Tableau 3 : Activité d'angioplastie coronaire

	2002	2006	2008	2009
Nombre de coronarographies	568	742	810	ND
Nombre patients dilatés	288	349	444	492

Source : Service de cardiologie

<sup>16</sup> Baisse d'activité par transfert sur Poissy de l'USIC et l'hospitalisation complète.

- [33] **L'activité chirurgicale** est très variable selon les spécialités. L'activité gynécologique est en plein développement et il est envisagé d'augmenter l'activité de chirurgie ambulatoire. L'ophtalmologie (avec notamment les cataractes) se développe et l'organisation du service est sécurisée. Par contre, les activités de chirurgie orthopédique et traumatologie notamment sur le site de Poissy d'une part et de chirurgie viscérale, en particulier sur le site de Saint Germain, d'autre part sont des points d'amélioration notables, qui permettraient d'accroître l'activité.

Tableau 4 : Evolution des activités chirurgicales sur cinq ans

	2005	2006	2007	2008	2009
Chirurgie viscérale PY	1.821	2.040	1.914	2.007	2.097
Chirurgie viscérale SG	1.727	1.751	1.711	1.782	1.578
Chirurgie orthopédique et traumatologique PY	2.095	1.986	1.914	1.788	1.936
Chirurgie orthopédique SG	779	1.004	975	1.073	963

Source : CHIPS

- [34] En 2009, ces services de chirurgie continuent à fonctionner en doublons sur les deux sites, sans chef de service commun, sans véritable mutualisation des équipes. Ils ont une activité qui pourraient être développée et des coûts à réduire (mauvaise utilisation des blocs, discipline collective à améliorer, pénurie d'anesthésistes, gardes et astreintes alors que le bloc de Poissy fonctionne avec un taux d'occupation de nuit faible.....). En 2009, l'établissement a commencé à redéfinir le fonctionnement des blocs opératoires. Cependant, rapporté à l'effectif chirurgical de chaque site, le nombre d'interventions est relativement peu élevé.<sup>17</sup>
- [35] Par ailleurs, toute analyse pluriannuelle d'évolution d'activité mérite une certaine prudence ; elle ne peut s'expliquer qu'à l'éclairage du fonctionnement : départ ou recrutement de médecins, utilisation d'assistant comme aide opératoire, manque d'anesthésistes, fermeture de lits pour travaux ou regroupement d'activité, déficit de personnels notamment infirmiers<sup>18</sup>.
- [36] De plus avec la T2A et les versions successives de tarification, une augmentation d'activité ne génère pas forcément des recettes nettes supplémentaires pour l'établissement, ce qui peut le conduire à y renoncer.

## 2. LE NOUVEAU DIRECTEUR TROUVE A SON ARRIVEE FIN 2007 UN CONTEXTE TRES DEFAVORABLE ET UNE SITUATION PARTICULIEREMENT DEGRADEE

### 2.1. *La fusion imposée et la variabilité des décisions politiques sur l'avenir de l'établissement sont une toile de fond particulièrement déstabilisante*

#### 2.1.1. Une fusion imposée dont les objectifs ne sont pas clairement affichés

- [37] Une fusion réussie ne peut reposer que sur un projet médical réellement porteur. Dans le cas du CHIPS, la décision – politique – précède le projet.

<sup>17</sup> Cf. annexe 5 monographie par pôle.

<sup>18</sup> Fin 2009, il y avait 96 postes d'infirmières vacants sur l'établissement.

- [38] A l'origine de cette fusion, le député-maire de Saint-Germain, M. PERICARD a pour objectif d'anticiper les difficultés financières qu'il pressent pour l'hôpital de Saint-Germain, dans un contexte de dérapage des dépenses de santé et de raréfaction des ressources publiques pour les établissements de santé. Pour l'actuel maire de Saint Germain, président du conseil de l'administration de l'hôpital, « *Michel PERICARD a voulu la fusion avec Poissy en pensant préserver Saint-Germain, qui commençait à stagner ; Poissy avait rattrapé Saint-Germain, les ressources publiques se raréfiaient* ». Mais cette fusion, nous dit-on à l'ARHIF, n'a jamais été voulue par les deux hôpitaux.
- [39] M. XXXXX est déjà directeur de l'hôpital de Poissy depuis neuf ans lors qu'il est nommé à la tête de la structure fusionnée ; cette nomination constitue une erreur : il ne pouvait être perçu par les Saint-Germainois que comme l'homme de Poissy et la fusion comme une mainmise de Poissy sur Saint Germain.
- [40] La fusion des instances uniques est rapidement réalisée ; mais elle se fait, pour une large part, par juxtaposition, y compris pour les services administratifs. Elle ne repose pas sur une réflexion aboutie avec les professionnels soignants des deux sites en 1997.<sup>19</sup> L'organisation des soins bi-site<sup>20</sup> ne se construira progressivement que plus tard, dans le cadre du projet médical 2004-2008.
- [41] Certes, le regroupement doit « pouvoir offrir aux usagers saint-germainois, ainsi qu'à tous les habitants du bassin de population concerné, des conditions idéales de soin en réunissant, sur chaque site, des plateaux techniques que ni l'un ni l'autre des hôpitaux de Poissy ou de Saint-Germain n'auraient pu obtenir seul » ; « la mise en commun des compétences [doit permettre] de dégager des moyens en faveur d'une meilleure qualité des soins »<sup>21</sup>.
- [42] L'objectif alors affiché est bien une complémentarité entre les deux sites<sup>22</sup>. Mais cette notion est entendue de manière différente à la fois par les élus des deux villes et par les communautés médicales. Au-delà des objectifs très larges portés par le discours des deux édiles, ou celui des présidents de CME de l'époque, qui affirment que « *le potentiel important des deux hôpitaux ... [allait]...créer un établissement public de santé dynamique et de haut niveau médical* », le diagnostic initial et les objectifs précis de cette fusion ne sont pas formalisés.
- [43] Certains, explicites, figurent alors dans le SROS (redéploiement concerté et partage des activités de chacun des établissements, dans une optique de complémentarités de l'offre de soins), d'autres sont plus implicites (économies budgétaires et donc réduction des doublons, pas uniquement administratifs), voire inavoués ou masqués (suppressions d'activités, de services).
- [44] Le projet médical initié en 1998 propose deux grands axes a priori contradictoires : celui de la cohérence qui implique le regroupement de certaines activités et la spécialisation des deux sites pour d'autres, celui de la proximité, qui implique le maintien sur les deux sites. Il ne débouchera qu'en 2002, dans un contexte de tension renouvelée, le projet de site unique et donc de construction d'un nouvel hôpital sur un site différent des deux localisations existantes étant déjà dans les esprits.

---

<sup>19</sup> Les lettres des ministres de la santé successifs et notamment celle datée du 2 août 2004 : « *Il s'agit de deux sites complémentaires avec des pôles de référence spécifique et des synergies à développer entre les deux sites, tout en préservant les missions de proximité de nature à répondre aux besoins spécifiques de santé de chaque bassin de vie* ».

<sup>20</sup> La lettre évoquée ci-dessus mentionne que c'est le fruit de centaines de personnes pendant des centaines d'heures de réflexion, qui a conduit à l'adoption du projet médical en conseil d'administration dans sa séance du 30 avril 1998.

<sup>21</sup> Michel Péricard et Jacques Masdeu-Arus – plaquette diffusée au personnel du nouveau CHIPS en mai 1997

<sup>22</sup> Lettre de Michel Péricard 2 juin 1998.

- [45] Les échanges entre la CME et les médecins de Saint Germain illustrent cette différence d'analyse. La CME<sup>23</sup> lit dans le courrier du ministre de la santé<sup>24</sup> une demande d'étudier plusieurs options : celle de la répartition des activités entre sites, celle d'un site unique pour l'activité MCO, et la piste d'une collaboration public-privé.
- [46] Certains médecins de Saint Germain, regroupés au sein du groupe SaGeSSE<sup>25</sup>, et reçus en janvier 2004 par un conseiller du ministre, ont retenu qu'il n'y aurait pas de site unique, qu'une coopération privé-public permettant une offre MCO complète sur Saint-Germain devait être mise en place, ainsi qu'une complémentarité raisonnée avec Poissy<sup>26</sup>.
- [47] Un dernier groupe, composé de médecins de Saint-Germain se présentant comme non partie au groupe SaGeSSE mais refusant d'adhérer à la lettre de la CME, déclare s'en tenir à la décision de la CME, en regrettant toutefois le côté polémique des échanges ; ce groupe considère qu'il faut réfléchir en effet à la complémentarité possible entre les deux sites et à l'opportunité du site unique tiers, et insiste sur *la nécessité de demander aux instances de tutelle de préciser le cadre des discussions avant tout commencement de débats ultérieurs*<sup>27</sup>.
- [48] Au sein même de la communauté médicale, l'ambiguïté est donc de mise : certains sont convaincus que cette fusion a pour objet de sécuriser les deux sites et s'opposent dès lors dans un premier temps au site unique envisagée dès le début des années 2000 sur Poissy<sup>28</sup> ; d'autres voient au contraire dans le projet médical d'alors le gage d'une évolution vers un site unique.
- [49] Les nombreux rapports d'audits ou de missions menés en cette première période de la fusion illustrent aussi cette absence de clarté dans les objectifs : une mission d'appui menée à la demande de la DHOS conclut en février 2003 au non respect de certains points du projet médical voté en 2002, évoquant notamment la décision de fermeture des urgences la nuit sur le site de Saint-Germain, prise sous la contrainte (pénurie de personnel infirmier). Pour autant, le rapport conclut à l'intérêt de regrouper les activités MCO sur un site unique et tiers à un horizon de 5-7 ans<sup>29</sup>. Le conseil d'administration du 3 juillet 2003 valide le débat de cette orientation<sup>30</sup>, hors la présence de son nouveau président, le maire de Saint-Germain, qui a refusé de convoquer le conseil, n'acceptant pas d'inscrire à l'ordre du jour ce point non consensuel.
- [50] En juillet 2004, un nouveau rapport souligne que la fusion ne s'est pas accompagnée d'un projet cohérent en vue de la réorganisation des soins et de leur implantation sur un site unique, pourtant décidé par le conseil d'administration<sup>31</sup>.
- [51] Un rapport de mai 2007<sup>32</sup> demandé par l'ARHIF dans le cadre des transferts envisagés des activités de cardiologie et pédiatrie propose une répartition des activités sur les deux sites, tout en précisant que les deux opérations de regroupements envisagées ne « *permettront pas d'améliorer de manière significative la situation financière de l'établissement* ». Rappelant le mauvais climat qui subsiste entre les deux sites, le rapport conclut que le site unique n'est possible que s'il relève d'un consensus politique ou constitue une opération de sauvetage imposée par la situation financière.

<sup>23</sup> Lettre ouverte de la CME et de son président en date du 9 janvier 2004.

<sup>24</sup> Courrier de M. Mattéi du 2 septembre 2003 au directeur de l'ARHIF.

<sup>25</sup> Saint Germain Soins Santé créé le 25 septembre 2003.

<sup>26</sup> Note d'information du groupe SaGeSSE du 20 janvier 2004.

<sup>27</sup> Lettre du 13 février 2004 de médecins de Saint Germain.

<sup>28</sup> Groupe SaGeSSE 2003

<sup>29</sup> Rapport Delanoe - Pr Fernandez – février 2003

<sup>30</sup> Le président de séance est alors le maire de Poissy, vice-président du conseil d'administration.

<sup>31</sup> Rapport du Pr Jean-Luc Favre

<sup>32</sup> Audit Sanesco 21 mai 2007

- [52] Quant à l'ARHIF, son directeur arrivé en août 2006 considère assez vite que le maintien de deux sites est un projet coûteux (doublons multiples), qui ne règlera en outre pas les problèmes propres au « bi-sites ». Il demande le gel en juin 2007 des projets de modernisation/construction.
- [53] Un audit demandé en juillet 2007 par la directrice de la DHOS fait le constat d'une situation financière et humaine dégradée, préconise « *une décision claire et irrévocable d'installation de l'ensemble des activités de court séjour au sein d'un équipement unique* » et formule des recommandations pour la période transitoire, en termes de construction d'outils et d'organisations<sup>33</sup>.
- [54] L'objectif évolue donc au gré à la fois des difficultés rencontrés localement, et des pressions extérieures à l'établissement.

### 2.1.2. Fortement présents, élus et ministres ont varié sur l'avenir de l'établissement

- [55] Les deux hôpitaux de Poissy et de Saint Germain sont situés sur des bassins de vie assez différents même s'ils sont proches géographiquement ; au moment de la fusion, leur évolution a suivi celle, démographique, de ces bassins de vie, et de l'offre de soins hospitaliers.
- [56] L'hôpital de Poissy, inauguré le 25/08/1965, est dans les années 90 un établissement qui a progressivement développé son activité ; il a une activité universitaire<sup>34</sup>, dans des locaux encore relativement modernes. Il compte alors 850 lits et emploie 1600 agents. L'hôpital de Saint Germain, situé en centre ville et dont certains bâtiments datent du XIXème siècle, compte une équipe plus ancienne, tournée vers une médecine de proximité, et qui a une activité de ville ; dans les années 90, son activité stagne, le nombre de lits est passé en 20 ans de 1050 à 750.
- [57] En l'absence d'accord réellement formalisé sur les objectifs de la fusion, l'hôpital va devenir après le décès de M.PERICARD l'enjeu d'un combat politique très dur entre le nouveau maire de Saint-Germain, et le député-maire de Poissy de l'époque.
- [58] Le second souhaite clairement, s'appuyant en cela sur la mission de février 2003, valider l'orientation d'un site unique tiers, sur la commune de Poissy. Le premier exprime clairement qu'il n'a « *qu'un seul objectif : sauver les activités médicales, chirurgicales et obstétriques publiques de Saint-Germain-en-Laye, menacées d'un transfert à Poissy* »<sup>35</sup>. C'est pour éviter cette « *chronique d'une mort annoncée* »<sup>36</sup> qu'il a saisi le ministre de la santé [M.Mattéi] et combattu la fermeture des urgences la nuit à Saint-Germain. C'est pour la même raison qu'il combatta le transfert de la maternité vers Poissy, estimant que les jeunes mères de Saint-Germain doivent pouvoir accoucher à Saint-Germain. Il salue donc ce qu'il analyse début 2004, suite à l'arbitrage ministériel, comme l'abandon du site unique et tiers et se félicite de la mobilisation des médecins du groupe SaGeSSE.
- [59] Le ministre de la santé confirme de fait le 2 septembre 2003 les orientations suivantes :
- réouverture début septembre de la maternité publique de Saint-Germain ;
  - organisation sans délai de l'association public-privé pour l'activité de gynécologie obstétrique et de chirurgie et utilisation en commun des plateaux techniques et regroupement des activités obstétriques publiques sur le site de Poissy ;
  - mise en place d'une complémentarité entre sites ;
  - étude de l'opportunité d'un site unique et tiers.
- [60] Cette position évolue, sous l'impulsion notamment du député-maire de Chambourcy, avec l'adoption du projet médical 2004-2008 le 7 juin 2004.

<sup>33</sup> Mission d'appui et de conseil –P.Broudic – Dr P.Fleigel- T.Lefebvre septembre 2007

<sup>34</sup> Activité conforté au sein du CHIPS avec une MERRI de 4, 3 M€ en 2009

<sup>35</sup> Site de la mairie [www.saintgermainenlaye.fr](http://www.saintgermainenlaye.fr) – vœux 2004

<sup>36</sup> Rapport Delanoë-Fernandez – Op.cit.

- [61] Le nouveau ministre de la santé<sup>37</sup> prend acte le 2 août 2004 du rejet définitif de construction d'un troisième hôpital sur un site tiers, et souligne une action qui « *sauve l'existence même de l'hôpital public de Saint-Germain-en-Laye* » en maintenant deux sites géographiques complémentaires, ce qui préservera les missions de proximité de nature à répondre aux besoins de chaque bassin. Le député-maire de Chambourcy se réjouit alors d'annoncer aux médecins saint-germanoises que « *notre hôpital public est définitivement sauvé [et qu'] il n'y aura pas de construction d'un troisième hôpital sur un site tiers, ce qui aurait inévitablement entraîné la disparition de l'hôpital public de Saint-Germain* »<sup>38</sup>.
- [62] Le projet médical 2004-2008 conclut pourtant déjà à l'impossibilité d'aménager correctement le site actuel de Poissy qu'il faut reconstruire.
- [63] Les difficultés financières croissantes de l'hôpital, la condamnation du député-maire de Poissy dont le projet d'implantation sur la commune sera abandonné, amènent à relancer la réflexion sur un site tiers, proposé par le député-maire de Chambourcy. Une solution à laquelle se range le maire de Saint Germain en 2007, et qui sera validée par le courrier de la ministre de la Santé du 15 novembre 2007. Pour autant, il est clair pour lui, ainsi qu'il nous l'a indiqué, que la période de transition ne passe pas par la suppression de nouveaux services ; au contraire, il estime que l'activité doit se développer où elle le peut, c'est-à-dire sur Saint-Germain. Le sujet notamment de la réanimation constituera pour le président du conseil d'administration un point majeur du projet médical transitoire.
- [64] Le nouveau maire de Poissy, avec lequel les relations sont moins tendues, est avant tout préoccupé par le maintien d'un service public hospitalier de proximité pour ses administrés ; il aura toutefois à cœur d'obtenir de ses partenaires et notamment de l'Etat une valorisation du site de l'actuel hôpital intéressante pour Poissy.
- [65] Le député-maire de Chambourcy, dont la commune devrait donc accueillir le nouvel hôpital intercommunal, reste quant à lui très présent à la fois par l'intermédiaire de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de sécurité sociale qu'il co-préside, et auprès du directeur dans le cadre de la préparation du projet médical et du dossier du nouvel hôpital.
- [66] Cette présence très forte des élus, qui directement ou non influent sur la direction de l'hôpital, les attermoiments de la tutelle, ont considérablement pesé et pèsent toujours sur l'hôpital et son climat, au point que beaucoup ne croient pas véritablement encore aujourd'hui au projet de Chambourcy. Elle tend aussi à conforter les acteurs de l'hôpital, dans l'opinion que toutes les solutions sont externes et en dehors de leur compétence.

### 2.1.3. Une suspicion qui pèse sur la régularité des marchés

- [67] A la suite de l'affaire dite des marchés des Yvelines, une suspicion diffuse pèse sur la régularité des marchés du CHIPS, notamment parce que certains prestataires étaient communs à la ville et à l'hôpital.
- [68] En l'absence d'audit externe des marchés du CHIPS, elle continue à être présente dans les esprits jusqu'à aujourd'hui.

<sup>37</sup> Philippe Douste-Blazy – courrier du 2 août 2008 à Pierre Morange, député-maire de Chambourcy

<sup>38</sup> Lettre du 4 octobre 2004 aux médecins de Saint-Germain.

## 2.2. *Le bilan des fusions-regroupements prévus par le projet médical 2004-2008, pourtant globalement satisfaisant compte-tenu du contexte et des oppositions locales, n'a pas assuré une réelle unité médicale de l'établissement*

- [69] Le projet médical 2004-2008<sup>39</sup> approuvé par le conseil d'administration du 7 juin 2004 affichait un objectif prioritaire, « **une augmentation significative de l'activité** », qui nécessitait d'améliorer l'attractivité et la qualité des prestations. Il ne faisait aucune prévision des capacités en lits nécessaires d'ici 2009 et partait du principe du maintien identique de leur nombre<sup>40</sup>.
- [70] Suite à ce conseil d'administration, la décision était prise **de maintenir à chacun des deux sites un rôle d'hôpital général de proximité**, ce qui entraîne des doublons sur les grandes disciplines de médecine chirurgie obstétrique (MCO) d'accueil des urgences et de réanimation. Par ailleurs, chaque site connaîtrait une spécialisation avec, d'une part un regroupement d'activités et d'autre part la création de nouvelles prestations de soins.

### 2.2.1. **Les conditions de sa mise en œuvre ont changé**

- [71] Le projet reposait sur l'hypothèse de la modernisation des bâtiments de Saint-Germain et la reconstruction de Poissy, sur un nouveau site, avec le maintien des activités de proximité sur deux sites. Or cette orientation a été abandonnée suite à la décision prise par Mme Bachelot-Narquin, ministre de la santé par courrier daté du 15 novembre 2007, qui annonçait le projet de construction d'un nouvel hôpital sur un site tiers.
- [72] Il supposait le développement de la coopération public-privé et l'implantation de deux cliniques (Louis XIV et Marie Louise) de Saint-Germain sur le site hospitalier.<sup>41</sup> Il s'agit là d'un véritable échec. Le directeur des cliniques s'est désisté de ce projet de coopération. Cela a conduit à une simple vente au privé de locaux publics, situés dans l'enceinte de l'hôpital, dans des conditions financières peu satisfaisantes.<sup>42</sup> L'établissement en déficit aurait pu mener une négociation plus soutenue afin de recueillir des recettes plus conséquentes.
- [73] L'orientation de l'organisation de l'offre de soins par grands pôles (femme-mère-enfants/cancérologie-radiothérapie-hématologie) n'a pas été modifiée, avec transfert de la maternité sur Poissy et développement de la cancérologie sur Saint Germain.
- [74] Le choix a été fait de répartir les activités en spécialisant la chirurgie programmée sur Saint-Germain et en regroupant les activités lourdes et la chirurgie d'urgences sur Poissy.

### 2.2.2. **Des actions qualifiées de préalables stratégiques ont été menées à terme de façon inégale et avec un calendrier décalé**

- [75] Il s'agissait en axe prioritaire d'assurer la qualité, la sécurité et la permanence des soins, et éviter toute perte de chance pour le patient. Les actions prévues ont avancé :
- L'objectif sur Poissy de sécuriser la prise en charge de la « femme-mère-enfant » pour assurer la continuité des soins a été atteint en septembre 2004 ;
  - L'organisation des gardes et astreintes a commencé à être optimisée : en 2004, il existait près de 25 lignes de garde ; en plusieurs années, en fonction des transferts et regroupement

<sup>39</sup> Ce projet a entre-temps été étendu à l'année 2009.

<sup>40</sup> Sauf en ce qui concerne le développement de la chirurgie ambulatoire et la nécessité de prévoir des lits d'aval (notamment SSR).

<sup>41</sup> En proposant un groupement de coopération sanitaire entre les structures ou en expertisant la possibilité de faire louer un espace public au privé. A l'époque ces deux cliniques étaient sur deux sites distincts en extrahospitalier.

<sup>42</sup> Au prix des domaines, sans demande de nouvelle évaluation.

de service, leur nombre a été nettement réduit, avec des transformations en astreintes en particulier à Saint Germain. **Mais la contractualisation prévue au sein de chaque pôle et service n'a pas encore été mise en œuvre ;**

- L'objectif d'organiser la prise en charge de la **pathologie coronarienne aigüe** sur le site de Poissy a abouti à un regroupement de l'hospitalisation complète de cardiologie en septembre **2009**, (après la fermeture de l'USIC sur le site de Saint Germain **en juillet 2008**). ;
- La structuration de la prise en charge précoce des **accidents vasculaires cérébraux** au sein du service de neurologie sur Poissy se traduit in fine par l'ouverture des lits de l'unité de soins intensifs neuro-vasculaires (USINV) **en avril 2010**.

[76] Le second axe du projet médical 2004-2008 était d'**améliorer l'attractivité de l'établissement dans le cadre de la mise en place de la tarification à l'activité**. Le projet médical estimait prioritaire « *le renforcement des compétences et des moyens du département d'information et d'évaluation médicale pour s'assurer de l'exhaustivité et de la qualité des recueils d'activité ; la mise en place d'un département performant et bien outillé informant de façon régulière sur l'activité, chaque site, chaque pôle et chaque service étant jugé indispensable* ». Les résultats sur ce point sont loin d'être satisfaisants et en 2009, le DIM ne peut pas être qualifié de performant (cf. infra).

[77] Le troisième axe était de répondre **aux enjeux stratégiques et organisationnels par la constitution de pôles dans trois secteurs** :

- Le pôle « femme-mère-enfant, a été regroupé à Poissy en 2004 pour la maternité et la réanimation néonatale et, en 2005 pour la pédiatrie, pour les raisons de sécurité évoquées ci-dessus, mais aussi pour assurer le maintien d'une cohérence de lieu pour la filière pédiatrique ;
- Le pôle cardiovasculaire, qui devait, à terme, regrouper des activités lourdes et invasives sur le futur site de Poissy, avec le maintien sur Saint Germain d'une activité de cardiologie pour répondre à la mission de proximité, est opérationnel depuis septembre 2009 ;
- En oncologie il était acté un centre spécialisé en cancérologie sur le site de Saint-Germain ; ce projet transversal prévoyait des lits d'hospitalisation complète pour les malades lourds ou âgés des lits d'hospitalisation de jour pour les chimiothérapies et une intégration dans un département d'oncologie avec les services de spécialités d'organes. L'ouverture du centre de coordination en cancérologie (3C), la mise en place de réunions de concertation pluridisciplinaires et le regroupement des chimiothérapies sur Saint Germain font évoluer le projet favorablement ; l'arrivée d'un nouvel oncologue en février 2010 consolide l'équipe. L'individualisation des lits d'oncologie devrait être opérationnelle pour 2010. La suspension de l'activité de radiothérapie est par contre préjudiciable à l'établissement (rupture de la filière de prise en charge des patients et baisse des recettes). L'oncologie est une priorité à consolider dans le prochain projet médical.

### 2.2.3. Des regroupements ont été menés

[78] Au moment de la fusion, un petit nombre de spécialités n'existaient que sur un site (maladies infectieuses, pneumologie sur Saint Germain) et n'étaient donc pas concernées par les regroupements. D'autres ont été individualisées et éventuellement transférées : c'est le cas, par exemple, de la **diabétologie** individualisée et transférée sur le site de Saint Germain en septembre 2000, alors qu'elle faisait initialement partie de la médecine interne gastrologie de Poissy ou de la **neurologie** initialement à Saint Germain, puis transférée à Poissy en médecine interne en septembre 2003 et individualisée avec 15 lits en décembre 2009.

[79] Nous n'avons repris que certaines des grandes étapes marquantes des regroupements et fusions. Le déroulé complet figure en annexe 4.

[80] **L'existence de deux services avec des chefs de services distincts représentait toutefois la majorité des situations et des difficultés.**

2.2.3.1. Les fusions de service réalisées au départ d'un des deux chefs de service se sont étalées sur plus de 10 ans

[81] Pour éviter les heurts interpersonnels entre les chefs de service, il a été décidé que la mise en place d'une chefferie unique de service, se ferait uniquement au départ d'un des chefs de service ; l'autre prenant alors la chefferie commune de l'activité des deux sites.

[82] Cette procédure, utilisée systématiquement, a conduit à des regroupements étalés au fil des départs à la retraite. Elle a aussi créé, lorsque le départ des chefs de service n'est pas programmé à court terme (cf. infra) des positionnements délicats avec la création des pôles d'activité et le maintien des chefferies de service : chef de pôle et chef de service doivent alors cohabiter dans une même organisation<sup>43</sup>.

[83] Le mouvement a commencé rapidement dès juin et septembre **1998**, la **chirurgie de spécialités** (ORL et ophtalmologie) initie la première phase des regroupements. L'ORL est réorganisée et les activités opératoires et d'hospitalisation sont transférées à Saint Germain. Le chef de service de Poissy, également président de la CME à l'époque, donne l'exemple dans un sens qui montre que les rapprochements peuvent « bénéficier » au site de Saint Germain. L'ophtalmologie se réorganise selon un modèle voisin. Depuis septembre **2003**, l'ensemble de l'hospitalisation est à Saint Germain ; celle de Poissy est fermée.

Tableau 5 : Historique des principales opérations

Services	Date	Opérations réalisées
Diabétologie	Septembre 2000	Transfert vers Saint Germain et individualisation
Service d'orthopédie de Poissy et Saint Germain	Juillet 2003	Fusion
Urgences	15 octobre 2002	Fermeture la nuit à Saint Germain
Chirurgie de spécialité ORL OPH stomatologie	12 septembre 2003	Regroupement total à Saint Germain et fermeture à Poissy
Néonatalogie (dont réanimation néonatale)	Octobre 2003	Regroupement à Poissy et fermeture à Poissy
Chimiothérapies	Avril 2005	Regroupement des deux services à Saint Germain (+ antenne à Poissy)
Anatomopathologie	Mars 2006	
Médecine interne	Novembre 2006	Fusion de la chefferie des deux services avec maintien de l'hospitalisation en bi-site
Pédiatrie	Juin 2007	Regroupement sur Poissy

Source : CHIPS

2.2.3.2. Les transferts de la maternité, la réanimation néonatale et la pédiatrie se sont déroulés dans un contexte houleux qui a marqué les esprits

[84] En octobre 2003, le service de néonatalogie du site de Saint Germain a fermé avec un regroupement à Poissy. La maternité sur le site de Saint Germain a fermé fin juin 2004. **L'ensemble des services de la maternité et de la néonatalogie a été regroupé sur Poissy en septembre 2004.**

<sup>43</sup> C'est le cas de l'imagerie entre Poissy et Saint Germain.

[85] **Le regroupement de la pédiatrie** sur le site de Poissy est plus récent ; il a été réalisé **en juin 2007**.

[86] Ces transferts ne se sont pas déroulés dans la sérénité, les élus y étant opposés<sup>44</sup> et seule la personnalité de l'ancien chef de service de gynéco-obstétrique et de l'actuel chef de service de pédiatrie ont permis d'aboutir, la sécurité des patients étant leur seul moteur.

#### 2.2.4. Une spécialisation des deux sites mal vécue par Saint Germain

[87] Un rapide bilan de ce qui figurait au projet médical, tant pour le regroupement que pour la création d'activités nouvelles montre que les actions prévues ont été largement mises en œuvre, et que les différences entre les prévisions et les réalisations se font, aussi, en faveur du site de Saint Germain qui n'est pas globalement défavorisé.

[88] Le site de Saint Germain conserve des secteurs d'activité de médecine (pneumologie, médecine interne, oncologie, maladies infectieuses et tropicales) et médico-techniques (imagerie médicale/ médecine nucléaire / anatomopathologie). Cependant, la perte de la maternité et de la pédiatrie, la fermeture des urgences la nuit et les interrogations sur l'avenir de la réanimation sont ressenties par les professionnels et le maire de Saint Germain comme une déqualification du site.

[89] Les professionnels du site de Saint Germain que nous avons rencontrés ont un vécu douloureux de cette période, considérant que pour justifier ces transferts, l'ancien directeur n'a pas hésité à discréditer leurs compétences<sup>45</sup>.

Tableau 6 : Regroupements d'activités prévus par le projet médical de 1998-2004

	Prévu		Réalisé
	Saint Germain (SG)	Poissy (PY)	
Néonatalogie et grossesses pathologiques		X	Fait
Pédiatrie médicale et chirurgicale	X		Pédiatrie à PY et chirurgie à SG
Spécialités chirurgicales ORL stomatologie ophtalmologie (OPH)	X		Fait+consultations ORL à PY et bloc OPH à PY
Chirurgie traumatologique et orthopédique		X	Programmé + ambulatoire à SG Urgences + lourd à PY
Neurologie		X	Fait
Gastroentérologie		X	Fait
Diabétologie – endocrinologie	X		Fait

Source : *Projet médical 1998-2004*

Tableau 7 : Création de nouvelles activités prévues au projet médical de 1998-2004

	Prévision		Réalisation
	Saint Germain	Poissy	
Centre semi-lourd de radiothérapie		X	Fait à Saint Germain
Département de cancérologie	X	X	Fait mais fonctionnement du département à consolider
Soins palliatifs et de confort	X	X	Fait

Source : *Projet médical 1998-2004*

<sup>44</sup> Cela a conduit à une phase intermédiaire problématique de quelques mois, où les parturientes pouvaient accoucher à Poissy et revenir en suites de couches à Saint Germain, et repartir à Poissy en cas de complications.

<sup>45</sup> Ils se souviennent que dans les instances ou les réunions, les « médecins de Saint Germain étaient traités de nuls, sans qu'ils puissent argumenter avec des données d'activités comparatives entre les deux sites ».

### 2.2.5. Des chantiers sensibles restent à ouvrir à l'arrivée du nouveau directeur

- [90] Fin 2007, des fusions et regroupements stratégiques restent à organiser rapidement pour préparer le transfert et l'implantation sur un nouvel hôpital.
- [91] Deux activités méritaient une attention particulière, car elles font partie du socle d'un établissement de proximité (au-delà de certaines spécialisations de l'établissement) : il s'agit des services de chirurgie aussi bien orthopédique et traumatologique que viscérale, qui sont tous les deux en posture organisationnelle inadaptée et pour lesquels des choix clairs d'organisation d'activités à moyen terme doivent être faits<sup>46</sup>.
- [92] Par ailleurs, le chantier de fusion-regroupement de la réanimation inscrit dans le SROS III nécessitait une véritable analyse économique, associée à une étude de l'impact sur le recrutement et la sécurisation de la prise en charge des patients des autres services de Saint Germain, avant de prendre une décision de fermeture de la réanimation du site de Saint Germain<sup>47</sup>.

### 2.2.6. La mise en place de la nouvelle gouvernance a peu avancé

- [93] La période de contrôle de l'établissement coïncide avec la mise en place de la nouvelle gouvernance hospitalière de 2005<sup>48</sup> qui crée le conseil exécutif, nouvel organe de direction et de pilotage de l'établissement et les pôles d'activité, regroupant des services ayant des activités communes ou complémentaires.

#### 2.2.6.1. L'installation et le fonctionnement du conseil exécutif

- [94] Après un premier passage en CME le 27 juin 2006 sans obtention de consensus pour la désignation des médecins<sup>49</sup>, la constitution du conseil exécutif a été adoptée par le conseil d'administration avec la composition validée par la CME le 21 septembre 2006<sup>50</sup>.
- [95] En 2006 le conseil s'est réuni trois fois et en 2007 quatorze fois ; des comptes-rendus permettent de suivre la démarche de cette nouvelle instance.

#### 2.2.6.2. La constitution des pôles d'activité a démarré assez rapidement mais n'a pas abouti

- [96] L'historique complexe de la constitution des pôles au CHIPS figure en annexe 5-0. Le lancement de la démarche d'organisation de l'établissement en pôles s'est concrétisé très tôt après la publication de l'ordonnance, lors de la **séance de CME du 12 mai 2005**, mais sans méthode consensuelle.

<sup>46</sup> Cf. annexe 5.5 pôle « Anesthésie bloc chirurgie ».

<sup>47</sup> Cf. annexe 5.3 pôle « Urgences, réanimation, pédiatrie ».

<sup>48</sup> Ordonnance n°2005-406

<sup>49</sup> La logique de site ayant prévalu, tous les médecins proposés n'ont pas été retenus. La vice-présidente de la CME rappelant que l'échéance imposée par les textes pour la constitution des instances de la nouvelle gouvernance étant proche et que, pour pouvoir avancer le conseil exécutif devait être constructif et studieux et non dans la dualité permanente.

<sup>50</sup> Le conseil exécutif était alors constitué des membres suivants : XXXXX et pour l'administration, XXXXX; le secrétariat était assuré par XXXXX.

- [97] Un rapport d'étape a été communiqué **en avril 2006** à partir des travaux d'un groupe de pilotage autour du chef de projet<sup>51</sup>, les travaux se poursuivant ensuite sans consensus jusqu'à une assemblée générale en date du **21 novembre 2006**, qui choisit de privilégier une approche transversale, **par métier** et non par site<sup>52</sup>.
- [98] Un premier découpage en pôles d'activités cliniques et médico-techniques est présenté à la CME du 11 décembre 2006, sans y être fortement débattu contrairement, selon les témoignages, à la discussion en comité exécutif, notamment sur le sujet de l'exclusion de la pédiatrie du pôle de la périnatalité, sur demande expresse du chef de service de maternité.
- [99] Le conseil d'administration, dans sa séance du **19 décembre 2006** valide le projet et la création de **huit pôles**<sup>53</sup> : Périnatalité, Psychiatrie, Urgences Réanimations Pédiatrie, Logistiques médico-techniques (intégrant alors l'Imagerie médicale et la Médecine Nucléaire, et la Santé publique), Anesthésie Blocs opératoires Chirurgie (intégrant alors la Stérilisation), Médecine interne et Cardiovasculaire, Neurologie Rééducation Gériatrie et Oncologie médicale et Infectiologie (intégrant alors la Radiothérapie).
- [100] **La nomination des responsables de pôles d'activités n'est intervenue qu'en mai 2007**<sup>54</sup>. Les responsables de pôle d'activités cliniques ont été nommés pour trois ans, sans qu'ils aient vraiment pu élaborer leur projet de pôle.
- [101] A l'arrivée De l'actuel directeur, il s'agissait d'accélérer l'autonomie des pôles d'activité et de leur permettre de disposer d'information pour élaborer leur diagnostic de pôle et préparer la contractualisation et la délégation.

### ***2.3. L'équipe de direction ancienne et installée ne pense pas avoir démérité***

- [102] L'ancien directeur a quitté l'établissement pour être promu CGES<sup>55</sup> en mars 2007 et a été à ce moment décoré de la légion d'honneur.
- [103] A la date d'affectation de l'actuel directeur le 15 octobre 2007, l'équipe de direction en place était constituée de directeurs adjoints qui avaient une relative voire une très importante ancienneté dans leur poste, notamment pour des postes stratégiques : le directeur des ressources humaines, le directeur des systèmes d'information et la directrice des finances et de la clientèle étaient alors déjà à Poissy ou Saint-Germain depuis plus de 20 ans, et dans leur poste depuis respectivement 15 ans, 20 ans et 10 ans.
- [104] Chacun des directeurs-adjoints avait une large autonomie dans son secteur ; il ou elle relevait directement du directeur, dans un cadre où la relation entre « pairs » était privilégiée aux relations hiérarchiques ; disposant de la confiance du directeur et sans remise en cause par ailleurs par la tutelle de la gestion de l'établissement, on peut concevoir que cette équipe ne considère pas qu'elle a failli et pense que les difficultés de l'établissement sont liées aux contraintes externes auxquelles elle a été soumise et non aux limites de sa propre action. C'est particulièrement le cas du DRH, M. XXXXX.

<sup>51</sup> Constitué XXX

<sup>52</sup> Sur 134 votants dont 20 bulletins blancs ou nul, 102 privilégiaient le découpage par métiers et 12 le découpage par site.

<sup>53</sup> Les CTE successifs se sont prononcés négativement, position de principe liée à l'exclusion des représentants du personnel de la gouvernance des pôles.

<sup>54</sup> CME du 22 mai 2007.

<sup>55</sup> Conseiller général des établissements de santé.

## **2.4. La situation financière est fortement dégradée en raison d'une gestion budgétaire et financière très critiquable**

### **2.4.1. Jusqu'en 2006, la direction recourt à des pratiques qui ne respectent pas les principes de bonne gestion et de sincérité de la comptabilité.**

[105] De 2001 à 2006, le montant des dépenses a été systématiquement faussé par une pratique intensive des reports de charges - portant exclusivement sur la taxe sur les salaires - et par une politique minimaliste de dotations aux amortissements, dépréciations et provisions<sup>56</sup>.

[106] La pratique des reports de charges était tolérée à la marge pour les établissements publics de santé avant 2006. Néanmoins, le report systématique de la taxe sur les salaires des exercices 2002 à 2005, pour un montant cumulé de 23,3M€ fin 2006, soit plus de 10% du montant total des dépenses, a atteint des proportions mettant nettement en cause la sincérité de la gestion du directeur<sup>57</sup>. En outre, les créances admises en non valeur par le conseil d'administration n'ont été ni provisionnées ni apurées par une charge correspondante pendant toute cette période, leur montant s'élevant à 12,6M€ fin 2006. Enfin, les provisions pour charges de personnels liées au compte épargne temps (CET), qui sont des provisions réglementées, n'ont été dotées qu'une seule fois en 2004. Elles n'étaient provisionnées qu'à hauteur de 1,7M€ alors que la valorisation totale des CET s'élevait à 8,6M€ fin 2006.

[107] **Cette gestion insincère des charges a artificiellement amélioré le résultat et la trésorerie du CHIPS pendant toute la période.** Elle a ainsi masqué la croissance des autres charges, notamment les dépenses de personnel, ainsi que l'évolution peu favorable de l'activité depuis 2001 qui allait de fait accentuer le manque à gagner de l'établissement lors de la mise en place de la T2A.

[108] Ce n'est qu'en 2006, avec la mise en place de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) qui interdit la pratique des reports de charges, que la réalité des charges et donc l'ampleur du déficit apparaissent de façon transparente. Le montant cumulé de la taxe sur les salaires non mandatée - 23,3M€ - est en effet imputé dans sa totalité sur l'exercice comptable 2006. La brusque dégradation du résultat entre 2005 et 2006, passant d'un excédent de 128K€ à un déficit de -26M€, n'est donc pas dû à un évènement inhérent à l'exercice 2006 mais à une dégradation progressive du rapport entre charges et produits depuis 2001, qui a été masquée par cette gestion comptable insincère.

### **2.4.2. Le contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) 2004-2008 n'a pas été mis en œuvre et les aides sont utilisées pour masquer la réalité du déficit**

[109] Le CREF imposé par la tutelle en décembre 2004 n'est pas considéré par la direction comme une opportunité de rationaliser les dépenses et d'engager une démarche de performance des services indispensable dans la cadre de la montée en charge de la T2A<sup>58</sup>. Alors que le CREF a été mis en place pour supprimer progressivement les reports de charges<sup>59</sup> et permettre à l'établissement d'assainir sa gestion financière, le CHIPS a volontairement maintenu cette pratique ; il a utilisé l'aide accordée par l'ARH à d'autres objets. Les mesures du CREF ne sont pas mises en œuvre, elles sont systématiquement reportées ou revues à la baisse.

<sup>56</sup> Cf. annexe 7 « finances », partie 2, § 2.1.3 et 2.2.1

<sup>57</sup> Il paraît surprenant que cette constance dans le report n'ait pas alerté les autorités de tutelle ou de contrôle.

<sup>58</sup> Cf. annexe 7 « finances », partie 2.1, notamment § 2.1.4

<sup>59</sup> Une aide de 8M€ de l'ARHIF fin 2004 vient ainsi aider à l'apurement des reports de charges portant sur la taxe sur les salaires à hauteur de 57%. Le rapport de présentation du compte administratif 2005 par la direction des affaires financières examiné lors du conseil d'administration du 28 juin 2006 indique très explicitement que l'aide ARH reçue est destinée à l'apurement des arriérés de taxes sur les salaires.

- [110] **L'échec du CREF traduit essentiellement une absence de régulation des dépenses, notamment des dépenses de personnel, et un défaut d'anticipation de la mise en œuvre de la tarification à l'activité qui a lourdement pesé sur les recettes.**
- [111] Ainsi, il est remarquable de constater que :
- les gains de recettes attendues par une reprise de l'activité et contractualisés dans le CREF à hauteur de +12,6M€ sur la période 2005-2007 donnent lieu en fait à une perte de recettes de -5,8M€;
  - la politique de rationalisation des dépenses de personnel et des achats définie dans le CREF qui devait permettre une économie de -10,4M€ sur la période 2005 à 2007 aboutit en réalité à une augmentation des dépenses de +16M€<sup>60</sup>.
- [112] L'évolution de la structure des dépenses et des recettes sur la période 2005-2007<sup>61</sup> est en effet caractérisée par deux phénomènes majeurs.
- [113] Les recettes (hors aides de l'ARH) diminuent de -4,7M€ soit -2,1%, malgré les déclarations récurrentes d'augmentation de l'activité par la direction de l'établissement et l'augmentation significative des recettes de titre 2<sup>62</sup>. Ainsi, les produits de l'activité hospitalière (titre 1) ont diminué de -5,1M€ entre 2005 et 2007 alors même que l'activité est restée stable pendant cette période<sup>63</sup> confirmant le caractère d'établissement perdant à la T2A du CHIPS mais aussi son manque d'anticipation à la mise en œuvre de ce nouveau financement des établissements de santé<sup>64</sup>.
- [114] Les dépenses augmentent nettement (+11%), cela s'explique, pour les deux tiers, par une forte croissance des dépenses de personnel et pour près d'un cinquième par l'augmentation des dépenses à caractère général et hôtelier. Contrairement aux préconisations du CREF qui contractualisait une nette diminution des charges de personnels (-9,2M€ sur la période), les dépenses de personnels hors taxe sur les salaires ont augmenté de +6,5M€ passant de 149,4M€ à 155,9M€ soit + 4,3%. En outre, les dépenses de gardes et astreintes, ont augmenté de +18,5%. Enfin, l'accroissement des dépenses de personnels n'a pas empêché un recours plus important aux personnels intérimaires dont les charges augmentent de +27% sur la période (562K€).
- [115] Il en résulte un taux de déficit (déficit/recettes hors aide) en forte progression de 2,5% en 2005 à 16,5% en 2007.

---

<sup>60</sup> Cf. annexe 7 « finances », § 2.1.4

<sup>61</sup> Cf. annexe 7 « finances », partie 2.2

<sup>62</sup> En raison d'une augmentation de 30% du prix de journée et 7% du forfait journalier hospitalier.

<sup>63</sup> Concernant l'évolution de l'activité MCO en volume et montants valorisés : le nombre de RSA transmis et valorisés augmente légèrement sur la période 2005-2007 de +0,26% et les recettes valorisées en 100% T2A diminuent de -0,72% (Données e-PMSI – source ATIH).

<sup>64</sup> Avec le passage à la T2A, l'augmentation d'activité doit être au moins supérieure à 1,5% voire davantage par an pour pouvoir avoir des recettes équivalentes au budget précédent ; toute stagnation équivaut à une perte financière.

Tableau 8 : Evolution de la structure des dépenses et des recettes sur la période 2005-2007 :

En M€	2005	2006	2007	Evolution en % 2007/2005	Evolution moyenne annuelle en %	Part dans l'évolution en %
<i>Dépenses</i>						
Titre 1	150,2	161,5	167	11%	4%	67%
Titre 2	32,9	33,7	34,9	6%	2%	8%
Titre 3	24,2	23,8	28,8	19%	6%	18%
Titre 4	16,7	34	18,4	10%	3%	7%
Total dépenses	224	253	249,1	11%	4%	100%
<i>Recettes hors aide ARHIF</i>						
Titre 1	183,6	182,2	178,5	-3%	-1%	110%
Titre 2	12,9	16,3	16,1	24%	8%	-67%
Titre 3	22	20,2	19,2	-13%	-4%	61%
Total recettes	218,5	218,7	213,8	-2%	-0,7%	100%
<i>Déficit hors aide ARHIF</i>						
Résultat	-5,5	-34,4	-35,2	544,6%	181,5%	
Taux de déficit*	2,5%	15,7%	16,5%			

\* *taux de déficit structurel = déficit hors aides ARHIF/recettes hors aides ARHIF*

*Source : Comptes financiers du CHIPS, traités par la mission*

- [116] Ainsi, les deux mesures les plus déterminantes d'un CREF devenu très coûteux (29,4M€<sup>65</sup> en trois ans), la diminution des personnels médicaux et non médicaux et l'augmentation de l'activité, n'ont pas été mises en œuvre. L'aide versée n'a pas été utilisée pour son objet, ce qui a dissimulé d'autant plus l'absence de maîtrise des dépenses et la réalité du déficit.
- [117] **C'est donc la poursuite d'une stratégie de « fuite en avant » qui caractérise la gestion budgétaire pendant la période 2005-2007, menée par un établissement qui était en réalité déjà en déficit chronique depuis 2002.**

Tableau 9 : Evolution des déficits comptables et réels (y compris aides ARHIF) en M€

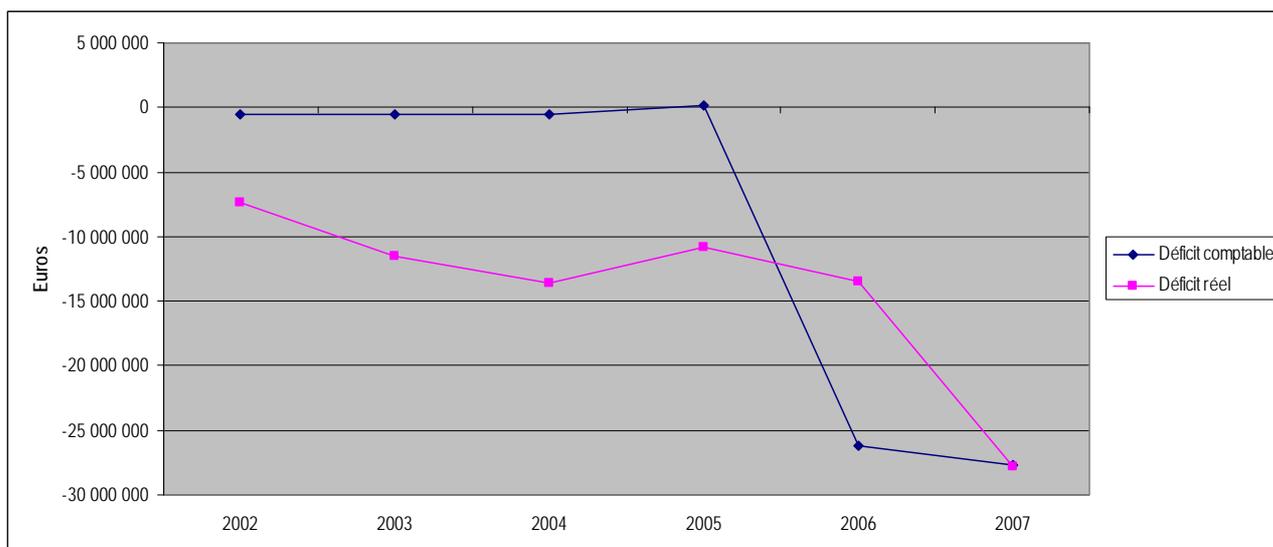
	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Déficit comptable	-0,6	-0,5	-1,4	0,1	-26,2	-27,7
Déficit réel	-7,3	-11,5	-13,6	-10,8	-13,5	-27,8

*Source : Calculs IGAS - Données CHIPS retraitées par la mission*

- [118] Le déficit réel représente le résultat y compris l'aide ARHIF tel qu'il aurait dû apparaître si la gestion de la direction en place avait été sincère. Nous avons ainsi corrigé les dépenses et les recettes de chaque exercice en ré-imputant les charges non mandatées ou provisionnées depuis 2002 (taxe sur les salaires, provisions pour CET et créances admises en non valeur) sur les exercices auxquels elles correspondent. Ce retraitement est détaillé en annexe 7 « finances » partie 4.2.

<sup>65</sup> L'ARHIF a versé, en 2006 et 2007, 10,4M€ de plus que l'aide initialement contractualisée de 19M€

Graphique 3 : Résultat du CHIPS (comptable/réel) 2002-2007



Source : Données des comptes financiers retraités par la mission sur la base des données CHIPS

- [119] **Mais la situation est encore plus grave si on ne prend pas en compte les aides AHRIF et que l'on examine le résultat dégagé seul par l'établissement, du fait de son activité, ce que l'on pourrait appeler le « déficit structurel réel ».**

Tableau 10 : Evolution du résultat réel sans aides AHRIF (déficit structurel réel) 2002-2007 en M€

2002	2003	2004	2005	2006	2007
-7,3	-11,5	-21,6	-16,4	-21,7	-35,3

Source : Calculs IGAS

- [120] **Une telle démonstration était largement à la portée des responsables de l'établissement mais aussi de la tutelle. Alors que le CHIPS était suivi de façon régulière en raison du CREF, l'alerte aurait dû être déclenchée bien avant 2007 par les responsables de l'établissement et la tutelle, ce qui ne s'est pas produit en l'absence de pratique élémentaire de contrôle budgétaire.**

#### 2.4.3. La direction des affaires financières est défailante

- [121] La direction des affaires financières (DAF) et de la clientèle (DC) sont réunies sous l'autorité d'une même directrice, un portefeuille trop large pour un seul agent, qui est ainsi mis en difficulté pour faire face à ces deux tâches ; son propre parcours n'en fait en outre nullement une spécialiste des finances et sa connaissance de l'établissement ne peut suffire à pallier une expertise insuffisante en matière de techniques financières et comptables, au moment où l'établissement passe de la dotation globale à la tarification à l'activité.
- [122] La DAF n'est pas réorganisée à la hauteur des enjeux financiers du CHIPS. Elle voit ses effectifs diminuer (10 ETP en 2007 contre 12,45 en 2005), alors que ce département nécessitait manifestement un renforcement, notamment du contrôle de gestion.

- [123] La prévision budgétaire est totalement déconnectée de la réalité de la dépense. Entre 2005 et 2007, les budgets sont établis de manière incrémentale en reconduction/mesures nouvelles, sur la simple base du budget N-1, sans tenir compte de la réalité de l'exécution budgétaire N-1. Les directions fonctionnelles ne sont pas associées à sa préparation et aucune réelle stratégie financière de réduction du déficit n'est mise en œuvre.
- [124] La DAF n'utilise aucun outil de contrôle et de pilotage budgétaire. Il n'existe pas de tableaux de bord de suivi de l'engagement des dépenses. A sa décharge, la lisibilité sur l'engagement des dépenses est très réduite. Les dépenses sont régulièrement engagées et liquidées dans le même temps en fin d'année ne permettant pas un suivi infra annuel. Le suivi des recettes issues de l'activité n'est pas davantage fiable, en raison notamment d'une absence totale de collaboration entre le DIM et la DAF. Cette absence de suivi budgétaire est révélatrice de l'inexistence de toute réelle démarche de régulation des dépenses.
- [125] Il n'existe en outre aucun contrôle de gestion ni aucune comptabilité analytique.
- [126] A la date d'affectation de l'actuel directeur, le 15 octobre 2007, le déficit 2007 estimé à -15M€ était largement sous-évalué. L'absence de pilotage financier et les retards dans l'engagement et le mandatement des dépenses ont en effet masqué l'explosion entre 2006 et 2007 des dépenses de personnel (+5,5M€) ainsi que la forte dégradation des recettes d'activité (-3,7M€). Comme l'a indiqué le directeur à la mission, le déficit budgétaire réel de l'établissement, qui s'établira en mars 2008 à -27,7M€(+12,7M€ par rapport aux prévisions), était revu jour après jour entre septembre 2007 et mars 2008. La nouvelle direction financière mettra notamment en évidence le stock des créances irrécouvrables et le déficit de provisionnement des charges liées au CET (soit 15M€).

#### 2.4.4. La situation financière et bilancielles du CHIPS au 31/12/2007 est fortement dégradée

- [127] La prise en compte de la taxe sur les salaires rendue nécessaire, en 2006, par la mise en œuvre de l'EPRD a rendu apparente la dégradation des grandes valeurs bilanciellles de l'établissement :
- l'établissement est immédiatement en insuffisance d'autofinancement ;
  - le prélèvement sur le FRNG<sup>66</sup> en 2006 pour apurer les reports de charges intenses pratiqués depuis 2002 a réduit à néant la capacité à investir de l'établissement alors même que le taux de vétusté de celui-ci est important (80%) ;
  - en conséquence, pour assurer le financement du remboursement des dettes financières mais aussi pour couvrir ses dépenses courantes, l'établissement a été contraint de s'endetter. Il a recouru à l'emprunt en 2007 à hauteur de 42,75M€ puis en 2008 à hauteur de 48,8M€, ce qui va alourdir durablement ses charges financières.

Tableau 11 : Valeurs bilanciellles du CHIPS

En K€	2005	2006	2007
CAF	7 160	-19 822	-14 934
FRNG	21 780	- 619	-141
BFR	14 675	- 6 112	910
Trésorerie	7 106	5 493	- 1 051

Source : Comptes financiers 2005 à 2007 et données SNATIH

<sup>66</sup> Fonds de roulement net global

## **2.5. Parmi les nombreuses faiblesses de la gestion administrative, l'absence de pilotage médico-économique est la plus notable par son impact sur les recettes de l'établissement**

[128] On aurait pu penser que l'administration de l'hôpital serait épargnée par les effets de « site » et serait fusionnée rapidement. Cela ne sera pas totalement le cas et on a souvent appliqué aux responsables administratifs de tous niveaux le même principe qu'aux services médicaux : mettre en œuvre la fusion au départ des personnes.

### **2.5.1. Une absence criante de pilotage médico-économique**

#### 2.5.1.1. La gestion de l'information médicale est particulièrement défaillante

[129] L'ancien responsable du DIM ne s'est pas investi pour impliquer les médecins dans le codage de leurs activités et les aider à entrer dans la démarche T2A.

[130] Le retard au déploiement des postes informatiques dans les services et l'utilisation par les médecins de logiciels-maison ont conduit à des modalités de codage très variables selon les services, allant du codage direct dans les services dans le logiciel Crossway, au codage centralisé au DIM à partir des dossiers médicaux, en transférant les fiches-papier remplies par les services et mentionnant les codes au DIM pour rentrer les codes dans le logiciel<sup>67</sup>.

[131] L'établissement avait fait le choix d'un codage quasi-centralisé, qui comporte en théorie l'avantage d'un codage plus homogène et plus exhaustif, mais repose sur la qualité des informations présentes dans le dossier médical, qui est loin d'être parfaitement tenu dans l'établissement. Cette stratégie a conduit à un faible intérêt du corps médical pour le codage (même si certains médecins sont fortement investis et connaissent parfaitement la nomenclature) et à un investissement médico-économique limité, dommageable dans un contexte de déficit financier.

[132] Les seuls travaux du DIM que son responsable nous a transmis se sont limités à :

- une présentation didactique avec des analyses macro-économiques ponctuelles présentée annuellement à l'ancien directeur et à ses collaborateurs, sans qu'aucune suite ne soit donnée, ni qu'aucune commande particulière ne soit passée pour éclairer les décisions à prendre ;
- une analyse détaillée de l'activité 2006 (avec les GHM et la valorisation de l'activité par service) mais qui n'a pas été utilisée par l'établissement et deux études ponctuelles à la demande notamment du président de CME sur les données 2005 de l'orthopédie et de la réanimation (pour le regroupement)<sup>68</sup>.

[133] En outre, seul l'ancien responsable du DIM disposait des informations PMSI accessibles sur la plateforme de l'ATIH, c'est-à-dire de la trentaine de tableaux de la plateforme e-pmsi. Celui-ci ne faisait pas de restitution systématique aux chefs de service, qui leur aurait permis de disposer d'une analyse médico-économique de leur activité.

<sup>67</sup> Cf. audit général réalisé par Cap Gemini Consulting en octobre 2008 sur le thème de la reconfiguration des fonctions de recueil et de codage des informations médicales, de la valorisation et de la facturation de l'activité.

<sup>68</sup> Par ailleurs certains chefs de service l'ont sollicité pour obtenir des données chiffrées afin d'établir leur dossier de renouvellement quinquennal.

- [134] Les médecins rencontrés par la mission sont assez critiques à son encontre lui reprochant, au mieux de ne leur avoir apporté aucune aide au PMSI, et au pire de confisquer leurs données sans leur faire un retour d'information par une analyse évolutive. A la demande explicite de la mission, un traitement des données PMSI de 2005 à 2009 a été réalisé. Il figure en annexe 3-1, mais ces résultats annuels auraient dû être présentés et discutés devant les instances et chaque chef de service aurait dû pouvoir disposer des informations concernant son secteur d'activité.
- [135] Le DIM n'a joué son rôle ni de formation et d'assistance des cliniciens des services, ni d'aide à la production de données et de soutien à l'utilisation des nouveaux outils d'informatisation du codage<sup>69</sup>. Ce retard à l'apprentissage au PMSI et à la tarification à l'activité (T2A) a été très préjudiciable. Ce n'est que depuis 2009 avec la constitution des pôles et l'élaboration des tableaux de bord et CREA<sup>70</sup> que la plupart des médecins sont vraiment sensibilisés à l'impact financier des activités réalisées. Certains responsables de pôles sont plus mobilisés que d'autres et pourraient être les premiers à entrer dans la contractualisation et la délégation de gestion (pôles n°1, 6 et 8 notamment).
- [136] Par ailleurs, la situation des archives médicales s'est peu à peu détériorée. Des difficultés existaient pour accéder aux dossiers qui étaient réglées ponctuellement, ou conduisaient à ouvrir un nouveau dossier pour un patient, faute d'avoir retrouvé l'ancien. Ce service rattaché au DIM<sup>71</sup> jusqu'à fin 2008 a été laissé à l'abandon pendant plusieurs années : les agents se débrouillant par eux-mêmes (cf. infra situation à la nomination d'une nouvelle responsable en mars 2008).

2.5.1.2. L'absence totale de coordination entre le DIM et la DAF ainsi que les carences de la facturation ont entraîné des pertes de recettes évaluées à 2,5M€/an

- [137] Il n'y a pas de coordination par le directeur de l'équipe de direction sur le plan financier. Chaque direction évolue en autarcie et la DAF peine à obtenir les informations.
- [138] Le dialogue de gestion et le pilotage médico-économique ne sont pas du tout développés au sein de l'établissement. Le chef d'établissement n'a pas organisé la collaboration indispensable entre la DAF et le DIM, le dialogue de gestion avec les pôles, ni de ce fait anticipé les conséquences de la T2A sur les ressources qu'il s'agisse de la facturation, du recouvrement et de la valorisation de l'activité. Il ne s'est impliqué que tardivement et sous la contrainte de la tutelle, dans la refonte du système d'informations hospitalier (SIH) malgré son caractère éminemment stratégique. Il n'en a pas conduit la refonte et n'a pas mis en œuvre un recueil exhaustif de l'activité sous toutes ses formes.
- [139] Ainsi, les processus de recueil de l'activité, de codage et de facturation connaissent de nombreux dysfonctionnements organisationnels et informatiques : interopérabilité défailante entre les logiciels de gestion administrative du patient et de l'information médicalisée qui entraînent des pertes d'activité, hétérogénéité et délais de codage qui pèsent sur la facturation, absence d'exhaustivité et de qualité dans le recueil des données administratives, absence de toute procédure d'identité-vigilance, défaut de contrôle de cohérence entre les données administratives et médicales, taux de rejets important de la trésorerie, parcours du patient non optimisé qui favorise sa sortie sans encaissement, absence de tableau de bord et par conséquent de pilotage de la facturation.

<sup>69</sup> Le non-remplacement du médecin DIM du site de Saint Germain est difficilement explicable.

<sup>70</sup> Compte de résultat analytique.

<sup>71</sup> Comme prévu par la réglementation.

[140] Tous ces dysfonctionnements ont entraîné des pertes de recettes d'autant plus dommageables compte tenu du contexte financier, et difficiles à évaluer en l'absence de toute donnée de suivi de la facturation. **La facturation était « une boîte noire »<sup>72</sup>. Nous estimons cependant les pertes de recettes liées à la sous-facturation à 2,5M€*an a minima* à activité constante en volume.**

[141] Ces carences du pilotage stratégique financier du directeur expliquent, en partie, l'absence de toute réelle pédagogie interne sur les impacts de la T2A et la nécessité de valoriser de façon exhaustive l'activité existante et de maîtriser les coûts.

### **2.5.2. La gestion des ressources humaines ne s'inscrit ni dans l'optique d'un pilotage de la masse salariale, ni dans le cadre d'une gestion optimale des compétences**

[142] La gestion des ressources humaines s'inscrit dans le même cadre de proximité –valorisante pour les agents – mais aussi d'absence de mise en place d'une analyse de réels outils de suivis et de pilotage.

[143] Aucune stratégie n'est véritablement définie quant à l'adéquation des effectifs à l'activité ; la conscience des difficultés financières conduit à peser sur l'évolution des effectifs pour réduire les effectifs à compter de 2005 ; les effectifs font l'objet d'un suivi, ce qui n'empêche pas leur augmentation sur 2005 et 2006 ; mais aucun objectif clair de réduction n'est fixé, et le suivi des effectifs est totalement déconnecté de celui de la masse salariale, qui n'est pas pilotée.

[144] Les dépenses de personnels augmentent de 11% en 2005-2007, l'établissement ne paye pas la taxe sur les salaires avant 2006 ; les dépenses d'intérim explosent en 2007, témoignant de cette absence d'anticipation et de définition des besoins (cf. supra 2.4.2).

[145] Le directeur a tendance à reporter les décisions délicates, sur certaines primes par exemple, privilégiant le consensus à la décision, reconsidérant les décisions à mesure des demandes reconventionnelles<sup>73</sup>.

[146] La DRH est loin d'être moteur dans la recherche d'économies ; ainsi, elle s'opposera et réussira à empêcher le rapatriement en local de la paie, seul projet générateur d'économies du schéma directeur informatique.

[147] Aucune analyse n'est faite des expertises et compétences à mobiliser compte tenu des besoins de l'hôpital sur certains segments ; il n'apparaît même pas que ces besoins aient été clairement identifiés. Des secteurs entiers ne sont ainsi pris en charge qu'imparfaitement : les systèmes d'information, la gestion financière, les marchés publics et la politique d'achats, le contrôle de gestion, l'information médicale, pour ne citer que les plus flagrants.

### **2.5.3. Les systèmes d'information sont un point de faiblesse majeur**

[148] Les systèmes d'information sont déficients, sous l'autorité d'un directeur ancien qui a sans doute cherché à remplir les missions liées à sa fonction mais qui n'a aucune maîtrise technique de ces sujets, alors même que l'hôpital doit s'équiper pour faire face au défi du passage à la tarification à l'activité et au pilotage médico-économique ; l'ancien chef d'établissement, de l'avis de tous en interne comme en externe, n'a pas perçu l'importance ni l'intérêt d'investir, y compris humainement.

<sup>72</sup> Cf. annexe 8 relative à la facturation, partie 1.

<sup>73</sup> Prime pour travaux dangereux et salissants.

- [149] Le système d'information a été constitué avant 2005 sans cohérence globale. Les logiciels administratifs sont standards et donc intégrés entre eux. Par contre, les logiciels médicaux et médico-techniques, acquis sans plan d'ensemble, ne sont ni intégrés entre eux ni avec les logiciels administratifs. Dès 2003, le CHIPS connaît des difficultés pour rapprocher données administratives et médicales relatives à l'activité.
- [150] L'état du fichier structures montre une totale incompréhension des faiblesses majeures du système d'information qui ne peut être utilisé à des fins d'analyse et de pilotage. L'élaboration en 2005 d'un schéma directeur, à la demande de la tutelle, conduit à dresser un bilan qui étaye les multiples faiblesses de la gestion antérieure.
- [151] Le schéma, ambitieux, sera lancé en mars 2006, mais au départ de l'ancien directeur les résultats sont médiocres. Des projets sont lancés mais les ambitions sont rapidement réduites et plusieurs projets abandonnés. Surtout, les problèmes majeurs d'interface entre les logiciels en particulier entre gestion administrative des malades et dossiers patients PMSI ne sont pas résolus.
- [152] Les problèmes sont analysés en termes techniques sans que les sujets organisationnels, notamment l'incapacité des directions à travailler ensemble et à maîtriser les prestataires, soient effectivement traités.
- [153] La période d'intérim sera marquée par la décision de changer le logiciel de gestion administrative des malades pour prendre le même fournisseur que celui de gestion des dossiers patients.

#### **2.5.4. Les procédures d'achat ne sont ni optimales ni rigoureuses**

- [154] Les achats sont le fait de plusieurs directions. Ils sont gérés de manière très traditionnelle et sans aucune influence des politiques d'optimisation des achats qui touchent l'ensemble du secteur hospitalier.
- [155] La planification des dépenses est classique, sur la base de plans, notamment pour l'équipement, selon des processus administratifs sans bouclage avec les utilisateurs en fonction des utilisations réelles. Les dépenses ne sont pas formellement suivies et ne sont pas maîtrisées. Le processus manuel de commande interne ne permet ni de faciliter la tâche des services, ni de mettre en place un contrôle de gestion et d'outiller la maîtrise des demandes. Les dépenses ne sont pas analysées par produits ou par famille, ou pour déterminer les principaux fournisseurs et suivre plus particulièrement les achats qui les concernent.
- [156] Le contrôle interne des achats est défaillant. Le système d'information, faute d'une utilisation correcte (fort niveau de liquidation directe par exemple) n'est pas un outil fiable pour suivre le respect des marchés par exemple. Les contrôles automatiques théoriquement existants ne sont pas mis en œuvre partout et leur réalité n'est pas vérifiée.
- [157] L'établissement connaît un véritable problème pour définir ses besoins, notamment dans des secteurs où il faut que deux directions collaborent. La DAHLB qui connaît ce type de difficultés pour son domaine propre est par ailleurs, en fin de chaîne, souvent mise devant le fait accompli par d'autres gestionnaires qui maîtrisent la définition du besoin et les commandes.

### 2.5.5. Nous constatons des dépassements du montant des marchés et des marchés irréguliers

- [158] Une analyse complète figure en annexe 11.1 et suivantes. S'agissant des marchés, la situation antérieure à 2005 était visiblement marquée par des pratiques faisant peu appel aux procédures formalisées et dans lesquelles les fournisseurs habituels conservaient la clientèle de l'hôpital pendant de longues périodes. Nous avons noté la persistance de ce type de situation, notamment dans le domaine informatique, pendant la période 2005-2007. Nous avons constaté des marchés irréguliers, mais aussi des cas où le respect formel des procédures se combine avec une absence de concurrence, sans réaction de l'établissement qui fait parfois des choix de prestataires discutables.
- [159] Un effort significatif a toutefois été fait pour passer des marchés, dont le nombre s'est très fortement accru, avant 2007 et pour améliorer les procédures de gestion, avec un impact toutefois limité.

Tableau 12 : Nombre de marchés

	2005	2006	2007	2008	2009
Nombre marchés fichier Excel	249	472	672	450	285
Nombre de marchés rapports au CA	381	437	689		

Source : Exploitation fichier fourni

- [160] Globalement, l'établissement consacre de trop faibles ressources à ses procédures d'achat et à la passation des marchés, et son personnel y est trop peu formé. Cela peut contribuer à expliquer une mauvaise application du code des marchés publics (CMP) dans la rédaction des marchés, sans le justifier.
- [161] Une mauvaise maîtrise du CMP conduit à des clauses problématiques voir irrégulières. Des modes de dépouillements par ailleurs pertinents ne sont pas conformes aux clauses de jugement des offres prévus (médicament). La principale cause d'irrégularité est l'insuffisance des montants prévus dans les marchés ; cela conduit à dépasser leur montant ou à passer des marchés complémentaires irréguliers : c'est particulièrement le cas de l'intérim.
- [162] Sur ce plan, nos investigations sur un échantillon de marchés nous ont conduits à repérer de nombreuses irrégularités dans la passation des marchés examinés. Au sein de ces procédures nous noterons particulièrement :
- Les paiements faits à la société XXXXX en dehors de procédures de marché pour un montant que l'établissement estime (avec un risque de surestimation) à 1,2 M€ au total sur la période contrôlée ;
  - L'acquisition sans publicité et sans mise en concurrence du logiciel de gestion administrative des malades du même fournisseur en 2007 ;
  - L'audit de l'activité médicale fait en 2007 pour lequel il y a des indices de commencement de la prestation avant la mise en concurrence.

### 2.5.6. Nos autres contrôles confirment largement la faiblesse de la gestion

- [163] Dans les autres domaines, nos investigations ont été plus limitées et ont moins porté sur l'historique. Des lacunes que nous avons constatées aujourd'hui sont toutefois l'héritage de cette période : non suivi des dépenses de téléphone, incapacité de rendre compte de la consommation des véhicules....

[164] Le secteur des autorisations d'activité ne fait pas l'objet d'un suivi rigoureux ; les retards de demandes sont fréquents surtout à compter de 2006, voire même de l'aveu de l'agent qui en était en charge jusqu'en 2009, volontairement lorsque « *l'on savait que l'on n'était pas aux normes* »<sup>74</sup>.

[165] Dans d'autres secteurs on peut rencontrer des responsables en mesure de rendre compte de leur activité, de présenter des bilans et des indicateurs de suivi c'est par exemple le cas du biomédical (cf. annexe 12).

## **2.6. Une tutelle dont la fermeté est récente, va faire peser sur la nouvelle direction une forte pression sur le volet financier**

### **2.6.1. L'absence de réaction de la tutelle sur la période antérieure à l'arrivée du nouveau directeur**

[166] L'ARHIF a imposé au CHIPS deux plans de retour à l'équilibre financier : le CREF 2004-2008 signé le 3 décembre 2004 puis le PREF 2008-2011 signé le 16 décembre 2008.

[167] Malgré des charges en partie masquées<sup>75</sup>, la situation financière très dégradée du CHIPS est connue de la tutelle fin 2003. Cette dernière, consciente des enjeux, s'est fortement impliquée dans le suivi du premier CREF, imposant au CHIPS, de façon exceptionnelle, des réunions de suivi bimestrielles<sup>76</sup> qui ont fait l'objet de comptes rendus ou de relevés de décisions systématiques.

[168] **La tutelle suit le CREF mesure par mesure et propose les corrections nécessaires à l'absence de mise en œuvre du CREF par l'établissement, mais sans jamais réellement imposer, en contrepartie de l'aide financière versée (19M€ en trois ans), les économies et réorganisations qui ont été contractualisées.** Ainsi, dès juillet 2005, l'ARH déplore que les objectifs en matière d'ajustement des effectifs médicaux ne soient pas réalisés. Elle demande à l'établissement « *de mettre en place des outils de planification et une démarche stratégique, ainsi qu'une étude globale sur l'absentéisme et des propositions de solutions* », recommandations qui ne seront pas suivies par le CHIPS. En novembre 2005, l'ARH rappelle encore que « *la philosophie du CREF impose...de pouvoir étudier l'évolution du budget dans sa globalité* » et déplore « *qu'à défaut de données chiffrées, cet examen n'ait pu être effectué* ». En mars 2006, l'ARH regrette également que « *les propositions présentées par l'établissement ne soient jamais discutées préalablement en interne* »<sup>77</sup>. Mais les aides sont maintenues.

[169] Au final, l'ARH se voit même contrainte d'apporter une aide financière supplémentaire de plus de 10M€ finançant au total une aide de 29,4M€ en trois ans, entre décembre 2004 et décembre 2007.

<sup>74</sup> Chirurgie ambulatoire Poissy.

<sup>75</sup> La direction des affaires financières a toujours fait état des reports de charges dans ses rapports de présentation du compte administratif devant le conseil d'administration et lors des réunions de suivi du CREF. Le stock des créances admises en valeur ni provisionnées ni apurées n'a à l'inverse pas fait l'objet de véritable information avant 2006, sur décision du directeur selon les dires de la directrice des finances de l'époque, XXXXX. Cependant, la lecture des comptes financiers qui sont largement diffusés pouvaient permettre d'appréhender facilement le montant très préoccupant de celles-ci.

<sup>76</sup> Demande de XXXXX, secrétaire générale de l'ARHIF qui suit personnellement le dossier, dès la 1<sup>ère</sup> réunion de suivi du CREF le 4 février 2005. Cet objectif sera en grande partie respecté avec 4 réunions en 2005, 5 en 2006 mais une seule en 2007 en date du 31 janvier 2007

<sup>77</sup> Cf. notes de comptes rendus de suivi du CREF du 21 juillet 2005, du 8 novembre 2005 et du 14 mars 2006.

- [170] **Nous constatons donc que la tutelle, malgré ses efforts, a manqué de fermeté vis-à-vis de la direction de l'ancien directeur.** En particulier, elle n'a pas réagi face à une utilisation de l'aide versée non-conforme à son objet, puisqu'elle a permis non pas de résorber le déficit structurel mais d'augmenter les charges. Elle aurait pu particulièrement réagir en constatant que les dépenses de personnel étaient en très forte croissance entre 2005 et 2007 - +16,8M€(+11%) - alors que leur diminution était une des mesures clés du CREF. Si une partie des évolutions étaient justifiées par des contraintes externes (mise aux normes de services ou mise en place de repos de sécurité), il aurait été nécessaire de les chiffrer et de faire un avenant au contrat.
- [171] Nous n'avons pas audité le fonctionnement de la tutelle locale et de l'administration centrale qui ont été uniquement rencontrées pour des éléments de prise de connaissance et dont l'action est appréciée au travers des documents fournis ou retrouvés au CHIPS. On peut toutefois s'étonner de son absence de réaction à tous les niveaux, DHOS comprise. Les audits sont nombreux, les acrobaties comptables visibles pour qui aurait réellement analysé les comptes. En particulier, on peut s'étonner que le départ de l'ancien directeur n'ait pas eu lieu plus tôt, qu'on ait jugé bon de le promouvoir à son départ, que son remplacement n'ait pas été anticipé.
- [172] Compte tenu de la situation, **un audit complet de l'établissement à ce moment aurait été nécessaire avant l'arrivée du nouveau directeur.** Avec le recul, il aurait pu conduire, d'ailleurs, à des mesures plus drastiques que la simple nomination d'un nouveau directeur.

#### **2.6.2. ...contraste avec sa présence sur le volet financier depuis lors**

- [173] A compter de 2008, la tutelle met en demeure l'établissement de mettre en place un PREF avant le 15 septembre 2008<sup>78</sup> et fait peser une forte pression sur le chef d'établissement, laissant planer la menace d'une administration provisoire.
- [174] L'aide contractualisée est désormais en partie conditionnée. Sur les 62M€ de financement par l'ARHIF, 31M€ ne seront versés qu'à la condition que le déficit contractualisé dans le plan global de financement pluri annuel (PGFP) soit strictement respecté. A l'inverse de la méthodologie utilisée lors du premier CREF, les réunions de suivi sont trimestrielles : nous ne pouvons que regretter l'absence de comptes-rendus de celles-ci.
- [175] En outre, la fermeté de la tutelle est quasi exclusivement axée sur le seul résultat financier de l'établissement. Or le PREF, comporte cinq axes dont deux ciblés sur les gains liés à la valorisation et au développement de l'activité. On ne trouve trace d'aucune interrogation sur l'état d'avancée de ces axes ni sur le suivi réel par l'établissement de l'ensemble des mesures.

### **3. MALGRE DES REUSSITES CERTAINES, LA DIRECTION NE PRESENTE PAS, DANS LE CONTEXTE PLUS GLOBAL DE L'HOPITAL ET DE SON ENVIRONNEMENT, LES CARACTERISTIQUES ADAPTEES POUR REPENDRE AUX IMPORTANTS DEFIS QUE L'ETABLISSEMENT DOIT ENCORE RELEVER**

- [176] **La période qui s'ouvre avec l'arrivée du nouveau directeur s'avère donc primordiale et particulièrement délicate. L'établissement doit construire et réussir le PREF imposé par la tutelle alors même que les défaillances relevées précédemment sont très nombreuses :** absence d'outils de pilotage financier, de comptabilité analytique et de contrôle de gestion, de coordination entre le DIM et la DAF, pratiques de codage hétérogènes, facturation et recouvrement défaillants, systèmes d'information incompatibles, des fusions et des regroupements stratégiques à organiser pour préparer le transfert et l'implantation sur un nouvel hôpital, une gouvernance non aboutie...

---

<sup>78</sup> Conseil d'administration du 19 mai 2008.

[177] Face à ce défi considérable qui s'impose à lui, le nouveau directeur réorganise la direction, et notamment la direction des affaires financières, recrute de nouveaux collaborateurs, en écarte d'autres et se focalise quasi exclusivement sur le secteur financier et l'élaboration du PREF.

**3.1. Une réussite incontestable mais fragile : le déficit passe de 35 à 19 M€, quasi exclusivement grâce à la facturation de l'ensemble de l'activité codée et à la diminution drastique de la masse salariale des personnels non médicaux.**

**3.1.1. Un PREF a été signé et la mise en place des outils de pilotage médico-économique entamée**

3.1.1.1. Le PREF 2008-2011 : un plan très ambitieux qui doit conduire à un gain net de 46M€ permettant un quasi retour à l'équilibre fin 2011

[178] Pour la construction du PREF qui sera conclu avec l'ARH le 16 décembre 2008, l'établissement a fait appel à un consultant extérieur, Cap Gemini Consulting (septembre 2008 à décembre 2009) qui a établi un nouveau diagnostic médico-économique et financier et proposé 5 axes comportant 95 actions pour assurer le retour à l'équilibre financier. Le PREF est construit de façon matricielle en prévoyant des mesures par pôle d'activité, par axe et type de mesure mais également par titre. Le détail des mesures financières figure en annexe 7 partie 5<sup>79</sup>.

Tableau 13 : Axes du PREF

Axes du PREF		Nombre d'actions/axe	Gains nets attendus en M€
Axe 1	régularisation de la valorisation de l'activité existante	23	12,8
Axe 2	développement d'activités bénéficiaires	36	16,2
Axe 3	restructuration et redimensionnement d'unités de production	18	5
Axe 4	réorganisation et redimensionnement des fonctions support	8	5
Axe 5	optimisation de la gestion des ressources humaines et de la masse salariale	10	6,9
<b>Total</b>		<b>95</b>	<b>46</b>

Source : PREF 2008-2011 (documents Cap Gemini Consulting)

[179] **Chacune des 95 pistes/actions retenues a fait l'objet d'une fiche** qui décrit par pôle les mesures à mettre en œuvre et chiffre les gains de recettes ou les économies de dépenses attendues<sup>80</sup>. **Le total des gains nets est ainsi évalué sur la période à 46 M€**

[180] L'augmentation de recettes nettes de 46M€ en trois ans et l'aide contractualisée de la tutelle à hauteur de 62M€ - dont 31M€ conditionnés ; doivent permettre un quasi retour à l'équilibre de l'établissement en 2011 avec un déficit résiduel de l'ordre de -1,8M€

<sup>79</sup> Cf. annexe 7, PJ 7-4 à 7-10 détaillant les axes, actions et mesures financières du PREF.

<sup>80</sup> Cf. annexe 7, PJ 7-11 relative à un exemple de fiche-action du PREF.

Tableau 14 : Simulation financière pluriannuelle avant et après mise en œuvre du PREF

En M€	2008	2009	2010	2011
Résultats d'exploitation avant plan	-33,6	-38,8	-43,6	-48,1
Mesures à mettre en œuvre par le CHIPS (solde net des recettes suppl. et économies)	0	19,2	34,7	46,3
<b>Résultat d'exploitation après plan</b>	<b>-33,6</b>	<b>-19,6</b>	<b>-8,9</b>	<b>-1,8</b>
Aide ARHIF	21	10	20	11
Résultat cumulé final	-61,4	-80,9	-89,8	-91,7

Source : PREF 2008-2010 (annexe 4-4 du CPOM)

### 3.1.1.2. La réorganisation de la direction des affaires financières et la mise en place d'outils de pilotage budgétaire et médico-économique

- [181] L'actuel directeur a scindé la direction des finances (DFI) de la direction de la clientèle (DC), une décision opportune pour effectuer un meilleur suivi financier et une régularisation de la valorisation de l'activité existante en termes de recettes, s'agissant de deux secteurs clés pour le retour à l'équilibre. Même si ses effectifs sont encore insuffisants pour la mission, il renforce la DFI avec le recrutement d'un contrôleur de gestion expérimenté, d'une contrôlease de gestion junior et de deux adjoints des cadres.
- [182] En outre, il regroupe au sein du même pôle administratif la DFI, la DC, le DIM afin d'établir enfin une réelle communication entre la facturation, le pilotage budgétaire et le suivi médico-économique de l'activité.
- [183] La rénovation du système d'informations de suivi des dépenses et des recettes a facilité la mise en place de premiers tableaux de bord hebdomadaires ou mensuels : tableau de bord de suivi des recettes émises, de l'EPRD, de la facturation et contrôle systématique des recettes émises et des dossiers facturés et restant à facturer dans le cadre d'un travail collaboratif mis en place entre la DFI et la DC.
- [184] La volonté de constituer une véritable direction des finances, de mettre en place une comptabilité analytique et un contrôle de gestion apparaît clairement assez vite et donne des premiers résultats. Le contrôleur de gestion, recruté en septembre 2008 a ainsi mis en œuvre deux chantiers importants :
- La refonte du fichier structure qui est réalisé entre septembre et décembre 2008, diminuant le nombre pléthorique d'unités fonctionnelles (UF) qui passe de 800 à 400 et rationalisant ainsi le fondement du SIH de sorte que les coûts soient correctement imputés et qu'une comptabilité analytique puisse être mise en place,
  - Des comptes de résultats analytiques par pôle et service (CREA) et des tableaux de bord de gestion décomposant par pôle le suivi de l'activité en volume et en recettes valorisées, les dépenses de personnel, les consommations et la répartition des charges directes. Ces tableaux de bords finalisés fin 2009 sont disponibles sur l'intranet depuis janvier 2010.

### 3.1.2. Fin 2009 le CHIPS affirme être pour l'essentiel en capacité de valoriser à 100% son activité

[185] Le PREF a mis en évidence la sous valorisation de l'activité du CHIPS et prévu un axe relatif à sa régularisation (axe 1), qui repose essentiellement sur l'amélioration de l'exhaustivité et de la qualité du codage et l'optimisation de la facturation<sup>81</sup>.

3.1.2.1. L'amélioration du taux d'exhaustivité du codage de l'activité entraîne une augmentation des recettes de l'assurance maladie

[186] Des dysfonctionnements importants persistent dans le recueil de l'activité, notamment pour l'hospitalisation, en l'absence d'un codage totalement décentralisé et réalisé en temps réel (cf. infra. 3.2.1). **Néanmoins, grâce à une politique volontariste et systématique de rattrapage en fin d'année de l'activité non codée « au fil de l'eau »<sup>82</sup>, l'établissement indique que son taux d'exhaustivité du codage est voisin de 100% à la clôture de l'exercice<sup>83</sup>.** L'établissement a ainsi rattrapé, sur le dernier trimestre 2009, 2 067 séjours non codés depuis le début de l'année. Sachant que la valeur moyenne d'un séjour en 2009 correspond à une recette de 1902 €(source Pmsi-Pilot), ce processus de rattrapage et la valorisation de 2000 séjours non codés ont permis au CHIPS d'éviter une perte de recettes estimées à 3,6M€<sup>84</sup>.

[187] Entre 2008 et 2009, les recettes d'assurance maladie pour les séjours MCO ont augmenté légèrement de +1,5M€(+1,4%), les recettes des actes et consultations externes MCO ont progressé très fortement de +3,3M€ soit +26%.

[188] L'organisation ainsi que l'activité médicale de l'établissement n'ont pas été modifiées pendant cette période et l'activité est restée stable (légère baisse de -0,4% du nombre de RSA valorisés entre 2008 et 2009<sup>85</sup>, compte tenu par ailleurs de l'arrêt de la radiothérapie). **L'augmentation des recettes d'assurance maladie (titre 1) directement liée à l'activité (hors MIG-AC-DAF...) est donc due, non pas à une augmentation de l'activité, mais bien aux efforts importants menés sur l'exhaustivité du codage, même si ceux-ci relèvent encore de mécanismes de rattrapage et non d'un processus stabilisé et pérenne optimisant le recueil de l'activité.**

[189] Par ailleurs, les recettes des molécules onéreuses et dispositifs médicaux implantables facturés en sus des séjours ont augmenté entre 2008 et 2009 de +1,7M€ soit 26% ; 970K€ étant imputables en application du PREF (fiche 1.6 du PREF) à l'amélioration de leur recouvrement.

[190] Ainsi, les gains de recettes de titre 1 (hospitalisation, actes et consultations externes, MO et DMI) liés à l'optimisation du codage et de la facturation à l'assurance maladie, dans le cadre de l'axe 1 du PREF, sont estimés à 5,8M€

<sup>81</sup> Cf. PJ 7-10 relative aux 95 actions du PREF par axe, se reporter aux 23 actions de l'axe 1.

<sup>82</sup> En 2008 ainsi qu'en 2009, les équipes du DIM aidées par le contrôle de gestion ont systématiquement récupérées avant la date de clôture la totalité des séjours et actes et consultations externes non codés au cours de l'exercice.

<sup>83</sup> Données transmises par le DIM et confirmées par les tableaux de bord de gestion par pôle de février 2010 du contrôle de gestion.

<sup>84</sup> Il convient cependant de noter que les carences actuelles du codage qui n'est pas réalisé au « fil de l'eau » pèsent lourdement sur la trésorerie de l'établissement qui a dû emprunter en 2007 puis 2008 pour financer l'investissement mais aussi ses besoins de trésorerie.

<sup>85</sup> Données e-PMSI.

### 3.1.2.2. La profonde réforme du processus de facturation permet au CHIPS de facturer à 100% son activité

- [191] Au vu des difficultés considérables de la facturation constatées début 2008, Cap Gemini Consulting, dans le cadre de la construction du PREF, a réalisé un audit sur les fonctions de recueil, de codage des informations médicales, de la valorisation et de la facturation. Cette analyse établit clairement, qu'au-delà des problèmes réels d'interface entre les logiciels, des dysfonctionnements organisationnels importants empêchent une facturation à 100% de l'activité.
- [192] Une rénovation importante des processus de facturation est mise en œuvre, dont les modalités principales sont les suivantes :
- Optimisation du parcours du patient ;
  - Interopérabilité entre le nouveau logiciel de gestion administrative des malades (Pastel) mis en place au 1<sup>er</sup> janvier 2009 et le logiciel de l'information médicalisée (Crossway) ;
  - Désignation comme logiciel «maître» le logiciel administratif pour devenir «le serveur d'identité» ;
  - Institutionnalisation de pièces justificatives obligatoires et rédaction de la procédure identito-vigilance pour une «écriture» uniforme ;
  - Décentralisation progressive des caisses au niveau des services depuis le mois de mai 2009 et délégation de l'encaissement aux secrétaires médicales ;
  - Mise en place d'un tableau de bord de suivi hebdomadaire spécifique à la facturation.
- [193] **Cette rénovation importante du processus de facturation, encore en cours, a produit ses premiers résultats en 2008.** Les recettes de facturation (titre 2) augmentent en effet de +2,5M€ entre 2007 et 2008 passant de 16,1M€ à 18,6M€, soit +15,70%. **Pour 2009, à la date de clôture de l'exercice, la direction de la clientèle indique avoir facturé 100% de l'activité<sup>86</sup>**, soit 52 517 séjours et séances et 307 898 actes de consultations externes. Les recettes de titre 2 sont cependant restées relativement stables entre 2008 et 2009 passant de 18,6M€ à 18,4M€, alors même que l'activité stagne. **L'effort de rattrapage pour l'essentiel mené en 2008 a atteint son terme.**

### 3.1.3. La mise en place d'un pilotage de la masse salariale permet en 2009 de diminuer les coûts de personnel non médical

- [194] Les dépenses de personnel (titre 1) se stabilisent en 2008 avant de s'infléchir à la baisse à compter de 2009, enregistrant ainsi sur deux ans une diminution de 2,5%. C'est principalement le personnel non médical, titulaire et stagiaire, et en particulier soignant sur 2007 et 2008, qui est à l'origine de cette baisse, celle-ci se traduisant de manière assez différenciée selon les pôles.
- [195] Au total, le poids des charges de personnel, d'un montant total de 161,9M€, représentent en 2009 64,8% des charges de l'établissement, en diminution depuis 2007 (elles représentaient alors 67% des charges). Cette diminution résulte d'une diminution globale des effectifs mais également d'une volonté de diminution du coût des agents.

---

<sup>86</sup> Tableau de bord de suivi de la facturation de la direction de la clientèle au 31/12/2009 établi le 17/02/2010 (Cf. annexe 8 PJ 8-3).

### 3.1.3.1. Un redimensionnement des équipes et une baisse des effectifs

- [196] La diminution des effectifs, engagée depuis 2006 (mais sans réduction de la masse salariale avant 2009), s'accroît en 2008. L'effectif global passe ainsi de 3648,4 ETP moyens<sup>87</sup> en 2005 à 3439,77 ETP moyens en 2009. Après une augmentation en 2006, la diminution est constante depuis 2007 (- 226,4 ETP depuis 2007) ; elle touche quasi exclusivement **le personnel non médical, qui contribue en nombre d'ETP à plus de 96% de la baisse globale d'effectifs**. Le personnel soignant contribue pour 115 ETP à cette baisse depuis 2006 ; y contribuent également, dans une moindre mesure, et surtout **à compter de 2009**, les personnels des pôles administratifs (pour l'essentiel les personnels techniques de la direction des travaux et les personnels de la direction des soins et du pool de brancardage).
- [197] S'ajoutent à ces effectifs les personnels intérimaires et vacataires à compter de 2008, soit fin 2009 l'équivalent de 17 ETP pour les premiers (en forte baisse) et de 50,1ETP pour les seconds.
- [198] Cette diminution des effectifs s'appuie, pour les services de soins, sur un ciblage plus précis des besoins, en développant la méthode des SIIPS<sup>88</sup>, dont le déploiement a été initié avant 2005, pour calculer la charge de travail en soins infirmiers, complétée par une approche similaire pour les soins indirects (aides soignantes). Cette méthode, déployée dans 80% des services fin 2008, fait l'objet d'un suivi par pôle et permet des ajustements d'effectifs entre services.
- [199] S'agissant des fonctions support, outre quelques mesures ponctuelles d'externalisation, les secrétariats médicaux, l'accueil et la direction des soins font l'objet de restructuration.
- [200] L'évaluation des besoins en personnel non médical et administratif s'affine progressivement avec la définition d'effectifs-cibles à partir de fin 2008.
- [201] L'établissement a utilisé largement la suppression de postes vacants, et le recours depuis 2009 au fonds pour la modernisation des établissements de santé publics ou privés ; 23 dossiers ont été liquidés en 2009, 27 sont en pré liquidation ou en attente et devraient déboucher en 2010.

### 3.1.3.2. La diminution du coût des agents

- [202] Le premier outil est le recrutement de contractuels tant pour le personnel administratif que soignants. L'objectif de 25% de contractuels notamment permanents est affiché dans le plan de retour à l'équilibre financier. Les personnels en CDI représentent 9,8 % des effectifs du CHIPS, et 6,6% des coûts de personnel. Le poids relatif des dépenses de personnels titulaires, à 105,9M€, diminuent de -8,8% entre 2007 et 2009.
- [203] Le second est de limiter le recours à l'intérim, coûteux et mal maîtrisé en 2005-2008 par l'établissement, en privilégiant le paiement d'heures supplémentaires et le recours, à compter d'avril 2008 à des vacataires. Cette politique s'est traduite par une internalisation de la gestion des remplacements, avec la mise en place d'une cellule spécifique à la direction des soins.
- [204] L'établissement a aussi encadré, réduit ou supprimé les avancements de grade, diverses primes et accessoires de salaires. L'avancement de grade est réduit au minimum réglementaire et l'effet rétroactif de l'avancement de grade au 1<sup>er</sup> janvier 2009 pour les CAP de décembre 2009 (gain immédiat mais non reconductible). Diverses primes ont été supprimées ou réduites en revenant à une application plus stricte de la réglementation et les congés bonifiés plus strictement encadrés.

<sup>87</sup> Effectif moyen sur la base des tableaux mensuels d'effectifs 2005-2009.

<sup>88</sup> Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée.

- [205] Il a suivi plus étroitement les mises à disposition et en faisant les demandes de dotations correspondantes en MIG, supprimant ainsi depuis 2008 une charge – indue – de l'établissement<sup>89</sup>.
- [206] Il a enfin géré plus rigoureusement le temps de travail du personnel non médical. Une mise à jour du guide du temps de travail (novembre 2008) négocié avec les organisations syndicales pour le personnel non médical, précise les temps de travail et les temps de pause, régularise l'octroi d'heures supplémentaires et supprime certains jours de repos non réglementaires. Les CRT ont été mis en extinction et la prise de jours CET encouragée pour « dégonfler » le volume des jours CET de l'établissement. Un provisionnement d'un montant correspondant au « risque », est désormais budgété en 2009<sup>90</sup> pour le personnel non médical.
- [207] Quelques bémols toutefois à ce redressement : la croissance qui se poursuit des CET médicaux (qui représentent fin 2009 l'équivalent de 98,5ETP sur un an), et la persistance de postes vacants, en particulier infirmiers.
- [208] L'absentéisme croît de manière sensible en 2009 passant de 9,7% à 10,6% et pèse également sur l'établissement.
- [209] La masse salariale du personnel médical n'a pratiquement pas évolué en dépit d'une productivité médicale globale largement inférieure à la médiane. Les données du « diagnostic flash » de 2008 affichent pour l'établissement des recettes T2A par ETP médical de 649.701€ inférieures à la médiane qui est de 784.630€. Celles-ci n'ont fait que baisser depuis 2005 (742.386€ETP médical). Il ne s'agit certes que de données globales ; elles nécessitent pourtant une réflexion interne car cette sous-productivité pénalise l'établissement et devrait l'inciter à s'interroger sur les organisations mais aussi sur la bonne utilisation des ressources médicales<sup>91</sup>.

#### **3.1.4. Le résultat est une amélioration nette de l'exploitation qui reste cependant fragile dans un contexte de mise en œuvre partielle du PREF et de stagnation de l'activité**

- 3.1.4.1. Le déficit contractualisé est respecté bien que le PREF 2009 ne soit que partiellement mis en œuvre

- [210] **La nouvelle direction obtient incontestablement de bons résultats financiers, tout en menant une politique d'assainissement des charges masquées de la gestion antérieure.** Le déficit contractualisé de -19,6M€ en 2009 est respecté avec un déficit prévisionnel de -19,1M€<sup>92</sup>. Le déficit réel (hors aide ARHIF) a ainsi été diminué de 46% entre 2007 et 2009 passant de -35M€ à -19M€. La situation comptable de l'établissement est, par ailleurs, en cours d'assainissement grâce à une **politique responsable et volontariste de dotations aux amortissements, dépréciations et provisions**. Ainsi, le stock des créances admises en non valeur qui était de 8,2M€ fin 2007 a été ramené à 3,7M€ fin 2009 et le risque « CET » des personnels non médicaux est aujourd'hui provisionné à la hauteur du risque<sup>93</sup>.

<sup>89</sup> C'est un mieux pour l'établissement mais *ces sommes devraient être à la charge des administrations d'accueil et non de l'assurance maladie*.

<sup>90</sup> Pour le personnel non médical ; la provision pour les personnels médicaux est en revanche insuffisante, cf. infra

<sup>91</sup> Notamment en chirurgie Cf. annexe pôle « Anesthésie, Bloc, Chirurgie ».

<sup>92</sup> Données CHIPS au 15 février 2010.

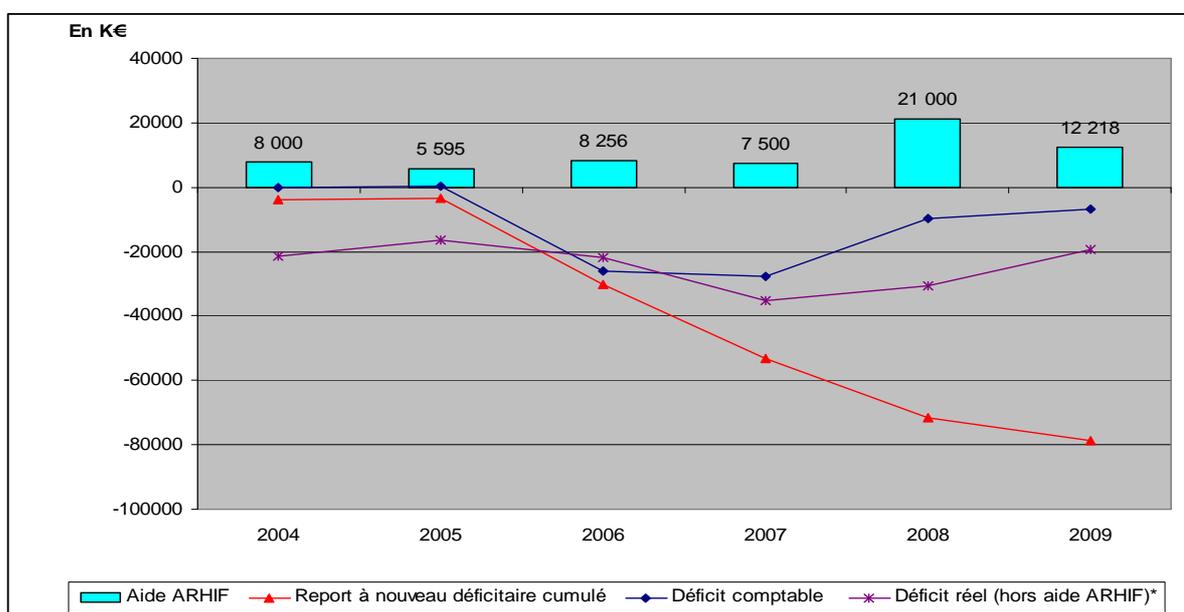
<sup>93</sup> Données CHIPS. Cf. Annexe 7 « finances », partie 5.3.3 et 5.3.4

Tableau 15 : Evolution du résultat et du report à nouveau déficitaire sur la période 2005-2009

Budget H (en K€)	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Déficit comptable	-1 379	129	-26 172	-27 799	-9 611	-6 941
Déficit réel *	-21 578	-16 422	-21 773	-35 300	-30 611	-19 159
Déficit cumulé	-3 711	-3 547	-30 410	-53 159	-71 375	-78 545
Aide ARHIF	8 000	5 595	8 256	7 500	21 000	12 218

Source : Comptes financiers 2005 à 2008. Pour l'année 2009, données de l'établissement au 15/02/2010. (\* Le déficit réel de 2004 à 2007 est le résultat hors aide corrigé par la mission des charges masquées)

Graphique 4 : Evolution du déficit comptable, du déficit réel (hors aide ARHIF) et du déficit cumulé sur la période 2004-2009 (en K€)



Source : IGAS - Comptes financiers CHIPS traités par la mission

[211] **Cependant, cette réussite globale s'agissant du déficit d'exploitation résulte d'évolutions très différentes de celles prévues par le PREF<sup>94</sup>.**

[212] La totalité des charges reste stable entre 2007 et 2009, loin de respecter les objectifs du PREF pour 2009. Ce dernier prévoyait une réduction des charges de -2,1M€, or elles augmentent de +4,5M€. Les recettes quant à elles augmentent de +17M€ entre 2007 et 2009, allant au delà des objectifs du PREF 2009 de +4,9M€. Il en résulte un déficit 2009 inférieur de 400K€ à celui prévu par le PREF.

<sup>94</sup> Les éléments qui suivent sont précisés en annexe 7 « finances », partie 5 (voir notamment la PJ 7-5 « PGFP après PREF » et la PJ 7-9 « mesures du PREF par titre).

Tableau 16 : Evolution de la structure des dépenses et recettes sur la période 2007-2009

En M€	2007	2008	2009	Ecart 2009/2007		Part en % de l'écart
<i>Dépenses</i>						
Titre 1	166,9	167,6	161,9	-5	-3%	-708%
<i>Dont PNM</i>	<i>129,3</i>	<i>128,4</i>	<i>123,7</i>	<i>-5,7</i>	<i>-4%</i>	
<i>Dont PM</i>	<i>37,6</i>	<i>39,1</i>	<i>38,3</i>	<i>0,7</i>	<i>2%</i>	
Titre 2	34,9	36,8	38	3,1	9%	454%
Titre 3	28,9	26,3	27,5	-1,4	-5%	-197%
Titre 4	18,4	22,9	22,2	3,8	21%	550%
<b>Total charges</b>	<b>249,1</b>	<b>253,6</b>	<b>249,8</b>	<b>0,7</b>	<b>0,3%</b>	<b>100,0%</b>
<i>Recettes hors aide PREF</i>						
Titre 1	178,5	172,9	183,3	4,8	3%	29%
Titre 2	16,1	18,6	18,4	2,3	14%	14%
Titre 3	19,2	31,3	28,9	9,6	50%	57%
<b>Total produits</b>	<b>213,9</b>	<b>222,9</b>	<b>230,6</b>	<b>16,8</b>	<b>8%</b>	<b>100,0%</b>
<i>Déficit hors aide PREF (déficit réel)</i>						
<b>Résultat</b>	<b>-35,2</b>	<b>-30,6</b>	<b>-19,2</b>	<b>- 16</b>	<b>46%</b>	
Taux de déficit*	16,5%	13,7%	8,3%			

Source : Données comptes financiers CHIPS traitées par la mission

- [213] **On ne peut comprendre cette évolution, et donc évaluer la mise en œuvre du PREF, sans prendre en compte le fait que la réalité des charges de titre 3 (charges à caractère général et hôtelier) et de titre 4 (charges d'amortissement, provisions, dépréciations financières et exceptionnelles) ainsi que celles des produits du titre 3 du PREF sont très différentes des prévisions.**
- [214] En premier lieu, le PREF n'a pas intégré l'impact de la nécessaire politique d'assainissement de la gestion antérieure. Ainsi, 8,3M€ de dotations aux provisions, notamment pour dépréciations de créances, CET et heures supplémentaires, impactent le titre 4 ; sachant que ces charges font par ailleurs l'objet de reprises sur provisions à la même hauteur sur le titre 3 en produits puisque le solde fin 2009 des dotations/reprises est de 0,1M€(cf. tableau 113 de l'annexe 7 « finances »).
- [215] Par contre, les charges d'heures supplémentaires et de CET sont venues accroître les dépenses de personnels, et les pertes sur créances irrécouvrables les charges à caractère général et hôtelier à hauteur de 4,5M€ sur la période 2007 à 2009.
- [216] En second lieu, les autres produits (titre 3) ont évolué d'une manière différente de ce qui était prévu (cf. annexe 7).
- [217] Si on neutralise ces évolutions qui ne sont pas liées aux « fondamentaux » de l'activité de l'établissement pendant la période pour évaluer l'impact pérenne du PREF, trois points permettent de comparer la situation de l'établissement fin 2009 par rapport à ce qui était prévu au PREF à cette date.
- [218] **Les charges de personnel** sont de 5,3M€ inférieures à celles prévues. La diminution drastique de la masse salariale des personnels non médicaux dépasse largement les objectifs 2009 qui sont atteints dès 2008 (167M€ de dépenses de personnels). Le CHIPS a réduit en deux ans le montant net de sa masse salariale de 8,9M€ au lieu des 3,7M€ prévus au PREF pour fin 2009.

- [219] Ce résultat est obtenu en dépit des charges liées à la gestion antérieure (nouvelle politique d'encouragement de prise des CET, cf. supra), mais aussi grâce aux économies liées à des vacances de postes (estimées à 3,6M€ cf. infra) et parce que le CHIPS n'a pas réalisé les recrutements prévus pour relancer l'activité (estimation PREF : 2,3M€ pour l'exercice 2009<sup>95</sup>).
- [220] **Les charges à caractère médical** sont de 0,4M€ inférieures aux prévisions, mais uniquement parce que les surcoûts liés aux mesures d'activité prévus au PREF (1,3M€) ne sont pas intervenus faute d'activité nouvelle.
- [221] **Les recettes d'assurance maladie et de facturation** sont de 6,1M€ inférieures aux prévisions du PREF même si elles augmentent de 7,1M€ entre 2007 et 2009 grâce notamment à la régularisation de la valorisation de l'activité (cf. supra). Cette augmentation ne suffit pas à atteindre les objectifs du PREF, faute de mise en œuvre de l'axe 2 relatif au développement des activités bénéficiaires.
- [222] **Au total, la réduction considérable des dépenses de personnel (axes 4 et 5 du PREF) bien au-delà de l'objectif du plan pour l'exercice 2009, permet au CHIPS de respecter celui-ci dans sa globalité et d'atteindre un déficit légèrement inférieur à celui contractualisé. Les 5,3M€ d'économies supplémentaires faites en 2009 à ce titre font plus que compenser les effets nets d'une activité moindre que prévu (recettes moindres 6,1M€ - charges supplémentaires liées à l'activité non constatées 1,3 = 4,8M€).**

Tableau 17 : Ecart entre les résultats titre par titre du compte financier 2009 (budget exécuté) et les engagements prévus au PREF 2009

	PREF 2009	Dont gains nets prévus au PREF*	CF 2009	Ecart réalisé 2009/engagements PREFER2009
<b>CHARGES</b>				
Titre 1 - Charges de personnel	167 250 515	-3 708 087	161 992 841	-5 257 674
Titre 2 - Charges à caractère médical	38 439 941	1 179 985	38 074 962	-364 979
Titre 3 - Charges à caractère hôtelier & général	24 582 300	463 660	27 500 890	2 918 590
Titre 4 - Charges d'amortissements, de provisions et dépréciations, financières, exceptionnelles	15 038 118	-66 685	22 240 474	7 202 356
<i>Dont dotations aux provisions</i>		0	14 868 140	
<b>TOTAL DES CHARGES</b>	<b>245 310 873</b>	<b>-2 131 127</b>	<b>249 809 167</b>	<b>4 498 293</b>
<b>PRODUITS</b>				
Titre 1 - Produits versés par l'assurance maladie	188 668 872	13 752 419	183 332 976	-5 335 896
Titre 2 - Autres produits de l'activité hospitalière	19 229 404	3 345 072	18 418 281	-811 123
Titre 3 - Autres produits	17 839 894	0	28 898 535	11 058 641
<i>Dont reprises sur provisions</i>		0	5 345 879	
<b>TOTAL DES PRODUITS</b>	<b>225 738 170</b>	<b>17 097 491</b>	<b>230 649 793</b>	<b>4 911 623</b>
<b>RESULTAT D'EXPLOITATION</b>	<b>-19 572 703</b>	<b>-19 228 617</b>	<b>-19 159 374</b>	<b>413 329</b>

Source : PREFER 2008-2011 et données DFI sur le CF 2009, traités par la mission

<sup>95</sup> Cf. PJ 7-5 «PGFP après mise en œuvre du PREFER» détaillant par année du PREFER les mesures d'économies, les surcoûts liés aux mesures de développement de l'activité, et les gains nets d'économies et de recettes ; et PJ 7-9 relative aux mesures financières du PREFER par exercice et par titre.

### 3.1.4.2. La situation financière du CHIPS reste fragile

- [223] **Le résultat financier positif, qui atteint le premier et quasi seul objectif fixé au directeur par la tutelle, reste fragile.** Les charges de personnel sont artificiellement diminuées en raison de 96 postes d'IDE actuellement vacants par rapport aux effectifs cibles. Si on prend l'hypothèse que l'établissement devra couvrir ces vacances à hauteur de 75%, pour maintenir mais aussi développer l'activité, ce sont 3,6M€ de dépenses de personnels pérennes supplémentaires. **Le déficit réel s'élève potentiellement à 23M€**
- [224] En outre, le CHIPS doit encore apurer les charges de la gestion antérieure, soit un stock de 3,7M€ de créances admises en non valeur et provisionner, à hauteur de leur valorisation, les CET des personnels médicaux pour un montant de 4,9M€ soit un total de 8,6 M€
- [225] Par ailleurs, les premières réflexions de la direction des finances sur l'EPRD 2010 montrent qu'en raison de l'effet tarif 2010, la valorisation de l'activité MCO existante diminuerait en 2010 de 1M€ à volume constant d'activité.
- [226] **La structure financière de l'établissement reste très précaire malgré les efforts en matière de réduction du déficit et d'assainissement de la gestion financière**<sup>96</sup>. Elle se caractérise par :
- un déficit cumulé qui augmente inexorablement atteignant -78,5M€ malgré une aide de la tutelle de 62,6M€ en 5 ans. L'établissement est obligé de recourir à l'emprunt à 100% pour financer son cycle d'investissement mais également couvrir une partie de son besoin de trésorerie,
  - un fond de roulement net global important mais gonflé artificiellement par de lourds emprunts (42,7€ en 2007 et +48,8M€ en 2008),
  - une relance de l'investissement et une politique de provisionnement responsable, permettant d'améliorer la capacité d'autofinancement qui est positive depuis 2008 mais reste très faible (2,5M€ estimés en 2009 pour le seul budget H),
  - une trésorerie à peine positive et qui se dégrade encore en 2009, largement insuffisante pour un établissement de cette envergure, couverte en partie par des emprunts à long terme générateurs de frais financiers en forte augmentation (4,8M€ en 2009 soit + 143% par rapport à 2007),
  - un allongement des délais de paiement des fournisseurs qui peuvent entraîner à terme des pénalités moratoires et une dégradation des relations avec eux.
- [227] **L'amélioration financière de l'établissement reste donc très fragile.** Il convient donc de rester prudent sur les conclusions qui pourraient être tirées pour l'avenir de la réduction significative du déficit en 2009.

---

<sup>96</sup> Cf. annexe 7 « finances », point 5.5.

### **3.2. *Malgré l'obtention de résultats, notamment dans l'amélioration du codage, des décisions stratégiques restent à prendre***

#### **3.2.1. Le directeur a des résultats à son actif qui vont améliorer le fonctionnement général de l'établissement**

##### 3.2.1.1. Des regroupements-fusions ont été réalisés depuis 2007

[228] Certains services ont fusionné ou se sont regroupés depuis 2007. Suite aux travaux initiés depuis 2006, le regroupement de l'hospitalisation complète de cardiologie a été réalisé en septembre 2009, après la fermeture de l'USIC sur le site de Saint Germain en juillet 2008. Le regroupement des laboratoires sur Poissy date de mars (microbiologie) et septembre (biochimie) 2008 avec le maintien sur Saint Germain d'une activité d'analyse pour les urgences. La fusion de la chefferie des deux services de radiologie avec maintien en bi-site a été officialisée en juin 2008. L'activité de chirurgie pédiatrique est depuis mars 2009, réalisée en ambulatoire (fermeture des lits d'hospitalisation complète). En octobre 2009, les services d'ORL et de stomatologie ont fusionné.

[229] Le pôle de cancérologie, sur le site de Saint Germain a commencé à se structurer mais l'établissement est, en 2009, au milieu du gué. Les réalisations ont été notables sur 2005-2006<sup>97</sup> ; de nouvelles avancées sont programmées pour 2010 avec le recrutement d'un nouvel oncologue à temps plein en février 2010 et l'individualisation de l'hospitalisation complète de cancérologie et médecine interne de Saint Germain<sup>98</sup>. Mais des décisions vont devoir encore être prises, notamment avec la suspension d'activité du centre de radiothérapie inauguré en décembre 2007 (cf. infra).

##### 3.2.1.2. Le changement de responsable de DIM va aider les médecins à valoriser leur activité

[230] Les contrôles successifs de l'assurance maladie objectivant les erreurs de codage en hospitalisation ont conduit la direction à s'interroger sur le fonctionnement du DIM<sup>99</sup>. Il persiste un problème de codage majeur, aucune procédure de contrôle interne n'est faite par le DIM et la traçabilité des dossiers médicaux n'est pas assurée<sup>100</sup>.

[231] En 2008, le contrôle a porté sur 575 séjours répartis en 15 activités : 142 séjours en hospitalisation à temps partiels ont été refusés ; 159 séjours en hospitalisation à temps partiel ont fait l'objet d'un recodage et 84 dossiers ont été considérés comme manquants (absence de dossier médical ou élément disponible insuffisant pour juger de la réalité des prestations réalisées). Au total 150 séjours sur 575 pouvaient potentiellement justifier d'une sanction.

[232] En 2009, le contrôle porte sur 564 séjours. Les constats des médecins-contrôleurs de l'assurance maladie sont également critiques, puisqu'ils notent que la facture doit être recalculée pour 438 séjours (78%), 49 dossiers sont restés incomplets et considérés comme manquants (soit 8,6%).

---

<sup>97</sup> Préparation centralisée des cytostatiques et regroupement des chimiothérapies à Saint Germain en avril, création d'un centre de coordination en cancérologie (3C) avec organisation des réunions de coordination pluridisciplinaires ; regroupement des deux services d'anatomopathologie à Saint Germain en mars 2006 avec maintien d'une antenne à Poissy, articulation avec les réseaux cancérologiques des Yvelines.

<sup>98</sup> Ce projet vient d'être voté en CME le 12 février 2010 pour devenir opérationnel en mai 2010.

<sup>99</sup> Compte-tenu de la persistance des anomalies de codage (diagnostic principal et/ou diagnostic associés) des contrôles effectués, l'échelon local du service médical régional de l'assurance maladie a décidé la réalisation d'un contrôle annuel des données T2A de l'établissement depuis 2006.

<sup>100</sup> L'étude-action menée entre mars et juin 2009 par le cabinet Deloitte concernant « le codage et la saisie des actes à la source et en temps réel : diagnostic et actions mises en places » a également permis d'identifier les leviers d'action et d'initier un rattrapage sur les consultations non codées depuis janvier 2009 dans plusieurs services.

[233] Après le passage des contrôleurs et à la satisfaction des médecins, le nouveau responsable du DIM a organisé une restitution du contrôle de l'activité lors de la CME du 5 novembre 2009, avec une présentation, exemples d'activité à l'appui, de l'impact de pratiques inadaptées :

- **les 49 dossiers non facturables conduisent à une perte financière de 2500 €/dossier en moyenne pour l'établissement soit un total de 125 K€;**
- la méconnaissance des règles de codage (erreur sur le diagnostic principal ou les diagnostics associés) entraîne des requalifications de séjours et des dévalorisations d'activités qui auraient pu être évitées.

[234] Des référents au codage<sup>101</sup> par service commencent à se mettre en place (réunion en février 2010). Des séances de formation vont être organisées, car certains médecins n'ont qu'une connaissance très limitée du PMSI (en 2010 !) et ne savent pas utiliser les logiciels (30% des codeurs sont des praticiens identifiés)<sup>102</sup>. Cette mission de formation des personnels médicaux aurait dû être faite depuis longtemps et relève habituellement des techniciennes de l'information médicale.

[235] Le travail qui reste à faire est important :

- Il sera nécessaire de modifier Crossway qui n'est paramétré que pour faire apparaître les utilisateurs-médecins, il n'est possible ni d'identifier les autres utilisateurs, ni de distinguer un codage fait au niveau du service, (infirmiers, secrétaires, sages-femmes) d'un codage réalisé au niveau du DIM.
- Compte-tenu du retard accumulé, le nouveau médecin DIM va devoir mobiliser les médecins, les former au codage, décentraliser le codage pour le rapprocher des praticiens réalisant l'activité<sup>103</sup>.

[236] Pendant les contrôles, des dossiers ont été recherchés et pour la plupart retrouvés dans les bureaux médicaux et ponctuellement dans les secrétariats médicaux. Certains dossiers sont restés manquants ou incomplets<sup>104</sup> attestant de la tenue incorrecte des dossiers médicaux et de l'absence de traçabilité de ceux-ci.

3.2.1.3. Dès qu'il a été identifié par la direction, le problème des archives médicales a trouvé une solution

[237] En mars 2008, une nouvelle responsable des archives<sup>105</sup> a été choisie par l'ancien responsable du DIM avec un objectif prioritaire : externaliser les dossiers médicaux. Celle-ci à son arrivée fait un état des lieux accablant sur le fonctionnement des archives médicales, laissées à l'abandon pendant des années<sup>106</sup>.

---

<sup>101</sup> A noter que dans le cadre de l'appui MEAH au pôle « médecine interne cardiovasculaire » toute une démarche de formation au codage avait été mise en place sur ce pôle. La démission du responsable de pôle qui n'a pas été soutenu en interne, a cassé la dynamique, avant qu'elle puisse être transférée aux autres pôles.

<sup>102</sup> Depuis juillet 2009, l'article L6113-7 du code de la santé publique impose ce codage aux médecins sous peine de sanction financière, ce qui devrait faire évoluer leur motivation.

<sup>103</sup> Cf. Recommandations.

<sup>104</sup> La mission n'a pas examiné le contenu des dossiers médicaux, mais s'interroge sur les liens avec les médecins de ville dans ce contexte de négligence.

<sup>105</sup> Il s'agit de l'ancienne secrétaire des consultations d'anesthésie.

<sup>106</sup> Photographies attestant de l'état abominable des locaux (accès des soupirax aux chats qui faisaient leurs besoins la nuit), dalles soulevées et fils électriques apparents et des mauvaises conditions de travail pour les agents, dossiers médicaux en vrac empilés dans des cartons, dossiers suspendus avec les radiographies et rayonnages qui s'écroulaient à cause du poids et que les agents retrouvaient à terre le matin en arrivant ; une dizaine d'agents (archivistes et coursiers) laissés seuls sur les deux sites ; aucune procédure de tri et de destruction des dossiers.

- [238] Les personnels du service des archives médicales sont mobilisés quotidiennement pour sortir les dossiers-papiers et radiographiques des patients connus venant en consultation, en hospitalisation programmées ou d'urgence : chaque agent manipule et sort environ 300 dossiers par jour. Ils ont également la charge de créer de nouveaux dossiers pour les patients venant pour la première fois à l'hôpital (en 2008 : 29.378 créations et en 2009 : 31.295 créations).
- [239] L'absence de soutien interne et le départ de certains collaborateurs conduisent la responsable, en octobre 2008, à poser un droit d'alerte en CHSCT. Le directeur vient visiter les archives et décide la création d'une cellule de crise, pilotée par la directrice de la qualité en lien avec le directeur des ressources humaines.
- [240] Un plan d'action est mis en place pour réduire le temps de recherche en interne des dossiers, rationaliser les zones de stockage, tracer les mouvements et limiter l'externalisation, afin de diminuer les coûts et prendre en compte la réglementation intervenue en 2006, qui raccourcit les délais obligatoires de conservation.<sup>107</sup>
- [241] Le cadre juridique laisse une marge de manœuvre à l'établissement pour élaborer sa politique de conservation en fonction des pathologies. Celui-ci a aujourd'hui accumulé deux ans de retard sur la destruction possible des dossiers. Cela a entraîné une saturation des locaux d'archives et la location par l'hôpital d'espaces extérieurs gérés par des prestataires pour conserver des dossiers dont certains pourraient être détruits, sachant que cette externalisation a un impact financier et organisationnel pour l'hôpital<sup>108</sup>.
- [242] La direction doit continuer à soutenir ce service pour remettre les archives en plein état de fonctionnement afin de transférer des dossiers de qualité dans le nouvel hôpital, après destruction de ceux jugés inutiles à conserver.

### 3.2.2. Des décisions sur l'organisation médicale sont à prendre rapidement

#### 3.2.2.1. Certaines sont difficiles mais nécessaires

- [243] Des fusions et regroupements stratégiques sont à organiser rapidement pour préparer le transfert et l'implantation sur un nouvel hôpital. Deux activités méritent une attention particulière, car elles font partie du socle d'un établissement de proximité (au-delà de certaines spécialisations de l'établissement), **il s'agit des services de chirurgie**, qui sont tous les deux en mauvaise posture organisationnelle<sup>109</sup>.
- [244] **Le service d'orthopédie est une fusion sans réalité.** Certes en théorie, les services d'orthopédie de Poissy et de Saint Germain ont fusionné en décembre 2001, mais depuis la démission du chef de service, nous considérons qu'en 2009 non seulement cette fusion n'a pas de réalité, mais que cette situation ne peut perdurer.

<sup>107</sup> Articles L.1112-2 à L.1112-9 du code de santé publique et décret 2006-6 du 4 janvier 2006 applicable au 4 janvier 2007 qui modifie la durée de conservation des dossiers (pendant 20 ans sauf pour les enfants jusqu'à leur 28 ans, patients décédés pendant les 10 ans suivant le décès et un seul dossier par patient quelque soit le type de prise en charge).

<sup>108</sup> Coût (30.000€/an pour une année d'hospitalisation) et délai de 3 à 6 jours pour faire revenir les dossiers médicaux, d'où une perte de qualité de prise en charge. Un nouveau marché vient d'être passé fin 2009 pour améliorer les délais de retour vers l'établissement.

<sup>109</sup> Cf. annexe pôle « Anesthésie bloc chirurgie » pour le fonctionnement et les éléments d'activités.

- [245] **Les services de chirurgie viscérale** commencent tout juste, en 2010, à envisager un projet de fusion. La problématique de fonctionnement de la chirurgie viscérale est assez voisine de celle de l'orthopédie, avec cependant deux services distincts et deux chefs de service, mais aucun projet commun. Une nouvelle organisation se dessine depuis fin 2009, il aura fallu la demande de renouvellement de prolongation pour trois ans du chef de service de Saint Germain<sup>110</sup>, âgé de 66 ans pour que l'hypothèse de fusion des services soit évoquée et que des conditions soient posées à son renouvellement, sachant qu'au regard de l'activité, son maintien n'était pas souhaitable.<sup>111</sup> Cette situation montre que les interventions politiques continuent à interférer dans les décisions internes de l'établissement, puisque son départ ayant été écarté par le directeur, la CME a voté à la fois le renouvellement et la fusion des deux services de chirurgie viscérale (CME du 18 mars 2010). Le praticien renouvelé a également accepté que la chefferie de service soit donnée au chef de service de chirurgie générale de Poissy<sup>112</sup>.
- [246] Fin 2009, deux services (en dehors des services de psychiatrie) restaient organisés en bi-site avec deux chefs de service : **les urgences et les réanimations**. S'ils sont devenus minoritaires, ils correspondent à des activités qui revêtent un caractère sensible aussi bien pour les politiques, que pour certains médecins du site de Saint Germain. Lors du Conseil Municipal de Saint-Germain-en-Laye du 1<sup>er</sup> octobre 2009 le vœu relatif à la consolidation du service des urgences et du service de réanimation du site de Saint Germain a été voté à l'unanimité (cf. procès-verbal de la séance du conseil municipal du 1<sup>er</sup> octobre 2009).
- [247] Le regroupement du service d'accueil des urgences (SAU), sous la responsabilité d'un seul chef de service est un préalable à l'élaboration d'un projet commun. Les choses évoluent lentement, mais l'opposition Poissy-Saint Germain est toujours présente et les pressions locales ne facilitent pas les prises de décisions. Cependant en 2009, l'organisation et le fonctionnement des deux services d'urgences, commencent à devenir plus transparents, avec des mutualisations notamment sur le personnel non médical (en particulier pour les fermetures pendant les congés) et lors de recrutement de nouveaux médecins qui se font en bi-sites. **Nous considérons que le maintien de deux sites d'urgence ne se justifie pas et permettrait des économies substantielles.** Le seuil habituel est d'un SAU pour 500.000 habitants; seuls les problèmes architecturaux empêchent le regroupement compte-tenu du nombre des passages (environ 170 passages adultes/jour sur les deux sites)
- [248] La présence d'un service de réanimation sur les deux sites (12 lits X 2) et d'une unité de soins continus (6 lits) à Poissy persiste depuis la fusion de 1997. En 2009, les deux chefs de service sont toujours en poste, ce qui n'a pas permis jusqu'à présent la mutualisation des équipes médicales.
- [249] Cependant les pratiques médicales ont évolué, le recrutement de patients baisse, le remplacement des infirmières commence à poser problème et le départ de certains réanimateurs sur le site de Poissy est programmé. De plus, l'établissement ne peut se permettre de faire perdurer un déficit dû à une telle organisation. Des décisions vont devoir être prises, celles-ci ne sont pas simples, puisque des réponses doivent être apportées aux interrogations médicales légitimes de certains praticiens de Saint Germain, réticents ou opposés au regroupement de la réanimation sur un site unique, d'autant qu'actuellement le seul médecin-senior de garde sur place la nuit est le réanimateur<sup>113</sup>.

---

<sup>110</sup>XX.

<sup>111</sup> Par courrier du 12 janvier 2010, la directrice des affaires médicales informait l'intéressé, « que l'effectif de chirurgiens était trop important au regard du nombre d'interventions effectuées au CHIPS ainsi que du nombre d'anesthésistes et des personnels médicaux » et qu'en termes stricts de gestion, [son] départ était souhaité... ». Elle précisait que, si sa démarche statutaire de prolongation d'activité aboutissait à l'issue de la procédure prévue par les textes, de nouvelles modalités d'organisation seraient nécessaires.

<sup>112</sup> Il est également prévu la suppression de l'astreinte de chirurgie viscérale de Saint Germain et le recentrage des interventions programmées avec l'utilisation systématique du logiciel Resabloc ; celui-ci devant être utilisé sur les deux sites hors intervention d'urgence bien sur.

<sup>113</sup> Ce point est en discussion avec le débat actuel sur le regroupement-fusion des réanimations.

[250] Deux scénarii sont en discussion et des éléments de consensus entre les deux sites commencent à se dessiner<sup>114</sup>. Ils doivent prendre en compte l'organisation médicale mais aussi le retentissement global des décisions et notamment sur le recrutement futur des patients et l'impact financier potentiel. Il ne s'agit pas de prendre une décision pour un site ou contre l'autre, mais de faire au mieux pour les patients et les personnels dans un contexte de déficit et d'organisation territoriale.

3.2.2.2. L'absence de suivi de deux dossiers place l'hôpital en mauvaise posture

[251] La non-prise en considération des problèmes de partenariat public/privé-survenus fin 2007, quelques mois après l'ouverture du centre de radiothérapie a conduit après plusieurs dysfonctionnements à la suspension de l'autorisation d'activité. Nous considérons que ce dossier n'a pas été géré en temps utile, même si la difficulté de la situation est réelle. La qualité des prises en charge et la sécurité des patients doit primer sur les intérêts particuliers de médecins ne réalisant pas leur temps de présence<sup>115</sup>.

[252] **Le retard à l'installation du PET-scan, va conduire à une perte de l'autorisation<sup>116</sup>, alors que pour son obtention l'établissement a été soutenu** et que la ministre de la santé demandait dans son courrier du 17 novembre 2007 de « *procéder à la mise en œuvre de cette autorisation avec le lancement des travaux sur le site de Saint Germain, en vue de l'installation et de la mise en fonctionnement rapide de l'appareil...* ». Cet équipement (couplage d'une gamma-caméra avec un scanner permettant de réaliser des examens très performants en cancérologie) certes coûteux, aurait rendu l'établissement très attractif.

3.2.2.3. Améliorer la cohésion du corps médical des deux sites est un défi à relever avec le président de CME

[253] L'historique des relations médicales reste très lourd même en 2009. Les querelles perdurent et les médecins, non seulement ne sont pas soudés pour construire l'avenir de l'établissement, mais ont des difficultés pour se réunir et discuter d'un projet collectif à partir de données objectives, sans que cela ne se termine par des critiques individuelles ou des menaces. Une partie des médecins est centrée sur sa propre activité avec une absence totale de vision collective. Cependant, les exemples ont montré que lorsque les équipes médicales sont soudées (maternité et pédiatrie), elles peuvent sinon convaincre les politiques locaux, du moins organiser les services pour sécuriser la prise en charge des malades, en passant outre : ce sont eux qui sont directement en contact avec les patients et en ont la responsabilité.

[254] Alors que les équipes médicales en 2009, conservent toujours, pour la plupart, une logique de site, le directeur doit être présent sur les deux sites et considérer comme une **priorité de pacifier les relations médicales-intersites, avec l'appui du président de CME**. Des rencontres régulières avec les médecins dans leurs services, éviteraient que certains se sentent isolés et nous précisent qu'ils voient exceptionnellement le directeur hors des instances.

[255] Le directeur doit être fédérateur et utiliser le conseil exécutif (le directoire depuis 2009) comme lieu de débat où toutes les positions objectivées et argumentées peuvent être débattues de manière sereine et constructive, pour réaliser la synthèse des exigences médicales, des contraintes administratives et des pratiques de bonne gestion, dans l'intérêt de l'hôpital et de ses patients.

<sup>114</sup> Cf. annexe 5-3 pôle « Urgences Réanimation Pédiatrie ».

<sup>115</sup> Cf. annexe 5-9 pôle « Imagerie ».

<sup>116</sup> L'autorisation ayant été obtenue par le GIE (CHIPS-Clinique de l'Europe), par décision ministérielle du 31 janvier 2006 le directeur nous a informés que les parts du CHIPS allaient être cédées à son partenaire.

### 3.2.3. Un retard de plusieurs mois dans la création de nouvelles activités

- [256] Le projet d'unité d'USINV pour la prise en charge précoce des accidents vasculaires cérébraux (AVC) n'a pas abouti au cours de la période du précédent projet médical (2004-2009). L'unité a pu ouvrir six lits au cours du premier trimestre 2010 (prévu pour le 1<sup>er</sup> novembre 2009). Le coût résiduel de sa création a été estimé à 184 K€; il est prévu une montée en charge des gains à 100% à l'horizon 2011 de 556 K€. Nous ne pouvons porter un jugement sur ce nouveau service qui vient d'ouvrir, et qui répond à un besoin de santé publique important sur le territoire. Sa réussite dépend d'une collaboration structurée aussi bien en interne, qu'avec les médecins de ville et les secours d'urgences dont le SAMU.
- [257] L'ouverture du court-séjour de gériatrie aigüe de 20 lits dont 10 lits ouverts fin mai 2009 et la totalité du service qui fonctionne depuis fin décembre 2009 (retard de 4 à 6 mois) donne un véritable sens à la filière gériatrique. D'après les professionnels, cette ouverture pourtant programmée de longue date n'a pas été totalement anticipée, ni coordonnée entre les différents services concernés alors que le service s'est retrouvé à fonctionner à 100% très rapidement. Les attentes, pour 2010, sont conformes aux prévisions initiales du PREF malgré une baisse des tarifs, de à la V11b, d'environ 5% pour cette activité.
- [258] La création d'une unité de soins continus dans le pôle « périnatalité » (avec ouverture prévue début 2010) devait permettre de mieux valoriser une activité qui, jusqu'à présent était réalisée en salle de réveil. Mais cette unité a fonctionné avec un remplissage inférieur à celui qui était prévu.
- [259] L'identification d'une unité kangourou de 6 lits devrait permettre de faire baisser la durée moyenne de séjour et d'accueillir des nouveau-nés malades ou prématurés, qui, en 2008, ont été pris en charge dans le service de néonatalogie (environ 60) et porterait la capacité en néonatalogie à 24 lits. L'ouverture prévue initialement fin 2009 est reportée à septembre 2010 (les travaux ayant été plus importants que prévu).

### 3.2.4. Le directeur n'a ni avancé ni investi sur la contractualisation et la délégation de gestion

#### 3.2.4.1. Les réunions du conseil exécutif se sont tenues mensuellement, mais sans aucun relevé de décision à partir de 2008

- [260] Lors du conseil exécutif du 17 décembre 2007, premier conseil du directeur actuel, la priorité de travail est clairement affichée pour le conseil : *« s'atteler à la mise en place du dispositif de contrôle de gestion (discussion et validation de ce dispositif, plan d'actions, outils). La culture du contrôle de gestion doit, en effet, se diffuser au sein de l'établissement et permettre de créer une culture de recherche de l'efficacité : les tableaux de bords élaborés au cours de cet été 2008 devront être affinés par unité fonctionnelle et par pôle »*.
- [261] L'absence de relevés de décisions pour les conseils exécutifs de 2008 et 2009 est préjudiciable au pilotage. Nous ne pouvons que regretter qu'en période stratégique pour l'établissement, il ne soit pas possible d'avoir une vision précise du déroulement des conseils exécutifs de 2008 et 2009, à travers des relevés de décisions formalisés. L'absence de document, validé en interne, qui serve de feuille de route, avec échéancier et désignation de personnes identifiées pour assurer le suivi des actions paraît le reflet d'un pilotage inadapté.
- [262] L'établissement a juste précisé à la mission que « les conseils exécutifs se sont tenus régulièrement et au moins une fois par mois (conformément au calendrier annuel) avec des ordres du jour et documents correspondants. Tous les projets de délibération soumis au conseil d'administration ont systématiquement fait l'objet d'une préparation et d'une validation préalable au conseil exécutif ».

### 3.2.4.2. L'organisation des pôles a fini par se stabiliser

- [263] Le périmètre de certains pôles a continué d'évoluer jusqu'à la mi-2008 avec notamment la création d'un pôle médico-technique « Imagerie ». Depuis le 1er janvier 2010, l'unité fonctionnelle « Hygiène hospitalière » a été intégrée dans le pôle « Oncologie médicale et infectiologie »<sup>117</sup>.
- [264] La constitution d'une équipe autour du responsable de pôle (nominations des cadres et secrétaires de pôles à compter de mai 2007) a permis d'initier dès 2008 des réunions au sein de certains pôles sans attendre la mise en place des conseils de pôle.
- [265] Puis le directeur actuel a décidé d'affecter à chacun des pôles un référent administratif (directeur ou membre de l'équipe de direction) ainsi qu'un directeur des soins (cf. annexe 5.1 à 5.9).
- [266] Certains pôles ont commencé à se réunir courant 2008, la mission dispose de comptes-rendus de ces « bureaux de pôle » qui montrent que la structuration des organisations a avancé à des vitesses très différentes (cf. infra).

### 3.2.4.3. L'ajustement des pôles administratifs à l'arrivée du nouveau directeur

- [267] Le conseil d'administration du 21 mai 2007 a émis un avis favorable à la création d'un seul pôle administratif unique dénommé « *Pôle Stratégie et Ressources* » au motif de « contribuer à l'homogénéisation des relations entre les pôles et les directions, »
- [268] Le nouveau directeur a souhaité revoir cette organisation en passant d'un pôle administratif unique à trois pôles administratifs de taille très variables<sup>118</sup> : le pôle « Projets » qui rassemble les affaires médicales, la qualité et la communication et les affaires juridiques et deux chargés de mission (16 ETP), le pôle « Activité » structuré autour des finances, de la clientèle, des systèmes d'information et du département d'information médicale (plus de 160 ETP) et le pôle « Ressources » avec la direction des ressources humaines, la direction des soins, les fonctions logistiques et les achats (600 ETP).
- [269] Cette organisation n'a pas fait la preuve de son efficacité ; sans parvenir à véritablement introduire plus de transversalité, elle a créé en interne, compte tenu par ailleurs du positionnement du directeur très tourné vers l'externe, un fonctionnement plutôt cloisonné, en l'absence de coordination véritable de ces trois pôles (cf. infra § 3.4).

### 3.2.4.4. L'élection des conseils de pôle en juin 2009 : un mécanisme complexe retardé par un fichier de structures inadapté

- [270] La nécessité de refonte du fichier commun de structures<sup>119</sup> a été un préalable à la remise à jour des unités fonctionnelles (il en existait 800 avant 2009) et à la détermination des membres de droit pour la constitution des listes des électeurs par pôle. Le calendrier des opérations électorales a fixé la date des élections au 16 juin 2009. Un guide mode d'emploi présentant les conseils de pôle et les modalités électorales a été présenté aux différentes instances et largement diffusé. Le taux global de participation au vote a été de 51% avec pour l'ensemble des pôles cliniques et médico-techniques, une participation de 57%, mais une participation très faible (25,5%) pour les trois pôles administratifs.

<sup>117</sup> Cf. annexes 5-4, 5-8 et 5-9.

<sup>118</sup> Cf. décision en avril 2008

<sup>119</sup> Historiquement depuis la fusion, il existait 800 unités fonctionnelles (juxtaposition d'UF des deux sites). Fin 2008, la directrice des finances avait commencé et en février 2009, le fichier n'était pas totalement stabilisé. Actuellement l'établissement est constitué d'environ 400 UF.

### 3.2.4.5. Le peu d'autonomie attribué aux pôles décourage les professionnels

- [271] Les pôles d'activités cliniques sont encore peu opérationnels. Il existe des différences notables entre les compositions d'équipe et les disponibilités des personnes affectées au pôle. Certains n'ont ni cadre de pôle ni secrétaire de pôle ; dans d'autres, le cadre de pôle est aussi cadre supérieur de service. Nous avons rencontré des cadres supérieurs de pôles investis dans la transversalité des missions des pôles et possédant une vision dynamique de la mutualisation des personnels sur les deux sites (ce qui n'est pas toujours le cas des médecins), mais aussi découragés, présentant un bilan très mitigé de leur investissement et s'interrogeant sur la poursuite de leur mandat. Les secrétaires de pôle ont du mal à trouver leur place dans le dispositif, alors qu'elles sont essentielles à la réussite du fonctionnement de la gouvernance en pôle.
- [272] Les responsables de pôles commencent tout juste à disposer d'outils opérationnels leur permettant de s'investir. Cet investissement dans les pôles est variable allant de réunions mensuelles de pôles avec comptes-rendus systématiques et suivi de décisions à une seule réunion annuelle du conseil de pôle, qui relève plus de l'information des intéressés que d'une véritable dynamique régulière de travail.
- [273] Nous considérons qu'il est difficile de motiver des responsables de pôle, alors qu'aucun des outils de pilotage leur permettant d'« avoir la main sur les résultats financiers du pôle » n'est encore suffisamment stabilisé pour permettre des suivis et des comparaisons entre pôles. Jusqu'à fin 2009, en l'absence de véritables tableaux de bord et de comptes de résultats d'activité (CREA) fiabilisés, il était illusoire de vouloir entraîner les responsables de pôle dans une démarche très active de réduction des déficits, sans leur attribuer un minimum d'autonomie de gestion<sup>120</sup>.
- [274] Certains responsables de pôles s'interrogent sur le renouvellement de leur mandat si aucun contrat de pôle n'est passé et surtout aucune délégation de gestion n'est mise en œuvre. La question va être rapidement d'actualité, car il y aura très vite des postes de cadres de pôles à la vacance (départ, démission, retraite, maladie).
- [275] Les référents administratifs des pôles<sup>121</sup> ont des fonctionnements et des investissements divers, et il n'existe aucune réunion inter-référents qui permettent d'harmoniser les pratiques et d'échanger les informations pour accélérer le règlement de certaines difficultés communes.
- [276] Le contrôleur de gestion, très motivé, ne peut seul répondre à la fois aux demandes de la direction et aux sollicitations des pôles cliniques. A son arrivée, début 2008, il a découvert le retard pris par l'établissement qu'il a estimé à plusieurs années, dans son secteur d'intervention. Fortement investi et malgré le recrutement en 2009, d'une collaboratrice junior, il n'a pas pu répondre à toutes les interrogations des pôles. Sa priorité étant la construction d'outils (cf. Finances). Certains responsables de pôle (pôles 1, 6 et 8 notamment) ont réussi à travailler de façon plus régulière et soutenue avec lui, en regardant les tableaux de bord comme une aide à l'organisation et pas comme des critères individuels de jugement.

<sup>120</sup> Les propos entendus sont les suivants : « Je ne connais pas ma consommation de médicaments. Quel est le prix global des consommables du pôle ? Quel est le prix d'un pansement fait par une infirmière hospitalière ? ».

<sup>121</sup> Le pôle 9 « Imagerie » n'a plus de référent administratif depuis le départ de l'intéressée fin novembre 2009. Le directeur qui est référent administratif du pôle 3 « Urgences-réanimations-pédiatrie » est peu présent aux réunions de bureau de pôle, c'est également le cas du chef de service de réanimateur de Poissy, qui est également président de la CME.

[277] Le contrôleur est passé par des étapes de remise en cause, par les pôles, des données produites. En 2008 les chiffres étaient faux « *c'était n'importe quoi* » ; en 2009 « *on commence à trouver un peu de cohérence* » et en 2010, « *on devrait avoir des chiffres qui reflètent la réalité* ». Mais, les relations deviennent moins tendues : avec la discussion lors de bureaux de pôle ou de réunions permettant que soient expliqués les chiffres produits et que ceux-ci soient amendés par confrontation au fonctionnement des services. Il est toujours impossible de suivre les recettes et les dépenses par pôle. Le principe de fonctionnement de la direction actuelle repose sur une centralisation des décisions et laisse peu d'autonomie aux responsables de pôle.

3.2.4.6. Rétablir la confiance est une priorité pour construire ensemble et manager les pôles

[278] Pendant des années, la direction n'a pas eu un rôle fédérateur mais a entretenu les clivages entre les catégories professionnelles et les personnels des deux sites et cet historique a laissé des traces et a figé chacun (principalement le corps médical) sur des positions incompatibles avec le projet de nouvel hôpital.

[279] Il n'existe aucune délégation de gestion, les **relations** entre la direction les services cliniques **ne sont pas construites sur la confiance**, qui n'existe ni dans un sens ni dans l'autre. La direction souhaite garder la main dans le cadre du PREF ; les services cliniques n'ont pas confiance dans les chiffres qu'elle communique, notamment via les tableaux de bord. Pourtant ceux-ci même s'ils contenaient, au départ, de nombreuses erreurs ou généraient des incompréhensions dans leurs calculs et leurs interprétation avaient le mérite d'ouvrir la discussion entre les soignants et l'administration, sous réserve de la disponibilité et de l'ouverture d'esprit des uns et des autres.

[280] L'absence de suivi annuel du fonctionnement des pôles par le directeur n'est pas propice à un investissement décentralisé. Nous n'avons retrouvé aucun compte-rendu de réunion entre les responsables de pôle (médecin/ cadre supérieur/directeur administratif) permettant d'officialiser des rendez-vous stratégiques annuels (fixations d'objectifs, déclinaison de l'état d'avancement notamment à travers les fiches-action du PREF, présentation des réalisations et des difficultés, préparation de contractualisation).

**3.3. *L'amélioration de la gestion administrative est entamée au rythme donné par chaque responsable de « secteur »***

[281] Focalisé sur les relations externes et les aspects financiers le directeur a cherché à mettre à la tête des différents services administratifs des responsables nouveaux et leur a dès lors largement fait confiance pour traiter les sujets relevant de leur domaine.

[282] Cette approche ne peut s'accompagner d'un reporting organisé (le système d'information et les habitudes ne le permettent pas), il n'y a pas de trace des orientations données même quand elles sont claires pour les personnes rencontrées.

[283] Enfin les pôles administratifs n'ont pas de réalité et leurs responsables sont trop mobilisées par leur rôle de directeur pour remplir une mission d'animation et de coordination des directions du pôle.

### **3.3.1. Le système d'information administratif a été remplacé, mais il faut sécuriser la partie médicale**

- [284] Il ne nous a été fourni aucun élément formalisé (programme de travail, note de service, compte rendu de réunion de direction ou autre) permettant de savoir si l'actuel directeur a défini une stratégie autre que trois points clairement visibles et confirmés par les entretiens : nommer un responsable compétent, répondre positivement aux demandes de budget supplémentaire et changer de fournisseur pour la gestion administrative.
- [285] Le suivi du schéma directeur n'est pas repris à l'arrivée de l'actuel directeur; il n'est pas remplacé, pour autant, par un suivi formalisé d'un plan de travail, même simple, et des projets en cours. La DSIO a établi un programme qui n'avait fait l'objet d'aucune validation officielle, ni même de discussion interne à la date des investigations.
- [286] Le point marquant est le passage de la filière administrative à la solution du MIPIH<sup>122</sup> décidé en 2008 et mis en œuvre en 2009. Confronté à un blocage de la facturation début 2008, dû aux grandes difficultés dans la mise en place de la solution de gestion administrative des malades, l'établissement décide de passer l'ensemble de ses logiciels administratifs vers la solution intégrée, proposée par le MIPIH, pour une mise en œuvre au 1/1/2009. Sa nature juridique permet en effet à l'établissement de ne pas réaliser de mise en concurrence.
- [287] Entre le 31/12/07 et le 31/12/09 la couverture fonctionnelle, c'est-à-dire les services rendus aux utilisateurs, n'a pratiquement pas évolué. On note toutefois l'acquisition d'outils d'administration et d'intégration du système d'information ainsi que d'outils de pilotage.
- [288] Les deux DSIO qui se sont succédé ont entamé une mise à plat de la situation de la DSIO (audits techniques notamment) et une modification de son fonctionnement aux plans administratifs et techniques. Par contre, les modes de relation avec les utilisateurs, le fonctionnement de la maîtrise d'ouvrage inorganisée dans la période antérieure n'ont pas été modifiés.
- [289] L'établissement est confronté à un problème majeur concernant la partie médicale de son système d'information ; l'absence de base juridique régulière à l'acquisition de CROSSWAY et aussi de certains logiciels métiers plus périphériques rend nécessaire une remise en concurrence. Or ce produit est au cœur du système d'information et interfacé tant avec les logiciels administratifs, que « métiers ». Le sujet à traiter rapidement nécessitera un dialogue approfondi avec les services médicaux.

### **3.3.2. La politique d'achats n'est pas réorganisée en dépit de quelques progrès comme le recours au RESAH<sup>123</sup>**

- [290] S'agissant des achats on ne constate aucune modification dans la politique globale de l'établissement en la matière. Le PREF comporte un chiffrage estimatif d'économies possibles (5% de la base retenue) mais ne conduit pas à la fixation d'objectifs d'économies sur les achats relayées vers les responsables ni à la mise en place d'actions permettant de réduire les dépenses et d'améliorer l'achat.
- [291] On note des évolutions comme l'utilisation plus importante de la centrale d'achat qu'est l'UGAP ou du groupement qu'est le RESAH, la reprise de marchés importants (transport sanitaire) ou la passation d'accords cadre dans le secteur des travaux pour les prestations d'entretien. Elles sont la conséquence d'une sensibilité plus grande des gestionnaires administratifs à la contrainte budgétaire et juridique, plus ou moins traduite dans l'action selon les domaines, les motivations et les capacités de chacun.

<sup>122</sup> Midi Pyrénées Informatique Hospitalière.

<sup>123</sup> Réseau des acheteurs hospitaliers d'Ile de France.

[292] La séparation en deux de la DAHLB, décidée rapidement à l'été 2008, n'a pas été l'occasion d'une action majeure en matière d'achat et de marchés. La direction des achats n'assume pas de rôle global en matière de politique d'achat ; on constate même plutôt une dégradation de la vision globale dont dispose l'établissement car des données traditionnelles ne sont plus disponibles.

[293] Le changement de logiciel de gestion économique au 1/1/2009 a été une occasion manquée pour améliorer les procédures, et notamment le contrôle interne qui demeure déficient.

### 3.3.3. Des marchés irréguliers avec une société de conseil

[294] Outre la suspicion mentionnée supra, notre intervention vient après que le rapport de contrôle par la DDASS de marchés ait été transmis à l'autorité judiciaire. L'annexe 11-3 replace ce contrôle dans son contexte ; elle en analyse le contenu et les suites  
XX  
XX  
XX.

[295] En matière de régularité des marchés nous constatons au travers des marchés examinés une amélioration dans la qualité juridique de l'achat, en raison d'une meilleure adéquation aux consommations ; toutefois l'absence de suivi global ne nous permet pas d'assurer que cela est valable dans tous les secteurs.

[296] Les irrégularités constatées en 2008 et 2009 sont peu nombreuses et sont surtout les conséquences de décisions antérieures.

[297] Les cinq marchés passés avec la société XXXXX sont une exception importante à ce constat (cf. annexe 11-6). De manière globale nous constatons qu'après une première prestation d'audit, lors des consultations suivantes, l'établissement ne fait rien pour remédier à l'asymétrie d'information entre la société et ces concurrents. Dans deux cas, y compris le premier marché, nous estimons que des irrégularités entachent le choix du prestataire. Dans un cas, nous estimons que l'établissement a accepté une variante non autorisée. Enfin, nous estimons que le recours à un marché complémentaire à celui passé pour réaliser le projet d'établissement n'est pas régulier car l'utilisation de cette procédure n'est pas justifiée.

### 3.3.4. Dans les autres secteurs, il a été noté, sur des sujets particuliers, des procédures laxistes

[298] Les autres secteurs n'ont pas fait l'objet d'un audit complet, le résultat des travaux effectués figure en annexe.

[299] Nous avons audité quelques sujets ponctuels et classiques dans lesquels les procédures de l'établissement sont laxistes.

[300] Certaines sont la suite de gestion antérieure qui n'a pas été modifiée:

- Le non suivi de la consommation des véhicules pour lequel l'établissement n'a pas été en capacité ou n'a pas eu la volonté de donner des chiffres, tout en reconnaissant des carences dans la gestion (cf. annexe 15-2) ;
- Le non suivi des dépenses de téléphone et l'absence d'action de maîtrise de la consommation (cf. annexe 15-1).

[301] A cette occasion nous avons noté des facilités en matière de téléphone portable notamment pour certains membres de l'équipe de direction, qui sortent largement du domaine du raisonnable et sont encore moins acceptables lorsque l'on doit porter un plan de retour à l'équilibre demandant des efforts importants au personnel de l'établissement.



- [311] La directrice du CNG provoque le 23 juin 2008, une réunion qu'elle qualifie « de tentative de médiation » entre le directeur de la formation et le chef d'établissement. Une rencontre à laquelle ce dernier ne se rendra pas, invoquant, lorsque la directrice du CNG qui l'appelle pour s'étonner de son absence, une réunion de « comité de pilotage »<sup>126</sup>.
- [312] Le courrier de six directeurs remis le 7 novembre 2008 au CNG pour dénoncer les méthodes du nouveau directeur est en soi une procédure suffisamment exceptionnelle pour être remarquée.<sup>127</sup>
- 3.4.1.3. Des modalités critiquables de « renouvellement » de l'ancienne équipe
- [313] La mission a dressé plus haut l'état des lieux de l'équipe de direction à l'arrivée du nouveau directeur. Celui-ci qui identifie par ailleurs assez vite des carences majeures notamment en matière de facturation et de systèmes d'information, fait dans les quatre mois de son arrivée le diagnostic qu'un équipe installée dans une certaine routine. Elle vit depuis de nombreuses années une fusion « ratée » et considère, au terme d'un CREF infructueux, que la responsabilité de la situation incombe essentiellement à des facteurs exogènes et que tout a déjà été tenté pour réduire le déficit. Un renouvellement de l'équipe est nécessaire.
- [314] Pour autant les méthodes utilisées pour renouveler cette équipe sont extrêmement critiquables et témoignent d'une véritable stratégie d'évitement.
- [315] Le nouveau directeur ne fait aucun bilan d'entrée avec ses directeurs- adjoints, et ne définit pas pour chacun les objectifs pour l'année qui vient alors même que cette obligation est règlementaire afin de procéder aux évaluations de cadres de direction à gestion nationale et de fixer la part variable de leur prime de fonction<sup>128</sup>.
- [316] Il n'informe pas les directeurs, dont il estime visiblement la tâche mal remplie de ses intentions : ceux-ci découvrent au Journal officiel que leurs postes sont publiés<sup>129</sup>.
- [317] C'est pendant leurs congés que sont prises les décisions modifiant et réduisant, ou changeant complètement leurs attributions, c'est par diffusion générale sur la messagerie qu'ils l'apprennent<sup>130</sup>.
- [318] C'est le jour de son départ en congés que le directeur des ressources humaines se voit préciser l'intention du directeur de changer son poste et c'est ce même jour qu'un courrier lui est remis pour lui demander de se positionner le jour-même.
- [319] C'est à l'occasion de la publication d'une partie de son poste que la directrice de cabinet<sup>131</sup> se voit confirmer l'évolution de ses fonctions.
- [320] La directrice des travaux apprend pendant ses congés en juillet 2008 qu'un remplaçant lui a été trouvé, sans qu'elle ait été prévenue clairement par le directeur ; c'est à son initiative en septembre 2008 qu'un entretien aura lieu.

---

<sup>126</sup> La directrice du CNG nous a confirmé, en l'absence de message électronique d'invitation à XXXXX, que son secrétariat l'avait bien contacté, d'où d'ailleurs la confirmation envoyé à XXXXX.

<sup>127</sup> Ce n'est pas la première fois que les méthodes managériales sont signalées à la tutelle (courriers du 15 mars 2007 et du 8 novembre 2008 d'un agent de Saint-Denis, dont le licenciement par XXXXX vient d'être annulé par le tribunal administratif faisant état de harcèlement moral).

<sup>128</sup> Le séminaire du 5 décembre 2007 qui met en lumière des approches divergentes, n'est pas utilisé pour repositionner clairement les objectifs de chacun, ce qui aurait dû être le cas.

<sup>129</sup> Journal officiel du 6 novembre 2007, postes de directeur chargé des « finances et analyse de gestion et chargé de la gestion des ressources et contractualisation.

<sup>130</sup> 27 février 2008 pour le directeur des ressources humaines – 27 août 2008 par la directrice des affaires économiques et es achats – juillet 2008 pour la directrice des travaux.

<sup>131</sup> Egalement chargée de la qualité.





- [337] Le directeur a en effet clairement choisi de se positionner, quant à lui, sur l'externe, de renouer le dialogue avec les élus. Ce positionnement n'a de sens que qu'à deux conditions : s'il est porté par une véritable stratégie, qui ne soit pas à la merci des pressions diverses d'une part, s'il est accompagné d'une véritable coordination interne. En dépit des positions réaffirmées<sup>138</sup> de l'actuel directeur sur le sujet, ce n'est pas le cas aujourd'hui.
- [338] La directrice adjointe devrait être clairement positionnée en n° 2, responsable de la coordination interne, et avoir autorité sur les autres responsables de pôles et de direction : ce n'est pas le cas, et ce ne le sera sans doute jamais vu la dégradation de leurs relations après la tentative de départ de cette directrice sur un autre poste et les échanges qui en ont résulté y compris à l'insu de cette dernière.<sup>139</sup>
- [339] Si le départ des deux directeurs avec lesquels les conflits étaient ouverts a pu paraître apaiser l'ambiance de travail de l'équipe, il ne semble pas que l'approche managériale ait évolué<sup>140</sup>.
- [340] Dès lors, l'établissement souffre d'un déficit de management global, et l'équipe de direction apparaît plus comme une succession d'individualités compétentes techniquement que comme une véritable équipe à objectifs communs et partagés.

#### **3.4.2. Le dialogue social s'est crispé, dans un contexte de communication brouillée et d'absence de mobilisation collective**

- [341] Les conditions de ce dialogue sont évoquées plus précisément en annexe n° 6-5.
- [342] Le formalisme est plus ou moins respecté<sup>141</sup> s'agissant du dialogue institutionnel avec les organisations syndicales, le comité technique d'établissement et le CHSCT sont réunis.
- [343] Des réunions ont également lieu avec les organisations syndicales, soit en bilatéral sur des sujets identifiés, soit en intersyndicale sur la préparation des CAP ou des sujets transversaux.
- [344] Ce dialogue paraît néanmoins s'être crispé depuis fin 2007, une crispation qui se cristallise autour de quelques points :
- L'envoi toujours tardif voire la remise sur table de documents structurants (notamment pour le PREF) qui rendent toute réelle préparation difficile pour les représentants du personnel ;
  - Une évidente pression de la direction autour du PREF, qui recherche l'adhésion en développant un discours de l'urgence notamment fin 2008 (quand bien même il aura fallu près d'un an pour élaborer le PREF) et la menace de l'administration provisoire ;
  - Le sentiment d'un manque d'écoute, voire de mépris que traduisent une présence irrégulière du chef d'établissement en CTE, ou une attention parfois relative de celui-ci ou de certains directeurs pendant les instances, plus occupés sur leurs téléphones portables ou leur PC ;
  - L'annulation fréquente de réunions programmées ;
  - Un conflit des Urgences long<sup>142</sup>, qui a laissé des traces, notamment dans la communauté soignante.
- [345] Le contexte syndical national, l'implication du SNCH, celle plus personnelle de l'ancien directeur des ressources humaines ne contribuent pas, par ailleurs, à apaiser la situation en interne.

<sup>138</sup> Courrier du 18 mars 2010 à la mission IGAS.

<sup>139</sup> D'une façon rappelant le traitement réservé à l'ancienne directrice de la DAHLB.

<sup>140</sup> Cf. annexe 6.1.

<sup>141</sup> Si l'on excepte le retard dans les convocations et l'envoi des documents, ou leur absence, et des CR.

<sup>142</sup> Fin janvier – 6 mai 2009.

- [346] L'irruption enfin d'un nouvel acteur, le collectif des personnels du CHIPS, l'attitude initialement ambiguë de la direction, qui lui a donné des moyens de diffuser l'information qu'elle refusait par ailleurs aux organisations syndicales représentatives, a contribué à accentuer le malaise.
- [347] Plus globalement, et au-delà du seul dialogue avec les organisations syndicales, la relation entre équipe de direction et encadrement, entre direction et communauté soignantes demeurent empreintes d'un manque de confiance, qui se traduit à l'occasion des échanges sur les tableaux de bord comme d'autres sujets plus quotidiens (gestion des secrétariats médicaux, procédure d'évaluation, etc.).
- [348] La lettre de l'encadrement, rassemblant les signatures de plus de la moitié des cadres de santé de l'établissement, remise à la mission pour dénoncer des conditions dégradées, un manque de confiance et de reconnaissance, est symptomatique de ce malaise<sup>143</sup>.
- [349] Deux indicateurs que sont le taux d'absentéisme (en hausse de 0,9 point en 2009), et l'augmentation du nombre des consultations de la psychologue du travail depuis 2007, témoignent aussi de ce malaise persistant.
- [350] La communication interne autour des grands enjeux du PREF et de sa mise en œuvre, de ses premiers résultats qui reste très modeste, alors même que la couverture des médias locaux et nationaux s'avère particulièrement déstabilisante pour les personnels.

### **3.4.3. Le pilotage de l'activité globale (tant financière que soignante) reste « flottant »**

- [351] Le processus de validation interne des différentes actions proposées par le consultant Cap Gemini et de leur évolution (abandons de certaines pistes, retards, nouvelles pistes) est inexistant.
- [352] Tout suivi coordonné cesse fin avril 2009 ; la simple consolidation des informations ne se fait donc pas. Il faut attendre les demandes insistantes de la mission qui souhaite un point d'avancée des diverses mesures, pour qu'à compter de fin janvier 2010<sup>144</sup>, la mise à jour des différentes fiches-mesures soit confiée au contrôleur de gestion ; ce travail de « reconstitution » n'aboutira que début avril 2010. Encore cette mise à jour n'est-elle pas complète.
- [353] Deux réunions ont certes lieu avec l'ARH, le 16 septembre puis le 2 décembre, dont il n'existe d'ailleurs pas de comptes-rendus.
- [354] Chaque responsable a donc fait avancer « ses » mesures sans réelle coordination, ce qui se traduit, sans surprise, par des avancées sur les sujets « simples », la réduction de la masse salariale ou la facturation (ceci sans méconnaître la situation de déshérence des systèmes d'information, les retards ou défaut de codage trouvés par l'actuelle équipe à son arrivée dans l'établissement), et des retards en revanche sur les sujets plus complexes.
- [355] L'axe 2 du PREF sur le développement d'activités est ainsi très en retard, la réflexion autour du temps de travail médical n'a pas avancé, si bien que malgré une très légère réduction du coût du travail médical en 2009 et une légère augmentation d'activité en fin d'année, on peut fortement douter que la productivité, point noir de l'établissement dans le diagnostic-flash 2008, ait beaucoup évolué.

---

<sup>143</sup> XXXXX

<sup>144</sup> Comité de suivi du 25 janvier 2010.

- [356] Les CET médicaux demeurent une préoccupation majeure ; ils ne cessent de croître (ils représentent fin 2009 98 ETP sur un an) et outre le poids financiers considérable que leur valorisation représente<sup>145</sup>, ils pèsent sur le développement d'activités.
- [357] S'agissant de la refonte de la filière Achats, également prévue par le PREF, le directeur ne s'est pas investi, au-delà de la nomination d'une nouvelle directrice orientée sur la sécurisation juridique des marchés, dans une réflexion plus globale en matière de politique d'achat.
- [358] Au quotidien, cette approche centrée quasi exclusivement sur les économies de fonctionnement et de personnels et le volet financier a peine à susciter l'adhésion, faute d'une véritable coordination de l'ensemble et d'une communication interne mobilisatrice ou valorisante ; d'autant que les gains sur certaines réductions de primes ou suppression de jours de congés (exemple du jour pour les Médaillés du travail) n'ont pas touché, loin s'en faut, que des personnels très qualifiés et à fort revenu<sup>146</sup>, sans qu'ils se sentent toujours impliqués.
- [359] A cette absence de pilotage transversal et coordonné de l'activité s'est ajoutée une gestion très centralisée du PREF, comme si la mise en œuvre du PREF reposait sur la seule direction.
- [360] Les services et notamment l'encadrement intermédiaire sont mal informés ou avec retard de la programmation des travaux notamment liés au PREF, et ne sont que rarement associés aux réunions de travaux ou à leur réception.
- [361] **Aucune délégation de gestion, même partielle, n'est encore en place**, alors qu'une implication plus grande des pôles et des services permettrait une approche différente et une appropriation plus complète de certaines réorganisations au demeurant nécessaires. Sur des sujets impliquant la vie quotidienne des services, cette gestion très centralisée a eu tendance à crispier les services et les pôles sans être toujours à même, au-delà du seul aspect financier, d'apporter des réponses appropriées<sup>147</sup>.

### **3.5. De forts doutes persistent sur la faisabilité du PREF**

- [362] Le CHIPS lui-même a revu le calendrier de mise en œuvre du PREF, indiquant un retour à l'équilibre non plus pour 2011 mais 2013<sup>148</sup>. En l'absence de comité de pilotage et de mise à jour des 95 fiches actions du PREF (cf. supra), il nous a été très difficile d'établir un premier bilan de sa mise en œuvre. Cependant, au-delà des retards de calendrier, les fondements mêmes du PREF et la capacité du CHIPS à le mettre en œuvre suscitent d'ores et déjà de profondes interrogations<sup>149</sup>.

<sup>145</sup> Plus de 8,3M€ dont 4,9 M€ provisionnés.

<sup>146</sup> Il est par exemple intéressant de constater que si le montant global des primes attribuées par l'établissement diminue de manière sensible en 2009 par rapport à 2008, ce montant augmente pour la catégorie des directeurs et des directeurs de soins. Certes les effectifs de personnels soignants ont décliné, mais cette baisse est très inférieure en 2009 (-0,8%) à la baisse du montant global des primes allouées par exemple aux AS –ASH et IDE (-7,5%).

<sup>147</sup> Cf. annexes 6-3 et 6-5 exemple des secrétariats médicaux.

<sup>148</sup> Source : EPRD 2009 du CHIPS. La DFI prévoyait dans le PGFP actualisé un retour à l'équilibre fin 2013, alors même qu'elle estimait le résultat d'exploitation pour 2009 à -17,5M€, ce qui n'a pas été réalisé (-19,1M€).

<sup>149</sup> Les éléments détaillés sont précisés en annexe 7 « finances » partie 6.

[363] Le PREF est présenté de la manière suivante selon cinq axes.

Tableau 18 : Les axes du PREF et les montants associés

N°	Axe	Gains cumulés
1	Valorisation de l'activité existante	12,8
2	Développement d'activités bénéficiaires	16,2
3	Restructuration et redimensionnement des activités de production	5
4	Réorganisation des fonctions support	5
5	Optimisation de la GRH et de la masse salariale	6,9
Total		<b>46</b>

Source : CHIPS

[364] Tel qu'il a été construit par Cap Gemini Consulting et « validé »<sup>150</sup> par la direction puis la tutelle, le retour à l'équilibre financier nécessite un gain net de recettes de 46M€ d'ici fin 2011.

[365] Il comporte trois grands types de mesures :

- la baisse des dépenses : axe 3 (restructuration et redimensionnement des unités de production), axe 4 (réorganisation des fonctions support) et axe 5 (optimisation de la gestion des ressources humaines et de la masse salariale), pour un gain net de 17M€ représentant 37% des mesures correctrices,
- la régularisation de la valorisation de l'activité existante : axe 1 pour un gain net de 12,8M€ ce qui représente 28% des mesures correctrices,
- Et le développement d'activités bénéficiaires : axe 2 pour un gain net de 16,2M€ représentant 35% des mesures correctrices.

### 3.5.1. La diminution de la masse salariale (qui concerne les axes 3 et 4 mais surtout 5) égale quasiment, dès 2009, le montant total des objectifs 2008-2011 du PREF

[366] La réduction drastique des dépenses de personnels non médicaux (titre 1) atteint, dès 2009, - 8,9M€ au regard du PGFP<sup>151</sup>, soit pratiquement la totalité des objectifs d'économies du PREF à horizon 2011 sur ce titre (-9,6M€).

[367] Ces premiers résultats s'expliquent par la mise en œuvre déterminée des mesures de maîtrise des dépenses et de restructuration des fonctions support, mais aussi à l'inverse par l'absence des surcoûts de dépenses de personnels liés aux mesures de relance de l'activité prévus dès 2009<sup>152</sup>.

[368] Il sera donc difficile de s'appuyer à l'avenir sur ce poste de dépenses pour diminuer encore les charges de façon significative. Certes, il reste des marges de manœuvre sur les fonctions administratives et logistiques (axe 4). A l'inverse, réaliser l'objectif de relance de l'activité devrait faire peser une pression à la hausse sur les charges de ce titre pendant les exercices à venir.

<sup>150</sup> Nous n'avons pas trouvé de trace de document administratif issu de l'établissement appelé PREF validant formellement les travaux des consultants. Seule l'annexe 4-4 du CPOM, document de huit pages, contractualise entre le CHIPS et la tutelle les hypothèses financières émises par le consultant et se reporte systématiquement aux livrables de ce dernier.

<sup>151</sup> Cf. annexe 7, PJ 7-5 « PGFP après mise en œuvre du plan d'action » et PJ 7-9 « Mesures financières PREF 2008-2011 par titre ».

<sup>152</sup> Le PGFP du PREF prévoit en effet pour 2009, certes des mesures de maîtrise des dépenses de personnels à hauteur de 6M€ mais aussi des surcoûts de dépenses de personnels liés aux mesures d'activités à hauteur de 2,3M€ (soit un gain net d'économies de 3,7M€ largement dépassé par l'établissement de 5,2M€ pour atteindre 8,9M€).

### 3.5.2. La régularisation de la valorisation à 100% de l'activité existante (axe 1) est quasiment atteinte sans que les objectifs financiers du PREF le soient

- [369] L'établissement nous a indiqué que son taux d'exhaustivité du codage atteignait 100% à la date de clôture de l'exercice 2009<sup>153</sup>, de même que son taux de facturation de l'activité codée<sup>154</sup>. Ainsi, selon les données de l'établissement, l'axe 1 relatif à la régularisation de la valorisation de l'activité existante est atteint.
- [370] Le PREF prévoit un gain net de 12,8M€ cumulé d'ici 2011, dont 7,2M€ au titre de l'amélioration de l'exhaustivité et de la qualité du codage et 4,3M€ au titre de l'optimisation de la facturation<sup>155</sup>. Or, la valorisation à 100% de l'activité existante, acquise dès 2009, a permis d'augmenter les recettes de titre 1 et 2, respectivement de 5,8M€ et 2,5M€, soit 8,3M€ (cf. supra 3.1.2).
- [371] Améliorer la qualité du codage est possible, au vu des redressements effectués par la CPAM lors de ses contrôles annuels, mettant notamment en exergue le nombre de dossiers non facturables car encore incomplets. Mais ces mêmes contrôles font apparaître des erreurs de codage en défaveur de l'assurance maladie de sorte qu'une meilleure qualité du codage peut ne pas conduire à accroître les recettes de titre 1.
- [372] Nous nous interrogeons donc fortement sur la capacité du CHIPS à « gagner » encore 4,5M€ de recettes supplémentaires sur l'optimisation du codage et de la facturation.

### 3.5.3. Le développement d'activités bénéficiaires (axe 2) pour un gain net de 16,2M€ paraît très ambitieux et peu réaliste

- [373] **D'une part, le CHIPS ne s'est pas vraiment encore engagé dans cette démarche, qui reste éminemment difficile.** Ainsi, sur 37 actions prévues, peu ont été mises en place<sup>156</sup>. Une première mise à jour des fiches PREF de l'axe 2, à la demande de la mission, montre à la fois que certaines actions ont pris un retard important, que d'autres vont être abandonnées compte tenu de l'évolution de l'activité, et qu'en tout état de cause le développement de certaines activités, ainsi que le chiffrage des gains nets produits doivent être réexaminés.
- [374] Développer les activités bénéficiaires nécessite de faire face aux problèmes structurels de l'établissement, qu'il s'agisse de la réorganisation des activités, de la suppression de doublons, du projet médical ou de la gouvernance des pôles.
- [375] Le développement de l'activité implique en effet une stratégie claire, partagée par les acteurs, notamment une plus forte implication de la communauté médicale qu'il faudra fédérer en s'appuyant sur des projets mobilisateurs. Cela suppose un changement de méthode par rapport à une mise en œuvre du PREF fortement centralisée et reposant sur des mesures techniques qui ont été prises en « chambre » au sein de la direction.
- [376] La réussite du PREF nécessite donc d'accélérer rapidement la contractualisation des pôles, de leur déléguer davantage de pouvoir et d'impulser un dialogue non seulement de gestion mais également stratégique avec la communauté médicale.

<sup>153</sup> Source : Tableaux de bord de gestion par pôle (contrôle de gestion) et note du DIM à la mission en date du 25 février 2010.

<sup>154</sup> Source : Tableau de bord de suivi de la facturation de la direction de la clientèle n°32 établi le 17/02/2010 – Cf. annexe 8 « Facturation », PJ-3 « tableau de bord de suivi de la facturation »

<sup>155</sup> Mesures K et L du tableau PREF 2008-2011 par type de mesures. Cf. annexe 7, PJ 7-7 « PREF par type de mesures »

<sup>156</sup> Cf. annexes 5-1 à 5-9 par pôle d'activités et Annexe 7 « finances » partie 6.2.2.

[377] **D'autre part, comme pour beaucoup de contrats et de plans de retour à l'équilibre financier, le PREF du CHIPS est fondé sur des hypothèses d'augmentation d'activité très volontaristes.** L'objectif de 16,2M€ de recettes supplémentaires en trois ans par le seul développement d'activités bénéficiaires, tout en maîtrisant les coûts que celui-ci implique, paraît considérable et difficilement atteignable, au regard notamment de l'évolution récente de l'activité et des recettes.

### 3.5.4. Des marges de progression sont à l'inverse envisageables

3.5.4.1. Sur les charges à caractère général et hôtelier qui représentent près de 25M€

[378] En neutralisant l'effet d'apurement des créances irrécouvrables de la gestion antérieure, les dépenses à caractère général et hôtelier ont augmenté de 6% entre 2007 et 2008 mais diminué de -6,2% (-1,52M€) entre 2008 et 2009. **Le processus de maîtrise de ces dépenses est donc enclenché alors même qu'il n'a pas été mis en œuvre de politique volontariste sur ce sujet.**

[379] **Les objectifs du PREF sont relativement modestes sur ce titre.** Il prévoit s'agissant des achats (fiche 4.2 du PREF) une économie 1,2M€ d'ici 2011 alors que les experts estiment qu'un gain de 5% par an, soit ici 1,2M€, est possible, surtout au sein d'une structure qui n'a pas optimisé ses achats.

3.5.4.2. Sur l'axe 3 du PREF relatif au redimensionnement et à la restructuration des services

[380] Cet axe du PREF a pris un certain retard compte tenu des intérêts particuliers et des freins aux différentes restructurations et suppressions de « doublons » déjà évoqués supra, notamment pour les services de réanimation, des urgences et des blocs opératoires<sup>157</sup>.

[381] En outre, aucun bilan financier précis des opérations réalisées ou en cours (exemple du regroupement des activités de laboratoire) n'a pu nous être transmis<sup>158</sup>. La DFI estime que cet axe n'a été réalisé qu'à hauteur de 58% par rapport aux objectifs fixés pour 2009<sup>159</sup>.

[382] L'enjeu est d'importance puisque le PREF estime les gains de recettes sur cet axe à 5M€ d'ici 2011.

3.5.4.3. Sur des gains de productivité médicale, notamment par l'amélioration des organisations et des pratiques professionnelles

[383] **Nous avons constaté l'absence de réflexion collective sur les effectifs médicaux, les organisations de soins, les priorités de remplacement de personnels soignants pour améliorer la productivité médicale globale constatée par les indicateurs du « diagnostic flash » qui positionnent le CHIPS dans le dernier décile (cf. supra).** Il convient bien évidemment d'être prudent avec cet indicateur qui ne reflète pas les différences de productivité de chaque pôle, service ou praticien individuellement. Nous n'avons pas constaté la mise en débat de telles problématiques dans la préparation du prochain projet médical.

<sup>157</sup> Il est rappelé, à titre d'exemple, que le maintien sur deux sites de la réanimation dans un contexte de baisse d'activité et de départ de praticiens pèse sur le déficit de l'établissement. En 2008, les coûts de fonctionnement étaient estimés à 14,7M€ et les recettes à 9,4M€, soit un déficit annuel de 5,3M€. Cf. annexe 5-3 « Pôle Urgences-Réanimation-Pédiatrie », annexe 5-5 « Anesthésie, bloc opératoire, chirurgie ».

<sup>158</sup> Cf. annexe 5-4 « Pôle logistiques médico-techniques ».

<sup>159</sup> Présentation des projections financières par le CHIPS lors de la conférence budgétaire à l'ARHIF du 2 février 2010.

### 3.5.5. Compte tenu des menaces qui pèsent sur le PREF, il est nécessaire de revoir rapidement les fondements même du plan en lien direct avec l'ARS

- [384] L'analyse des premiers résultats du PREF montre de réelles menaces sur sa mise en œuvre :
- Nous doutons que la valorisation de l'activité existante permette d'obtenir 4,5M€ supplémentaires ;
  - Les 16,2M€ de recettes attendues de l'augmentation de l'activité nous paraissent très peu probables ; nous nous interrogeons sur les modalités de concertation des pôles et de validation par la direction de telles hypothèses de hausse d'activité émises par le consultant ;
  - Pour les autres axes, l'absence de suivi ne nous permet pas de porter un réel diagnostic mais nous sommes aussi peu optimistes : les marges de manœuvre supplémentaires existantes, que, sur son erre actuelle, le CHIPS pourra mobiliser, ne nous paraissent pas couvrir les risques portant, notamment, sur la capacité de l'établissement à faire les 5M€ d'économies attendues de la restructuration de l'appareil de production.
- [385] Des éléments supplémentaires doivent être pris en compte :
- Le PREF n'a pas intégré les charges masquées de la gestion précédente qui pèseront encore sur les exercices à venir pour 8,6 M€; celles-ci étaient pourtant connues aux dates d'intervention de Cap Gemini Consulting et de la signature du PREF ;
  - Ce dernier n'a pas davantage été construit en lien avec le financement du nouvel hôpital qui nécessite des emprunts et investissements conséquents dont une part devrait peser sur l'établissement.
- [386] Enfin, des éléments nouveaux imposent *a minima* une actualisation régulière du PREF. Ainsi, par exemple, la fermeture en octobre 2009 de la radiothérapie et les interrogations sur l'avenir de cette activité auront un impact non négligeable sur les recettes de l'établissement. Les pertes de recettes annuelles sont évaluées à 1,6M€<sup>60</sup> auxquelles il convient d'ajouter, dans l'attente de la décision à prendre, les surcoûts liés à la maintenance des équipements et aux actes et transports des patients du CHIPS réorientés vers d'autres structures ; sans oublier que le PREF prévoyait de développer cette activité et d'en améliorer la rentabilité pour un gain net de 436K€
- [387] **Au total nous avons les plus grands doutes quant à la faisabilité du PREF et donc à la capacité de l'établissement, sur sa trajectoire actuelle, à revenir à l'équilibre. Nous recommandons d'en revoir très rapidement le contenu.**
- [388] **Cette revue générale du PREF doit s'effectuer avec un appui spécifique de l'ARS et en lien direct avec la communauté médicale.** Des études permettant de mieux cerner les gains en efficacité des réorganisations, de la productivité médicale, de la diminution de la DMS dans les secteurs où elle dépasse la moyenne nationale et de la relance réaliste de l'activité à moyens constants ou en maîtrisant les coûts, doivent être entreprises rapidement en coordination effective avec les chefs de pôle et après analyse de la production de chaque pôle et service.
- [389] **Nous constatons que la situation financière de l'établissement demeure extrêmement préoccupante, ce qui n'est pas sans conséquence sur sa capacité à participer au financement du nouvel hôpital.**

---

<sup>60</sup> 5300 séances annuelles avec un PMCT de 300€(chiffres 2008 e-PMSI et données CHIPS).

## 4. CONCLUSION ET PROPOSITIONS

### 4.1. Conclusions

[390] **Le nouveau directeur hérite, à sa prise de fonction d'une situation très dégradée.**

- Les malentendus sur les objectifs de la fusion, qui n'a pas été réalisée sur la base d'un projet médical concerté, perdurent ; la communauté médicale est divisée, la relation avec les élus dégradée et le personnel très démobilisé ;
- La situation administrative et financière est catastrophique ;
- Le déficit, déjà important, s'avère largement sous-estimé<sup>161</sup>. Les dépenses ne sont pas maîtrisées, l'établissement vit une sorte de « fuite en avant » et les comptes ne sont pas sincères ;
- L'établissement ne valorise qu'imparfaitement son activité alors même qu'il répond aux besoins de santé de la population ;
- L'équipe de direction est pour partie ancienne, installée dans une certaine routine.

[391] **La nouvelle direction réussit incontestablement à réduire le déficit**

- En facturant l'activité qui ne l'était pas ;
- En maîtrisant la masse salariale, les dépenses de personnels diminuant en 2009 après 4 ans de hausse successive ;
- Toutefois le respect du déficit contractualisé se fait dans des conditions qui ne garantissent pas que ce résultat soit totalement pérenne.

[392] **Mais elle n'a pas réussi dans d'autres domaines**

- Plusieurs décisions d'organisation médicale ne sont pas prises ;
- La mise en place de la nouvelle gouvernance n'a pas progressé, en particulier il n'y a ni contrats de pôle ni délégation de gestion ;
- Le management global n'est pas adapté ;
- Les doutes sont réels sur la faisabilité du PREF ;
- Il existe une possible mise en cause pénale de plusieurs membres de l'équipe pour des marchés irréguliers.

**La direction actuelle, dont nous reconnaissons qu'elle a posé les premières bases d'un assainissement de la situation, ne nous paraît pas doté des capacités propres et de la légitimité pour préparer l'avenir.**

**La communauté médicale, toujours divisée, peine en outre à constituer le second pilier indispensable à l'évolution vers le nouvel hôpital.**

**La situation reste très fragile compte tenu de nos doutes sur la faisabilité du PREF, dont la réussite repose désormais en grande partie sur des gains de valorisation et de développement d'activités sur lesquels nous nous interrogeons fortement.**

**Le projet de nouvel hôpital, dont la réalisation est également liée à ces hypothèses d'activité d'une part, à un plan de financement encore très peu stabilisé d'autre part, devra intégrer des visions plus prospectives d'alternatives à l'hospitalisation.**

<sup>161</sup> De - 15M€fin 2007 à -27,7M€en mars 2008 (compte financiers)

#### **4.2. Une recommandation première : mettre l'établissement sous administration provisoire**

[393] Pour toutes ces raisons, nous écartons l'idée d'un simple remplacement du directeur, même avec un accompagnement renforcé.

[394] Nous recommandons de mettre l'établissement sous administration provisoire, solution qui présente plusieurs avantages :

- elle isole la direction de toute influence externe ;
- elle pallie l'absence de structuration de la communauté médicale, tout en permettant d'avancer vite dans la mise en place de la nouvelle gouvernance ;
- elle envoie un message choc sur le sérieux de la situation et de sa prise en compte ;
- elle donne du temps pour trouver un nouveau directeur au profil plus fédérateur et pour réorganiser l'équipe.

[395] Il ne nous paraît pas forcément nécessaire de recomposer totalement l'équipe de direction sous réserve des réorganisations et des recadrages indispensables.

#### **Recommandation n°1 : Mettre l'établissement sous administration provisoire.**

#### **4.3. Six recommandations complémentaires**

[396] Chacune des annexes comporte les recommandations appropriées à la situation décrite nous récapitulons ci-dessous les six autres recommandations principales.

#### **Recommandation n°2 : Mettre en place de manière effective la nouvelle gouvernance par la contractualisation avec les pôles et la signature de délégations de gestion.**

#### **Recommandation n°3 : Poser le sujet de la productivité médicale en menant à bien dans les deux ans les dossiers du temps de travail et de l'organisation médicale.**

#### **Recommandation n°4 : Revoir la faisabilité du PREF et les modalités de son pilotage.**

#### **Recommandation n°5 : Amplifier la remise à niveau de la gestion par une nouvelle organisation de l'équipe de direction, permettant un réel décloisonnement.**

#### **Recommandation n°6 : Renouer le dialogue social en valorisant, notamment, l'encadrement et en relançant une communication interne qui accompagne le changement.**

#### **Recommandation n°7 : Identifier à l'ARS un correspondant unique PREF/ nouvel hôpital, avec une formalisation du suivi.**

\* \* \*

\* \*

**Lors de la procédure contradictoire** la réponse du directeur met en cause l'impartialité et le professionnalisme de la mission, soupçonnée de sous estimer les dysfonctionnements de la gestion antérieure ainsi que sa performance propre. La lecture du rapport montre à l'évidence que le premier point est inexact. Sur le second le constat dressé est complet et permet au lecteur de se prononcer. Nous tenons toutefois à préciser que parvenir en deux ans à facturer l'activité et à réduire les coûts des seuls personnels non médicaux, avec un important appui de consultants (1,7 M€), est une amélioration par rapport à la situation antérieure mais un niveau de performance qui demeure le minimum attendu d'un gestionnaire hospitalier.

*La mission ne partage pas l'opinion confortable selon laquelle il vaudrait mieux ne pas « déstabiliser » les gestionnaires en les contrôlant et rappelle que tout gestionnaire public doit rendre compte de sa gestion. Il serait de bonne administration pour le directeur, XXXXX, de prendre en compte notre état des lieux, le diffuser largement dans l'établissement et l'utiliser pour remédier aux nombreux dysfonctionnements qui demeurent comme pour améliorer sa propre performance, sujet sur lequel, ne lui en déplaise, il y a, aussi, une marge de progression.*

*La mission maintient ses recommandations quant à la mise en place d'une administration provisoire, compte tenu des constats développés dans le rapport. Elle constate les oppositions de la direction et des acteurs locaux que suscite cette proposition. Toutefois elle estime qu'en son absence le scénario le plus probable est celui d'un établissement qui demeure divisé, reporte les changements dans son fonctionnement médical, persiste dans un déficit à un niveau qui certes a été réduit, mais demeure réel, faute de développement de son activité et estimant que toutes les solutions viendront de la construction du nouvel hôpital. Il est vrai que l'actuel directeur ne sera sans doute plus en fonction à ce moment et que son successeur, comme les acteurs locaux précités, pourront alors lui imputer le maintien d'une situation déficitaire et demander, encore, des financements supplémentaires à l'assurance maladie. De plus le renouvellement des équipes soignantes dans un tel contexte reste, pour la mission, un sujet d'inquiétude.*

Pascal PENAUD

Patricia VIENNE

Dorothee IMBAUD

Anne BRUANT-BISSON



Inspection générale des affaires sociales
RM2010-182Z

# Contrôle du centre hospitalier intercommunal de Poissy-St-Germain-en-Laye

**RAPPORT COMMUNICABLE  
ANNEXES - TOME II**

Établi par

Pascal PENAUD

Dr. Patricia VIENNE

Dorothee IMBAUD

Anne BRUANT-BISSON

Inspecteurs et inspecteurs généraux des affaires sociales



## Sommaire

<b>ANNEXE 1 : LETTRE DE MISSION.....</b>	<b>7</b>
<b>ANNEXE 2 : METHODOLOGIE ET PERSONNES RENCONTREES.....</b>	<b>9</b>
<b>ANNEXE 3.1 : PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT ET ACTIVITE .....</b>	<b>17</b>
<b>ANNEXE 3.2 : ACTIVITE LIBERALE DES PRATICIENS .....</b>	<b>47</b>
<b>ANNEXE 3.3 : AUTORISATION D'ACTIVITE .....</b>	<b>55</b>
<b>ANNEXE 3.4 : DONNEES COMPARATIVES BASE D'ANGERS .....</b>	<b>57</b>
<b>ANNEXE 4 : DEROULE DES REGROUPEMENTS ET FUSIONS (1997-2009).....</b>	<b>61</b>
<b>ANNEXE 5 : LES POLES D'ACTIVITES CLINIQUE ET MEDICO-TECHNIQUES.....</b>	<b>69</b>
<b>ANNEXE 5.0 : LA MISE EN PLACE DE LA GOUVERNANCE DANS L'ETABLISSEMENT.....</b>	<b>71</b>
<b>ANNEXE 5.1 : POLE « PERINATALITE » .....</b>	<b>81</b>
<b>ANNEXE 5.2 : POLE « PSYCHIATRIE » .....</b>	<b>87</b>
<b>ANNEXE 5.3 : POLE « URGENCES REANIMATION PEDIATRIE ».....</b>	<b>91</b>
<b>ANNEXE 5.4 : POLE « LOGISTIQUES MEDICO-TECHNIQUES » .....</b>	<b>101</b>
<b>ANNEXE 5.5 : POLE « ANESTHESIE BLOC OPERATOIRE CHIRURGIE ».....</b>	<b>109</b>
<b>ANNEXE 5.6 : POLE « MEDECINE INTERNE CARDIOVASCULAIRE » .....</b>	<b>121</b>
<b>ANNEXE 5.7 : POLE « NEUROLOGIE REEDUCATION GERIATRIE ».....</b>	<b>129</b>
<b>ANNEXE 5.8 : POLE « ONCOLOGIE MEDICALE INFECTIOLOGIE » .....</b>	<b>135</b>
<b>ANNEXE 5.9 : POLE « IMAGERIE ».....</b>	<b>141</b>
<b>ANNEXE 6.1 : L'EQUIPE DE DIRECTION ET LE MANAGEMENT DU DIRECTEUR ...</b>	<b>153</b>
<b>ANNEXE 6.2 : LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES : LES EFFECTIFS DU CHIPS - CARACTERISTIQUES ET GRANDES EVOLUTIONS .....</b>	<b>175</b>
<b>ANNEXE 6.3 : LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES : LES DEPENSES DE PERSONNEL .....</b>	<b>193</b>
<b>ANNEXE 6.4 : LES MISES A DISPOSITION SUR LA PERIODE 2005-2009.....</b>	<b>223</b>
<b>ANNEXE 6.5 : DIALOGUE SOCIAL, CONDITIONS DE TRAVAIL ET COMMUNICATION .....</b>	<b>229</b>

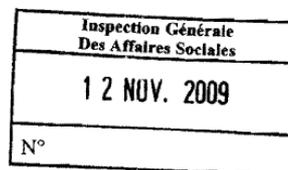
<b>ANNEXE 6.6 : DYSFONCTIONNEMENT AU DEPARTEMENT D'INFORMATION MEDICALE.....</b>	<b>247</b>
<b>ANNEXE 6.7 : LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES – LA POLITIQUE DE FORMATION .....</b>	<b>251</b>
<b>ANNEXE 6.8 : LOGEMENT .....</b>	<b>261</b>
<b>ANNEXE 7 : ANALYSE DES COMPTES ET DE LA SITUATION FINANCIERE DE 2005 A 2009.....</b>	<b>267</b>
<b>PJ N°7-1 : COMPTES FINANCIERS 2005-2009 .....</b>	<b>339</b>
<b>PJ N°7-2 : TABLEAU DE SYNTHESE FINANCIERE CREF 2004-2008.....</b>	<b>345</b>
<b>PJ N°7-3 LISTE DES COMPTES HOSPITALIERS .....</b>	<b>347</b>
<b>PJ N°7-4 : PREF CONTRACTUALISATION CPOM.....</b>	<b>349</b>
<b>PJ N°7-5 PREF PGFP APRES PLAN.....</b>	<b>359</b>
<b>PJ N°7-6 PREF MESURES VALIDEES .....</b>	<b>361</b>
<b>PJ N°7-7 PREF PAR TYPE DE MESURES .....</b>	<b>363</b>
<b>PJ N°7-8 PREF PAR POLE .....</b>	<b>365</b>
<b>PJ N°7-9 PREF PAR TITRE DE CHARGES ET DE RECETTES .....</b>	<b>367</b>
<b>PJ N°7-10 LISTE DES 5 AXES ET 95 FICHES ACTIONS DU PREF .....</b>	<b>369</b>
<b>PJ N°7-11 EXEMPLE DE FICHE ACTION DU PREF.....</b>	<b>383</b>
<b>ANNEXE 8 : FACTURATION.....</b>	<b>391</b>
<b>PJ 8-1 PROCESSUS FACTURATION AVANT LE 1<sup>ER</sup> JANVIER 2009 .....</b>	<b>401</b>
<b>PJ 8-2 : PROCESSUS DE FACTURATION A PARTIR DU 1<sup>ER</sup> JANVIER 2009.....</b>	<b>403</b>
<b>PJ 8-.3 : TABLEAU DE BORD FACTURATION 2009.....</b>	<b>407</b>
<b>ANNEXE 9 : SYSTEME D'INFORMATION ET INFORMATIQUE.....</b>	<b>411</b>
<b>ANNEXE 10.1 : ORGANISATION GLOBALE ET POLITIQUE D'ACHAT DE L'ETABLISSEMENT.....</b>	<b>447</b>
<b>ANNEXE 10.2 : DIRECTION DES ACHATS .....</b>	<b>459</b>
<b>ANNEXE 11.1 : LA PASSATION DES MARCHES ANALYSE D'UN ECHANTILLON DE MARCHES .....</b>	<b>483</b>
<b>ANNEXE 11.2 : MARCHES ANNEXE JURIDIQUE .....</b>	<b>495</b>
<b>ANNEXE 11.3 : CONTROLE DDASS.....</b>	<b>497</b>
<b>ANNEXE 11.4 : ACHAT ET MARCHES INFORMATIQUES DU CHIPS .....</b>	<b>511</b>

---

<b>ANNEXE 11.5 : MARCHES MEDICAMENT ET DISPOSITIFS MEDICAUX - MARCHES PASSES PAR LA PHARMACIE .....</b>	<b>549</b>
<b>ANNEXE 11.6 : MARCHE CAP GEMINI.....</b>	<b>561</b>
<b>ANNEXE 11.7 : MARCHES D'INTERIM 2005-2009.....</b>	<b>579</b>
<b>ANNEXE 11.8 : ANALYSE DES MARCHES PASSES AVEC LA SOCIETE KONE.....</b>	<b>587</b>
<b>ANNEXE 11.9 : SOCIETE RICOH .....</b>	<b>595</b>
<b>ANNEXE 11.10 : APPEL D'OFFRES OUVERT TELEPHONIE (2007).....</b>	<b>599</b>
<b>ANNEXE 11.11 : MARCHE AUDIT ORGANISATION ACTIVITE MEDICALE MARCHE PROCEDURE ADAPTEE 9197/07 HOMMES ET TECHNOLOGIES.....</b>	<b>603</b>
<b>ANNEXE 11.12 : MARCHE D'ASSURANCE (2009/12). .....</b>	<b>607</b>
<b>ANNEXE 11.13 : MARCHE COMMUNICATION SOCIETE MEDIAL 08/9055.....</b>	<b>613</b>
<b>ANNEXE 12 : BIOMEDICAL .....</b>	<b>615</b>
<b>ANNEXE 13 : PHARMACIE.....</b>	<b>629</b>
<b>ANNEXE 14 : TRAVAUX.....</b>	<b>635</b>
<b>ANNEXE 15.1 : TELEPHONE.....</b>	<b>645</b>
<b>ANNEXE 15.2 : FRAIS DE DEPLACEMENT .....</b>	<b>653</b>
<b>ANNEXE 15.3 : VEHICULES .....</b>	<b>659</b>
<b>ANNEXE 15.4 : RESTAURATION .....</b>	<b>663</b>
<b>ANNEXE 16 : LE PROJET DE NOUVEL HOPITAL.....</b>	<b>665</b>
<b>PIECE JOINTE N° 1 GENESE DE LA CONSTRUCTION DU NOUVEL HOPITAL – CHRONOLOGIE.....</b>	<b>673</b>
<b>PIECE JOINTE N°2 SCHEMA D'IMPLANTATION DU NOUVEL HOPITAL .....</b>	<b>675</b>
<b>PRINCIPALES RECOMMANDATIONS DE LA MISSION .....</b>	<b>677</b>



## Annexe 1 : Lettre de mission



*Ministère de la santé et des sports*

*Paris, le 10 NOV. 2009*

*La ministre*

Cab RBN/GFL/AB/MA – Me D 09-10735

Monsieur l'Inspecteur général,

Le centre hospitalier intercommunal de Poissy-Saint-Germain connaît des difficultés de fonctionnement depuis une dizaine d'années, liées d'une part aux conséquences de la fusion des deux établissements (décidée en 1997) sur l'organisation des activités et d'autre part à un déséquilibre financier marqué et persistant. Le projet de reconstruction des établissements à mi-chemin des deux villes, à Chambourcy, a progressé, et le terrain vient d'être acquis.

Un nouveau directeur est arrivé à l'automne 2007. Mais cette arrivée n'a pas permis pour l'instant de remédier au grave déséquilibre de la gestion, malgré la conclusion d'un plan de retour à l'équilibre et les soutiens financiers apportés par l'agence régionale de l'hospitalisation.

De plus, des désaccords sont intervenus au sein de l'équipe de direction. Ces dissensions pourraient être à l'origine indirecte d'un incident sérieux que vient de connaître un des directeurs adjoints de l'établissement, le 5 novembre 2009.

C'est pourquoi je vous demande de bien vouloir procéder à une inspection visant à un contrôle global du fonctionnement de l'établissement, remontant à l'année 2005. Celle-ci devra débuter dans les plus brefs délais.

Vous devrez examiner les modalités de mise en œuvre du contrat de retour à l'équilibre signé avec l'ARH, et évaluer plus largement la qualité de l'organisation interne de l'établissement depuis deux ans et en particulier le fonctionnement de l'équipe de direction.

Je souhaite recevoir votre rapport d'inspection **avant le 31 janvier 2010**, et vous demande de bien vouloir produire une note d'étape sur le fonctionnement de la direction **pour le 1<sup>er</sup> décembre prochain**.

Je vous prie de croire, monsieur l'inspecteur, à l'assurance de mes salutations distinguées.

Georges-François LECLERC

Monsieur Pierre BOISSIER  
Chef de l'Inspection Générale des  
Affaires Sociales  
Tour Mirabeau  
39/43 quai Citroën  
75015 PARIS



## Annexe 2 : Méthodologie et personnes rencontrées

### Méthodologie

#### 1. DEROULEMENT DE LA MISSION ET CONTENU DES INVESTIGATIONS

- [1] Notre mission s'est déroulée sur place du 16 novembre 2009 au 31 mars 2010. La lettre de mission prévoyait une note d'étape mi-décembre sur le fonctionnement de l'équipe de direction et un rapport fin janvier 2010, après un contrôle complet de l'établissement sur les cinq dernières années.
- [2] La première phase a conduit à rencontrer, au-delà des autorités administratives nationales et locales (DHOS, CNG, ARH, DDASS 78), une organisation syndicale qui en a fait la demande (SNCH), le directeur et l'équipe en place, ainsi que ses collaborateurs ayant quitté l'établissement. Nous avons réalisé l'audition de l'ensemble des partenaires impliqués pour comprendre le contexte et le ressenti et analysé l'ensemble des documents alors disponibles. Nous avons notamment recoupé les témoignages pour objectiver les relations entre les directeurs.
- [3] Une note intermédiaire datée du 15 décembre 2009 a été remise au directeur de cabinet de la ministre, une restitution orale de son contenu et des premières mesures proposées a été faite au directeur début janvier 2010 lorsque nous avons eu connaissance de la validation de notre proposition de ne pas prendre de décision immédiate sur la position du directeur de l'établissement mais de la repousser à la remise du rapport rendant compte du contrôle complet.
- [4] Concernant le contrôle complet, compte-tenu de la lourdeur des investigations à mener sur la période 2005-2009, et de la nécessité de conduire le contrôle en bi-sites et de s'appuyer sur des constats étayés, le cabinet a validé une prolongation du délai imparti à notre mission et une remise du rapport courant avril 2010.
- [5] Pour réaliser ce contrôle complet, nous avons organisé, pendant trois mois, plusieurs entretiens avec le directeur, les différents membres de l'équipe de direction et le président de la commission médicale d'établissement
- [6] Chacun des directeurs a été rencontré, ainsi que ses collaborateurs, pour présentation des grands domaines d'activités prioritaires dans leur domaine de compétence et des problématiques actuelles notamment en lien avec le PREF (finances, facturation et PREF / marchés et politique d'achats / ressources humaines et gestion prévisionnelle des effectifs et des compétences/ préparation du projet médical / décisions à prendre (radiothérapie, réanimation...). Les méthodes de travail de chaque secteur, les procédures, les résultats ont été examinés en détail avec leurs collaborateurs en entretien individuel.
- [7] Le président et le vice-président du conseil d'administration, maires de Poissy et Saint Germain-en-Laye, communes sièges de l'établissement ont été entendus.

- [8] Une visite de l'établissement – bien qu'incomplète – à été également réalisée sur les deux sites.
- [9] Dans le contexte de la nouvelle gouvernance et de la création des pôles d'activité, nous avons fait le choix de rencontrer les 9 médecins responsables de pôles et les 9 cadres de pôles et d'analyser les rapports d'activités disponibles et les projets de pôle en cours d'élaboration (cf. annexes spécifiques sur les pôles), ainsi que l'auto-évaluation et les documents préparés par l'établissement pour le passage de la Haute autorité de Santé (mission fin janvier 2010). D'autres médecins, chefs de services ou non, ont également été entendus à leur demande, dans les services de réanimation, de pneumologie et de soins palliatifs.
- [10] Nos rencontres avec le coordonateur général des soins, les directeurs des soins et les cadres supérieurs de santé chargés de la gestion prévisionnelle des effectifs, des remplacements et de la qualité de la prise en charge du patients nous ont permis, à travers le projet de soins 2009-2013 d'aborder avec les professionnels les objectifs soignants et les processus de suivi prévus.
- [11] Les organisations syndicales de l'établissement ont été entendues. Le nouveau collectif des personnels, bien que non représentatif, a été également reçu.
- [12] Nous avons examiné un nombre important de documents rendant compte de l'activité de l'établissement et de son fonctionnement, en particulier des marchés publics (cf. annexe spécifique à ce sujet).
- [13] Nous tenons à préciser que si nombre de documents ont été facilement accessibles d'emblée sur simple demande, nous avons eu des difficultés à obtenir certains éléments. Ainsi, des pièces ont du être demandées à de multiples occasions et ont nécessité des courriers adressés directement au directeur.
- [14] De la même manière, nous avons demandé et analysé les livrables des nombreux audits effectués à la demande de la direction à des cabinets de consulting. Outre le fait que ces livrables nous ont été transmis tardivement et, au fil de l'eau, pendant la durée de la mission, nous n'avons pu obtenir de l'établissement un état écrit des mesures mises en œuvre suite à ces audits. Ainsi, à titre d'exemple, la mise à jour des 95 fiches actions du PREF n'ayant pas été effectuée par l'établissement, nous avons rencontré de réelles difficultés à établir un bilan de la mise en œuvre des mesures du PREF. Seules 11 fiches ont été mises à jour et transmises à la mission courant mars suite à nos demandes réitérées depuis le mois de janvier 2010. Les autres ont fait l'objet d'un bref retour sous forme d'un tableau extrêmement succinct.
- [15] Nous avons eu par ailleurs confirmation que le directeur n'avait pas largement prévenu les personnels de l'établissement de notre mission de son contenu et de son champ.
- [16] Dans certains secteurs, des responsables nouveaux ne nous sont pas apparus considérer qu'ils étaient en charge de rendre compte de la gestion de ceux qui les avaient précédés. Cela a pu nous amener à nuancer des constats que nous portions sur la gestion antérieure en considérant que l'absence de réponses à certaines questions ou de fournitures de certains documents pouvait être due à une faible diligence dans leur recherche. Cela est alors indiqué dans les annexes qui y sont consacrés.
- [17] Nous nous sommes entretenus avec 142 personnes dont la liste est jointe à cette annexe.

## 2. CONTENU DU RAPPORT

- [18] Conformément au guide de bonnes pratiques de l'IGAS le rapport est aussi bref et synthétique que possible, il retrace les constats principaux dans un format destiné au commanditaire de la mission ; les propositions qu'il comporte lui sont destinées.
- [19] Les annexes comportent les analyses approfondies, elles documentent les travaux qui fondent nos constats. Les propositions qu'elles contiennent (et qui ne sont pas reprises dans le rapport), plus nombreuses, sont souvent destinées aux gestionnaires de l'établissement qui ont en charge le sujet traité.

# Liste des personnes rencontrées ou contactées

## Au niveau national

### Cabinet de la ministre de la santé

Mme Anne BADONNEL conseillère technique

Mme Véronique BILLAUD conseillère technique

### Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins (DHOS)

Mme Annie PODEUR directrice

M. Patrick BROUDIC Conseiller général des établissements de santé

### Conseil national de Gestion (CNG)

Mme Danielle TOUPILLIER directrice

### Agence Nationale d'Appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP)

M. Christian ANASTASY directeur

M. Eric DELCROS chargé de mission

### Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH)

Mme Maryse CHODORGE directrice

Dr Max BENSADON chef de service « architecture et production informatiques »

Mme Véronique SAUVADET chef de pôle, Campagnes Budgétaires et Tarifaires

### Syndicat national des cadres hospitaliers (SNCH)

M. Philippe BLUA président

## Au niveau local

### Agence régionale de l'hospitalisation de l'Ile de France (ARHIF)

M. Jacques METAIS directeur

M. Gilles ECHARDOUR chargé de mission

M. François PINARDON chargé de mission

### Sous Préfecture de Saint Germain

M. Yannick IMBERT sous-préfet

### Direction départementale des affaires sanitaires et sociales des Yvelines (DDASS78)

M. Luc PARAIRE directeur

Mme Anne FRANCOIS médecin inspecteur de santé publique

M. Alain GRESLON inspecteur principal

Marie-France PLAZANET, inspectrice de l'action sanitaire et sociale

M. WRIGHT secrétaire administratif

**Echelon local du service médical de l'assurance maladie**

Dr Martine LUCET médecin conseil responsable du pôle « organisation du système de soins »

Dr Brigitte HOMSY-HUBERT médecin conseil du pôle « hospitalisation »

**Trésor public**

Mme Maryse SALLES comptable

Mme Amandine GUNZLE,

**Au niveau de l'établissement****Conseil d'administration**

M. LAMY maire de Saint Germain en Laye, Président

M. BERNARD maire de Poissy, Vice Président

**Direction**

M. Gilbert CHODORGE directeur

Mme Christine ESTAY directrice adjointe et directrice des affaires médicales et de la stratégie

M. Le Docteur Hervé OUTIN président de la commission médicale d'établissement (CME) et chef de service de la réanimation site de Poissy

**Projet Nouvel hôpital**

Mme Viviane HUMBERT directrice, chargée de mission « nouvel hôpital »

**POLE « PROJETS » : responsable Mme Christine ESTAY**

- Direction des affaires médicales et de la stratégie  
Mme Caroline SIMONNEAUX attachée d'administration hospitalière, chargée des affaires médicales
- Direction de la qualité, de la gestion des risques et des affaires juridiques chargée de la mise en œuvre de la nouvelle gouvernance et de la communication  
Mme Laura LEFRANC directrice,  
Mme Peggy BELLANGER ingénieur « Qualité »  
Mme Hélène VIDALIS chargée de Communication  
Mme Catherine GIRAUD IBORRA attachée d'administration, responsable des Affaires juridiques
- Département de santé publique  
M. Le Docteur Didier PATTE responsable du département et ancien responsable du DIM  
M. Christophe LEJEUNE chargé de mission « risques cliniques »  
Mme Isabelle DELSOOL technicienne d'information médicale
- Chargé de mission « personnes âgées » : M. Philippe BOUTON
- Chargé de mission en charge du projet « EQUIPAGE » : M. Yves MONTALAND

**POLE « ACTIVITE » : responsable Mme Gaëlle FONLUPT**

- Direction des finances et du contrôle de gestion  
Mme Gaëlle FONLUPT directrice des finances  
Mme Joséphine ROMANO directrice par intérim pendant la durée de la mission  
M. Marc CHAMPION, attaché d'administration Finances  
M. Mickael MORISSEAU contrôleur de gestion  
Mme Janick MONTEIRO chargée de mission « coordination, études et analyses de gestion »

- Département d'information médicale  
M. Le Docteur Grégoire LESCHALLIER de L'ISLE actuel responsable du DIM
- Direction de la clientèle  
Mme Joséphine ROMANO directrice de la clientèle  
M. Bertrand PINEAU, attaché d'administration  
M. Anthony CASTANARES, référent PASTEL  
Mme Véronique OUIIN responsable régie du site de St Germain  
Mme S. BEVEN responsable des recettes diverses  
Mme B. MALLEDANT responsable « rétrocessions des médicaments »  
Mme F. BOUFFANT responsable de la gestion des consultations externes  
Mme F. MEROSE responsable des recettes « SMUR »  
Mmes R. FETH et C. SAINT responsables du suivi du contentieux « hospitalisation » et « consultations externes »
- Direction des services informatiques et organisation  
M. Michel TACCHI directeur (DSIO)  
Mme GICQUEL responsable informatique  
M. GIRAD ingénieur  
M. HEIM chef de projet  
Mme HORDELALAY  
Mme DURAND  
Mme QUESADA secrétaire

**POLE « RESSOURCES » : responsable M. Nicolas FOUQUE**

**Direction des ressources humaines**

M. Nicolas FOUQUE directeur des ressources humaines  
M. Marc LE CORRE attaché, adjoint au DRH, chargé de la coordination des adjoints des cadres des deux sites  
Mme Alexandra MARQUES adjoint administratif  
Mme ABADIE adjointe des cadres en DRH référent pour le personnel administratif et les secrétaires médicales  
Mme THOMIN adjoint des cadres  
Madame MORTIER adjoint des cadres  
Mme Béatrice BAUDET, Référente SIRH (AGIR – Agiltime – ADEN – Tempus)

**Coordination générale des activités de soins**

M. Bernard DORLAND coordinateur général des soins  
Mme Patricia AMIOT directrice des soins  
M. Didier SIEGLER directeur des soins  
Mme Nadine LAURIN cadre supérieure de santé et responsable de la cellule « recrutement et gestion du personnel paramédical des deux sites »  
Mme KERLING cadre supérieure de santé responsable de formation  
Mme Pascale SOUID cadre supérieure de santé  
Mme Joëlle CHARRIER cadre supérieure de santé « expert Qualité »

Mme Françoise FRANCOIS psychologue du travail

Direction des affaires hôtelières, logistiques et biomédicales

M. ALAIN ingénieur « Logistique »  
Mme Evelyne VERGLAS responsable « qualité maintenance restauration »  
Mme Sabine FARGEAT responsable « qualité maintenance restauration »  
M. SAINT-JEAN, responsable « restauration »

**Direction des achats**

Mme Florence ARDILLY directrice  
Mme COLONNELLO ancienne directrice  
M. PINEAU, attaché  
Mme RENAULT, gestionnaire  
Mme TOURNADRE, gestionnaire  
Mme DUPUIS, secrétaire  
Mme PELLEN, adjoint des cadres  
Mme OUMAHMOUD, Référente bio-nettoyage  
M. MAROLLES, responsable du magasin  
M. CHICHE PORTICHE, gestionnaire  
Mme MOREL, gestionnaire  
Mme FARGEOT, gestionnaire  
Mme VIEL, gestionnaire  
Mme RAFAL, adjoint des cadres  
Mme MINGOT, adjoint des cadres

**Direction des travaux**

M. Pablo OJEDA directeur  
Mme HUMBERT directrice des travaux (2003-2009)  
M. HIDE cellule administrative  
Mme HABERT cellule administrative  
M. LEVY cellule administrative  
M. DA SILVA technicien supérieur

**Pharmacie**

Professeur BROSSARD  
Docteur LAGRAVE  
Docteur DURAND  
Biomédical  
M. UGUEN responsable de l'atelier biomédical  
M. TOBIA ingénieur biomédical, responsable du service  
Mme DOMINGE ingénieur biomédical

**Anciens membres de l'équipe de direction**

Mme Fabienne MERY ancienne directrice des affaires médicales  
Mme Patricia COLONELLO ancienne directrice des achats  
M. Michel DOGUE ancien directeur des ressources humaines  
M. Michel ARNAUD ancien directeur des systèmes d'information

**Pôles hospitaliers cliniques et médico-techniques****POLE 1 : PERINATALITE**

M. le Docteur LENCLEN chef de service de réanimation néonatale, faisant l'intérim du responsable médical de pôle  
Mme Françoise DAMAGEUX - Cadre supérieure de pôle

**POLE 2 : PSYCHIATRIE**

M. le Docteur François COUSIN psychiatre et responsable médical de pôle  
Mme Nora BOUAMRAME cadre supérieure de pôle

**POLE 3 : URGENCES, REANIMATIONS, PEDIATRIE**

M. le Docteur SIMON anesthésiste et responsable médical de pôle  
Mme Marie-Catherine MANGOUE cadre supérieure de pôle  
M. le Docteur Bernard de JONGHE réanimateur site de Poissy  
M. le Docteur Jean Louis RICOME chef de service de la réanimation site de Saint Germain

**POLE 4 : LOGISTIQUE MEDICO-TECHNIQUE**

Mme le Professeur Jacqueline SELVA responsable médicale de pôle  
Mme Michèle VERY cadre supérieure de pôle

**POLE 5 : ANESTHESIE BLOC CHIRURGIE**

M. le Docteur Nicolas TABARY responsable de pôle  
Mme Jacqueline BERNARD cadre supérieure de pôle

**POLE 6 : MEDECINE INTERNE CARDIOVASCULAIRE**

M. le Docteur Jean Pierre GAYNO diabétologue et responsable médical de pôle  
Mme Christine GUIDONI cadre supérieure de pôle  
Mme QUESNEL, secrétaire médicale (dans le cadre de la décentralisation de la facturation)

**POLE 7 : NEUROLOGIE-REEDUCATION-SSR-GERIATRIE**

M. le Docteur GAVARDIN responsable médical de pôle  
Mme Lucie PIERROT cadre supérieure de pôle

**POLE 8 : ONCOLOGIE MEDICALE ET INFECTIOLOGIE**

M. le docteur Yves WELKER responsable médical de pôle  
Mme Louisette GAILLARD cadre supérieure de pôle

**POLE 9 : IMAGERIE MEDICALE**

M. le Docteur Olivier CHEREAU responsable médical de pôle  
M. Damien CORADIN cadre supérieur de pôle

**Organisations syndicales**

Mme Catherine LORIC responsable et Secrétaire CFDT  
Mme Ginette LAVERDURE, représentante CFDT  
Mme Anne-Hélène PERROTIN secrétaire de section FO  
M. BOULESTEIX ancien secrétaire de section FO  
M. ORSINI secrétaire de section Sud Santé  
Mme Isabelle SANTONI, délégué Sud  
Mme Lucy CRANNEY, élue Sud au CHSCT  
Mme MARTOS secrétaire de section CGT  
Roland LEMYRE – secrétaire général de l'union syndicale départementale CGT des Yvelines  
Mme FURIC secrétaire de section SNCH  
Mme Maryse CAM, cadre supérieure de santé en mission transversale informatique, SNCH

**Au titre du collectif des contractuels**

M. Marc CHAMPION  
M. Fabrice CHICHEPORTICHE  
M. Bertrand PINEAU

## Annexe 3.1 : Présentation de l'établissement et activité

### 1. PRESENTATION DU CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE POISSY - SAINT GERMAIN

[20] Né de la fusion le 1<sup>er</sup> mai 1997 de deux établissements distants de 7km, le centre hospitalier intercommunal de Poissy Saint Germain (CHIPS) est situé sur le territoire de santé 78-2 (Poissy-Saint Germain-Meulan) défini dans le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS III) 2006-2010, qui comprend **568.539 habitants** (soit 42% de la population du département des Yvelines) répartis sur 60 communes.

[21] Nous avons réalisé l'analyse des activités et du fonctionnement de l'établissement en nous appuyant sur les documents stratégiques qui le lient à ses obligations avec les autorités de tutelle à savoir :

- le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS III) et son annexe territoriale (annexe du SROS III et objectifs quantifiés - **mars 2006**) ;
- le contrat pluri annuel d'objectif et de moyens (CPOM) signé en **juin 2007** entre l'ARH et l'établissement qui fixe le positionnement stratégique de l'établissement dans son territoire de santé. Il détermine par objectifs et par actions les engagements de l'établissement vis-à-vis de l'ARHIF et fixe les volumes d'activités autorisés ;
- les autorisations d'activité attribuées à l'établissement ;
- le projet d'établissement intégrant notamment le projet médical 2004-2009 ;
- les premiers travaux du pré-projet médical 2010-2014 non encore validé par les instances.

#### *1.1. Le positionnement stratégique de l'établissement*

[22] Le centre intercommunal de Poissy Saint Germain (CHIPS) est, en capacité et en nombre de professionnels le premier établissement d'Ile de France après l'AP-HP avec 1.170 lits et places (SAE 2008) et près de 4000 agents dont un peu plus de 400 médecins.

[23] Il dispose de **la moitié des capacités autorisées de médecine et d'obstétrique, et d'un tiers de celles de chirurgie sur son territoire.**

[24] L'établissement bi-site dispose d'activité de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) qui en font à la fois un **établissement de proximité et de recours sur le territoire**, mais également une **référence régionale** pour plusieurs des spécialités médicales.

[25] L'établissement dans le CPOM de 2007 a affiché trois priorités en relation directe avec le SROS III : améliorer l'offre de soins en matière d'oncologie et de radiothérapie, améliorer la filière gériatrique et adapter l'offre de soins de périnatalité.

## **1.2. Les activités autorisées au centre hospitalier intercommunal Poissy-Saint Germain**

[26] Le centre hospitalier de Poissy Saint-Germain-en-Laye réalise des activités de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) d'hospitalisation à domicile (HAD) en obstétrique, de service de soins et réadaptation (SSR), de psychiatrie et d'unité de soins de longue durée (USLD). Il dispose également des structures relevant du champ médico-social (deux EHPAD, un SSIAD et un accueil de jour pour malades d'Alzheimer).

[27] Il est habilité à mettre en œuvre des activités soumises à autorisations<sup>1</sup> :

- une activité de service d'urgence sur les deux sites : un accueil médico-chirurgical sur le site de Saint-Germain-en-Laye, des accueils séparés médico-chirurgical adulte, pédiatrique et gynéco-obstétrical sur le site de Poissy ;
- Trois SMUR (1 primaire sur chaque site et un secondaire) ;
- une maternité de niveau III (réanimation néonatale 12 lits, soins intensifs 12 lits et néonatalogie 22 lits), à laquelle est associée une autorisation d'hospitalisation à domicile (HAD) d'ante et post-partum (22 places autorisées) ainsi qu'une autorisation de diagnostic prénatal et d'assistance médicale à la procréation (AMP). Ces activités cliniques disposent d'un laboratoire de cytogénétique et de foeto-pathologie ;
- une activité de réanimation (12 lits) et soins continus sur le site de Poissy (8 lits) et une activité de réanimation sur le site de Saint-Germain-en-Laye (12 lits) ;
- une activité cardiologie et de rythmologie interventionnelle ;
- une activité de cancérologie : chimiothérapie, radiothérapie, chirurgie d'organes (sein, gynécologie, digestif, ORL).
- l'implantation d'unité de soins intensifs neuro-vasculaire (USINV) opérationnelle en janvier-février 2010
- des équipements matériels lourds (quatre scanners, une IRM, deux gamma-caméras, deux accélérateurs de particules, un PET scan non mis en œuvre).

[28] Certaines activités non soumises à autorisations mais à reconnaissance existent : deux équipes mobiles de soins palliatifs et 8 lits dédiés, deux équipes mobiles gériatriques et deux consultations mémoires, la labellisation d'une filière gériatrique.

## **1.3. Les capacités de l'établissement dans la SAE 2008**

[29] A partir des données transmises annuellement par l'établissement, la statistique annuelle d'établissement (SAE 2008) présente les capacités en lits et places suivantes (cf. tableau n°1) :

- 935 lits d'hospitalisation complète ;
- 61 lits d'hospitalisation de semaine ;
- 6 places de chirurgie ambulatoire ;
- 145 places d'hospitalisation de jour ;
- 7 places d'hospitalisation de nuit
- 16 places d'HAD.

---

<sup>1</sup> Cf. document préparatoire au projet médical 2010-2014.

Tableau 1 : Capacité en lits et places de l'établissement

Nombre de lits ou de places ou journées exploitables	Médecine	Chirurgie	Gynécologie Obstétrique	Total MCO	Psychiatrie		Total psychiatrie (champ calculé)	Soins de suite ou de réadaptation		Total soins de suite	Soins de longue durée	Autres disciplines de la section hôpital	Total section hôpital (champ calculé)
					Psy. générale	Psy. infanto- juvénile		Réadaptation Fonctionnelle	Soins de suite				
code discipline d'équipement :	2110	2120	2130	2100	220A	220B	2200	2410	2420	2400	2500	2600	2000

**Hospitalisation complète (hors hospitalisation de semaine)**

Hospitalisation complète (TA 03)	Lits	316	109	86	511	85		85	15	75	90	249		935
	Journées exploitables	115634	39894	31476	187004	31110		31110	5490	27450	32940	91134		342188

**Hospitalisation de semaine si unité individualisée**

Hospitalisation de semaine (TA 20)	Lits	8	44	9	61									61
	Journées exploitables	2088	7758	2349	12195									12195

**Alternatives à l'hospitalisation complète**

Anesthésie ou chirurgie ambulatoires (TA 23)	Places		6		6									6
Hospitalisation de jour (TA 04)	Places	42		10	52	59	20	79					14	145
Hospitalisation de nuit (TA 05)	Places					7		7						7
Hospitalisation à domicile (TA 06)	Places			16	16									16

Source : SAE 2008

#### 1.4. L'analyse de l'offre dans le bassin et parts de marché

##### 1.4.1. Sur le bassin de Poissy-Saint Germain, onze établissements de santé sont implantés

Tableau 2 : Les établissements, leur statut et leurs parts de marché en 2007

Etablissements	Statut	Part de marché 2007
<b>CH Poissy St Germain</b>	<b>Public</b>	<b>41%</b>
Centre médico-chirurgical de l'Europe Port Marly	Privé	17%
CH de Meulan	Public	10%
CH de Montgarde	Privé	8%
Clinique Saint Louis à Poissy	Privé	8%
Clinique Louis XIV Saint Germain	Privé	5%
Clinique Sainte Thérèse Saint Germain	Privé	11%
Centre cardiologique Evacquaumont	Privé	
Centre chirurgical Chatou	Privé	
Clinique MGEN Maisons Laffitte	PSPH	
CH des Courses Maisons Laffitte	PSPH	

Source : flux PMSI - CRAMIF

[30] Le centre hospitalier est bien **implanté sur son bassin, sur lequel il attire 41% des patients** : la clinique de l'Europe et le centre hospitalier de Meulan sont ses concurrents avec respectivement 16,8% et 10% des patients).

[31] L'**obstétrique** est un secteur de référence qui, notamment grâce à sa maternité de type III et sa réanimation néonatale, puisque le CHIPS représente **73% des parts de marché** (avec 18% pour le centre hospitalier de Meulan).

[32] Sur son bassin, l'activité de **médecine** du CHIPS représente **46% des parts de marché**.

[33] La concurrence est très forte sur la **chirurgie**, notamment avec la Clinique de l'Europe (17%) et le CHIPS ne dispose que de **24,5% des parts de marché**.

##### 1.4.2. L'établissement est situé dans un environnement concurrentiel notamment en chirurgie

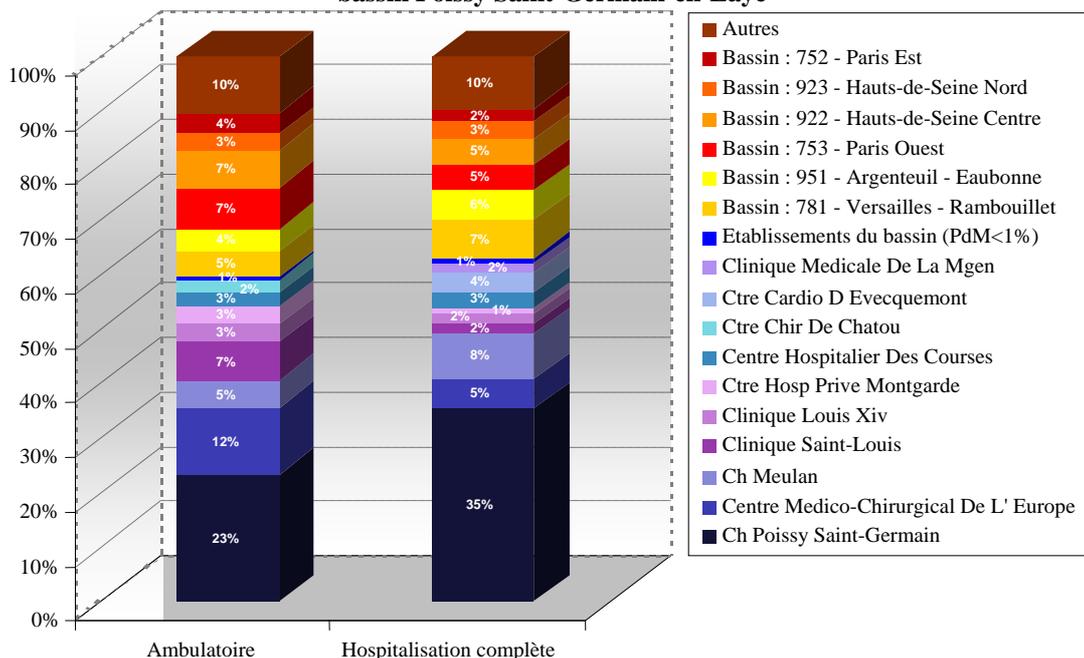
[34] Le territoire de Poissy Saint Germain (78.2) est la zone de recrutement naturelle du centre hospitalier : 79%<sup>2</sup> de ses patients y résident. Le territoire 78.2 génère 135 189 séjours MCO dont 60% sont traités à l'intérieur du territoire et 40% à l'extérieur, caractéristique de la région parisienne.

###### 1.4.2.1. Les parts de marché en médecine

[35] En médecine, où le taux de fuite du bassin reste élevé (40%), le centre hospitalier possède 35% des parts de marché du bassin en hospitalisation complète et 23% en hospitalisation ambulatoire : **ses deux principaux concurrents étant la clinique de l'Europe et le centre hospitalier de Meulan**.

<sup>2</sup> Séjours MCO du PMSI 2008

**Graphique 1 - Parts de marché des établissements sur les séjours médicaux 2008 du bassin Poissy Saint-Germain-en-Laye**

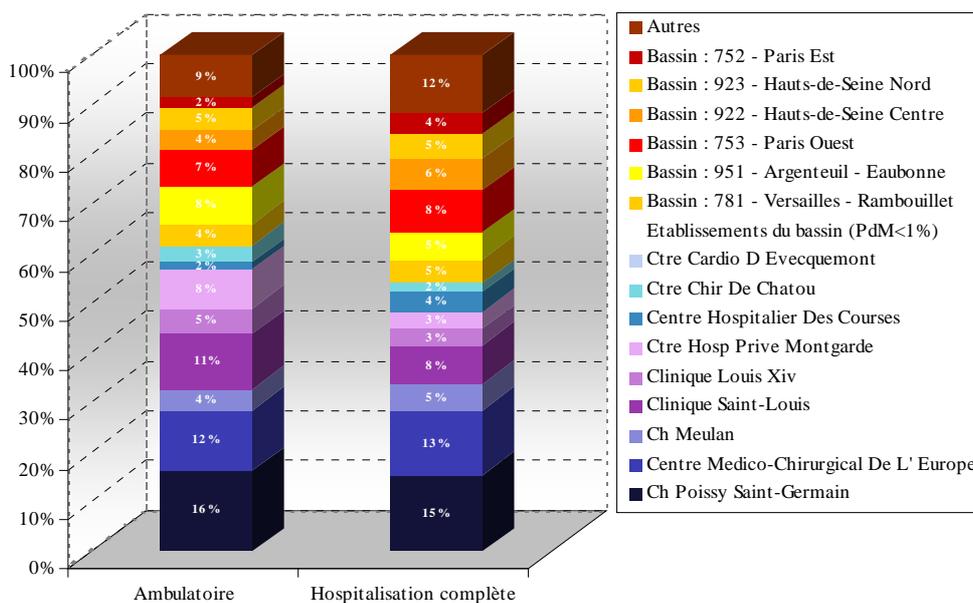


1.4.2.2. Les parts de marché en chirurgie

[36] Le taux de fuite du territoire est très important avec 38% pour l’ambulatoire et 46% pour l’hospitalisation complète.

[37] L’établissement réalise 16% des séjours du territoire en ambulatoire et 15% en hospitalisation complète. **La concurrence vient des deux mêmes établissements, mais est également beaucoup plus dispersée.**

**Graphique 3 - Parts de marché des établissements sur les séjours chirurgicaux 2008 du bassin Poissy Saint-Germain-en-Laye**

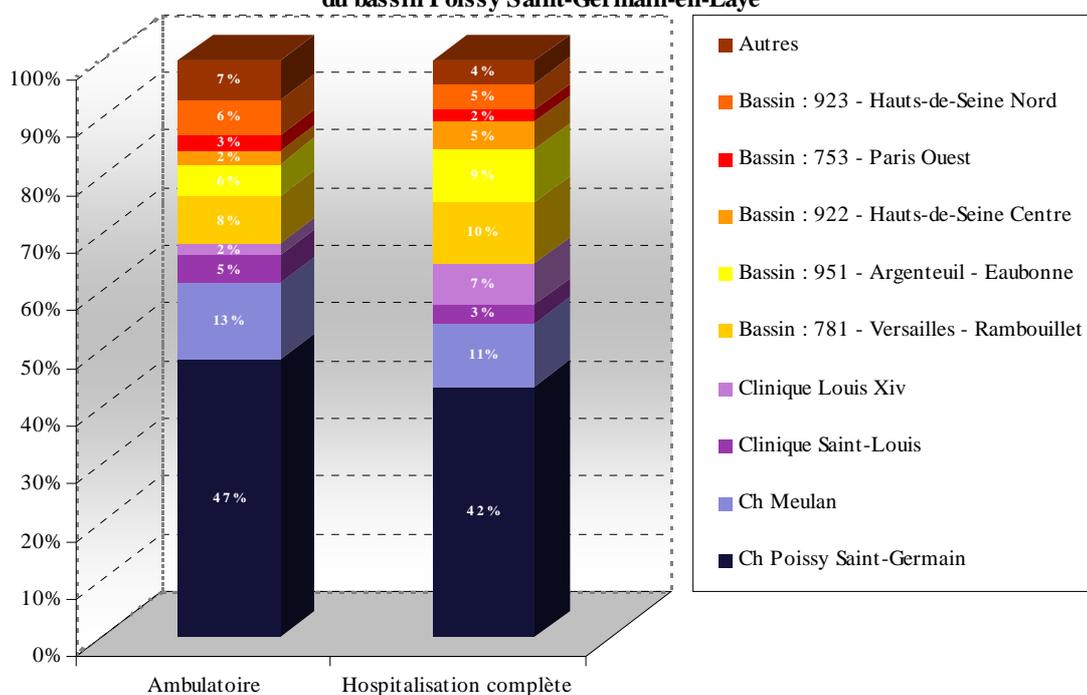


### 1.4.3. Les parts de marché en obstétrique

[38] Si les taux de fuite sont moins élevés que pour la médecine et la chirurgie, ils sont cependant de 34% en ambulatoire et de 37% en hospitalisation complète.

[39] L'établissement est très bien placé dans le bassin pour ce qui concerne l'obstétrique avec 47% des parts de marché de l'ambulatoire et 42% en hospitalisation complète.

**Graphique 4 - Parts de marché des établissements sur les séjours obstétricaux 2008 du bassin Poissy Saint-Germain-en-Laye**



### 1.5. Des données d'activité disponibles pas toujours cohérentes qui montrent une activité globalement stable

[40] L'absence de cohérence des données est d'interprétation délicate, ce d'autant plus qu'aucune analyse n'est jointe aux divers tableaux présentés dans les documents et notamment, il n'est jamais fait mention explicitement des moyens humains disponibles pour obtenir de tels résultats (comparaisons des temps médicaux et non médicaux et fermeture de lits qui peuvent avoir un impact sur les résultats).

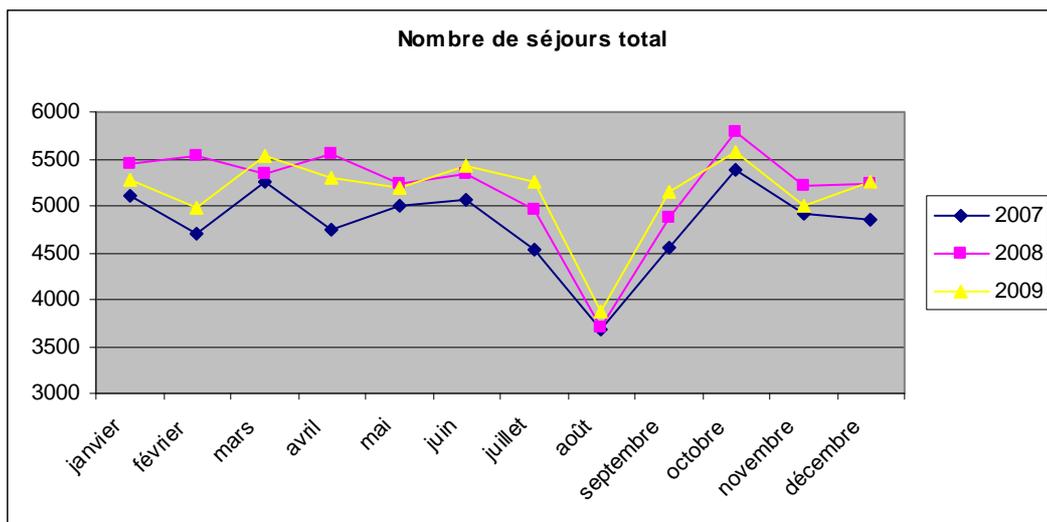
Tableau 3 : Synthèse des données d'activité

	2005	2006	2007	Ecart % 2006/2007
Entrées et séances	81.312	83.256	82.461	-1,20%
Entrées MCO et séances	52.221	54.047	54.689	+1,19%
Séances hémodialyse	8.133	8.332		
Journées	410.851	400.376	386.610	- 3,44%
Journées MCO	201.097	195.668	188.566	- 3,63%
DMS	5,05	4,81	4,69	-
DMS en MCO	3,85	3,62	3,45	-5,99%
Passages aux urgences	94.929	97.715	98.140	+ 0,43%
Sorties SMUR	4.553	4.478	4.508	+ 0,14%
Accouchements	4.157	4.282	4.288	
Nombre examens IRM	3.990	3.864	4.223	+ 9,29 %
Nombre examens scanners	22.048	23.498	26.255	+11,73
Consultations externes Dont MCO	292..629 142.939	282.987 147.526	- 141.214	- - 4,28%
Consultations interservices	24.679	22.844	23 .650	+ 3,53%
Actes opératoires	15.116	15.232	15.401	+ 1,11 %
Actes anesthésie	14.351	14.960	16.448	+ 9,95 %
Actes CCAM	482.588	479.593	379.764	-20,82 %

Source : Rapport annuel 2007

[41] En mars 2010, l'établissement n'avait toujours pas élaboré de rapport d'activité pour l'année 2008.

Graphique 1 : Nombre de séjours en comparatif 2007, 2008 et 2009



Source : Direction affaires financiers-control de gestion

[42] L'activité annuelle est globale stable en volume sur cinq ans.

### 1.5.1. Les données PMSI sur le site ATIH

[43] A partir du site de l'agence de traitement de l'information médicale, il est possible d'obtenir le traitement des données PMSI que l'établissement lui adresse régulièrement.

Tableau 4 : Activités de l'établissement transmis par le DIM au site e-pmsi de l'ATIH

	2005	2006	2007	2009
Nombre de RSA (Effectif)	55 273	56 661	54 889	59 274
Nombre de journées (Effectif)	201 864	202 471	190 798	184 935
Nombre de séjours CM hors 24 et 28 (Effectif)	23 697	24 355	23 526	21 866
Nombre de séances (CM 28) (Effectif)	12 135	12 050	12 456	17 869
Nombre de séjour CM 24 0j (Effectif)	8 054	8 406	7 991	6 784
Nombre de séjours CM 24 1j (Effectif)	10 786	11 743	10 916	10 865
Nombre de séjours non valorisés (Effectif)	1 595	1 511	2 588	2 553
Séjours/séances valorisées hors suppléments (Effectif)	53 680	55 150	52 301	56 721
Séjours extrême bas (Effectif)	221	207	184	2 184
Journées extrême haut (Effectif)	12 951	12 121	8 536	7 936
Suppléments de réanimation (Effectif)	5 924	5 770	5 135	4 680
Suppléments de soins intensifs valorisés (Effectif)	6 513	6 751	6 096	2 949
Suppléments de surveillance continue valorisés (Effectif)	-	-	-	1 141
Suppléments de néonatalogie sans SI (Effectif)	6 667	6 884	6 519	5 535
Suppléments de néonatalogie avec SI (Effectif)	1 174	1 727	3 175	3 164
Suppléments de réanimation néonatalogie (Effectif)	4 667	4 470	4 073	3 654
Prélèvements d'organe (Effectif)	-	-	8	6
Actes de Radiothérapie réalisés en sus (Effectif)	-	-	30	
Actes de dialyses réalisés en sus (Effectif)		421	130	459
Actes d'oxygénothérapie. Hyperbare réalisée en sus (Effectif)		359	465	14

Source : ATIH

### 1.5.2. L'analyse à partir de la classification par l'outil d'analyse PMSI (OAP)

[44] Avec l'outil OAP, chaque groupe homogène de malades (GHM) est classé selon son type [médical (M), chirurgical (C) et obstétrical (O)] et la lourdeur des prises en charge qui le caractérise. Les GHM sont ensuite regroupés en ligne de produits, elles-mêmes classées dans 2 3 pôles d'activités<sup>3</sup> correspondant à des spécialités.

<sup>3</sup> Qui n'ont strictement rien à voir avec la notion de pôles d'activité créés par la nouvelle gouvernance.

[45] Cet outil permet de faire des comparaisons sur 2009, et sont comparables en OAP mais cette classification a disparu avec la mise en place de la version V11 (mars 2009).

[46] Les progressions sont fortes sur la médecine digestive, la chirurgie gynécologique et la chirurgie du système nerveux alors que la cardiologie et l'orthopédie sont en diminution sensible.

Libellé : pôles OAP	DMT MCO	NombreGHM 2005	Nombre GHM 2008	Evolution 2005 à 2008
AA – Digestif	C	1634	1598	-2,20%
AA – Digestif	M	2136	2778	<b>30,06%</b>
AB - Orthopédie, Rhumatologie	C	2259	2503	10,80%
AB - Orthopédie, Rhumatologie	M	736	449	<b>-38,99%</b>
AC - Urologie-néphrologie	C	575	622	8,17%
AC - Urologie-néphrologie	M	8837	9077	2,72%
AD - Système nerveux	C	100	403	<b>303,00%</b>
AD - Système nerveux	M	2076	1859	-10,45%
AE – Cardiologie	C	131	141	7,63%
AE – Cardiologie	M	2401	1687	<b>-29,74%</b>
AF - Vasculaire périphérique	C	178	195	9,55%
AF - Vasculaire périphérique	M	156	95	-39,10%
AG – Pneumologie	C	7	15	114,29%
AG – Pneumologie	M	2550	2237	-12,27%
AH - ORL, Stomatologie	C	604	691	14,40%
AH - ORL, Stomatologie	M	496	337	-32,06%
AI – Ophtalmologie	C	1028	1043	1,46%
AI – Ophtalmologie	M	107	116	8,41%
AJ – Gynécologie	C	835	1025	<b>22,75%</b>
AJ – Gynécologie	M	213	223	4,69%
AK – Obstétrique	O	6986	6983	-0,04%
AL - Nouveau-nés	M	4425	4365	-1,36%
AM – Hématologie	C	69	83	20,29%
AM – Hématologie	M	943	945	0,21%
AN - Chimiothérapie, radiothérapie, transfusion	M	4597	10594	<b>130,45%</b>
AO – Endocrinologie	C	216	184	-14,81%
AO – Endocrinologie	M	1509	1460	-3,25%
AP - Tissu cutané et tissu sous-cutané (dont chirurgie obésité)	C	557	838	50,45%
AP - Tissu cutané et tissu sous-cutané (dont chirurgie obésité)	M	575	382	-33,57%
AQ – Brûlures	C	5	16	220,00%
AQ – Brûlures	M	10		-100,00%
AR - Maladies infectieuses (hors VIH)	C	28	34	21,43%
AR - Maladies infectieuses (hors VIH)	M	581	462	-20,48%
AS - Maladie VIH	C	1	2	100,00%
AS - Maladie VIH	M	517	314	-39,26%
AU - Traumatismes multiples ou complexes graves	C	25	16	-36,00%
AV - Psychiatrie, Toxicologie, Intoxications, Alcool	C	2	2	0,00%
AV - Psychiatrie, Toxicologie, Intoxications, Alcool	M	1192	977	-18,04%
AX - Autres prises en charge	C	122	169	38,52%
AX - Autres prises en charge	M	5527	6177	11,76%
AZ - Vasculaire interventionnel	M	325	952	<b>192,92%</b>
		<b>55271</b>	<b>62049</b>	12,26%
<b>DMT = disciplines médico-tarifaires</b>				

Source : Traitement des données PMSI par DRASSIF

**1.5.3. L'étude du poids moyen par cas traité (PMCT) en hospitalisation MCO qui n'apparaît que dans les données disponibles de 2008 n'est pas utilisable dans l'immédiat**

[47] Le contrôleur de gestion et la direction financière ont transmis à la mission les données 2008 du PMCT avec une analyse par pôle d'activité d'hospitalisation MCO (hors psychiatrie et imagerie).

[48] Cet indicateur a un intérêt limité dans l'immédiat puisqu'aucune comparaison n'est possible de façon détaillée pour 2009, les données définitives sont en cours de validation.

Tableau 5 : Hospitalisation médecine chirurgie obstétrique 2008 par pôle

PERINATALITE	Activité 2008		
	RUM	PMCT €	Recettes 100%T2A
Obstétrique	10.146	1.841	18.674.166
Néonatalogie	404	7.235	2.923.127
Réa-néonatale	642	9.787	6.283.419
Orthogénie	1.518	266	404.128
HAD	1267	378	479.048
<b>TOTAL</b>	<b>12.710</b>	<b>2.194</b>	<b>27.880.863</b>

URGENCES, REANIMATION PEDIATRIE	Activité 2008		
	RUM	PMCT €	Recettes 100%T2A
Urgences PY	3.560	653	2.324.294
Urgences SG	1353	679	918.494
Réanimation PY	520	7.210	3.748.989
Surveillance continue PY	514	1.892	972.384
Réanimation SG	531	7.498	3.981.324
Pédiatrie	4.254	1.363	5.798.687
<b>TOTAL</b>	<b>10.732</b>	<b>1.653</b>	<b>17.744.172</b>

GERIATRIE NEUROLOGIE REEDUCATION	Activité 2008		
	RUM	PMCT €	Recettes 100%T2A
Neurologie	2.055	1.155	2.373.452
Gériatrie PY	12	3.131	37.568
<b>TOTAL</b>	<b>2.067</b>	<b>1.166</b>	<b>2.411.020</b>

Source : Direction financière et contrôle de gestion

Tableau 6 : Hospitalisation médecine chirurgie obstétrique 2008 par pôle (suite)

<b>CHIRURGIE ANESTHESIE BLOC</b>	<b>Activité 2008</b>		
	<b>RUM</b>	<b>PMCT €</b>	<b>Recettes 100%T2A</b>
Gynécologie	1.957	1829	3.579.294
Chirurgie générale PY	2.804	2752	7.717.344
Chirurgie viscérale SG	2.022	2.614	5.284.969
Chirurgie orthopédique PY	1.930	2.972	5.735.866
Chirurgie orthopédique SG	1.233	2.059	2.538.820
Ophthalmologie	1.095	1.688	1.848.261
ORL	1.041	1.750	1.821.855
Stomatologie	383	1.205	461.575
<b>TOTAL</b>	<b>12.465</b>	<b>2.326</b>	<b>28.987.985</b>

<b>MEDECINE INTERNE CARDIOVASCULAIRE</b>	<b>Activité 2008</b>		
	<b>RUM</b>	<b>PMCT €</b>	<b>Recettes 100%T2A</b>
Cardiologie USIC PY	2.683	2.616	7.018.048
Cardiologie USIC SG	980	2.784	2.728.046
Néphrologie	2012	1.942	3.907.845
Hémodialyse	7959	406	3.231.431
Médecine interne	523	2.744	1.435.005
Diabétologie	1201	2.766	3.322.064
<b>TOTAL</b>	<b>15.355</b>	<b>1.409</b>	<b>21.642.440</b>

<b>ONCOLOGIE MEDICALE INFECTIOLOGIE</b>	<b>Activité 2008</b>		
	<b>RUM</b>	<b>PMCT €</b>	<b>Recettes 100%T2A</b>
Cancérologie	5.059	832	4.208.8414
SMIT	1.129	2.842	3.208.404
Pneumologie	2.311	1.936	4.474.757
Gastroentérologie	2.075	1.703	3.533.720
<b>TOTAL</b>	<b>10.574</b>	<b>1.459</b>	<b>15.425.722</b>

Source : Direction financière et contrôle de gestion

- Les 10 premiers GHM par ordre de fréquence en 2005 puis évolution 2006 /2007 et 2008 (source : ancien responsable de DIM)

2005			2006			2007			2008		
GHM	Nombre de cas	Valeur des séjours €	GHM	Nombre de cas	Valeur des séjours €	GHM	Nombre de cas	Valeurs des séjours €	GHM	Nombre de cas	Valeur des séjours
15Z05A	2.881	3.010.645	15Z05A	3.127	3.267.715	14Z02A	2.462	5.507.982	14Z02A	2.499	5.408.611
14Z02A	2.291	5.095.184	14Z02A	2.535	5.637.840	15Z05A	2.270	2.370.833	15Z05A	2.481	2.507.795
14C02A	725	2.222.125	14C02A	721	2.209.865	15Z05B	954	1.474.121	15Z05B	1004	1.501.452
15Z05B	672	954.240	15Z05B	514	729.880	14C02A	687	2.117.684	14C02A	778	2.3321.007
04M13Z	596	3.062.248	14Z02B	494	1.310.582	05M09W	424	1.674.050	28Z14Z	500	328.975
14Z02B	505	1.339.765	04M13Z	455	2.337.790	04M13Z	408	2.235.987	04M13Z	479	2.540.602
05M09W	448	1.870.848	05M09W	410	1.712.160	14Z02B	394	1.064.694	Sans GHM	381	
05K04Z	353	797.780	04M02V	291	551.154	05K10Z	342	747.164	05M09W	369	1.410.004
04M02V	271	513.274	15Z06A	252	272.916	14C02C	329	1.665.836	14C02C	319	1.563.218
05K02V	264	961.752	10M02V	242	530.948	10M02V	272	594.434	05K10Z	313	661.798
04M02V	Bronchites et asthme, âge inférieur à 18 ans sans CMA										
04M13Z	Œdème pulmonaire et détresse respiratoire										
05K04Z	Cathétérismes cardiaques ou coronarographies pour une pathologie autre										
05K02V	Endo-prothèses coronariennes et vasculaires périphériques sans CMA										
05K10Z	Actes diagnostiques par voie vasculaire sans pathologie cardiovasculaire sévère										
05M09W	Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire avec CMA										
10M02V	Diabète, âge de 36 à 69 ans sans CMA										
14C02A	Césariennes sans complication significative										
14Z02A	Accouchements par voie basse sans complication significative										
14Z02B	Accouchements par voie basse avec autres complications										
14Z02C	Accouchements par voie basse avec complications majeures										
15Z05A	Nouveau-nés de 2 500 g et plus, sans problème significatif										
15Z05B	Nouveau-nés de 2 500 g et plus, avec autre problème significatif										
15Z06A	Nouveau-nés de 2 000 g à 2 499 g, sans problème significatif										
28Z14Z	Transfusion, en séances										



## ACTIVITE DE CONSULTATION (RECENSEE)

EXTERNE FEMME NOUVEAU-NE
PSYCHIATRIE
URGENCES RÉANIMATIONS PÉDIATRIE
CHIRURGIE & BLOCS ANESTHÉSIE
MÉDECINE INTERNE & CARDIOVASCULAIRE
ONCO. MÉDICALE, INFECTIOLOGIE
GÉRIATRIE, NEUROLOGIE, RÉÉDUCATION
IMAGERIE
LOGISTIQUE MEDICO-TECHNIQUE
EXTERNE

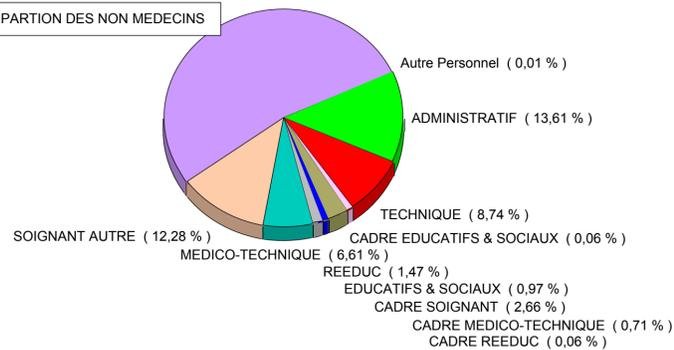
## Personnel

		ETP			MONTANTS		
		2008	2009	Ecart 09/08	2008	2009	Ecart 09/08
NON MEDECIN	FEMME NOUVEAU-NE	291,68	303,44	4 %	9 965 010	10 151 289	2 %
	PSYCHIATRIE	246,01	242,83	-1 %	8 395 910	8 306 251	-1 %
	URGENCES RÉANIMATIONS PÉDIATRIE	312,46	312,26	-0 %	9 866 676	9 785 980	-1 %
	CHIRURGIE & BLOCS ANESTHÉSIE	362,05	381,24	5 %	11 985 068	12 573 279	5 %
	MÉDECINE INTERNE & CARDIOVASCULAIRE	234,97	200,73	-15 %	7 480 373	6 634 312	-11 %
	ONCO. MÉDICALE, INFECTIOLOGIE	114,95	138,65	21 %	3 442 312	4 208 326	22 %
	GÉRIATRIE, NEUROLOGIE, RÉÉDUCATION	412,58	403,60	-2 %	12 164 706	11 752 161	-3 %
	IMAGERIE	107,49	103,41	-4 %	3 927 022	3 694 210	-6 %
	LOGISTIQUE MEDICO-TECHNIQUE	296,50	255,94	-14 %	10 045 913	8 571 496	-15 %
	ADMINISTRATIF	841,73	778,20	-8 %	25 227 579	23 347 157	-7 %
	PROJETS	12,66	14,17	12 %	493 610	637 307	29 %
NON MEDECIN	<b>TOTAL</b>	<b>3 233,07</b>	<b>3 134,48</b>	<b>-3 %</b>	<b>102 994 180</b>	<b>99 661 768</b>	<b>-3,24 %</b>

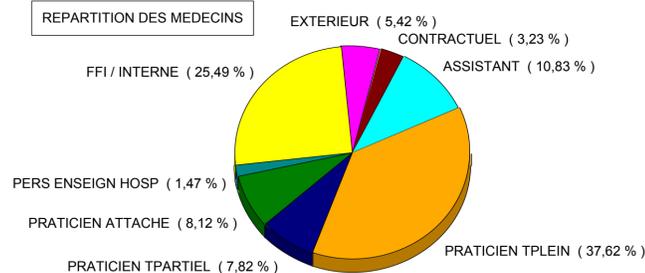
MEDECIN	FEMME NOUVEAU-NE	32,06	33,77	5 %	1 412 604	1 994 178	41 %
	PSYCHIATRIE	30,97	28,00	-10 %	2 213 770	2 192 215	-1 %
	URGENCES RÉANIMATIONS PÉDIATRIE	88,99	96,47	8 %	4 447 236	4 992 614	12 %
	CHIRURGIE & BLOCS ANESTHÉSIE	84,12	96,24	14 %	4 614 398	5 707 401	24 %
	MÉDECINE INTERNE & CARDIOVASCULAIRE	55,80	50,58	-9 %	2 914 237	2 892 853	-1 %
	ONCO. MÉDICALE, INFECTIOLOGIE	26,54	28,69	8 %	1 403 304	1 650 532	18 %
	GÉRIATRIE, NEUROLOGIE, RÉÉDUCATION	26,77	28,23	5 %	1 578 888	1 655 468	5 %
	IMAGERIE	20,83	19,05	-9 %	1 379 676	1 534 939	11 %
	LOGISTIQUE MEDICO-TECHNIQUE	52,34	52,70	1 %	3 481 020	3 594 080	3 %
	ADMINISTRATIF	6,33	7,75	22 %	434 862	573 421	32 %
MEDECIN	<b>TOTAL</b>	<b>424,75</b>	<b>441,48</b>	<b>4 %</b>	<b>23 879 994</b>	<b>26 787 701</b>	<b>12,18 %</b>

ETUDIANT	FEMME NOUVEAU-NE	9,89	6,51	-34 %	17 302	12 920	-25 %
	URGENCES RÉANIMATIONS PÉDIATRIE	20,89	19,18	-8 %	45 885	48 996	7 %
	CHIRURGIE & BLOCS ANESTHÉSIE		3,99			8 822	
	MÉDECINE INTERNE & CARDIOVASCULAIRE	13,56	9,90	-27 %	42 875	34 078	-21 %
	ONCO. MÉDICALE, INFECTIOLOGIE	1,56	1,06	-32 %	5 411	3 341	-38 %
	GÉRIATRIE, NEUROLOGIE, RÉÉDUCATION	1,67	1,53	-8 %	5 444	4 838	-11 %
	IMAGERIE	0,44		-100 %	1 499		-100 %
	LOGISTIQUE MEDICO-TECHNIQUE	1,78	9,00	406 %	5 743	29 438	413 %
ETUDIANT	<b>TOTAL</b>	<b>49,78</b>	<b>51,18</b>	<b>3 %</b>	<b>124 160</b>	<b>142 434</b>	<b>14,72 %</b>

REPARTITION DES NON MEDECINS



REPARTITION DES MEDECINS



GARDES ET ASTREINTES	2008	2009
FEMME NOUVEAU-NE	531 345	552 668
PSYCHIATRIE	267 233	258 021
URGENCES RÉANIMATIONS PÉDIATRIE	1 790 878	1 753 317
CHIRURGIE & BLOCS ANESTHÉSIE	1 048 712	1 014 815
MÉDECINE INTERNE & CARDIOVASCULAIRE	327 136	201 526
ONCO. MÉDICALE, INFECTIOLOGIE	10 135	10 887
GÉRIATRIE, NEUROLOGIE, RÉÉDUCATION	57 367	60 702
IMAGERIE	153 232	149 267
LOGISTIQUE MEDICO-TECHNIQUE	183 940	187 385
ADMINISTRATIF		
<b>Total</b>	<b>4 369 977</b>	<b>4 188 589</b>

## CONSOMMATIONS

CONSOMMATIONS D'IMAGERIE HOSPITALISATION	SCANNER		IRM		ECHO		RADIO	
	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008
FEMME NOUVEAU-NE	46	58,62 %	27	-30,77 %	549	36,23 %	2 645	4,05 %
PSYCHIATRIE	119	4,39 %	13	62,50 %	53	-18,46 %	243	-5,08 %
URGENCES RÉANIMATIONS PÉDIATRIE	3 651	2,58 %	92	19,48 %	1 000	16,96 %	37 005	-20,77 %
CHIRURGIE & BLOCS ANESTHÉSIE	1 340	-3,04 %	34	17,24 %	342	0,29 %	3 817	-10,02 %
MÉDECINE INTERNE & CARDIOVASCULAIRE	983	-11,44 %	91	-15,74 %	617	-13,46 %	3 814	-38,98 %
ONCO. MÉDICALE, INFECTIOLOGIE	1 864	7,87 %	116	22,11 %	453	-9,04 %	3 281	-16,92 %
GÉRIATRIE, NEUROLOGIE, RÉÉDUCATION	524	20,18 %	217	17,93 %	245	36,11 %	1 430	-10,51 %
IMAGERIE	56	-83,63 %						
<b>POLE</b>	<b>8 583</b>	<b>-1,34 %</b>	<b>590</b>	<b>9,26 %</b>	<b>3 259</b>	<b>6,68 %</b>	<b>52 235</b>	<b>-20,30 %</b>

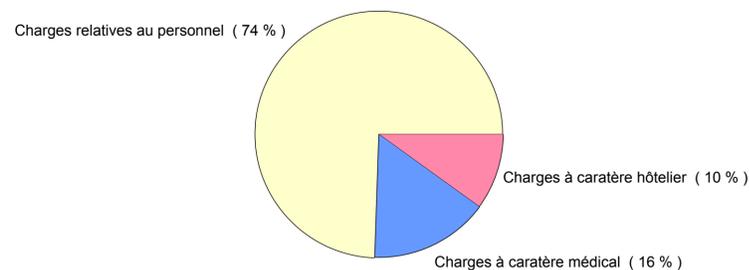
CONSOMMATIONS DE LABO HOSPITALISATION	nombre de B		nombre de BHN		nombre de P		nombre de PHN	
	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008
FEMME NOUVEAU-NE	2 020 651	1,49 %	42 987	-46,54 %	168 920	-16,97 %	420 770	-29,27 %
PSYCHIATRIE	279 346	-3,38 %	7 415	5,25 %	100	-79,80 %	4 740	1796,00 %
URGENTES RÉANIMATIONS PÉDI	8 125 156	-4,47 %	299 435	7,11 %	43 510	8,34 %	61 930	-31,04 %
CHIRURGIE & BLOCS ANESTH	1 859 350	-19,14 %	15 216	-48,93 %	651 135	15,64 %	1 360 190	-4,96 %
MÉDECINE INTERNE & CARDIOVA	5 019 790	-13,79 %	281 737	32,93 %	54 350	7,28 %	39 715	-37,09 %
ONCO. MÉDICALE, INFECTIOLOGI	1 920 254	-14,01 %	68 885	-27,02 %	113 040	-20,99 %	99 615	-45,20 %
GÉRIATRIE, NEUROLOGIE, RÉÉDL	1 708 450	3,89 %	113 632	31,96 %	11 320	-21,50 %	5 090	-42,36 %
IMAGERIE					250			
<b>POLE</b>	20 932 997	-8,13 %	829 307	5,08 %	1 042 625	2,69 %	1 992 050	-15,94 %

CONSOMMATIONS AUTRES HOSPITALISATION	nombre de brancardages		nombre de repas		nombre		nombre	
	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008
FEMME NOUVEAU-NE	82		30 014					
PSYCHIATRIE	37		45 662					
URGENTES RÉANIMATIONS PÉDI	571		20 790					
CHIRURGIE & BLOCS ANESTH	2 501		51 368					
MÉDECINE INTERNE & CARDIOVA	5 036		48 030					
ONCO. MÉDICALE, INFECTIOLOGI	4 497		31 401					
GÉRIATRIE, NEUROLOGIE, RÉÉDL	4 645		154 356					
<b>POLE</b>	17 369	148,02 %	381 621					

## DEPENSES DIRECTES

DEPENSES DIRECTES	charges de personnel		charges médicales		charges hôtelières		mortissements & provisions	
	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008
FEMME NOUVEAU-NE	12 694 242	5,91 %	1 384 538	-2,70 %	279 864	-25,86 %		
PSYCHIATRIE	10 972 497	-0,79 %	195 383	-38,97 %	489 612	-6,20 %		
URGENTES RÉANIMATIONS PÉDI	16 420 393	1,29 %	2 227 900	-2,41 %	1 145 664	-15,57 %		
CHIRURGIE & BLOCS ANESTH	20 104 882	13,31 %	6 589 871	138,52 %	451 269	-3,87 %		
MÉDECINE INTERNE & CARDIOVA	9 718 973	-10,41 %	4 106 978	62,51 %	308 631	18,91 %		
ONCO. MÉDICALE, INFECTIOLOGI	5 906 993	20,28 %	4 031 526	30,40 %	235 742	35,53 %		
GÉRIATRIE, NEUROLOGIE, RÉÉDL	12 657 082	-6,59 %	970 474	31,59 %	1 182 545	-15,00 %		
IMAGERIE	5 231 988	-3,38 %	1 195 063	-16,42 %	184 276	9,60 %		
LOGISTIQUE MEDICO-TECHNIQUE	12 389 776	-8,83 %	5 777 093	-47,30 %	470 671	-9,26 %		
ADMINISTRATIF	25 329 309	-15,01 %	477 132	11,99 %	12 778 963	-7,28 %		
PROJETS	625 033	51,18 %			84 380	109,36 %		
GESTION MAGASINS			-280 085	-3191,93 %	-1 215	-1921,39 %		
<b>POLE</b>	132 051 168	-2,57 %	26 675 874	2,71 %	17 610 403	-7,60 %		

Répartition des dépenses directes



ACTIVITE D'HOSPITALISATION

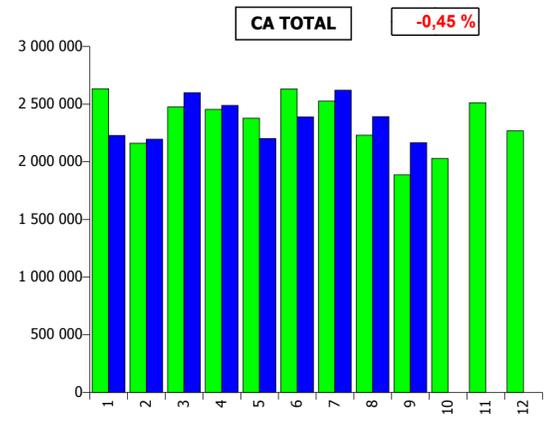
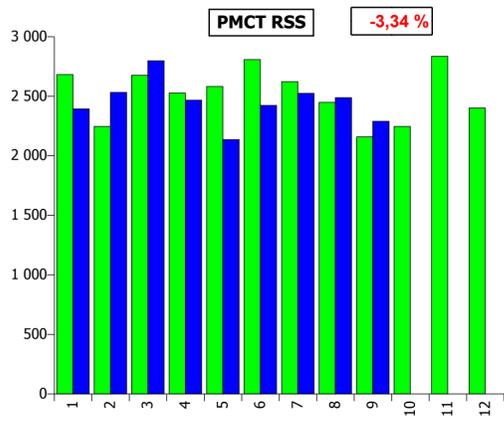
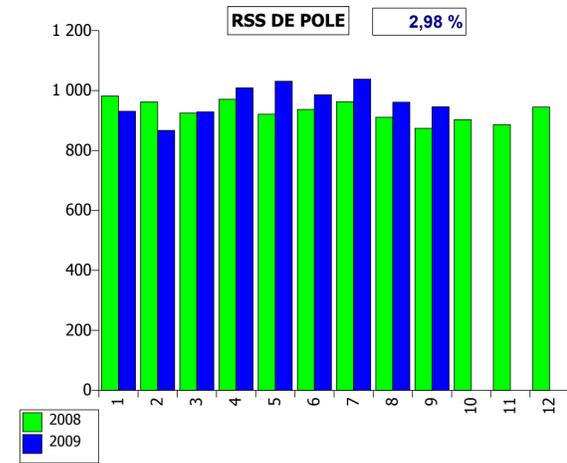
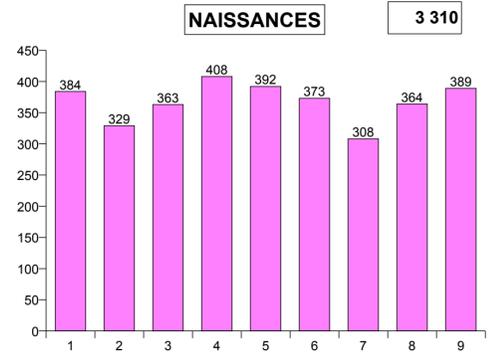
HEBERGEMENT	TOTAL SEJOURS		Journées hébergement		Lits exploités fin 9/2009		Taux d'occupation	
	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008
NEONATOLOGIE	376		9 185		37		92,62 %	
OBSTETRIQUE	7 534		25 653		90		105,43 %	
ORTHOGENIE	1 119		1 118		10		40,95 %	
<b>POLE</b>	<b>9 029</b>		<b>35 956</b>		<b>137</b>		<b>97,24 %</b>	

TRAITANT	TOTAL SEJOURS		SEJOURS HC		SEJOURS < 24 H		SEAN CES		Journées traitant		equiv lits	DMS
	2009 PASTEL	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	Taux 95 %	
NEONATOLOGIE	376		511	-3,40 %	17	0,00 %			9 185		36	
OBSTETRIQUE	7 600		7 126	2,31 %	377	50,80 %			25 289		99	
ORTHOGENIE	1 119				1 118	-3,45 %			1 118		4	
<b>POLE</b>	<b>9 095</b>		<b>7 196</b>	<b>2,23 %</b>	<b>1 502</b>	<b>6,75 %</b>			<b>35 592</b>		<b>139</b>	

RECETTES	CA TOTAL		dont CA MCO		dont DOTATIONS		dont activités externes		dont autres MIGAC...		dont Recettes patients		dont Recettes diverses	
	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008
NEONATOLOGIE	6 784 128	-3,62 %	6 676 185	-5,16 %					107 943				28 254	
OBSTETRIQUE	15 163 641	2,96 %	14 404 862	2,51 %					758 779				72 788	
ORTHOGENIE	202 903	-29,89 %	202 903	-29,89 %									79	
URGENCES OBSTETRIQUE	9 619	0,00 %							9 619					
<b>POLE</b>	<b>21 283 950</b>	<b>0,43 %</b>	<b>21 283 950</b>	<b>-0,45 %</b>					<b>876 341</b>				<b>101 120</b>	

Dont PMSI MCO	Taux	CA TOTAL		CA moyen		CA moyen HC		CA moyen HJ		CA moyen Séance	
	d'exhaustivité	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008
NEONATOLOGIE	100,00 %	6 676 185	-5,16 %	12 644	-1,92 %	13 031	-1,83 %	1 011	2,35 %		
OBSTETRIQUE	99,35 %	14 404 862	2,51 %	1 920	-1,43 %	1 969	-1,24 %	992	49,18 %		
ORTHOGENIE	100,00 %	202 903	-29,89 %	181	-27,38 %			181	-27,38 %		
<b>POLE</b>	<b>99,47 %</b>	<b>21 283 950</b>	<b>-0,45 %</b>	<b>2 447</b>	<b>-3,34 %</b>	<b>2 903</b>	<b>-3,59 %</b>	<b>396</b>	<b>17,81 %</b>		

Passages urgences	Passages totaux		Passages sui vis Hospi		Pasages en externes		Trans ferts		Décès
	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009
URGENCES OBSTETRIQUE	6 564	-6,13 %	2 714	-17,93 %	3 818	3,58 %	32		
<b>POLE</b>	<b>6 564</b>	<b>-6,13 %</b>	<b>2 714</b>	<b>-17,93 %</b>	<b>3 818</b>	<b>3,58 %</b>	<b>32</b>		



ACTIVITE DE CONSULTATION (RECENSEE)

	ACO	ADA	ADC	ADE	ADI	AMI	ATM	B	C	C2	CG	CHN	CS	CSF	CSP	FPE	MAS	MNO	MNP	P	SE3	SF	SFI	SP	TB	
EXTERNE NEONATOLOGIE				10	3	18							116													
OBSTETRIQUE	1 677	324	586	6 883	2	461	1 922	3 270	404	2	3 705	119	4 835	1 596						795	45	13 525	282	7	2	
ORTHOGENIE							4	145	1				1 383													
URGENCES OBSTETRIQUE	6 046		1	3 720	6	27 917	93	246	160		96		9 472	12 324										19 956		
<b>EXTERNE</b>	<b>7 723</b>	<b>324</b>	<b>587</b>	<b>10 613</b>	<b>11</b>	<b>28 396</b>	<b>2 019</b>	<b>3 661</b>	<b>565</b>	<b>2</b>	<b>3 801</b>	<b>119</b>	<b>15 806</b>	<b>13 920</b>	<b>357</b>	<b>170</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>795</b>	<b>45</b>	<b>13 525</b>	<b>20 238</b>	<b>7</b>	<b>2</b>	

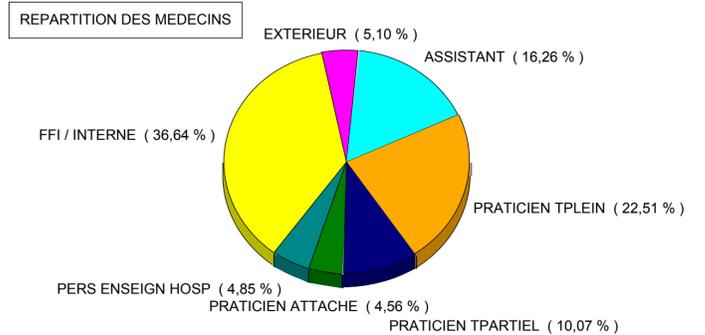
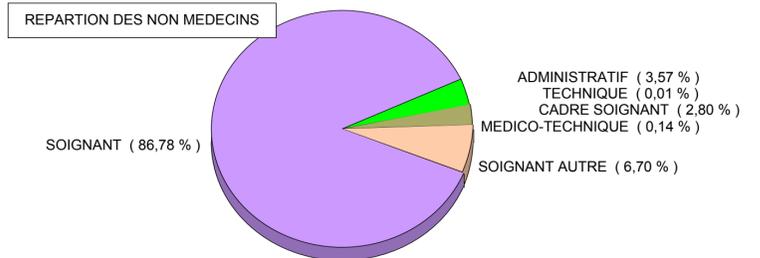
## Personnel

		ETP			MONTANTS		
		2008	2009	Ecart 09/08	2008	2009	Ecart 09/08
NON MEDECIN	NEONATOLOGIE	103,33	98,50	-5 %	3 481 381	3 343 494	-4 %
	OBSTETRIQUE	171,56	150,06	-13 %	5 916 958	4 946 735	-16 %
	ORTHOGENIE	3,73	4,42	19 %	122 646	149 051	22 %
	SALLE DE NAISSANCE	3,11	34,95	1023 %	86 819	1 154 957	1230 %
	URGENCES OBSTETRIQUE	9,95	15,51	56 %	357 207	557 051	56 %
NON MEDECIN	<b>TOTAL</b>	<b>291,68</b>	<b>303,44</b>	<b>4 %</b>	<b>9 965 010</b>	<b>10 151 289</b>	<b>2 %</b>

MEDECIN	NEONATOLOGIE	5,49	12,15	121 %	285 635	851 238	198 %
	OBSTETRIQUE	25,17	12,22	-51 %	1 043 514	682 993	-35 %
	ORTHOGENIE	1,40	1,00	-28 %	83 455	57 541	-31 %
	SALLE DE NAISSANCE		7,12			320 679	
	URGENCES OBSTETRIQUE		1,28			81 727	
MEDECIN	<b>TOTAL</b>	<b>32,06</b>	<b>33,77</b>	<b>5 %</b>	<b>1 412 604</b>	<b>1 994 178</b>	<b>41 %</b>

ETUDIANT	OBSTETRIQUE	9,89	2,52	-75 %	17 302	4 751	-73 %
	SALLE DE NAISSANCE		3,99			8 169	
ETUDIANT	<b>TOTAL</b>	<b>9,89</b>	<b>6,51</b>	<b>-34 %</b>	<b>17 302</b>	<b>12 920</b>	<b>-25 %</b>

GARDES ET ASTREINTES	2008	2009
GHR		185
MATER 6	341 486	332 388
NEONATOLOGIE	62 102	89 319
REA NEONAT	127 757	130 775
<b>Total</b>	<b>531 345</b>	<b>552 668</b>



## CONSOMMATIONS

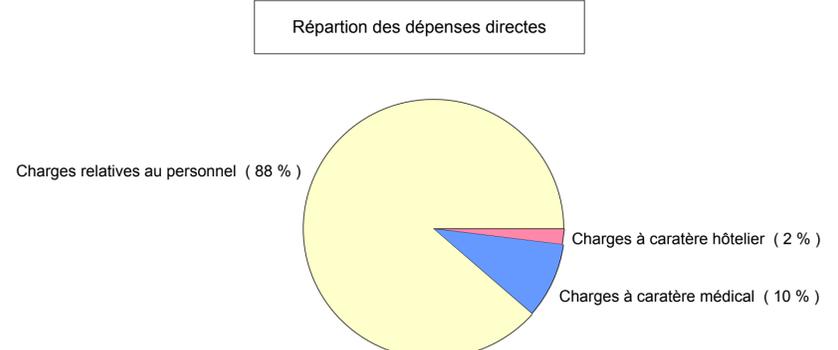
CONSOMMATIONS D'IMAGERIE HOSPITALISATION	SCANNER		IRM		ECHO		RADIO	
	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008
NEONATOLOGIE	12	500,00 %	21	31,25 %	287	65,90 %	2 407	1,73 %
OBSTETRIQUE	34	25,93 %	6	-73,91 %	262	13,91 %	238	35,23 %
<b>POLE</b>	<b>46</b>	<b>58,62 %</b>	<b>27</b>	<b>-30,77 %</b>	<b>549</b>	<b>36,23 %</b>	<b>2 645</b>	<b>4,05 %</b>

CONSOMMATIONS DE LABO HOSPITALISATION	nombre de B		nombre de BHN		nombre de P		nombre de PHN	
	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008
NEONATOLOGIE	899 330	7,36 %	7 480	-51,80 %	440	340,00 %	6 360	3875,00 %
OBSTETRIQUE	1 111 620	-2,93 %	35 507	-45,26 %	168 225	-11,86 %	414 320	-14,07 %
ORTHOGENIE	9 701	21,11 %		-100,00 %	255	-97,96 %	90	-99,92 %
<b>POLE</b>	<b>2 020 651</b>	<b>1,49 %</b>	<b>42 987</b>	<b>-46,54 %</b>	<b>168 920</b>	<b>-16,97 %</b>	<b>420 770</b>	<b>-29,27 %</b>

CONSOMMATIONS AUTRES HOSPITALISATION	nombre de brancardages		nombre de repas		nombre		nombre	
	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008
OBSTETRIQUE	2		28 756					
ORTHOGENIE	80		1 258					
<b>POLE</b>	<b>82</b>	<b>54,72 %</b>	<b>30 014</b>					

## DEPENSES DIRECTES

DEPENSES DIRECTES	charges de personnel		charges médicales		charges hôtelières		mortissements & provisions	
	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008
NEONATOLOGIE	4 340 805	9,17 %	596 841	-0,21 %	73 944	-52,19 %		
OBSTETRIQUE	6 080 994	-17,07 %	281 118	-6,22 %	161 668	-7,77 %		
ORTHOGENIE	219 068	4,10 %	63 130	14,08 %	4 722	42,99 %		
SALLE DE NAISSANCE	1 389 324	1360,89 %	307 670	11,62 %	30 886	4,62 %		
URGENCES OBSTETRIQUE	664 052	78,67 %	135 780	-30,07 %	8 645	-41,23 %		
<b>POLE</b>	<b>12 694 242</b>	<b>5,91 %</b>	<b>1 384 538</b>	<b>-2,70 %</b>	<b>279 864</b>	<b>-25,86 %</b>		

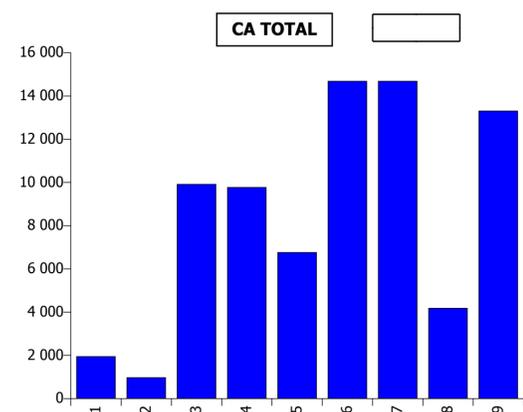
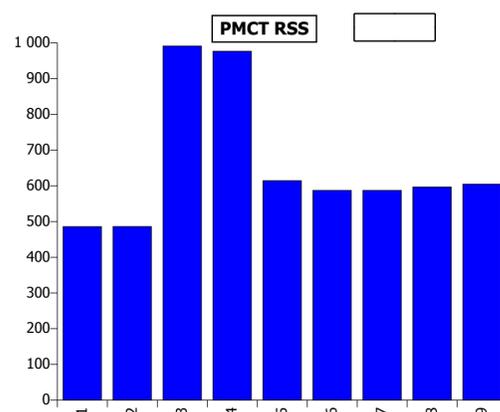
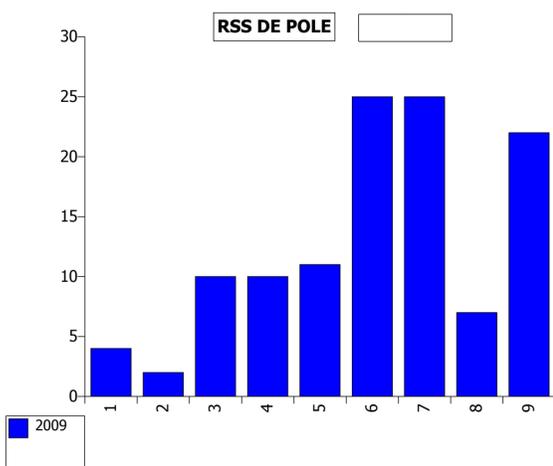


## ACTIVITE D'HOSPITALISATION

TRAITANT	TOTAL SEJOURS		SEJOURS HC		SEJOURS < 24 H		Journées traitant		equiv lits	Lits exploités
	2009 PASTEL	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	Taux 95 %	2009
PEDO-PSY.	21						1 647		6	20
PSY. INTER-SECTEURS PY										
PSY. SECT. 4	330		116				8 349		33	29
PSY. SECT. 5	431						10 550		41	60
PSY. SECT 6	910						12 874		50	60
<b>POLE</b>	<b>1 692</b>		<b>116</b>				<b>33 420</b>		<b>130</b>	169

RECETTES	CA TOTAL		dont CA MCO		dont DOTATIONS		dont activités externes		dont autres MIGAC...		dont Recettes patients		dont Recettes diverses	
	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008
PEDO-PSY.	2 032 396				2 032 396									320
PSY. SECT. 4	3 321 249		76 203		3 245 046									1 781
PSY. SECT. 5	4 099 905				4 099 905									3 121
PSY. SECT 6	4 933 014				4 933 014									1 897
<b>POLE</b>	<b>76 203</b>		<b>76 203</b>		<b>14 310 361</b>									7 119

Dont PMSI MCO	Taux	CA TOTAL		CA moyen		CA moyen HC		CA moyen HJ	
	d'exhaustivité	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008		
PEDO-PSY.	100,00 %								
PSY. SECT. 4	100,00 %	76 203		657		657			
PSY. SECT. 5	100,00 %								
PSY. SECT 6	100,00 %								
<b>POLE</b>	<b>100,00 %</b>	<b>76 203</b>		<b>657</b>		<b>657</b>			



## ACTIVITE DE CONSULTATION (RECENSEE)

	ATM	C	CNP	CS
EXTERNE PSY. SECT. 5		7	4	1
PSY. SECT 6	1	858	912	1
<b>EXTERNE</b>	<b>1</b>	<b>865</b>	<b>916</b>	<b>2</b>

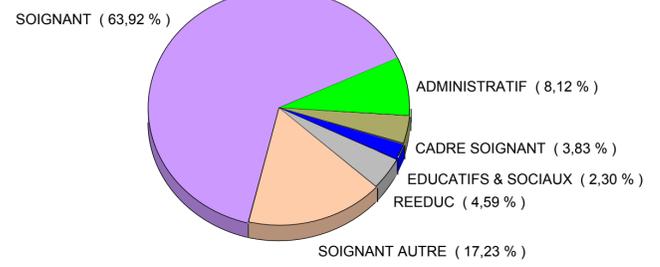
## Personnel

		ETP			MONTANTS		
		2008	2009	Ecart 09/08	2008	2009	Ecart 09/08
NON MEDECIN	PEDO-PSY.	44,98	43,36	-4 %	1 601 033	1 541 679	-4 %
	PSY. INTER-SECTEURS PY	3,71	0,22	-94 %	154 141	9 849	-94 %
	PSY. SECT. 4	59,90	60,36	1 %	2 097 400	2 123 723	1 %
	PSY. SECT. 5	56,16	56,64	1 %	1 945 817	1 939 252	-0 %
	PSY. SECT 6	81,25	82,24	1 %	2 597 518	2 691 748	4 %
NON MEDECIN	<b>TOTAL</b>	<b>246,01</b>	<b>242,83</b>	<b>-1 %</b>	<b>8 395 910</b>	<b>8 306 251</b>	<b>-1 %</b>

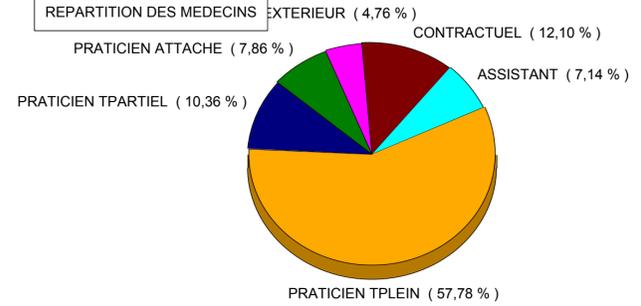
MEDECIN	PEDO-PSY.	6,71	6,14	-9 %	413 598	500 512	21 %
	PSY. INTER-SECTEURS PY	1,00	1,00	0 %	78 392	83 964	7 %
	PSY. SECT. 4	6,99	6,09	-13 %	454 523	463 148	2 %
	PSY. SECT. 5	8,47	5,64	-33 %	651 510	491 449	-25 %
	PSY. SECT 6	7,80	9,13	17 %	615 747	653 143	6 %
MEDECIN	<b>TOTAL</b>	<b>30,97</b>	<b>28,00</b>	<b>-10 %</b>	<b>2 213 770</b>	<b>2 192 215</b>	<b>-1 %</b>

GARDES ET ASTREINTES		2008	2009
PEDO-PSY HOSP JOUR PY		2 565	368
PSY. SECT. 4		59 442	68 552
PSY. SECT. 5		75 144	61 655
PSY. SECT 6		130 082	127 446
<b>Total</b>		<b>267 233</b>	<b>258 021</b>

REPARTITION DES NON MEDECINS



REPARTITION DES MEDECINS



## CONSOMMATIONS

CONSOMMATIONS D'IMAGERIE HOSPITALISATION	SCANNER		IRM		ECHO		RADIO	
	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008
PEDO-PSY.						-100,00 %	2	0,00 %
PSY. INTER-SECTEURS PY			1				2	
PSY. SECT. 4	31	40,91 %	2	100,00 %	28	7,69 %	68	74,36 %
PSY. SECT. 5	20	53,85 %	1		11	-21,43 %	40	14,29 %
PSY. SECT 6	68	-13,92 %	9	28,57 %	14	-39,13 %	131	-27,22 %
<b>POLE</b>	<b>119</b>	<b>4,39 %</b>	<b>13</b>	<b>62,50 %</b>	<b>53</b>	<b>-18,46 %</b>	<b>243</b>	<b>-5,08 %</b>

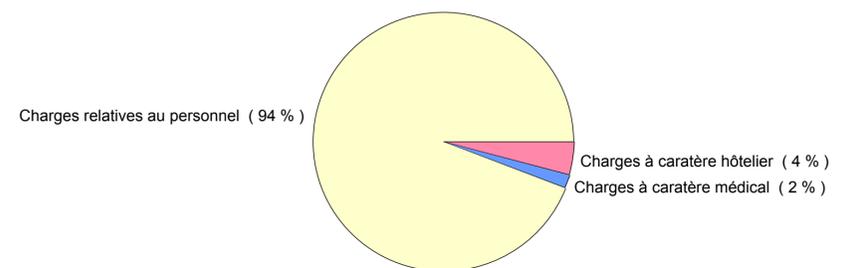
CONSOMMATIONS DE LABO HOSPITALISATION	nombre de B		nombre de BHN		nombre de P		nombre de PHN	
	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008
PSY. INTER-SECTEURS PY		-100,00 %		-100,00 %				
PSY. SECT. 4	65 896	22,20 %	1 945	260,19 %			4 640	
PSY. SECT. 5	59 756	-10,72 %	1 745	128,10 %				
PSY. SECT 6	153 694	-4,45 %	3 725	-34,82 %	100	-79,80 %	100	-60,00 %
<b>POLE</b>	<b>279 346</b>	<b>-3,38 %</b>	<b>7 415</b>	<b>5,25 %</b>	<b>100</b>	<b>-79,80 %</b>	<b>4 740</b>	<b>1796,00 %</b>

CONSOMMATIONS AUTRES HOSPITALISATION	nombre de brancardages		nombre de repas		nombre		nombre	
	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008
PSY. SECT. 4			22 148					
PSY. SECT. 5			3 523					
PSY. SECT 6	37		19 991					
<b>POLE</b>	<b>37</b>		<b>45 662</b>					

## DEPENSES DIRECTES

DEPENSES DIRECTES	charges de personnel		charges médicales		charges hôtelières		mortissements & provisions	
	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008
PEDO-PSY.	2 034 336	2,15 %	9 125	-14,03 %	173 863	26,23 %		
PSY. INTER-SECTEURS PY	99 963	-56,84 %	-94	-104,25 %	299	-97,87 %		
PSY. SECT. 4	2 752 972	0,18 %	41 497	-40,56 %	65 370	-23,07 %		
PSY. SECT. 5	2 486 000	-5,60 %	66 636	-2,57 %	30 771	-52,97 %		
PSY. SECT 6	3 599 226	4,16 %	78 219	-53,75 %	219 310	-0,22 %		
<b>POLE</b>	<b>10 972 497</b>	<b>-0,79 %</b>	<b>195 383</b>	<b>-38,97 %</b>	<b>489 612</b>	<b>-6,20 %</b>		

Répartition des dépenses directes



## ACTIVITE D'HOSPITALISATION

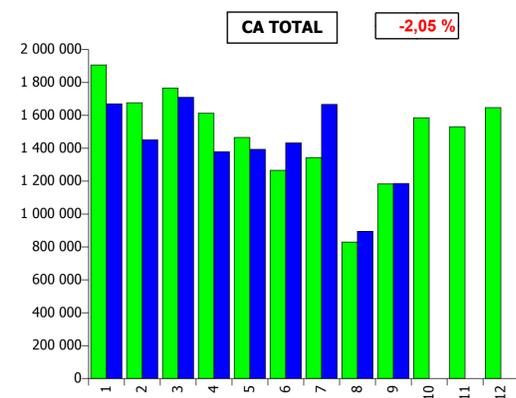
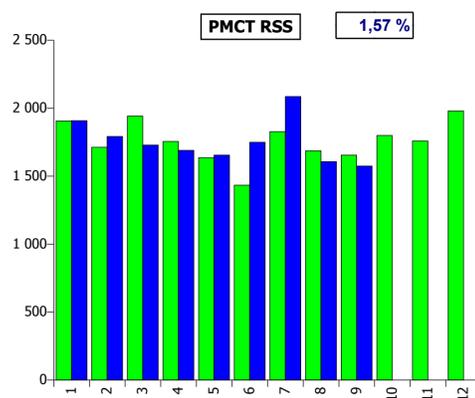
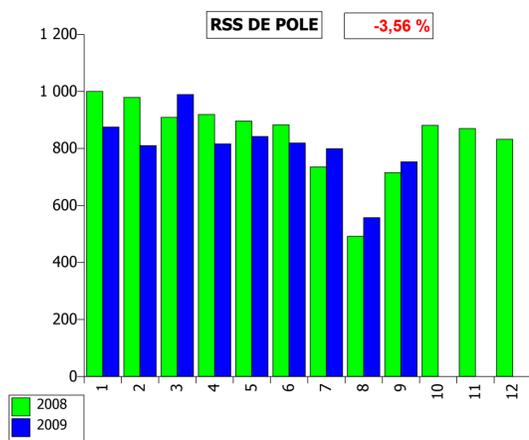
HEBERGEMENT	TOTAL SEJOURS		Journées hébergement		Lits exploités fin 9/2009		Taux d'occupation	
	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008
PEDIATRIE	3 008		6 759		36		68,74 %	
REA. MEDICO-CHIR. PY	439		2 222		10		83,22 %	
REANIMATION POLYVALENTE SG	277		2 110		9		88,84 %	
SURVEILLANCE CONTINUE	393		1 094		5		75,76 %	
URGENCES PEDIATRIQUES								
URGENCES PY	2 659		3 100		9		126,17 %	
URGENCES SG	929		1 005		5		80,72 %	
<b>POLE</b>	<b>7 705</b>		<b>16 290</b>		<b>74</b>		<b>81,35 %</b>	

TRAITANT	TOTAL SEJOURS		SEJOURS HC		SEJOURS < 24 H		SEANCES		Journées traitant		equiv lits	DMS
	2009 PASTEL	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	Taux 95 %	
PEDIATRIE	2 968		1 786	-0,50 %	656	-12,88 %	434	28,78 %	6 632		26	
REA. MEDICO-CHIR. PY	336		292	-12,57 %	28	3,70 %			2 028		8	
REANIMATION POLYVALENTE SG	277		259	-27,04 %	8	-46,67 %			2 110		8	
SURVEILLANCE CONTINUE	393		371	17,78 %	6	-33,33 %			1 096		4	
URGENCES PY	2 660		1 840	-11,92 %	817	27,66 %		-100,00 %	3 102		12	
URGENCES SG	944		791	-15,22 %	133	25,47 %		-100,00 %	1 033		4	
<b>POLE</b>	<b>7 578</b>		<b>5 180</b>	<b>-8,19 %</b>	<b>1 646</b>	<b>6,40 %</b>	<b>434</b>	<b>28,02 %</b>	<b>16 001</b>		<b>62</b>	

RECETTES	CA TOTAL		dont CA MCO		dont DOTATIONS		dont activités externes		dont autres MIGAC...		dont Recettes patients		dont Recettes diverses	
	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008
PEDIATRIE	3 804 618	-5,36 %	3 671 952	-8,48 %					132 666				9 024	
REA. MEDICO-CHIR. PY	2 756 749	-2,55 %	2 649 611	-6,34 %					107 138				3 279	
REANIMATION POLYVALENTE SG	2 921 369	-5,87 %	2 822 734	-9,05 %					98 635				2 144	
SMUR PY	1 032 301	22,92 %							1 032 301				2 816	
SMUR SG	645 315	11,19 %							645 315				5	
SURVEILLANCE CONTINUE	893 410	51,86 %	893 410	51,86 %									173	
URGENCES PEDIATRIQUES	209 041	0,00 %							209 041				35	
URGENCES PY	2 231 650	20,91 %	1 998 294	11,09 %					233 356				15 601	
URGENCES SG	842 299	15,72 %	747 081	4,03 %					95 218				11 765	
<b>POLE</b>	<b>12 783 082</b>	<b>4,02 %</b>	<b>12 783 082</b>	<b>-2,05 %</b>					<b>2 553 669</b>				<b>44 843</b>	

Dont PMSI MCO	Taux	CA TOTAL		CA moyen		CA moyen HC		CA moyen HJ		CA moyen Séance	
	d'exhaustivité	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008
PEDIATRIE	99,76 %	3 671 952	-8,48 %	1 277	-8,19 %	1 691	-11,17 %	684	21,63 %	468	-8,12 %
REA. MEDICO-CHIR. PY	98,16 %	2 649 611	-6,34 %	8 280	5,66 %	8 903	7,39 %	1 779	-19,77 %		
REANIMATION POLYVALENTE SG	98,89 %	2 822 734	-9,05 %	10 572	26,03 %	10 848	25,07 %	1 635	-0,16 %		
SURVEILLANCE CONTINUE	100,00 %	893 410	51,86 %	2 370	30,51 %	2 390	29,31 %	1 106	63,69 %		
URGENCES PY	99,96 %	1 998 294	11,09 %	752	14,14 %	774	14,55 %	702	16,35 %		-100,00 %
URGENCES SG	99,68 %	747 081	4,03 %	809	17,09 %	822	18,19 %	730	12,22 %		-100,00 %
<b>POLE</b>	<b>99,73 %</b>	<b>12 783 082</b>	<b>-2,05 %</b>	<b>1 761</b>	<b>1,57 %</b>	<b>2 199</b>	<b>4,19 %</b>	<b>722</b>	<b>15,30 %</b>	<b>468</b>	<b>-8,09 %</b>

Passages urgences	Passages totaux		Passages sui vis Hospi		Passages en externes		Trans ferts		Décès
	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009
URGENCES PEDIATRIQUES	14 862	5,25 %	2 306	8,57 %	12 437	4,26 %	119	77,61 %	
URGENCES PY	30 502	-1,65 %	5 905	-3,02 %	23 939	-1,13 %	641	-1,69 %	17
URGENCES SG	10 418	-8,83 %	1 989	-18,68 %	8 141	-4,85 %	276	-32,85 %	12
<b>POLE</b>	<b>55 782</b>	<b>-1,38 %</b>	<b>10 200</b>	<b>-4,31 %</b>	<b>44 517</b>	<b>-0,40 %</b>	<b>1 036</b>	<b>-8,32 %</b>	

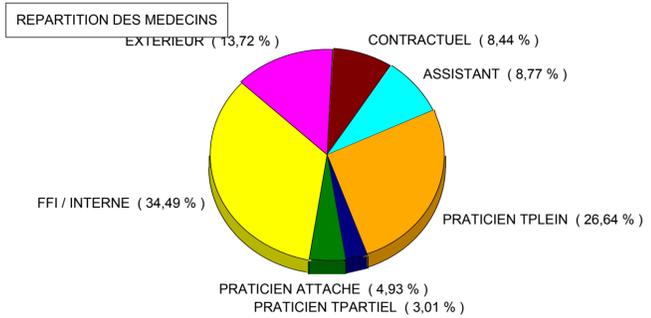
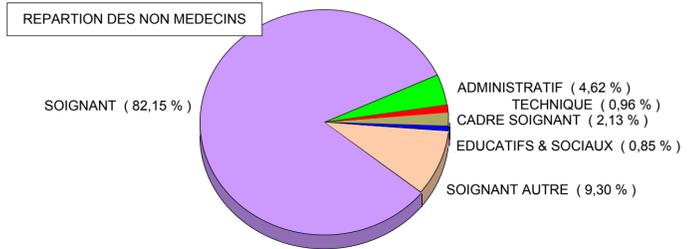


## ACTIVITE DE CONSULTATION (RECENSEE)

	ACO	ADC	ADE	ADI	AMI	AMO	ATM	B	C	C2	C25	C3	CHN	CNP	CS	CSF	CSN	CSP	FPE	K	K04	K07	MAS	MN	MNO	MNP	MPJ	SCN	SFI	SMT		
EXTERNE PEDIATRIE		1		1	279	96	83		279	1		17	73	166	367			2 558	252				40		38	1	3					
REA. MEDICO-CHIR. PY				1					4						210																	
REANIMATION POLYVALENTE SG							4								10																	
SMUR PY																														4 938		
SMUR SG				12																										2 975		
URGENCES PEDIATRIQUES	1	55	28	125	39 597		443	227	3 134		105				10 063	1	1		16					1								
URGENCES PY			2	27	30 458			439	23 788		742				1	5 246					260											
URGENCES SG				14 409			6	8 371	420		420				1 050				13	30	4	5						2	8			
<b>EXTERNE</b>	<b>1</b>	<b>56</b>	<b>30</b>	<b>166</b>	<b>84 743</b>	<b>96</b>	<b>536</b>	<b>666</b>	<b>35 576</b>	<b>1</b>	<b>1 267</b>	<b>17</b>	<b>73</b>	<b>167</b>	<b>16 946</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2 558</b>	<b>281</b>	<b>290</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>40</b>	<b>1</b>	<b>38</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>8</b>	<b>7 913</b>		

## Personnel

				ETP			MONTANTS		
				2008	2009	Ecart 09/08	2008	2009	Ecart 09/08
<b>NON MEDECIN</b>	<b>PEDIATRIE</b>			87,73	78,54	-10 %	3 000 944	2 571 086	-14 %
	REA. MEDICO-CHIR. PY			55,24	52,58	-5 %	1 695 691	1 596 597	-6 %
	REANIMATION POLYVALENTE SG			47,58	37,90	-20 %	1 414 332	1 143 308	-19 %
	SMUR PY			10,24	11,92	16 %	389 445	440 564	13 %
	SMUR SG				6,39			203 234	
	SURVEILLANCE CONTINUE			8,77	10,68	22 %	323 475	386 687	20 %
	URGENCES PEDIATRIQUES				16,92			594 715	
	URGENCES PY			61,43	59,91	-2 %	1 813 985	1 756 385	-3 %
	URGENCES SG			41,46	37,42	-10 %	1 228 803	1 093 405	-11 %
<b>NON MEDECIN</b>	<b>TOTAL</b>			<b>312,46</b>	<b>312,26</b>	<b>-0 %</b>	<b>9 866 676</b>	<b>9 785 980</b>	<b>-1 %</b>
<b>MEDECIN</b>	<b>PEDIATRIE</b>			23,96	14,44	-40 %	1 290 224	786 767	-39 %
	REA. MEDICO-CHIR. PY			9,00	10,95	22 %	464 486	585 351	26 %
	REANIMATION POLYVALENTE SG			9,00	9,84	9 %	464 297	534 658	15 %
	SMUR PY			4,78	14,25	198 %	255 985	622 169	143 %
	SMUR SG			5,64	5,86	4 %	290 715	284 780	-2 %
	SURVEILLANCE CONTINUE			2,00	0,80	-60 %	166 719	86 209	-48 %
	URGENCES PEDIATRIQUES				8,36			461 022	
	URGENCES PY			25,06	21,97	-12 %	1 069 868	1 141 618	7 %
	URGENCES SG			9,56	10,00	5 %	444 941	490 040	10 %
<b>MEDECIN</b>	<b>TOTAL</b>			<b>88,99</b>	<b>96,47</b>	<b>8 %</b>	<b>4 447 236</b>	<b>4 992 614</b>	<b>12 %</b>
<b>ETUDIANT</b>	<b>PEDIATRIE</b>			12,44	7,79	-37 %	20 015	15 800	-21 %
	REA. MEDICO-CHIR. PY			4,44	5,53	24 %	13 572	19 285	42 %
	SMUR SG			0,22		-100 %	369		-100 %
	SURVEILLANCE CONTINUE			2,00		-100 %	6 234		-100 %
	URGENCES PEDIATRIQUES				4,19			8 176	
	URGENCES PY			1,78	1,67	-6 %	5 694	5 736	1 %
<b>ETUDIANT</b>	<b>TOTAL</b>			<b>20,89</b>	<b>19,18</b>	<b>-8 %</b>	<b>45 885</b>	<b>48 996</b>	<b>7 %</b>



GARDES ET ASTREINTES	2008	2009
ACCUEIL & TRAITEMENT URGENC	369 674	380 006
ACCUEIL & TRAITEMENT URGENC	214 362	174 323
PEDIATRIE	16 161	12 047
PEDIATRIE UHCD (LITS PORTE)	241 711	242 463
REA. MEDICO-CHIR.	212 777	218 455
REANIMATION POLYVALENTE	199 116	201 116
SMUR PY	392 216	392 483
SMUR SG	144 861	132 424
<b>Total</b>	<b>1 790 878</b>	<b>1 753 317</b>

## CONSOMMATIONS

CONSOMMATIONS D'IMAGERIE HOSPITALISATION	SCANNER		IRM		ECHO		RADIO	
	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008
PEDIATRIE	95	0,00 %	31	72,22 %	172	-13,57 %	588	-22,43 %
REA. MEDICO-CHIR. PY	231	5,00 %	6	-40,00 %	76	76,74 %	2 390	-17,53 %
REANIMATION POLYVALENTE SG	188	1,62 %	7	40,00 %	46	-6,12 %	3 172	-17,82 %
SMUR PY	14	27,27 %		-100,00 %	1			-100,00 %
SURVEILLANCE CONTINUE	86	17,81 %	5	66,67 %	14	-26,32 %	702	24,25 %
URGENCES PY	2 192	3,74 %	41	5,13 %	528	65,00 %	22 608	-18,70 %
URGENCES SG	845	-1,97 %	2	100,00 %	163	-27,56 %	7 545	-30,24 %
<b>POLE</b>	<b>3 651</b>	<b>2,58 %</b>	<b>92</b>	<b>19,48 %</b>	<b>1 000</b>	<b>16,96 %</b>	<b>37 005</b>	<b>-20,77 %</b>

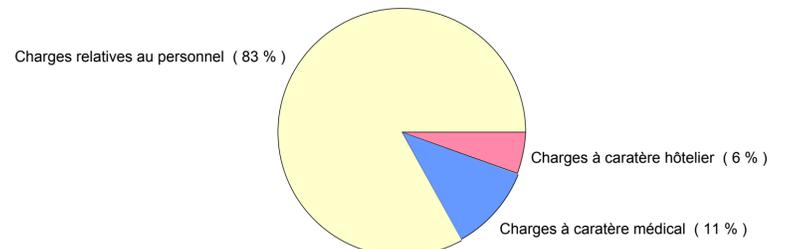
CONSOMMATIONS DE LABO HOSPITALISATION	nombre de B		nombre de BHN		nombre de P		nombre de PHN	
	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008
PEDIATRIE	426 855	5,70 %	21 625	8,91 %	3 160	29,51 %	2 240	15,46 %
REA. MEDICO-CHIR. PY	1 376 750	-6,82 %	99 660	1,18 %	10 420	-4,67 %	16 665	-56,50 %
REANIMATION POLYVALENTE SG	1 045 342	-6,06 %	84 635	77,77 %	6 790	-27,22 %	8 695	-46,53 %
SMUR PY							100	
SURVEILLANCE CONTINUE	441 857	19,09 %	35 865	4,15 %	6 310	33,97 %	9 220	3,25 %
URGENCES PY	3 818 667	1,41 %	37 780	-20,41 %	12 590	36,11 %	19 180	-1,54 %
URGENCES SG	1 015 685	-26,11 %	19 870	-37,30 %	4 240	21,14 %	5 830	19,22 %
<b>POLE</b>	<b>8 125 156</b>	<b>-4,47 %</b>	<b>299 435</b>	<b>7,11 %</b>	<b>43 510</b>	<b>8,34 %</b>	<b>61 930</b>	<b>-31,04 %</b>

CONSOMMATIONS AUTRES HOSPITALISATION	nombre de brancardages		nombre de repas		nombre		nombre	
	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008
PEDIATRIE	2		7 004					
REA. MEDICO-CHIR. PY			2 425					
REANIMATION POLYVALENTE SG	331		1 043					
URGENCES PY	11		5 243					
URGENCES SG	227		5 075					
<b>POLE</b>	<b>571</b>		<b>20 790</b>					

## DEPENSES DIRECTES

DEPENSES DIRECTES	charges de personnel		charges médicales		charges hôtelières		mortissements & provisions	
	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008
PEDIATRIE	3 599 973	-21,52 %	512 298	-13,10 %	90 386	-58,91 %		
REA. MEDICO-CHIR. PY	2 397 869	-0,38 %	625 256	4,87 %	48 382	-34,26 %		
REANIMATION POLYVALENTE SG	1 838 612	-10,62 %	336 258	-17,51 %	49 075	9,56 %		
SMUR PY	1 320 882	22,16 %	74 017	-2,07 %	324 989	-40,45 %		
SMUR SG	596 409	38,73 %	49 946	4,23 %	323 482	57,78 %		
SURVEILLANCE CONTINUE	494 832	-0,53 %	75 444	445,19 %	6 552	153,95 %		
URGENCES PEDIATRIQUES	1 089 973		83 423	613,97 %	34 514	20836,79 %		
URGENCES PY	3 293 506	1,19 %	371 145	-12,60 %	176 432	-10,76 %		
URGENCES SG	1 788 339	-5,71 %	100 114	-13,49 %	91 853	36,24 %		
<b>POLE</b>	<b>16 420 393</b>	<b>1,29 %</b>	<b>2 227 900</b>	<b>-2,41 %</b>	<b>1 145 664</b>	<b>-15,57 %</b>		

Répartition des dépenses directes



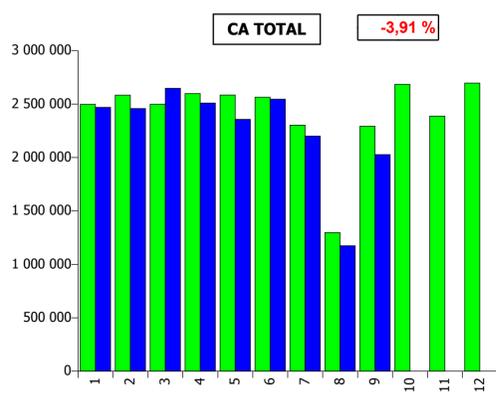
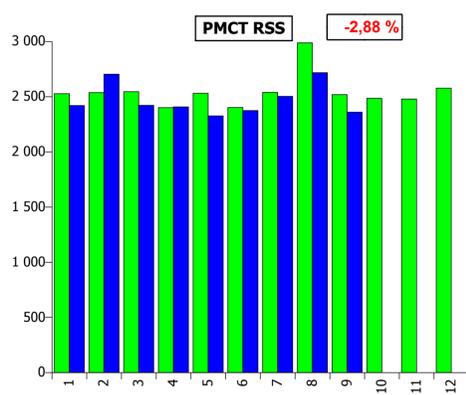
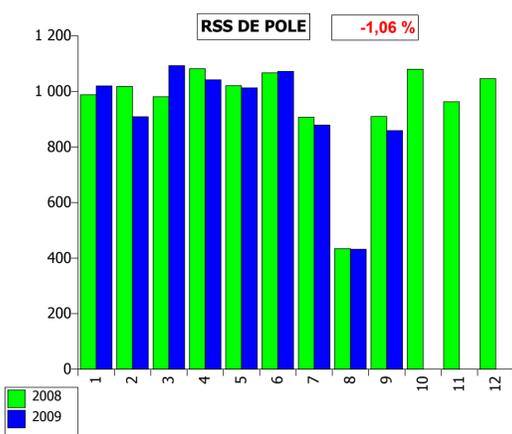
**ACTIVITE D'HOSPITALISATION**

HEBERGEMENT	TOTAL SEJOURS		Journées hébergement		Lits exploités fin 9/2009		Taux d'occupation	
	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008
CHIR ORTHOPEDIQUE	1 362		6 692		30		83,86 %	
CHIRURGIE GENERALE PY	1 292		8 470		34		91,25 %	
CHIRURGIE PLURIDISC. SG	3 329		9 375		63		54,84 %	
GYNECOLOGIE	1 633		3 803		21		65,70 %	
HJS CHIRURGIE PY	1 729		2 235		19		43,37 %	
<b>POLE</b>	<b>9 345</b>		<b>30 575</b>		<b>168</b>		<b>67,50 %</b>	

TRAITANT	TOTAL SEJOURS		SEJOURS HC		SEJOURS < 24 H		SEAN CES		Journées traitant		equiv lits Taux 95 %	DMS
	2009	PASTEL écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008		
CHIR ORTHOPEDIQUE	2 257		1 521	0,80 %	649	5,36 %			8 785		34	
CHIRURGIE GENERALE PY	1 976		1 566	3,78 %	302	-4,43 %	1		9 848		38	
CHIR VISCERALE SG	1 246		725	-23,92 %	472	5,59 %			5 104		20	
GYNECOLOGIE	1 478		894	0,22 %	522	5,67 %			3 596		14	
OPHTALMOLOGIE	862		193	-38,34 %	596	28,73 %			1 056		4	
ORL	643		445	-5,32 %	191	-14,73 %			1 375		5	
STOMATOLOGIE	280		79	12,86 %	190	7,34 %			385		2	
<b>POLE</b>	<b>8 742</b>		<b>5 413</b>	<b>-4,65 %</b>	<b>2 905</b>	<b>6,37 %</b>	<b>1</b>		<b>30 149</b>		<b>118</b>	

RECETTES	CA TOTAL		dont CA MCO		dont DOTATIONS		dont activités externes		dont autres MIGAC...		dont Recettes patients		dont Recettes diverses	
	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008
ANESTHESIE PY	187 568								187 568				3 350	
ANESTHESIE SG													7 102	
CHIR ORTHOPEDIQUE	6 100 147	1,83 %	6 010 519	0,33 %					89 628				12 739	
CHIRURGIE GENERALE PY	6 016 798	5,67 %	5 899 319	4,06 %					117 479				10 206	
CHIR VISCERALE SG	3 019 629	-24,12 %	2 953 502	-25,78 %					66 127				19 080	
GYNECOLOGIE	2 586 519	0,55 %	2 586 519	0,55 %									5 738	
OPHTALMOLOGIE	1 356 021	-1,63 %	1 295 943	-4,27 %					60 078				17 890	
ORL	1 283 809	-4,00 %	1 268 992	-5,07 %					14 817				1 069	
PT ENDOSCOPIE	12 147								12 147					
STOMATOLOGIE	374 940	18,23 %	374 940	18,23 %									104 507	
URGENCES GYNECO														
<b>POLE</b>	<b>20 389 734</b>	<b>-1,56 %</b>	<b>20 389 734</b>	<b>-3,91 %</b>					<b>547 843</b>				<b>181 681</b>	

Dont PMSI MCO	Taux d'exhaustivité	CA TOTAL		CA moyen		CA moyen HC		CA moyen HJ		CA moyen Séance	
		2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008
CHIR ORTHOPEDIQUE	95,93 %	6 010 519	0,33 %	2 770	-1,75 %	3 464	-2,41 %	1 143	10,97 %		
CHIRURGIE GENERALE PY	94,30 %	5 899 319	4,06 %	3 156	1,61 %	3 580	-0,28 %	968	21,73 %	313	
CHIR VISCERALE SG	97,56 %	2 953 502	-25,78 %	2 467	-13,19 %	3 460	-7,03 %	943	-2,57 %		
GYNECOLOGIE	96,26 %	2 586 519	0,55 %	1 827	-1,58 %	2 382	-3,54 %	876	16,94 %		
OPHTALMOLOGIE	91,43 %	1 295 943	-4,27 %	1 643	-5,84 %	1 796	-5,98 %	1 593	-2,42 %		
ORL	100,00 %	1 268 992	-5,07 %	1 995	3,58 %	2 462	2,89 %	909	-4,15 %		
STOMATOLOGIE	96,76 %	374 940	18,23 %	1 394	8,56 %	2 245	17,64 %	1 040	0,28 %		
<b>POLE</b>	<b>95,72 %</b>	<b>20 389 734</b>	<b>-3,91 %</b>	<b>2 451</b>	<b>-2,88 %</b>	<b>3 165</b>	<b>-2,24 %</b>	<b>1 121</b>	<b>7,81 %</b>	<b>313</b>	



**ACTIVITE DE CONSULTATION (RECENSEE)**

	ACO	ADA	ADC	ADE	ADI	AMC	AMI	AMO	AMY	ATM	B	C	C2	C3	CG	CNP	CS	CSF	FPE	IMP	K	KC	MCS	MNP	MPC	MPJ	ORT	P	SE1	SE2	SE3	SFI	TB	TO	TO20	TO75	TO90	TOH	VAC	VDE					
EXTERNE ANESTHESIE PY				4	3	3 919				1 163	80	1				1	5 367																			2	3								
ANESTHESIE SG						876				527							1 2 066																									2			
CHIR ORTHOPEDIQUE		2	25	1	97	1 667				210		136					7 977																												
CHIRURGIE GENERALE PY		1	7	19	3	1 257				296		158					1 3 504																												
CHIR VISCERALE SG			1			74				34		50					1 814									1																		2	
GYNECOLOGIE		86	193	79	2					1 143		125			60	4	1 584											200	58																
OPHTALMOLOGIE		7	249	528	1 984	3 324				###	3 053	124	2				8 628						3		3	1	1																		
ORL		16	106	1	4	213	940		8	1 532	319	1					1 3 824								7																				
PT ENDOSCOPIE		12	254							781		22					349																												
STOMATOLOGIE					2	1 032	104		14	7		9					2 693				6 205	1 500	###																						
URGENCES GYNECO		1		52		83				1							97																												
<b>EXTERNE</b>	<b>1</b>	<b>124</b>	<b>835</b>	<b>684</b>	<b>2 096</b>	<b>1 032</b>	<b>###</b>	<b>940</b>	<b>###</b>	<b>8 747</b>	<b>80</b>	<b>944</b>	<b>3</b>	<b>60</b>	<b>6</b>	<b>3 ###</b>	<b>1</b>	<b>10</b>	<b>6 205</b>	<b>1 500</b>	<b>###</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>120</b>	<b>3 165</b>	<b>390</b>	<b>101</b>	<b>19</b>	<b>3</b>	<b>3 8 348</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>18</b>	<b>127</b>	<b>2</b>	<b>5</b>							

## Personnel

		ETP		
		2008	2009	Ecart 09/08
NON MEDECIN	ANESTHESIE PY	42,17	49,55	17 %
	ANESTHESIE SG	16,16	15,02	-7 %
	BLOC GYNeco-OBSTETRICAL	24,53	10,23	-58 %
	BLOCS OPERATOIRES CENTRAUX	65,59	65,13	-1 %
	CHIR ORTHOPEDIQUE	34,52	36,86	7 %
	CHIRURGIE GENERALE PY	35,47	39,55	12 %
	CHIRURGIE PLURIDISC. SG	78,05	41,15	-47 %
	CHIR VISCERALE SG	3,86	32,52	743 %
	GYNECOLOGIE	21,91	31,61	44 %
	HJS CHIRURGIE PY	14,76	14,97	1 %
	OPHTALMOLOGIE	10,17	14,79	45 %
	ORL	3,86	6,38	65 %
	PT ENDOSCOPIE	8,53	9,39	10 %
	STOMATOLOGIE	2,47	4,55	84 %
	URGENCES GYNECO		9,56	
NON MEDECIN	<b>TOTAL</b>	<b>362,05</b>	<b>381,24</b>	<b>5 %</b>

		MONTANTS		
		2008	2009	Ecart 09/08
		1 797 241	2 003 183	11 %
		593 600	551 701	-7 %
		867 039	340 682	-61 %
		2 199 695	2 142 228	-3 %
		1 053 968	1 102 797	5 %
		1 106 895	1 251 602	13 %
		2 361 224	1 282 351	-46 %
		96 381	944 114	880 %
		665 210	986 758	48 %
		444 678	437 553	-2 %
		323 448	486 159	50 %
		111 586	205 060	84 %
		299 709	346 139	15 %
		64 394	146 644	128 %
			346 307	
	<b>TOTAL</b>	<b>11 985 068</b>	<b>12 573 279</b>	<b>5 %</b>

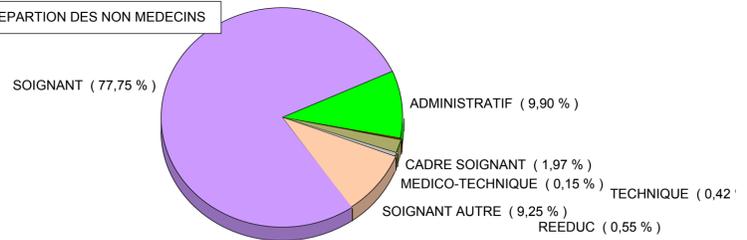
MEDECIN	ANESTHESIE PY	18,19	19,65	8 %
	ANESTHESIE SG	8,44	6,47	-23 %
	BLOCS OPERATOIRES CENTRAUX		0,50	
	CHIR ORTHOPEDIQUE	11,10	12,25	10 %
	CHIRURGIE GENERALE PY	10,61	13,54	28 %
	CHIR VISCERALE SG	8,89	8,97	1 %
	GYNECOLOGIE	3,92	7,57	93 %
	OPHTALMOLOGIE	10,14	11,86	17 %
	ORL	8,31	8,05	-3 %
	PT ENDOSCOPIE	1,00	3,57	257 %
	STOMATOLOGIE	3,51	3,39	-3 %
	URGENCES GYNECO		0,40	
MEDECIN	<b>TOTAL</b>	<b>84,12</b>	<b>96,24</b>	<b>14 %</b>

		1 011 227	1 254 450	24 %
		624 760	571 849	-8 %
			40 280	
		647 085	761 541	18 %
		502 153	716 591	43 %
		467 643	525 420	12 %
		258 140	438 860	70 %
		427 886	475 102	11 %
		445 885	489 602	10 %
		56 046	240 014	328 %
		173 574	165 190	-5 %
			28 503	
	<b>TOTAL</b>	<b>4 614 398</b>	<b>5 707 401</b>	<b>24 %</b>

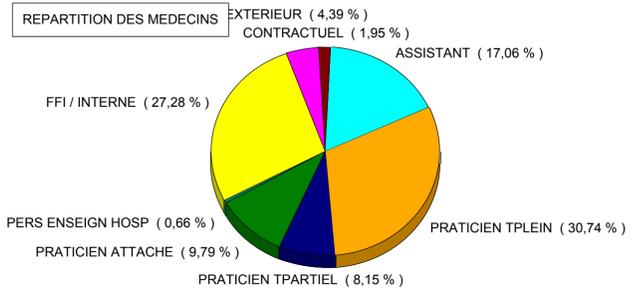
ETUDIANT	GYNECOLOGIE		3,99	
ETUDIANT	<b>TOTAL</b>		<b>3,99</b>	

		8 822		
	<b>TOTAL</b>	<b>8 822</b>		

REPARTITION DES NON MEDECINS



REPARTITION DES MEDECINS



GARDES ET ASTREINTES

		2008	2009
ANESTHESIE PY		400 059	382 449
CHIR ORTHOPEDIQUE PY		187 722	182 750
CHIRURGIE GENERALE PY		191 168	189 074
CHIR VISCERALE SG		147 302	134 833
OPHTALMOLOGIE PY		68 039	72 033
ORL SG		30 716	28 907
PT ENDOSCOPIE PY		23 153	24 769
PT ENDOSCOPIE SG			552
<b>Total</b>		<b>1 048 712</b>	<b>1 014 815</b>

## CONSOMMATIONS

CONSOMMATIONS D'IMAGERIE HOSPITALISATION	SCANNER		IRM		ECHO		RADIO	
	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008
	CHIR ORTHOPEDIQUE	114	21,28 %	6	0,00 %	42	5,00 %	2 511
CHIRURGIE GENERALE PY	664	2,79 %	5	66,67 %	184	27,78 %	716	-19,28 %
CHIRURGIE PLURIDISC. SG	2	-83,33 %				-100,00 %	5	-90,20 %
CHIR VISCERALE SG	419	-13,43 %	11	22,22 %	69	-42,50 %	375	-36,87 %
GYNECOLOGIE	89	-7,29 %	8	60,00 %	42	31,25 %	92	-29,77 %
OPHTALMOLOGIE	7	600,00 %	2	0,00 %	3	50,00 %	8	-65,22 %
ORL	41	-4,65 %	2	-50,00 %	2	0,00 %	59	59,46 %
STOMATOLOGIE	4	-33,33 %					51	64,52 %
<b>POLE</b>	<b>1 340</b>	<b>-3,04 %</b>	<b>34</b>	<b>17,24 %</b>	<b>342</b>	<b>0,29 %</b>	<b>3 817</b>	<b>-10,02 %</b>

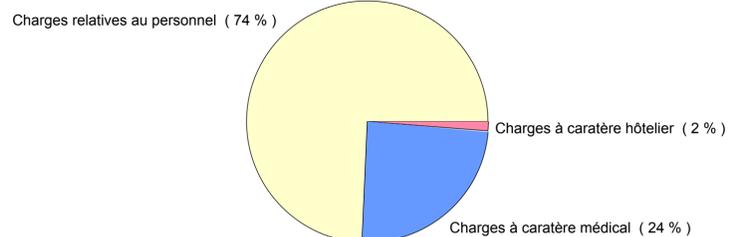
CONSOMMATIONS DE LABO HOSPITALISATION	nombre de B		nombre de BHN		nombre de P		nombre de PHN	
	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008
	CHIR ORTHOPEDIQUE	221 345	-55,21 %	1 545	-79,59 %	19 400	-18,21 %	12 740
CHIRURGIE GENERALE PY	892 317	4,44 %	6 283	-48,16 %	138 490	2,41 %	254 570	-23,17 %
CHIRURGIE PLURIDISC. SG					100		360	
CHIR VISCERALE SG	419 013	-26,83 %	3 225	-18,04 %	67 610	-15,90 %	107 200	-43,92 %
GYNECOLOGIE	208 393	-0,52 %	2 373	-41,84 %	323 550	40,02 %	758 950	14,40 %
HJS CHIRURGIE PY	79 711	-6,04 %	1 520	3,05 %	690		400	
OPHTALMOLOGIE	3 634	-54,55 %		-100,00 %	1 815	-0,27 %	480	-57,14 %
ORL	32 682	-55,23 %	270	-41,30 %	92 760	5,99 %	210 100	-3,63 %
STOMATOLOGIE	2 255	-25,70 %		-100,00 %	6 720	101,20 %	15 390	331,09 %
<b>POLE</b>	<b>1 859 350</b>	<b>-19,14 %</b>	<b>15 216</b>	<b>-48,93 %</b>	<b>651 135</b>	<b>15,64 %</b>	<b>1 360 190</b>	<b>-4,96 %</b>

CONSOMMATIONS AUTRES HOSPITALISATION	nombre de brancardages		nombre de repas		nombre		nombre	
	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008
	CHIR ORTHOPEDIQUE	660		11 694				
CHIRURGIE GENERALE PY	529		10 288					
CHIRURGIE PLURIDISC. SG	804		8 269					
CHIR VISCERALE SG	76		9 963					
GYNECOLOGIE	108		7 410					
HJS CHIRURGIE PY	324		3 744					
<b>POLE</b>	<b>2 501</b>	<b>37,34 %</b>	<b>51 368</b>					

## DEPENSES DIRECTES

DEPENSES DIRECTES	charges de personnel		charges médicales		charges hôtelières		mortissements & provisions	
	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008
	ANESTHESIE PY	3 640 106	13,35 %	539 612	0,61 %	21 660	-10,07 %	
ANESTHESIE SG	1 161 335	-4,42 %	165 471	-14,24 %	19 404	-32,34 %		
BLOC GYNeco-OBSTETRICAL	474 471	-46,11 %	107 891	3,41 %	11 098	94,32 %		
BLOCS OPERATOIRES CENTRAUX	3 019 760	37,60 %	1 583 431	94,24 %	83 831	-7,20 %		
CHIR ORTHOPEDIQUE	1 994 059	4,37 %	2 907 859	1680,36 %	66 355	-0,86 %		
CHIRURGIE GENERALE PY	2 164 802	18,84 %	436 676	43,74 %	52 391	-23,51 %		
CHIRURGIE PLURIDISC. SG	1 301 304	-45,92 %	112 599	179,62 %	62 358	82,84 %		
CHIR VISCERALE SG	1 613 725	128,17 %	99 118	-52,93 %	16 258	-53,63 %		
GYNECOLOGIE	1 361 495	47,71 %	138 167	43,73 %	32 018	30,84 %		
HJS CHIRURGIE PY	459 902	5,26 %	34 139	-52,37 %	19 867	325,74 %		
OPHTALMOLOGIE	979 089	20,21 %	144 017	224,38 %	17 704	-10,95 %		
ORL	674 449	17,39 %	30 855	6,13 %	10 566	86,05 %		
PT ENDOSCOPIE	597 497	44,21 %	192 252	62,33 %	32 551	-44,99 %		
STOMATOLOGIE	307 310	31,11 %	86 727	138,90 %	3 305	53,94 %		
URGENCES GYNECO	355 578		11 058		1 904			
<b>POLE</b>	<b>20 104 882</b>	<b>13,31 %</b>	<b>6 589 871</b>	<b>138,52 %</b>	<b>451 269</b>	<b>-3,87 %</b>		

Répartition des dépenses directes



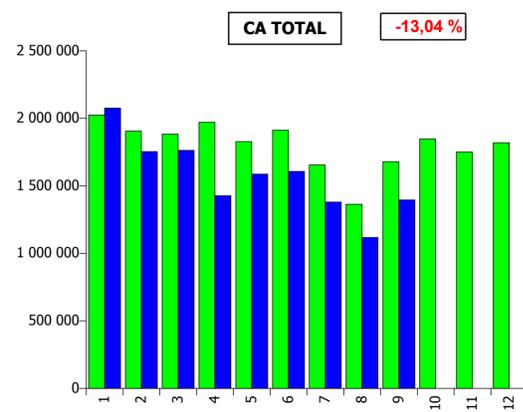
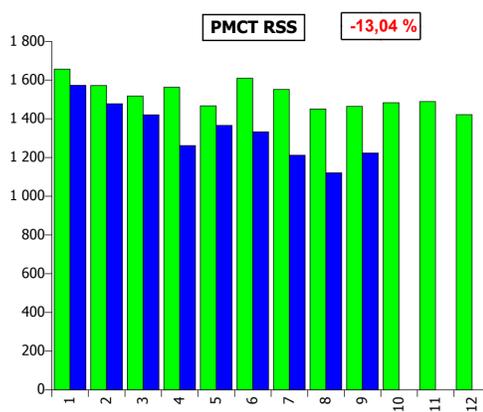
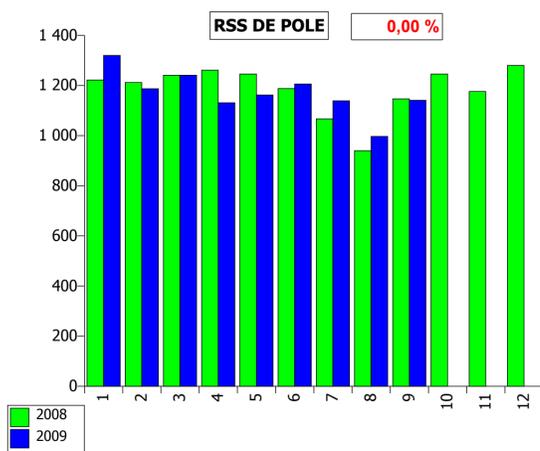
## ACTIVITE D'HOSPITALISATION

HEBERGEMENT	TOTAL SEJOURS		Journées hébergement		Lits exploités fin 9/2009		Taux d'occupation	
	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008
CARDIOLOGIE SG	188		931		3		113,26 %	
CARDIOLOGIE, USIC PY	1 484		6 395		29		81,81 %	
DIABETOLOGIE	920		4 681		23		75,18 %	
HEMODIALYSE	6 336		4 667		14		122,11 %	
HJS MEDECINE PY	3 008		2 936		15		72,32 %	
MEDECINE INTERNE, UCSA	262		1 970		10		72,16 %	
NEPHROLOGIE	722		8 086		27		112,07 %	
<b>POLE</b>	<b>12 920</b>		<b>29 666</b>		<b>121</b>		<b>90,74 %</b>	

TRAITANT	TOTAL SEJOURS		SEJOURS HC		SEJOURS < 24 H		SEAN CES		Journées traitant		equiv lits	DMS
	2009 PASTEL	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	Taux 95 %	
CARDIOLOGIE SG	189		151	-75,12 %	1	-90,91 %			932		4	
CARDIOLOGIE, USIC PY	1 502		1 467	-0,68 %	32	39,13 %			6 587		26	
DIABETOLOGIE	921		859	6,84 %	54	-6,90 %			4 683		18	
HEMODIALYSE	6 336				124		6 007	2,28 %	6 007		23	
MEDECINE INTERNE, UCSA	583		259	5,28 %	232	101,74 %	92	607,69 %	2 272		9	
NEPHROLOGIE	1 333		646	-2,56 %	422	-30,82 %	235	85,04 %	8 011		31	
<b>POLE</b>	<b>10 864</b>		<b>3 326</b>	<b>-9,96 %</b>	<b>864</b>	<b>5,75 %</b>	<b>6 334</b>	<b>5,34 %</b>	<b>28 492</b>		<b>111</b>	

RECETTES	CA TOTAL		dont CA MCO		dont DOTATIONS		dont activités externes		dont autres MIGAC...		dont Recettes patients		dont Recettes diverses	
	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008
CARDIOLOGIE SG	501 443	-77,97 %	499 518	-78,05 %					1 925					-24 846
CARDIOLOGIE, USIC PY	4 676 286	-9,91 %	4 596 054	-11,46 %					80 232					57 382
DIABETOLOGIE	2 695 197	2,73 %	2 498 511	2,93 %					196 686					8 356
HEMODIALYSE	2 457 506	3,02 %	2 445 578	2,52 %					11 928					25 178
MEDECINE INTERNE, UCSA	2 064 454	9,86 %	1 233 575	17,44 %					830 879					-46 762
NEPHROLOGIE	2 837 399	-1,93 %	2 835 272	-2,00 %					2 127					3 898
<b>POLE</b>	<b>14 108 508</b>	<b>-11,69 %</b>	<b>14 108 508</b>	<b>-13,04 %</b>					<b>1 123 778</b>					<b>23 207</b>

Dont PMSI MCO	Taux	CA TOTAL		CA moyen		CA moyen HC		CA moyen HJ		CA moyen Séance	
	d'exhaustivité	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008
CARDIOLOGIE SG	100,00 %	499 518	-78,05 %	3 286	-10,77 %	3 304	-11,39 %	558	-50,43 %		
CARDIOLOGIE, USIC PY	99,87 %	4 596 054	-11,46 %	3 066	-11,40 %	3 109	-11,18 %	1 086	21,63 %		
DIABETOLOGIE	100,00 %	2 498 511	2,93 %	2 737	-2,82 %	2 871	-3,46 %	598	-4,52 %		
HEMODIALYSE	100,00 %	2 445 578	2,52 %	399	-1,80 %			1 018		386	-4,94 %
MEDECINE INTERNE, UCSA	99,83 %	1 233 575	17,44 %	2 116	-24,66 %	4 047	0,85 %	523	11,43 %	697	-2,10 %
NEPHROLOGIE	97,82 %	2 835 272	-2,00 %	2 176	5,29 %	3 874	1,86 %	511	10,53 %	499	-29,66 %
<b>POLE</b>	<b>99,70 %</b>	<b>14 108 508</b>	<b>-13,04 %</b>	<b>1 341</b>	<b>-13,04 %</b>	<b>3 330</b>	<b>-7,73 %</b>	<b>614</b>	<b>23,89 %</b>	<b>395</b>	<b>-4,46 %</b>



## ACTIVITE DE CONSULTATION (RECENEE)

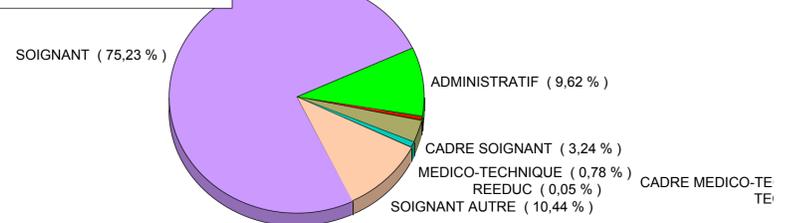
	ADC	ADE	ADI	AMI	ATM	C	CNP	CS	CSC	SCN	SE4
EXTERNE CARDIOLOGIE SG		784			645	22		1	1 206		
CARDIOLOGIE, USIC PY		775	3	212	1 761			600	358		
DIABETOLOGIE			2	4		129		3 937		1	
HEMODIALYSE		7	10	1 479	9	1		920			
MEDECINE INTERNE, UCSA				8		249	39	1 709			
NEPHROLOGIE	1		4	103	73	22	2	3 548			56
<b>EXTERNE</b>	<b>1</b>	<b>1 566</b>	<b>19</b>	<b>1 805</b>	<b>2 488</b>	<b>423</b>	<b>41</b>	<b>10 715</b>	<b>1 564</b>	<b>1</b>	<b>56</b>

## Personnel

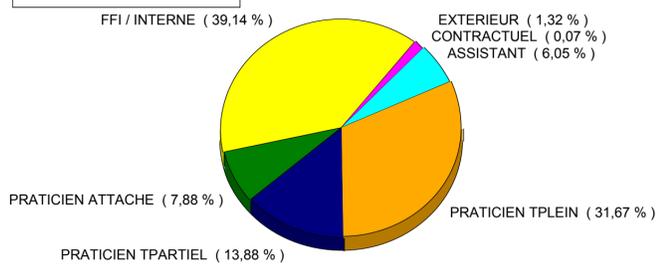
		ETP			MONTANTS		
		2008	2009	Ecart 09/08	2008	2009	Ecart 09/08
NON MEDECIN	CARDIOLOGIE SG	36,83	9,84	-73 %	1 097 234	314 997	-71 %
	CARDIOLOGIE, USIC PY	51,23	64,07	25 %	1 706 716	2 124 043	24 %
	DIABETOLOGIE	29,93	27,90	-7 %	941 956	925 959	-2 %
	HEMODIALYSE	22,84	24,12	6 %	899 901	946 053	5 %
	HJS MEDECINE PY	17,75	17,85	1 %	579 864	585 589	1 %
	MEDECINE INTERNE, UCSA	47,35	25,77	-46 %	1 397 770	799 914	-43 %
	NEPHROLOGIE	29,02	31,18	7 %	856 932	937 756	9 %
NON MEDECIN	<b>TOTAL</b>	<b>234,97</b>	<b>200,73</b>	<b>-15 %</b>	<b>7 480 373</b>	<b>6 634 312</b>	<b>-11 %</b>
MEDECIN	CARDIOLOGIE SG	9,60	4,68	-51 %	417 769	293 036	-30 %
	CARDIOLOGIE, USIC PY	12,29	13,85	13 %	637 385	794 744	25 %
	DIABETOLOGIE	8,36	8,36	0 %	532 643	530 747	-0 %
	HEMODIALYSE	3,60	3,83	6 %	205 145	278 506	36 %
	MEDECINE INTERNE, UCSA	13,15	11,32	-14 %	616 366	485 334	-21 %
	NEPHROLOGIE	8,80	8,54	-3 %	504 930	510 486	1 %
MEDECIN	<b>TOTAL</b>	<b>55,80</b>	<b>50,58</b>	<b>-9 %</b>	<b>2 914 237</b>	<b>2 892 853</b>	<b>-1 %</b>
ETUDIANT	CARDIOLOGIE SG	4,56	0,75	-83 %	14 933	2 785	-81 %
	CARDIOLOGIE, USIC PY	5,56	5,90	6 %	16 670	21 137	27 %
	MEDECINE INTERNE, UCSA	1,56	1,25	-20 %	5 324	3 936	-26 %
	NEPHROLOGIE	1,89	2,00	6 %	5 948	6 220	5 %
ETUDIANT	<b>TOTAL</b>	<b>13,56</b>	<b>9,90</b>	<b>-27 %</b>	<b>42 875</b>	<b>34 078</b>	<b>-21 %</b>

GARDES ET ASTREINTES	2008	2009
CARDIOLOGIE PY	32 302	35 249
CARDIOLOGIE SG	122 616	3 925
DIABETOLOGIE		1 198
HEMODIALYSE	22 999	24 321
MEDECINE INTERNE	4 495	4 152
NEPHROLOGIE	4 311	4 336
USIC PY	140 413	128 344
<b>Total</b>	<b>327 136</b>	<b>201 526</b>

### REPARTITION DES NON MEDECINS



### REPARTITION DES MEDECINS



## CONSOMMATIONS

CONSOMMATIONS D'IMAGERIE HOSPITALISATION	SCANNER		IRM		ECHO		RADIO	
	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008
CARDIOLOGIE SG	27	-80,43 %		-100,00 %	5	-87,80 %	98	-84,49 %
CARDIOLOGIE, USIC PY	136	15,25 %	7	-22,22 %	72	-6,49 %	1 365	-50,38 %
DIABETOLOGIE	157	1,29 %	40	42,86 %	114	-16,18 %	530	-29,61 %
HEMODIALYSE	21	-34,38 %		-100,00 %	17	-56,41 %	114	-40,63 %
MEDECINE INTERNE, UCSA	235	-34,17 %	12	-57,14 %	53	-41,11 %	317	-33,54 %
NEPHROLOGIE	407	31,29 %	32	-15,79 %	356	7,88 %	1 390	-3,81 %
<b>POLE</b>	<b>983</b>	<b>-11,44 %</b>	<b>91</b>	<b>-15,74 %</b>	<b>617</b>	<b>-13,46 %</b>	<b>3 814</b>	<b>-38,98 %</b>

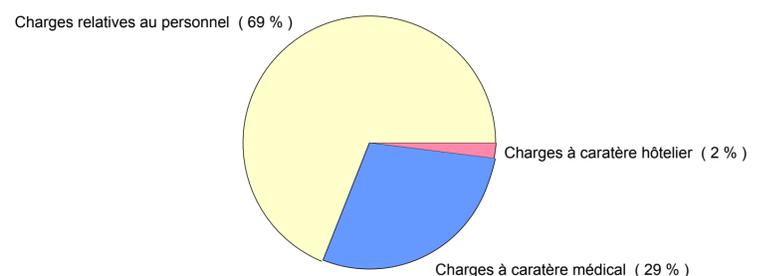
CONSOMMATIONS DE LABO HOSPITALISATION	nombre de B		nombre de BHN		nombre de P		nombre de PHN	
	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008
CARDIOLOGIE SG	91 247	-83,27 %	2 170	-77,92 %	220	-91,63 %	280	-94,84 %
CARDIOLOGIE, USIC PY	1 202 411	-16,67 %	31 740	-2,10 %	2 810	-12,46 %	2 590	-44,66 %
DIABETOLOGIE	587 121	-3,82 %	15 228	153,59 %	7 200	23,50 %	3 580	-56,61 %
HEMODIALYSE	354 272	-7,91 %	4 065	-30,63 %	320	-36,00 %	120	-40,00 %
HJS MEDECINE PY	671 244	1,16 %	121 639	77,60 %	13 720		9 820	
MEDECINE INTERNE, UCSA	1 038 665	-19,87 %	54 897	24,50 %	15 790	-13,36 %	10 835	-42,67 %
NEPHROLOGIE	1 074 830	22,23 %	51 998	14,91 %	14 290	-29,48 %	12 490	-51,33 %
<b>POLE</b>	<b>5 019 790</b>	<b>-13,79 %</b>	<b>281 737</b>	<b>32,93 %</b>	<b>54 350</b>	<b>7,28 %</b>	<b>39 715</b>	<b>-37,09 %</b>

CONSOMMATIONS AUTRES HOSPITALISATION	nombre de brancardages		nombre de repas		nombre		nombre	
	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008
CARDIOLOGIE SG	257		1 936					
CARDIOLOGIE, USIC PY	1 033		13 205					
DIABETOLOGIE	711		9 229					
HEMODIALYSE			250					
HJS MEDECINE PY	697		5 256					
MEDECINE INTERNE, UCSA	1 235		8 426					
NEPHROLOGIE	1 103		9 728					
<b>POLE</b>	<b>5 036</b>	<b>43,72 %</b>	<b>48 030</b>					

## DEPENSES DIRECTES

DEPENSES DIRECTES	charges de personnel		charges médicales		charges hôtelières		mortissements & provisions	
	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008
CARDIOLOGIE SG	634 554	-61,47 %	48 988	-59,72 %	13 674	-67,75 %		
CARDIOLOGIE, USIC PY	3 000 615	18,01 %	1 637 974	614,13 %	81 735	78,40 %		
DIABETOLOGIE	1 462 158	-0,98 %	66 406	-15,35 %	36 602	75,51 %		
HEMODIALYSE	1 220 434	8,49 %	530 606	97,91 %	36 518	20,34 %		
HJS MEDECINE PY	587 498	2,53 %	1 118 999	11,77 %	14 272	238,85 %		
MEDECINE INTERNE, UCSA	1 344 821	-35,46 %	398 827	-38,27 %	65 229	28,44 %		
NEPHROLOGIE	1 468 893	4,88 %	305 176	67,29 %	60 601	-6,97 %		
<b>POLE</b>	<b>9 718 973</b>	<b>-10,41 %</b>	<b>4 106 978</b>	<b>62,51 %</b>	<b>308 631</b>	<b>18,91 %</b>		

### Répartition des dépenses directes



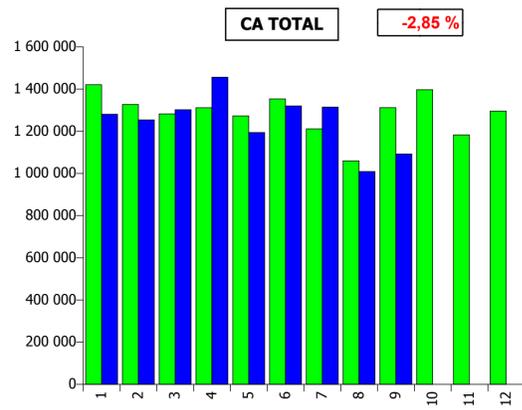
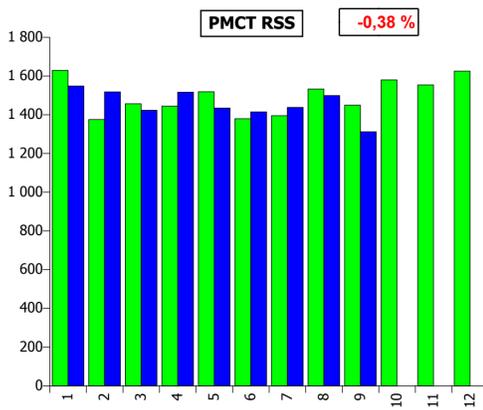
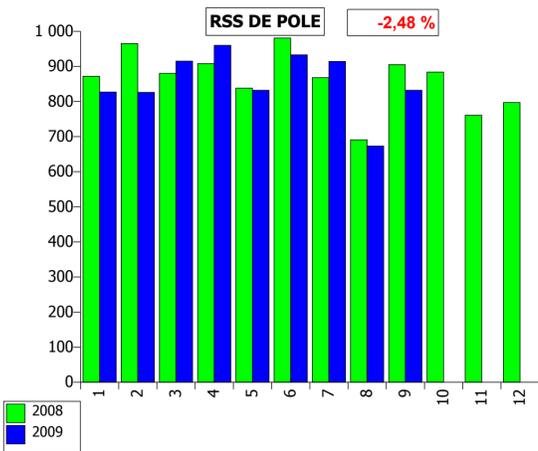
ACTIVITE D'HOSPITALISATION

HEBERGEMENT	TOTAL SEJOURS		Journées hébergement		Lits exploités fin 9/2009		Taux d'occupation	
	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008
CANCEROLOGIE	3 513		5 087		20		93,17 %	
DERMATOLOGIE								
GASTRO ENTERO	487		4 028		19		78,44 %	
HJS MEDECINE SG	747		728		20		13,58 %	
PNEUMOLOGIE	1 729		5 546		21		96,52 %	
SMIT	577		4 740		18		99,04 %	
<b>POLE</b>	<b>7 053</b>		<b>20 129</b>		<b>98</b>		<b>76,00 %</b>	

TRAITANT	TOTAL SEJOURS		SEJOURS HC		SEJOURS < 24 H		SEAN CES		Journées traitant		equiv lits	DMS
	2009 PASTEL	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	Taux 95 %	
CANCEROLOGIE	3 847		365	-8,99 %	254	-43,81 %	3 199	6,67 %	6 215		24	
GASTRO ENTERO	1 576		585	-5,03 %	893	2,06 %	75	1775,00 %	6 002		23	
PNEUMOLOGIE	1 730		1 025	4,59 %	199	-26,84 %	482	-1,03 %	5 694		22	
SMIT	686		566	-8,29 %	101	-61,60 %	7	133,33 %	4 856		19	
<b>POLE</b>	<b>7 839</b>		<b>2 503</b>	<b>-1,88 %</b>	<b>1 446</b>	<b>-22,42 %</b>	<b>3 763</b>	<b>7,73 %</b>	<b>22 767</b>		<b>89</b>	

RECETTES	CA TOTAL		dont CA MCO		dont DOTATIONS		dont activités externes		dont autres MIGAC...		dont Recettes patients		dont Recettes diverses	
	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008
CANCEROLOGIE	3 145 891	-4,79 %	3 012 695	-4,99 %					133 196					19
DERMATOLOGIE														7 094
GASTRO ENTERO	2 624 253	0,64 %	2 622 895	0,59 %					1 358					6 470
PNEUMOLOGIE	3 103 503	-7,90 %	3 070 182	-8,03 %					33 321					12
SMIT	2 532 430	3,42 %	2 515 694	3,36 %					16 736					60 295
<b>POLE</b>	<b>11 221 466</b>	<b>-2,76 %</b>	<b>11 221 466</b>	<b>-2,85 %</b>					<b>184 611</b>					<b>73 891</b>

Dont PMSI MCO	Taux	CA TOTAL		CA moyen		CA moyen HC		CA moyen HJ	CA moyen Séance		
	d'exhaustivité	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008		2009	écart / 2008	
CANCEROLOGIE	99,95 %	3 012 695	-4,99 %	789	-4,37 %	3 869	0,58 %	580	11,37 %	454	-4,57 %
GASTRO ENTERO	98,73 %	2 622 895	0,59 %	1 689	-3,17 %	3 328	0,46 %	729	13,08 %	335	-52,95 %
PNEUMOLOGIE	98,33 %	3 070 182	-8,03 %	1 800	-6,25 %	2 662	-11,90 %	716	20,66 %	413	-6,71 %
SMIT	99,26 %	2 515 694	3,36 %	3 732	33,41 %	4 347	13,95 %	511	4,82 %	558	-10,31 %
<b>POLE</b>	<b>99,28 %</b>	<b>11 221 466</b>	<b>-2,85 %</b>	<b>1 455</b>	<b>-0,38 %</b>	<b>3 415</b>	<b>-1,16 %</b>	<b>686</b>	<b>17,47 %</b>	<b>447</b>	<b>-5,30 %</b>



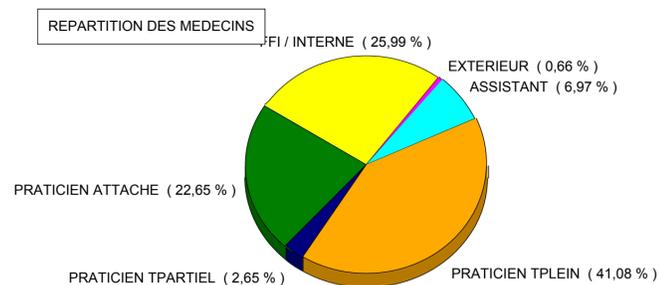
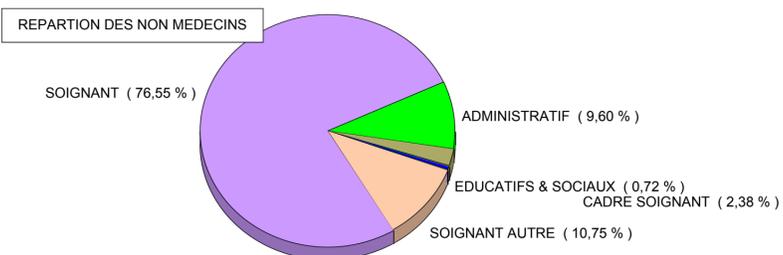
ACTIVITE DE CONSULTATION (RECENSEE)

	ADA	ADC	ADE	ADI	AMI	ATM	C	CS	CSC	FPE	FSD	MCS	MNP	MPC	P	SCN	SE1	SE2	SE4	SFD	VAC	VAC4	VAC5	VAC6	VACA
EXTERNE CANCEROLOGIE				3	496	225	12	1 890	6							1			134						
DERMATOLOGIE		528	1		770	708	405	3 438		1	26		1		5 220			10		9					
GASTRO ENTERO		1	4		201	106	134	2 068	1			1		1					48						
PNEUMOLOGIE	3	47		4	214	852	543	1 699							100	1	2								
SMIT					2	1 077	941												1		7 687	4	1	2	3
<b>EXTERNE</b>	<b>3</b>	<b>576</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>1 680</b>	<b>1 893</b>	<b>2 171</b>	<b>10 036</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>26</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>5 320</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>10</b>	<b>183</b>	<b>9</b>	<b>7 687</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>

## Personnel

		ETP			MONTANTS		
		2008	2009	Ecart 09/08	2008	2009	Ecart 09/08
NON MEDECIN	CANCEROLOGIE	3,42	21,83	538 %	91 597	637 373	596 %
	DERMATOLOGIE	1,80	5,69	216 %	52 709	217 667	313 %
	GASTRO ENTERO	28,22	27,07	-4 %	851 309	832 117	-2 %
	HJS MEDECINE SG	17,07	17,37	2 %	600 695	584 212	-3 %
	PNEUMOLOGIE	34,08	34,87	2 %	988 484	1 027 414	4 %
	SMIT	30,35	31,81	5 %	857 518	909 544	6 %
NON MEDECIN	TOTAL	114,95	138,65	21 %	3 442 312	4 208 326	22 %
MEDECIN	CANCEROLOGIE		3,90			283 904	
	DERMATOLOGIE	2,90	3,14	8 %	166 299	172 569	4 %
	GASTRO ENTERO	8,48	6,30	-26 %	488 282	378 828	-22 %
	PNEUMOLOGIE	8,30	8,40	1 %	422 166	457 454	8 %
	SMIT	6,87	6,95	1 %	326 557	357 777	10 %
MEDECIN	TOTAL	26,54	28,69	8 %	1 403 304	1 650 532	18 %
ETUDIANT	SMIT	1,56	1,06	-32 %	5 411	3 341	-38 %
ETUDIANT	TOTAL	1,56	1,06	-32 %	5 411	3 341	-38 %

GARDES ET ASTREINTES		2008	2009
GASTRO ENTERO PY		2 109	2 768
PNEUMOLOGIE		3 898	3 967
SMIT		4 128	4 151
	Total	10 135	10 887



## CONSOMMATIONS

CONSOMMATIONS D'IMAGERIE HOSPITALISATION	SCANNER		IRM		ECHO		RADIO	
	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008
CANCEROLOGIE	345	39,68 %	30	42,86 %	87	2,35 %	669	-14,56 %
GASTRO ENTERO	267	-5,99 %	19	58,33 %	173	-13,93 %	609	-27,76 %
HJS MEDECINE SG	78	160,00 %	3	200,00 %	21	50,00 %	78	387,50 %
PNEUMOLOGIE	668	4,05 %	19	-34,48 %	66	0,00 %	1 449	-15,71 %
SMIT	506	-3,62 %	45	40,63 %	106	-19,70 %	476	-19,05 %
POLE	1 864	7,87 %	116	22,11 %	453	-9,04 %	3 281	-16,92 %

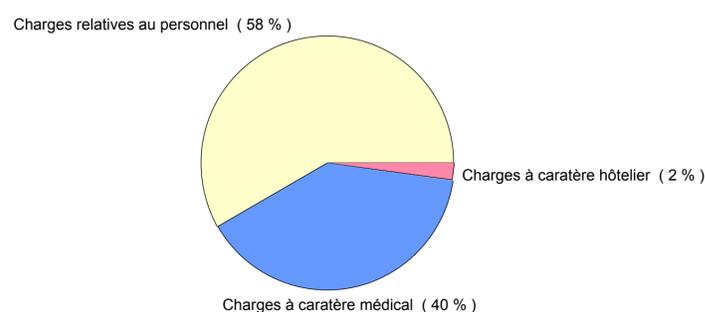
CONSOMMATIONS DE LABO HOSPITALISATION	nombre de B		nombre de BHN		nombre de P		nombre de PHN	
	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008
CANCEROLOGIE	44 363	-69,50 %	20	-99,60 %	15 880	-35,37 %	25 080	-34,82 %
GASTRO ENTERO	373 366	-36,49 %	8 805	-48,87 %	60 920	-17,41 %	36 010	-50,50 %
HJS MEDECINE SG					120		240	
PNEUMOLOGIE	579 651	3,75 %	19 445	36,07 %	23 430	-23,46 %	26 645	-47,08 %
SMIT	922 874	-1,94 %	40 615	-29,80 %	12 690	-10,16 %	11 640	-42,38 %
POLE	1 920 254	-14,01 %	68 885	-27,02 %	113 040	-20,99 %	99 615	-45,20 %

CONSOMMATIONS AUTRES HOSPITALISATION	nombre de brancardages		nombre de repas		nombre		nombre	
	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008
GASTRO ENTERO	569		9 136					
HJS MEDECINE SG	109		2 690					
PNEUMOLOGIE	2 112		11 374					
SMIT	1 707		8 201					
POLE	4 497	434,72 %	31 401					

## DEPENSES DIRECTES

DEPENSES DIRECTES	charges de personnel		charges médicales		charges hôtelières		mortissements & provisions	
	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008
CANCEROLOGIE	904 696	888,14 %	3 017 566	51,01 %	25 152	28,59 %		
DERMATOLOGIE	389 914	80,40 %	11 481	86,38 %	9 035	123,49 %		
GASTRO ENTERO	1 182 305	-13,57 %	210 162	12,58 %	87 167	54,07 %		
HJS MEDECINE SG	579 375	-2,82 %	110 968	65,63 %	13 147	79,40 %		
PNEUMOLOGIE	1 558 171	8,47 %	514 690	-20,69 %	61 528	32,67 %		
SMIT	1 292 533	7,47 %	166 658	-9,76 %	39 714	-0,85 %		
POLE	5 906 993	20,28 %	4 031 526	30,40 %	235 742	35,53 %		

### Répartition des dépenses directes



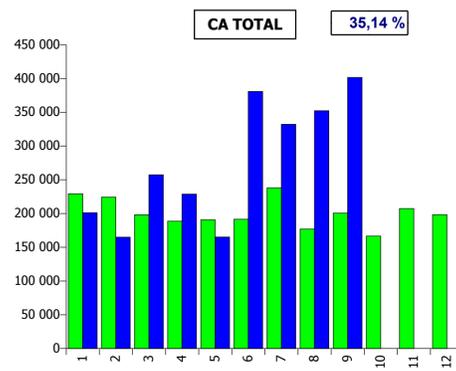
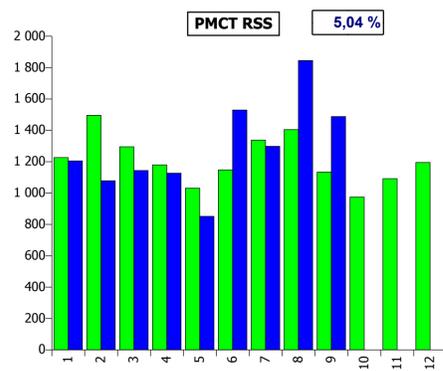
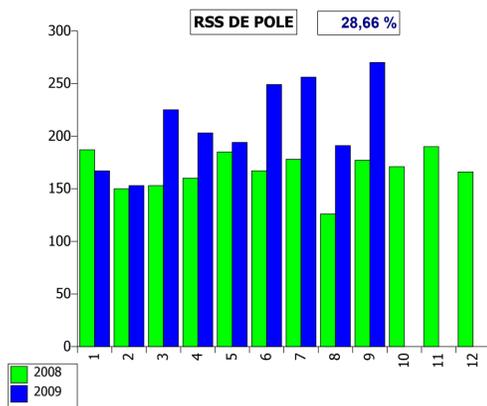
## ACTIVITE D'HOSPITALISATION

HEBERGEMENT	TOTAL SEJOURS		Journées hébergement		Lits exploités fin 9/2009		Taux d'occupation	
	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008
ACCUEIL DE JOUR P. AGEES			9 487		10		347,51 %	
EHPAD HERVIEUX			5 057					
EHPAD ROPITAL			4 161					
GERIATRIE SG	148		1 188		5		94,29 %	
L.S. HERVIEUX			9 798		57		64,09 %	
L.S. MAISONNEES			22 692		95		88,62 %	
L.S. NIVARD			10 687		41		96,05 %	
L.S. ROPITAL-ANQUETIN			9 761		66		55,01 %	
M.R. BON REPOS			6 850		49		52,13 %	
NEUROLOGIE	311		4 520		15		110,38 %	
REEDUC FONCTIONNELLE PY	234		3 744		15		91,43 %	
SOINS A DOMICILE					46			
SSR LES MAISONNEES	257		8 925		38		86,26 %	
SSR M. PETIT SG	256		5 626		18		114,54 %	
<b>POLE</b>	<b>1 206</b>		<b>102 496</b>		<b>454</b>		<b>83,58 %</b>	

TRAITANT	TOTAL SEJOURS		SEJOURS HC		SEJOURS < 24 H		SEAN CES		Journées traitant		equiv lits	DMS
	2009 PASTEL	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	Taux 95 %	
ACCUEIL DE JOUR P. AGEES									9 487		37	
EHPAD HERVIEUX									5 057		20	
EHPAD ROPITAL									4 161		16	
GERIATRIE SG	148		135						1 188		5	
L.S. HERVIEUX									9 798		38	
L.S. MAISONNEES									22 606		88	
L.S. NIVARD									10 687		42	
L.S. ROPITAL-ANQUETIN									9 761		38	
M.R. BON REPOS									6 850		27	
NEUROLOGIE	1 696		309	4,04 %	628	-46,28 %	722	14340,00 %	6 105		24	
REEDUC FONCTIONNELLE PY	314								3 795		15	
SSR LES MAISONNEES	257								8 917		35	
SSR M. PETIT SG	256								5 878		23	
<b>POLE</b>	<b>2 671</b>		<b>532</b>	<b>72,17 %</b>	<b>654</b>	<b>-44,05 %</b>	<b>722</b>	<b>14340,00 %</b>	<b>104 290</b>		<b>407</b>	

RECETTES	CA TOTAL		dont CA MCO		dont DOTATIONS		dont activités externes		dont autres MIGAC...		dont Recettes patients		dont Recettes diverses	
	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008
GERIATRIE PY	98 594	0,00 %							98 594					
GERIATRIE SG	738 690	529,83 %	658 973	1654,08 %					79 717					
L.S. NIVARD	171 758	0,00 %							171 758				3 801	
L.S. ROPITAL-ANQUETIN	259 634	0,00 %							259 634				3 897	
M.R. BON REPOS	171 617	0,00 %							171 617				6 408	
M.R. HERVIEUX	54 491	0,00 %							54 491					
NEUROLOGIE	1 825 681	1,37 %	1 825 681	1,37 %									2 777	
REEDUC FONCTIONNELLE PY	1 034 884				1 034 884								4 092	
REEDUC FONCTIONNELLE SG													74	
SSR LES MAISONNEES	2 954 588				2 954 588								2 291	
SSR M. PETIT SG	1 947 199				1 947 199								14 502	
<b>POLE</b>	<b>2 484 654</b>	<b>246,14 %</b>	<b>2 484 654</b>	<b>35,14 %</b>	<b>5 936 671</b>				<b>835 809</b>				<b>37 841</b>	

Dont PMSI MCO	Taux	CA TOTAL		CA moyen		CA moyen HC		CA moyen HJ		CA moyen Séance	
	d'exhaustivité	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008
GERIATRIE SG	97,83 %	658 973	1654,08 %	4 881		4 881					
NEUROLOGIE	97,76 %	1 825 681	1,37 %	1 100	-10,12 %	4 077	-6,56 %	540	25,49 %	314	-36,68 %
REEDUC FONCTIONNELLE PY	100,00 %										
SSR LES MAISONNEES	100,00 %										
SSR M. PETIT SG	0,00 %										
<b>POLE</b>	<b>97,71 %</b>	<b>2 484 654</b>	<b>35,14 %</b>	<b>1 302</b>	<b>5,04 %</b>	<b>3 607</b>	<b>-16,42 %</b>	<b>518</b>	<b>20,50 %</b>	<b>314</b>	<b>-36,68 %</b>



## ACTIVITE DE CONSULTATION (RECEENSEE)

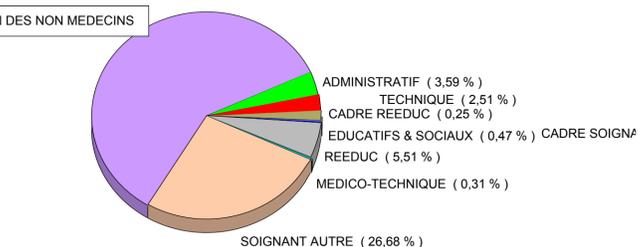
	ADE	ADI	AMC	AMI	AMS	ATM	B	C	C25	CNP	CS
EXTERNE GERIATRIE PY						61		192			292
GERIATRIE SG						211		54			266
NEUROLOGIE	1	4		3		1 194		12	1 751		67
REEDUC FONCTIONNELLE	1	1	673		7 268	431	1	23			1 886
REEDUC FONCTIONNELLE			1	7		118					1 158
<b>EXTERNE</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>680</b>	<b>3</b>	<b>7 268</b>	<b>2 015</b>	<b>1</b>	<b>269</b>	<b>12</b>	<b>1 751</b>	<b>3 669</b>

### Personnel

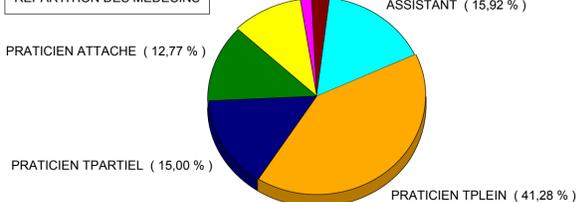
		ETP		
		2008	2009	Ecart 09/08
NON MEDECIN	ACCUEIL DE JOUR P. AGEES	2,20	2,32	6 %
	EHPAD HERVIEUX		16,81	
	EHPAD ROPITAL		17,53	
	GERIATRIE PY	1,61	1,50	-7 %
	GERIATRIE SG	1,56	8,19	425 %
	L.S. HERVIEUX	29,54	31,15	5 %
	L.S. MAISONNEES	66,32	70,80	7 %
	L.S. NIVARD	37,11	37,70	2 %
	L.S. ROPITAL-ANQUETIN	62,86	37,98	-40 %
	M.R. BON REPOS	45,03	30,94	-31 %
	M.R. HERVIEUX	16,74		-100 %
	NEUROLOGIE	20,36	21,24	4 %
	REEDUC FONCTIONNELLE PY	33,63	34,91	4 %
	REEDUC FONCTIONNELLE SG	11,18	10,25	-8 %
	SOINS A DOMICILE	12,22	11,71	-4 %
	SSR LES MAISONNEES	40,28	41,15	2 %
	SSR M. PETIT SG	31,93	29,40	-8 %
NON MEDECIN	<b>TOTAL</b>	<b>412,58</b>	<b>403,60</b>	<b>-2 %</b>

		MONTANTS		
		2008	2009	Ecart 09/08
		61 897	68 318	10 %
			436 715	
			478 951	
		53 879	51 961	-4 %
		50 306	247 112	391 %
		829 422	835 272	1 %
		1 935 229	2 006 691	4 %
		1 145 770	1 156 130	1 %
		1 726 230	1 093 172	-37 %
		1 240 709	854 136	-31 %
		493 258		-100 %
		708 576	716 794	1 %
		1 057 631	1 096 448	4 %
		392 966	355 273	-10 %
		359 562	337 810	-6 %
		1 175 841	1 139 381	-3 %
		933 428	877 998	-6 %
	<b>TOTAL</b>	<b>12 164 706</b>	<b>11 752 161</b>	<b>-3 %</b>

#### REPARTITION DES NON MEDECINS



#### REPARTITION DES MEDECINS



MEDECIN	EHPAD HERVIEUX		0,58	
	EHPAD ROPITAL		0,26	
	GERIATRIE PY	1,00	1,43	43 %
	GERIATRIE SG	1,40	1,54	10 %
	L.S. HERVIEUX	1,49	1,17	-22 %
	L.S. MAISONNEES	3,00	2,35	-22 %
	L.S. NIVARD	1,18	0,52	-56 %
	L.S. ROPITAL-ANQUETIN		0,37	
	M.R. BON REPOS	0,98	0,69	-29 %
	NEUROLOGIE	6,62	7,34	11 %
	REEDUC FONCTIONNELLE PY	4,00	3,55	-11 %
	REEDUC FONCTIONNELLE SG	1,20	1,20	-0 %
	SOINS A DOMICILE		0,10	
	SSR LES MAISONNEES	2,60	2,42	-7 %
	SSR M. PETIT SG	3,30	4,71	43 %
MEDECIN	<b>TOTAL</b>	<b>26,77</b>	<b>28,23</b>	<b>5 %</b>

	29 189	
	14 526	
	69 696	103 858
	85 293	98 223
	66 320	58 460
	140 462	92 998
	76 073	36 624
		24 662
	64 829	52 592
	347 460	373 086
	311 130	274 475
	90 731	91 299
		8 230
	141 782	145 690
	185 111	251 556
	<b>1 578 888</b>	<b>1 655 468</b>

ETUDIANT	NEUROLOGIE	1,67	1,53	-8 %
ETUDIANT	<b>TOTAL</b>	<b>1,67</b>	<b>1,53</b>	<b>-8 %</b>

	5 444	4 838
	<b>5 444</b>	<b>4 838</b>

GARDES ET ASTREINTES		2008	2009
SSR PY		30 758	31 209
USLD MAISONNEES SOINS		26 609	29 493
	<b>Total</b>	<b>57 367</b>	<b>60 702</b>

### CONSOMMATIONS

CONSOMMATIONS D'IMAGERIE HOSPITALISATION	SCANNER	IRM		ECHO		RADIO		
	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008
GERIATRIE SG	103		4		6		146	
L.S. HERVIEUX		-100,00 %			2	100,00 %	23	283,33 %
L.S. MAISONNEES	13	-31,58 %		-100,00 %	15	-59,46 %	74	-14,94 %
L.S. NIVARD	8	14,29 %			4	-20,00 %	74	-26,73 %
L.S. ROPITAL-ANQUETIN	5	-66,67 %			4	-33,33 %	37	-50,00 %
M.R. BON REPOS	6	-72,73 %		-100,00 %	5	-54,55 %	68	-50,36 %
M.R. HERVIEUX		-100,00 %					3	50,00 %
NEUROLOGIE	134	4,69 %	189	31,25 %	82	121,62 %	283	1,80 %
REEDUC FONCTIONNELLE PY	75	-14,77 %	10	-64,29 %	56	86,67 %	240	19,40 %
SSR LES MAISONNEES	49	40,00 %	2	-50,00 %	37	131,25 %	148	-44,78 %
SSR M. PETIT SG	131	11,02 %	12	200,00 %	34	-8,11 %	334	-24,77 %
<b>POLE</b>	<b>524</b>	<b>20,18 %</b>	<b>217</b>	<b>17,93 %</b>	<b>245</b>	<b>36,11 %</b>	<b>1 430</b>	<b>-10,51 %</b>

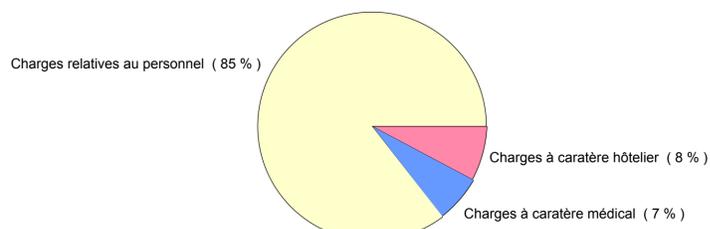
CONSOMMATIONS AUTRES HOSPITALISATION	nombre de brancardages		nombre de repas		nombre		nombre	
	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008
ACCUEIL DE JOUR P. AGEES							1 650	
GERIATRIE SG	92						1 091	
L.S. HERVIEUX							43 185	
L.S. MAISONNEES							17 865	
L.S. NIVARD					2 685		15 555	
L.S. ROPITAL-ANQUETIN							25 364	
M.R. BON REPOS							20 096	
NEUROLOGIE							3 049	
REEDUC FONCTIONNELLE PY	776							
SSR LES MAISONNEES							14 476	
SSR M. PETIT SG	1 092						12 025	
<b>POLE</b>	<b>4 645</b>	<b>492,47 %</b>					<b>154 356</b>	

CONSOMMATIONS DE LABO HOSPITALISATION	nombre de B		nombre de BHN		nombre de P		nombre de PHN	
	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008
GERIATRIE SG	183 634		14 170		730		440	
L.S. HERVIEUX	70 165	4,37 %	2 315	169,19 %	100		40	
L.S. MAISONNEES	108 201	-11,96 %	1 910	0,53 %	100	-88,10 %	30	-96,81 %
L.S. NIVARD	84 618	22,67 %	6 370	295,65 %		-100,00 %		-100,00 %
L.S. ROPITAL-ANQUETIN	88 368	-15,80 %	7 560	23,23 %	100	-83,87 %	20	-96,67 %
M.R. BON REPOS	52 404	-40,20 %	4 430	-35,04 %	100	-84,62 %	100	-69,70 %
M.R. HERVIEUX	2 444	-47,67 %	130	420,00 %				
NEUROLOGIE	310 377	13,35 %	48 197	36,40 %	5 250	-28,43 %	1 680	-54,10 %
REEDUC FONCTIONNELLE PY	146 972	-4,92 %	6 990	67,43 %	200	-88,80 %	70	-92,31 %
SSR LES MAISONNEES	302 603	-17,44 %	995	-75,13 %	830	260,87 %	760	192,31 %
SSR M. PETIT SG	358 664	-8,80 %	20 565	-18,55 %	3 910	48,11 %	1 950	-1,52 %
<b>POLE</b>	<b>1 708 450</b>	<b>3,89 %</b>	<b>113 632</b>	<b>31,96 %</b>	<b>11 320</b>	<b>-21,50 %</b>	<b>5 090</b>	<b>-42,36 %</b>

### DEPENSES DIRECTES

DEPENSES DIRECTES	charges de personnel		charges médicales		charges hôtelieres		mortissements & provisions	
	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008	2009	écart / 2008
ACCUEIL DE JOUR P. AGEES	68 547	12,14 %	545		11 020	24,71 %		
GERIATRIE PY	155 318	28,52 %	58		950	620,21 %		
GERIATRIE SG	345 164	157,77 %	15 377	102,54 %	29 617	1799,44 %		
L.S. HERVIEUX	875 621	1,42 %	62 318	54,84 %	119 444	-14,31 %		
L.S. MAISONNEES	2 087 682	3,59 %	185 120	109,37 %	334 583	9,95 %		
L.S. NIVARD	1 215 412	4,64 %	86 917	71,08 %	107 077	60,31 %		
L.S. ROPITAL-ANQUETIN	1 087 474	-37,63 %	81 761	-5,00 %	147 395	-36,64 %		
M.R. BON REPOS	900 751	-29,04 %	37 459	-34,46 %	185 437	-18,57 %		
M.R. HERVIEUX	5 692	-98,80 %	4 065	24,64 %	55 320	-70,55 %		
NEUROLOGIE	1 170 150	13,37 %	230 656	587,32 %	18 975	-54,15 %		
REEDUC FONCTIONNELLE PY	1 396 397	-1,52 %	52 468	-67,65 %	45 074	-9,36 %		
REEDUC FONCTIONNELLE SG	451 234	-2,74 %	973	-58,25 %	3 835	144,13 %		
SOINS A DOMICILE	329 574	8,22 %	22 184	-912,72 %	11 762	-30,76 %		
SSR LES MAISONNEES	1 360 597	0,09 %	89 365	-15,18 %	77 059	-5,59 %		
SSR M. PETIT SG	1 207 469	7,10 %	101 209	-1,97 %	34 998	13,91 %		
<b>POLE</b>	<b>12 657 082</b>	<b>-6,59 %</b>	<b>970 474</b>	<b>31,59 %</b>	<b>1 182 545</b>	<b>-15,00 %</b>		

#### Répartition des dépenses directes





## Annexe 3.2.1 : Activité libérale des praticiens

### 1. LES DOSSIERS ADMINISTRATIFS DES PRATICIENS CONCERNES SONT QUASI-COMPLETS

- [49] Fin 2009, **trente médecins** ont signé un contrat d'activité libérale avec l'établissement. Seuls deux ont choisi de percevoir leurs honoraires par l'intermédiaire de l'administration de l'hôpital<sup>4</sup> ; les 28 autres les percevant par entente directe avec le patient.
- [50] Tous les contrats d'activité libérale sont signés pour une durée de cinq années à partir de la date d'approbation. A l'exception de trois d'entre, les renouvellements ont été effectués après juin 2007. Ils contiennent les avis de la CME<sup>5</sup> et du CA. Pour les prochains renouvellements, les avis des chefs de pôle devront être sollicités pour tenir compte de l'évolution législative.<sup>6</sup> Ils ont été communiqués par les intéressés au conseil départemental de l'ordre des médecins et les contrats ont reçu une approbation de l'ARH, valant autorisation.
- [51] Alors que les praticiens doivent couvrir leur activité professionnelle par une police d'assurance adéquate, qu'ils communiquent au directeur de l'établissement ; ces polices ne figurent pas dans les dossiers remis à la mission.

**Recommandation n°1 :** S'assurer que les polices d'assurance actualisées figurent dans les dossiers des praticiens exerçant une activité libérale.

### 2. LA COMMISSION D'ACTIVITE LIBERALE DOIT VERIFIER LES ENGAGEMENTS DES CONTRACTANTS

- [52] En signant ce contrat d'activité libérale, l'établissement et chaque praticien acceptent certains engagements.
- [53] La commission d'activité libérale de l'établissement est chargée de vérifier le respect des dispositions législatives et réglementaires et des stipulations des contrats des praticiens<sup>7</sup>.
- [54] Des praticiens des deux sites de huit disciplines cliniques et médico-techniques sont concernés.

---

<sup>4</sup> L'hôpital leur reversant mensuellement les honoraires.

<sup>5</sup> A l'exception d'un ( ), mais dont l'avis favorable est mentionné en date du 8 mars 2007 dans la délibération du conseil d'administration.

<sup>6</sup> Cf. article L.6154-4 du code de la santé publique.

<sup>7</sup> Cf. article R.6154-11 et suivants et D.6154-15 et suivant du code de santé publique.

Tableau 7 : Disciplines concernées en 2009

Disciplines	Lieu d'exercice	Temps prévu dans la convention	Nombre de praticiens concernés
Anatomopathologie	Saint Germain	20%	1
Biologie médicale	Poissy	20%	2
Cardiologie	Poissy	20%	1
Chirurgie générale	Poissy	20%	2
Chirurgie orthopédique et traumatologique	Poissy		1
	Saint Germain	20%	2
Chirurgie viscérale	Saint Germain	20%	1
Diabétologie	Saint Germain	20%	1
Gastroentérologie	Poissy	20%	1
Gériatrie	Saint Germain	20%	1
Gynécologie	Poissy	10%	1
		20%	1
Gynécologie-Obstétrique	Poissy	20%	1
		10%	1
Imagerie médicale	Saint Germain		2
	Poissy	20%	5
Neurologie	Poissy	20%	1
Ophthalmologie	Poissy	20%	1
Rééducation fonctionnelle	Poissy	20%	2
Médecine nucléaire	Saint Germain	20%	2

Source : *Retraitement par la mission des données fournies par l'établissement*

### **2.1. L'établissement a notamment des obligations de mise à disposition de moyens**

[55] Il met à disposition des praticiens les moyens nécessaires à l'exercice de son art compte-tenu de la spécialité exercée et veille à ce que les dossiers et documents médicaux soient conservés, sous la responsabilité du praticien, à l'abri des indiscretions.

### **2.2. Le praticien s'engage à respecter certaines obligations concernant le volume d'activité, le versement d'une redevance et l'information des patients**

[56] Les praticiens se sont engagés dans le contrat à ce que le nombre des consultations et des actes effectués au titre de l'activité libérale soient inférieurs au nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité publique. La réglementation limite également le temps affecté à cette activité : la majorité des praticiens ont choisi de consacrer au maximum 20% de la durée de leur service hospitalier hebdomadaire à cette activité libérale (soit 2 demi-journées/semaine) sauf deux praticiens de gynécologie-obstétrique qui limitent cette activité à 10% (soit une demi-journée/semaine).

- [57] Ils s'engagent à reverser trimestriellement à l'hôpital le montant de la redevance réglementaire. Les taux de redevance ont évolué pour tenir compte de la classification commune des actes médicaux (CCAM) et de la totalité des honoraires perçus par les praticiens dans le cadre de leur activité libérale. Selon qu'il s'agisse de consultations (15%), d'actes techniques (16%) ou d'actes spécifiques (imagerie, radiothérapie, médecine nucléaire et biologie médicale (60%) les taux de redevance sont différents<sup>8</sup>. Pour les actes d'imagerie associés à un acte interventionnel auxquels était affectée, avant le 31 mars 2005, une double cotation en K ou KC et en Z, le taux de redevance est de 20%.
- [58] Par ailleurs, les actes de scanographe donnent lieu au reversement, *au bénéfice du praticien radiologue hospitalier* par l'établissement public qui l'emploie, d'une quote-part représentant 20% du forfait technique lorsque ces actes sont réalisés dans le cadre de l'exercice libéral de ce praticien<sup>9</sup>.
- [59] Le praticien doit également afficher dans la salle d'attente les honoraires ou fourchettes d'honoraires des consultations conformément aux dispositions réglementaires<sup>10</sup>

### 3. PENDANT PLUSIEURS ANNEES LA COMMISSION D'ACTIVITE LIBERALE N'A PAS EXERCE SA MISSION DE CONTROLE DES CONTRATS

#### 3.1. *Des réunions annuelles ne se sont pas tenues*

- [60] A la lecture des rares comptes-rendus disponibles, il est évident que cette commission n'a assuré **aucun suivi régulier de l'activité libérale** au sein de l'établissement ce qu'elle aurait du faire pour agir conformément à la réglementation.
- [61] Sur la période du contrôle 2005-2009, la commission ne s'est réunie que trois fois et le compte-rendu de la commission du 16 septembre 2005 mentionne explicitement que **cette instance ne s'était pas réunie depuis trois ans**, sans explication valable. La conclusion du président de la commission<sup>11</sup> est assez édifiante, quant à sa conception du contrôle : *« l'activité privée doit être protégée. L'essentiel est d'avoir affaire à des gens honnêtes, ce qui est le cas de l'immense majorité »*.
- [62] **En 2006, aucune commission ne s'est tenue.** Celle du 4 avril 2007 fait mention d'une autre réunion à organiser pour septembre de la même année, qui n'a pas eu lieu.
- [63] Aucune commission ne s'est tenue en 2008. Une séance s'est tenue le 10 septembre 2009.

#### 3.2. *Pour certaines situations discutées en 2005, en 2007 et en 2009 la mission ne dispose pas des mesures prises par la commission pour assurer le suivi réglementaire*

- [64] A la lecture des procès-verbaux, la commission s'est penchée sur les certaines situations (la biologie médicale et la médecine nucléaire) pour lesquelles il existait (soit) des écarts entre les informations hospitalières et les SNIR (écart en lettres-clé et en valeur pour la biologie médicale) soit des honoraires perçus très importants (médecine nucléaire).

<sup>8</sup> Décrets n° 2006-274 du 7 mars 2006/ n° 2006-835 du 10 juillet 2006 / décret n°2008-464 du 15 mai 2008 / décret n° 2008-1060 du 14 octobre 2008

Les circulaires DHOS/M3/2008/313 du 16 octobre 2008 et DHOS/F4 2009-363 du 24 novembre 2009 modifiant la précédente en précisent les modalités d'application.

<sup>9</sup> Article L.6154-3 du code de la santé publique.

<sup>10</sup> Article L. 1111-3 du CSP modifié par la loi n°2009-876 du 21 juillet 2009.

<sup>11</sup> [REDACTED] président de la caisse primaire d'assurance maladie des Yvelines.

- [65] Pour un praticien [REDACTED] (Dr. [REDACTED])<sup>12</sup>, la commission note « un écart important entre la valeur hôpital et la valeur SNIR<sup>13</sup> (+ 27%) alors qu'il est conventionné et de +31% sur le nombre de B ; La commission demande à la directrice de la clientèle de comparer les données des années précédentes ; après comparaison, il s'avère que des écarts, toujours supérieurs à 10% sont observés tant en lettres-clés qu'en valeur ». La mission n'a pas pu savoir si l'intéressé a été contacté par la direction pour apporter des explications.
- [66] Pour, [REDACTED] « après un calcul de vraisemblance réalisé par la directrice de la clientèle, sur une analyse d'activité sur le 4<sup>ème</sup> trimestre 2005 du Dr [REDACTED] (l'autre praticien ayant une activité deux fois moindre) la commission a considéré que les données d'activité en sa possession étaient vraisemblables (cela correspondait à 23 actes /demi-journée soit environ 10 minutes/examen) ». Sans autre information, la mission ne peut que s'étonner que la réalisation de l'acte technique jusqu'au compte-rendu d'examen puisse se dérouler en si peu de temps !<sup>14</sup>
- [67] Les commissions de 2005 et de 2007 se sont tenues alors que ses membres ne disposaient ni des SNIR et ni des tableaux permettant d'examiner les volumes de consultations libérales réalisées par chacun des praticiens.
- [68] La séance du 10 septembre 2009 a examiné, en rattrapage, l'activité libérale des médecins pour les années 2006, 2007 et 2008. Les situations des deux mêmes praticiens figurent dans le compte-rendu, sans que des décisions ne soient prises par l'établissement pour clarifier des propos qui restent ambigus : « Le Dr [REDACTED] ne respecte pas la circulaire concernant le volume » et pour le Dr [REDACTED] « les SNIR 2006 et 2008 ne nous sont jamais parvenus. La direction les a reçus le 11 septembre 2009 ». Il est précisé qu'un courrier serait adressé aux intéressés et que la commission libérale sera informée de la suite.
- [69] La mission a demandé à disposer de la liste nominative et des coordonnées des patients ayant consulté dans le cadre de l'activité libérale pour le mois de mars et de novembre 2006 et 2009 pour certains praticiens. Il lui a été répondu que l'ancien directeur de la clientèle avait effacé son disque dur avant son départ et que l'établissement ne disposait pas d'informations sur la clientèle privée des praticiens.
- [70] Il est prévu que la commission rédige un rapport annuel sur le fonctionnement de la commission. Aucun rapport ne figure dans le rapport annuel de l'établissement et n'a été remis à la mission. Pourtant ce rapport devrait être transmis à la CME et au CA ainsi qu'au directeur de l'ARH.

### ***3.3. L'affichage des obligations d'information des patients est loin d'être systématique***

- [71] Trois catégories d'information doivent être portées à la connaissance du patient que la mission n'a pu aborder qu'à travers les documents accessibles dans les salles d'attente.
- L'obligation d'information du patient sur le coût des actes pratiqués et les conditions de leur remboursement par les régimes obligatoires d'assurance maladie (cf. article L. 1111-3 du code de la santé publique) ;

<sup>12</sup> [REDACTED]

<sup>13</sup> Le système national d'information inter régimes permet de recueillir et d'agrèger au plan national l'activité libérale des professions de santé ayant donné lieu à remboursement par les organismes de base gérant l'assurance maladie, maladie et accidents de travail. Il recueille pour chaque praticien et pour chaque auxiliaire les dénombrements d'actes ou coefficients effectués, les prescriptions et les honoraires. Il permet l'établissement de relevés d'honoraires individuels, la surveillance de l'application des mesures conventionnelles.

<sup>14</sup> Cf. Procès-verbal de la commission du 4 avril 2007-

- L'obligation d'information écrite préalable des patients sur le tarif des actes effectués (cf. arrêté du 2 octobre 2008 en application de l'article L. 1111-3 du code de la santé publique, fixant le seuil au-delà duquel cette information écrite est obligatoire) ;
- L'obligation d'affichage des tarifs des honoraires pratiqués (cf. décret n° 2009-152 du 10 février 2009 relatif à l'information sur les tarifs d'honoraires pratiqués par les professionnels de santé.

[72] L'obligation de fixation des honoraires avec tact et mesure (cf. article R. 4127-53 du code de la santé publique) relève de la déontologie médicale.

[73] Les praticiens doivent informer leurs patients pour qu'ils puissent exercer leur libre choix d'accéder à l'activité privée du praticien, ce qui oblige d'une part à un affichage, des jours et heures de l'activité libérale et d'autre part des tarifs (notamment si le praticien exerce en honoraires libres).

[74] Nous avons été destinataires par la direction de la clientèle d'exemplaires de documents d'information pour l'ensemble des trente praticiens, qui selon cette direction étaient affichés dans les salles d'attente ou les caisses de consultation.

[75] Cependant lors de nos déplacements dans l'établissement nous n'avons que très exceptionnellement constaté la réalité de cet affichage.<sup>15</sup>

[76] Celui-ci est d'ailleurs souvent incomplet (une seule demi-journée de mentionnée, parfois aucune / pas de tarif explicite / référence à des anciens textes réglementaire<sup>16</sup>) ;

### 3.4. Sur cinq ans, les recettes de la redevance ont baissé de 20%

[77] Depuis 2005, environ une dizaine de praticiens ayant une activité libérale ont quitté l'établissement (départs et surtout retraite) ce qui a conduit à une baisse de recettes, via la redevance pour l'établissement, dont il n'est pas possible d'évaluer l'impact sur l'activité publique de l'hôpital.

Tableau 8 : Titres émis au compte H753-1 relatif à la redevance versée par les praticiens

	2005	2006	2007	2008	2009	Remarques
TOTAL HT (en €)	<b>704.560,48</b>	792.337,39	602.752,95	561.543,60	<b>561.764,55</b>	- 142.797€ -20%
Dont cardiologie	35.608,04	34.112,71	53.972,56	33.582,55	24.526,48	
dont médecine nucléaire 1	122.221,13 39.784,09	158.053,19 20.568,40	117.609,15	112.948,17	112690,36	Reversement 60%
dont médecine nucléaire 2	214.919,51 126.634,14	352.205,24 39.652,34	297.100,28	273.496,80	258.701,45	
dont biologie médicale 1	45.183 ,42	50.832,60	14.918,13 <sup>17</sup>	-	-	Reversement 60%
dont biologie médicale 2	34.608,72	35.856,02	33.371,28	29.227,98	23.040,39	
Dont biologie médicale 3		-	-	-	24.080,03	

<sup>15</sup> Qui a fait l'objet d'un courrier individualisé du directeur pour en rappeler l'obligation.

<sup>16</sup> Exemple : arrêté du 11 juin 1996 relatif à l'information des tarifs d'honoraires pratiqués par les médecins libéraux, alors que les textes ont évolués en 2008 et 2009.

<sup>17</sup> Jusqu'au 1<sup>er</sup> juillet 2007 puis retraite.

**Recommandation n°2 :** Réunir au moins deux fois par an la commission d'activité libérale et vérifier l'ensemble des obligations contractuelles et notamment que les modalités d'information des patients soient appliquées, par des contrôles internes réguliers (conformité de l'affichage des créneaux horaires et des tarifs aux textes réglementaires actuels).

**Recommandation n°3 :** Faire procéder pour les trois prochaines années par les agents habilités de l'ARS ou de la DIRRECTE <sup>18</sup> à un contrôle des modalités d'information et d'affichage.

---

<sup>18</sup> Pharmaciens inspecteurs et médecins inspecteurs de santé publique et agents des ex-DDCCRF.

## Annexe 3.2.2 :

[78] [REDACTED]

[79] [REDACTED]

[80] [REDACTED]

[81] [REDACTED]

**1.** [REDACTED]

***1.1.*** [REDACTED]

[82] [REDACTED]

[83] [REDACTED]

[84] [REDACTED]

[85] [REDACTED]

[86] [REDACTED]

***1.2.*** [REDACTED]

[87] [REDACTED]

[88] [REDACTED]

2. [Redacted]

[89] [Redacted].

[90] [Redacted].

[91] [Redacted].

[92] [Redacted] :

- [Redacted] ;

[93] [Redacted].

[94] [Redacted].

**Recommandation n°4 :** [Redacted].

**Recommandation n°5 :** [Redacted].

## Annexe 3.3 : Autorisation d'activité

### 1. HISTORIQUE DE LA GESTION DES AUTORISATIONS

- [95] L'attachée chargée des autorisations<sup>19</sup> depuis la fusion a fonctionné jusqu'en 2006 en binôme avec le directeur de cabinet de l'ancien directeur. Puis les autorisations ont été transférées pendant un an à la direction des affaires médicales (■■■■■■). Ensuite, à l'arrivée de ■■■■■■, elles ont été rattachées à la directrice de la qualité et des affaires juridiques. L'attachée nous a expliqué qu'elle avait des difficultés avec le corps médical par manque de légitimité et un positionnement imprécis dans l'organisation.
- [96] Ne participant pas aux diverses instances, notamment CME, elle considère qu'elle n'avait pas de vision prospective des activités, donc des demandes prévisibles de dossiers à déposer. Avec des chefs de services investis sur le montage des dossiers, son travail était facilité. Dans les autres cas, elle avait beaucoup de mal à obtenir des éléments d'activité pour construire les dossiers d'autorisation.
- [97] Lors de notre inspection dans l'établissement, il était question de rattacher cette fonction de suivi des autorisations à la direction des affaires médicales (DAM), en y affectant le personnel correspondant, pour mieux associer les médecins lors des demandes et/ou renouvellement d'autorisation et qu'ils s'impliquent davantage pour le montage des dossiers. A notre connaissance, cette décision n'est pas encore prise.
- [98] Cet agent vient de partir à la retraite début 2010 remplacée par une jeune contractuelle avec une formation en droit de la santé, dont c'est le premier poste hospitalier.

### 2. SITUATION DU SUIVI DES AUTORISATIONS EN 2009

- [99] Avant son départ à la retraite ■■■■■■ a fait un point des dossiers pour sa remplaçante. Elle nous a expliqué que pour certaines demandes d'autorisations, la visite de conformité n'était pas systématiquement demandée, surtout lorsque l'établissement n'était pas totalement aux normes. Le directeur attendait alors qu'un courrier de la DDASS la demande explicitement. C'est le cas de la chirurgie ambulatoire (3 places à Poissy et 6 places à Saint Germain)<sup>20</sup> puisque l'ancien directeur était informé de la non-individualisation des locaux. C'est avec la demande de renouvellement, que vient d'être réalisée en 2009, la visite de conformité. Celle-ci a conduit à des réserves pour mise en conformité des locaux, un courrier étant adressé par la DDASS à l'établissement le 15 décembre 2009.
- [100] L'agent concerné est consciente que pour certains dossiers, il va falloir refaire un point et si besoin régulariser des visites de conformité.

---

<sup>20</sup> Décision de la commission exécutive de l'ARH n°02-369 en date du 19 novembre 2002.

- [101] Nous avons rencontré la DDASS des Yvelines, qui nous a précisé qu'au moins deux visites de conformité d'activité de soins n'avaient pas été réalisées :
- celle de l'hémodialyse en centre (décision COMEX n°05-239 en date du 25 octobre 2005) qui aurait dû être effectuée dans un délai de trois ans après la délivrance de la dite autorisation ;
  - celle de l'activité de médecine d'urgence (décision COMEX en date du 20 mars 2007) qui peut encore être délivrée avec la signature par l'établissement du cahier des charges opérationnel de la maille des urgences du territoire 78-2, annexe de la convention constitutive du réseau des urgences.<sup>21</sup>
- [102] Par ailleurs, l'établissement n'a pas donné suite à une demande d'autorisation préfectorale pour exercer l'activité de chirurgie esthétique, qu'il avait envoyée en 2006.
- [103] Pour les autorisations d'équipements lourds, la situation des deux accélérateurs de particules<sup>22</sup> relève actuellement de la mise en place progressive du plan cancer (phase 3- 2009-2013) et entre dans le cadre de l'activité de traitement du cancer.
- [104] L'autorisation ministérielle de PET scan du 31 janvier 2006 obtenue par le GIE Euro-CHIPS n'est pas mise en œuvre et le CHIPS va vendre ses parts à la Clinique de l'Europe de Port-Marly.

**Recommandation n°6 : Avec notamment la publication des décrets d'application de la loi du 21 juillet 2009 (HPST), l'établissement va devoir revoir les dossiers d'autorisation des activités, il est nécessaire qu'il porte dès à présent une attention vigilante à la remise à jour et au suivi des autorisations.**

**Recommandation n°7 : La nouvelle juriste en charge du secteur des autorisations doit être positionnée pour être en lien avec les médecins, qui doivent être fortement associés à l'élaboration des futurs dossiers d'autorisation. Un positionnement au sein de la DAM serait de nature à faciliter ce suivi ; ce qui suppose toutefois d'organiser par ailleurs la prise en charge des autres tâches de cet agent (appui juridique – assurances – plan blanc).**

---

<sup>21</sup> Les signataires de la convention s'engagent à ce que les patients arrivés dans le cadre de l'urgence par n'importe quel point d'entrée de la maille puissent bénéficier, soit sur site soit par le biais d'une orientation vers un autre membre de la maille en fonction des engagements pris, de la prise en charge la mieux adaptée à leur état clinique.

<sup>22</sup> Cf. annexe 5-9 - pôle « imagerie » et suspension d'activité.

## Annexe 3.4 : Données comparatives Base d'Angers

[105] Nous avons disposé de deux éléments comparatifs, les données de la base d'Angers et une étude du dimensionnement des fonctions supports faite par Cap Gemini qui comporte des comparaisons avec un référentiel établi par ce cabinet.

### 1. LA BASE D'ANGERS

[106] Pour la première fois pour les données 2008 le CHIPS s'est inscrit dans la base d'Angers et lui a fourni des données ce qui lui permet de se comparer. Nous avons exploité ces informations pour repérer les secteurs dans lesquels le CHIPS apparaît pouvoir faire des progrès.

[107] Nous avons chiffré ces marges de progression en considérant l'économie que constituerait l'application au volume des UO du CHIPS leur coût moyen dans la base. Ce mode de chiffrage n'est pas une estimation des économies possibles, ramener à la moyenne n'est pas un objectif pertinent de gestion. Il permet par contre de repérer les domaines dans lesquels le CHIPS a le plus de marge.

[108] Les chiffres relatifs à la pharmacie sont contradictoires selon les unités d'œuvre et les domaines de l'entretien et des transports sont difficiles à comparer compte tenu des particularités de l'établissement.

[109] On notera une fonction financière en dessous de la moyenne en terme de coûts et surtout l'accueil et le traitement des urgences.

[110] Par contre les blocs opératoires, les laboratoires la gestion économique et les fonctions support apparaissent comme les secteurs devant faire l'objet d'un intérêt prioritaire.

Tableau 9 : Marges de progression évaluation sur base Angers

Activité	UO	Marge	
Tous blocs opératoires	Nb P et B tous laboratoires	3 575 000	*
Tous blocs opératoires	Nombre ICR tous blocs	1 216 000	
Laboratoire hors morphologie	Nombre de B	3 042 000	
Gestion économique	Total sect. exploit. Inv.	2 569 000	*
Administration	K€	1 290 000	
Services administratifs liés au personnel	bulletin de paye	1 196 000	
Bloc obstétrical	nb ICR	963 000	
Explorations fonctionnelles	ICR	935 000	
Anesthésiologie	Nb ICR	843 000	
DG	ch. inc. sauf 603 + ch. excep. - prod. Deduc.	743 000	
Formations sanitaires et sociales	Elèves	619 000	
Restauration	Nombre repas	599 000	
Rééducation fonctionnelle	Nb AMC et AMO et équivalent	492 000	*
tout imagerie	ICR	390 000	
Accueil et gestion malades	Nb d'entrées directes+Venues+Consulta	377 000	
Blanchisserie	Kilo linge lavé	366 000	
Génie biomédical	Actif brut equip. biomed. en K€	356 000	
Laboratoire de morphologie	Nombre de P	336 000	
Informatique	Nombre postes informatiques	271 000	
Imagerie hors médecine nucléaire	ICR	261 000	
DIM	nb RSS & RHS	24 000	
Médecine nucléaire in vivo	Nombre ICR	20 000	
Radiothérapie	Nombre séances	12 000	
Transport garage	Nb Kms parcourus	4 000	
Radiothérapie	ICR	-5 000	
Entretien jardins	M2 d'espace vert	-21 000	
SMUR	Nombre demi heures	-106 000	
Stérilisation	Volume stérilisé en m3	-221 000	
Blocs opératoires hors obstétrique	nb ICR	-255 000	
Dyalise	nb séances	-391 000	
Finances et comptabilité	Budgets	-522 000	
Accueil et traitement des urgences	Nb passage	-560 000	
Finances et comptabilité	Mandats	-660 000	
Transport	Nb Kms parcourus	516 000	
Entretien et maintenance hors jardin	M2	-865 000	
Entretien et maintenance hors jardin	K€d'actif brut des bâtiments	1 635 000	
Pharmacie	Nb lignes dispensation	485 000	
Pharmacie	Dépenses groupe 2	-424 000	

Source : Données base Angers CHIPS Marge = Dépenses CHIPS – (nombre UO \* coût moyen UO) \* au-delà intervalle confiance

## 2. DIMENSIONNEMENT DES FONCTIONS SUPPORT ETUDE CAP GEMINI

[111] Dans la masse de fichiers et de documents fournis pour justifier la production du consultant nous avons trouvé une étude comparative de dimensionnement des fonctions support. Celui-ci est fait à partir d'une comparaison faite avec un benchmark d'établissements non précisés et sur la base critères de dimensionnement non décrits ici pour des raisons de confidentialité.

Tableau 10 : Comparaison fonctions support

	<b>ETP benchmark</b>	<b>CHPS 30/6/08</b>	<b>Ecart</b>	
Transport et logistique	13,2	88,9	75,7	573%
Secrétariat médical	95,9	156,1	60,2	63%
Autres ASH tâches non identifiées	0	42,2	42,2	
Direction logistique et travaux	45,8	72,6	26,8	59%
Accueil et gestion des patients	96,7	115,9	19,2	20%
DRH	33,4	51,9	18,5	55%
DSSI	16,6	27	10,4	63%
DIM	11,5	18,9	7,4	64%
Direction achats appro	16,8	21,5	4,7	28%
DSI	21,4	25,9	4,5	21%
Qualité et biomédical	5,5	6,9	1,4	25%
Equipe opérationnelle hygiène	10	9,5	-0,5	-5%
DAF	49,1	17,7	-31,4	-64%
Total	415,8	655	239,2	58%
Non traité	295,1	333		
Total	710,9	988		

Source : Cap Gemini

[112] Les fonctions de direction générale dont juridique et communication ne sont pas étalonnées, ni la DAM faute de critère de dimensionnement disponible. Les brancardiers sont hors benchmark car cela dépend de la configuration des locaux. La médecine du personnel, la restauration, la lingerie et les entretiens communs non plus car elles sont externalisées dans les autres établissements.



## **Annexe 4 : Déroulé des regroupements et fusions (1997-2009)**





**REGROUPEMENT DES ACTIVITÉS DEPUIS LA FUSION**

<b>ACTIVITÉ</b>	<b>DATE DU REGROUPEMENT</b>
<p><b><u>Neurologie</u></b>  <i>Hospitalisation complète</i></p> <p align="center"><i>Saint-Germain : 41 lits</i>  <i>Puis ouverture sur Poissy de 30 lits (neuro + médecine interne)</i>  <i>et suppression des lits de Saint-Germain</i>  <i>individualisation de 15 lits de neuro associés avec 15 lits de</i>  <i>Rééducation Fonctionnelle</i>  <i>passage à 19 lits de neurologie</i></p>	<p><i>Jusqu'en 1995</i>  <i>1998</i>  <i>Septembre 2003</i>  <i>Décembre 2009</i></p>
<p><b><u>Stérilisation</u></b>  <i>Regroupement dans le cadre d'une complémentarité (convention =</i>  <i>CAP / Buisson)</i>  <i>Antérieure à la fusion</i></p>	<p><i>Octobre 1996</i></p>
<p><b><u>Diabétologie</u></b>  <i>Transfert à Saint-Germain-en-Laye et individualisation</i>  <i>Initialement faisait partie du service de médecine interne</i>  <i>gastrologie à Poissy. Transfert de l'hospitalisation vers Saint-</i>  <i>Germain-en-Laye (16 HC + 8 H Semaine).</i></p>	<p><i>Septembre 2000</i></p>



<b><u>Urgences</u></b> <i>Fermeture des urgences de nuit à Saint-Germain-en-Laye</i>	<i>15 octobre 2002</i>
<b><u>Chirurgie pluridisciplinaire</u></b> <i>Poissy (27 lits dont ORL - OPH-Ortho) Fermeture sèche à Poissy</i>	<i>12 septembre 2003</i>
<b><u>Ophthalmologie de Poissy</u></b> + <i>Fermeture de l'activité d'hospitalisation complète) Accueillie sur la structure d'hospitalisation de semaine</i>	<i>Septembre 2003</i>
<b><u>Néonatalogie</u></b> <i>dont réanimation néonatale (Hospitalisation complète) fermeture de la néonatalogie du site de Saint-Germain-en-Laye Regroupement à Poissy</i>	<i>Octobre 2003</i>
<b><u>Maternité - Hospitalisation</u></b> <i>Regroupement Poissy</i>	<i>Septembre 2004</i>
<b><u>Chirurgie-Gynécologie</u></b> <i>Regroupement de l'hospitalisation complète de Poissy</i>	<i>Octobre 2004</i>
<b><u>Orthogénie</u></b> <i>IVG regroupé à Saint-Germain-en-Laye</i>	<i>Fin 1999</i>



<p><b><u>Chimiothérapies</u></b>  <i>Regroupement sur Saint-Germain-en-Laye</i></p>	<p><i>Avril 2005</i></p>
<p><b><u>Anatomopathologie</u></b>  <i>Regroupement des deux services d'anatomopathologie à Saint-Germain-en-Laye avec une antenne à Poissy</i></p>	<p><i>6 mars 2006</i></p>
<p><b><u>Pédiatrie</u></b>  <i>Regroupement sur Poissy</i></p>	<p><i>Juin 2007</i></p>
<p><b><u>Cardiologie</u></b>  <i>Fermeture de l'USIC sur le site de Saint-Germain-en-Laye</i>  <i>Regroupement de l'hospitalisation complète</i></p>	<p><i>Début juillet 2008</i>  <i>Septembre 2009</i></p>
<p><b><u>Laboratoire</u></b>  <i>Microbiologie</i>  <i>Biochimie</i>  <i>Maintien sur Saint-Germain-en-Laye d'une activité d'analyse pour les urgences</i></p>	<p><i>Mars 2008</i>  <i>Septembre 2008</i></p>
<p><b><u>Chirurgie Pédiatrique</u></b>  <i>Fermeture de 15 lits d'hospitalisation complète en chirurgie multidisciplinaire</i>  <i>l'activité étant faite désormais en ambulatoire</i></p>	<p><i>30 mars 2009</i></p>



<b>FUSIONS</b>	
<i>Services de réanimation chirurgicale et médicale en réanimation médico-chirurgicale</i>	<i>Juillet 2003</i>
<i>Services d'orthopédie de Poissy et de Saint-Germain-en-Laye</i>	<i>Décembre 2001</i>
<i>Fusion de la chefferie des deux services de médecine interne avec maintien de l'hospitalisation bi-site</i>	<i>Novembre 2006</i>
<i>Fusion de la chefferie des deux services de radiologie avec maintien de l'activité bi-site</i>	<i>19 juin 2008</i>
<i>Fusion des services ORL et Stomatologie</i>	<i>1<sup>er</sup> octobre 2009</i>



## *Regroupements futurs de services*

<i>ACTIVITÉ</i>	<i>DATE DU REGROUPEMENT</i>	<i>ECONOMIES POSTES</i>
<i>Individualisation de l'hospitalisation complète de cancérologie et médecine interne de Saint-Germain-en-Laye</i>	<i>CME du 12 février 2010 Opérationnalité mai 2010</i>	
<i>Fusion des services de chirurgie viscérale</i>	<i>CME du 18 mars 2010</i>	
<i>Fusion des services de SMUR</i>	<i>CME du 18 mars 2010</i>	



## **Annexe 5 : Les Pôles d'activités clinique et médico-techniques**

**5-0 Mise en place de la nouvelle gouvernance**

**5-1 Pôle n°1 « Périnatalité**

**5-2 Pôle n° 2 « Psychiatrie »**

**5-3 Pôle n°3 « Urgences Réanimation Pédiatrie »**

**5-4 Pôle n°4 « Logistiques médico-techniques »**

**5-5 Pôle n°5 « Anesthésie Bloc Chirurgie »**

**5-6 Pôle n° 6 « Médecine interne cardiovasculaire »**

**5-7 Pôle n°7 « Neurologie Rééducation SSR Gériatrie »**

**5-8 Pôle n° 8 « Oncologie médicale infectiologie »**

**5-9 Pôle n°9 « Imagerie »**



## Annexe 5.0 : La mise en place de la gouvernance dans l'établissement

- [113] La période de contrôle de l'établissement coïncide avec la mise en place de la nouvelle gouvernance hospitalière de 2005, celle-ci prévoit deux dispositifs qui modifient en profondeur l'organisation interne de l'hôpital public.
- [114] L'ordonnance n°2005-406 crée le conseil exécutif nouvel organe de direction et de pilotage de l'établissement : collégial il a pour tâche principale de préparer le projet d'établissement et le projet médical et d'émettre un avis sur la nomination des responsables de pôles d'activité.
- [115] Elle met en place également les pôles d'activité, regroupant des services ayant des activités communes ou complémentaires, placés sous la direction de responsables de pôle. Le directeur définit l'organisation de l'établissement en pôles d'activité conformément au projet médical d'établissement, après avis du président de la commission médicale d'établissement : la dénomination, le nombre, la taille et la composition des pôles relèvent de l'établissement.

### *1.1. L'installation et le fonctionnement du conseil exécutif*

- [116] Après un premier passage en CME le 27 juin 2006 sans obtention de consensus pour la désignation des médecins<sup>23</sup> permettant de l'officialiser, la constitution définitive du conseil exécutif a été adoptée en conseil d'administration avec la composition validée en CME le 21 septembre 2006<sup>24</sup>.
- [117] Le conseil installé le **2 octobre 2006** avec des réunions au moins tous les deux mois, a apporté des modifications au règlement intérieur pour fixer les modalités de fonctionnement des pôles. Il a prévu que les responsables de pôle soient nommés pour 3 ans renouvelables une fois. La mise en place des pôles est évoquée en mentionnant que les pôles doivent avoir une taille critique en terme d'activité (T2A) et de personnels et qu'il faut les adosser à une logique médicale et à une cohérence de prise en charge. Ils sont annoncés comme des lieux de management et de gestion déconcentrée.
- [118] Le conseil d'administration en date du 16 décembre 2006 et du 13 mars 2007 s'est prononcé sur les propositions de constitution définitive de l'instance formulées par le conseil exécutif.

### *1.2. Les réunions du conseil exécutif se sont tenues mensuellement, mais sans aucun relevé de décision à partir d'avril 2008*

- [119] En 2006 le conseil s'est réuni trois fois et en 2007 quatorze fois, avec des comptes-rendus qui permettent de suivre la démarche de cette nouvelle instance.

<sup>23</sup> La logique de site ayant prévalu, certains médecins proposés n'ont pas été retenus. La vice-présidente de la CME rappelant que l'échéance imposée par les textes pour la constitution des instances de la nouvelle gouvernance étant proche et que, pour pouvoir avancer le conseil exécutif devait être constructif et studieux et non dans la dualité permanente.

<sup>24</sup> Le conseil exécutif était alors constitué des membres suivants :

[REDACTED]

- [120] Lors du conseil exécutif du 17 décembre 2007, premier conseil du directeur actuel, la priorité de travail est clairement affichée pour le conseil : « **s'atteler à la mise en place du dispositif de contrôle de gestion (discussion et validation de ce dispositif, plan d'actions, outils)**. Il considère « que la culture du contrôle de gestion doit en effet se diffuser au sein de l'établissement et permettre de créer une dynamique de recherche de l'efficience : les tableaux de bords élaborés devant être affinés par unité fonctionnelle et par pôle ».
- [121] Si, pour 2008 et 2009, la mission dispose du calendrier annuel des conseils exécutifs, à partir du conseil du 8 avril 2008, aucun relevé n'a été rédigé dans cette période stratégique d'élaboration du PREF et de mise en place des projets de pôle et de préparation du futur projet médical.
- [122] L'établissement a juste précisé à la mission que « les conseils exécutifs se sont tenus régulièrement et au moins une fois par mois (conformément au calendrier annuel) avec des ordres du jour et documents correspondants. Tous les projets de délibération soumis au conseil d'administration ont systématiquement fait l'objet d'une préparation et d'une validation préalable au conseil exécutif ».

### **1.3. La constitution en pôles d'activité a démarré assez rapidement mais leur mise en œuvre n'a toujours pas abouti**

- [123] Le lancement de la démarche d'organisation de l'établissement en pôles s'est concrétisé très tôt après la publication de l'ordonnance, lors de la **séance de CME du 12 mai 2005**. Le noyau dur de la réflexion a été piloté par le bureau de la CME et par le chef de service de chirurgie viscérale du site de Saint Germain<sup>25</sup> missionné pour adresser un courrier à l'ensemble des chefs de service et recueillir leurs réflexions, leurs souhaits d'association de services et la logique y concourant, ainsi que les objectifs du pôle<sup>26</sup>.

#### **1.3.1. Un démarrage de la démarche sans méthode vraiment consensuelle**

- [124] Pendant près d'une année, le sujet est évoqué à chaque CME<sup>27</sup> mais l'avancement des travaux a été lent et sans véritable consensus. Il convient de resituer les travaux de l'époque dans le contexte du projet médical de 2004-2008 qui préconisait le développement concerté des deux sites<sup>28</sup> et n'envisageait pas encore le transfert sur un site unique.
- [125] Un rapport d'étape a été communiqué **en avril 2006** à partir des travaux d'un groupe de pilotage autour du chef de projet<sup>29</sup>. Après avril 2006, des discussions se sont poursuivies entre ceux qui préconisaient des pôles transversaux et bi-sites pour les disciplines médico-techniques et ceux qui soutenaient l'option des pôles mono-sites respectant une logique géographique pour les disciplines cliniques.
- [126] Aucun véritable document formalisé dans le consensus ne définissait les critères ayant permis d'explicitier les regroupements de disciplines : les réunions de travail n'ayant pas systématiquement fait l'objet de comptes-rendus ou ceux-ci n'étant plus disponibles. Si réflexion et concertation ont eu lieu, la mission n'a pu en retrouver de trace.

<sup>25</sup> [REDACTED].

<sup>26</sup> Le chef de projet n'a pas pu remettre les réponses individuelles à ce sondage d'opinion, qu'il n'a pas conservé : cf. lettre adressée à la direction générale et à la direction des affaires médicales en date du 30 décembre 2009.

<sup>27</sup> CME des 30 juin 2005, 15 septembre 2005, 13 octobre 2005, 6 avril 2006 et 27 avril 2006.

<sup>28</sup> Reconstruction de l'hôpital de Poissy et du bâtiment SCHNAPPER sur le site de Saint Germain.

<sup>29</sup> Constitué [REDACTED].

[127] Six mois après le lancement officiel des travaux, une assemblée générale en date du **21 novembre 2006** regroupaient les membres éligibles à la CME et les cadres supérieurs de santé de l'établissement électeurs à la CME pour les consulter sur un **principe de découpage** (et non un projet précis) soit **vertical** (privilégiant l'approche par site) soit **transversal** (privilégiant l'approche par métier). L'approche métier a alors convaincu la majorité des votants<sup>30</sup>.

### 1.3.2. Un premier découpage en pôles d'activités cliniques et médico-techniques officialisé fin décembre 2006 n'a pas fait l'unanimité

[128] Présenté à la CME du 11 décembre 2006, le projet a été fortement débattu. En effet, malgré le souhait de plusieurs médecins que soient présentés la méthode de découpage des pôles et les critères qui ont présidé au choix, aucun indicateur détaillé n'a été exposé, seule la masse critique des différents pôles constitués à été mentionnée. Certains praticiens n'ont pas accepté les regroupements de disciplines (éclater la pédiatrie et la réanimation néonatale dans deux pôles alors que ces services ont de multiples actions de mutualisation, ou dissocier la stérilisation de la pharmacie). Sur 68 votants (dont 1 abstention), si 42 ont voté pour, 25 praticiens ont voté contre (soit 36%)<sup>31</sup>.

[129] Certains membres du conseil exécutif ont regretté que cette répartition en pôles ne soit pas évoquée plus longuement en conseil exécutif, réunion assez houleuse d'après certains de participants<sup>32</sup>. Certains points n'ont pas été vraiment tranchés avec présentation d'un argumentaire : la médecine interne est rattachée à deux pôles (6 et 8) / la gastro-entérologie est sur deux pôles (5 activités d'endoscopies au bloc et 8 pour le secteur d'hospitalisation). L'exclusion de la pédiatrie du pôle de la périnatalité, sur demande express du chef de service de maternité a été fortement discutée.

[130] Le conseil d'administration, dans sa séance du **19 décembre 2006** s'est prononcé favorablement (10 voix pour - 3 contre - 1 abstention et 1 non participation au vote) sur l'organisation proposée par le conseil exécutif du 7 décembre 2006. Un communiqué<sup>33</sup> a annoncé cette mise en place, ainsi que la délégation de gestion qui suivrait.

[131] *Huit pôles ont alors été créés : Périnatalité, Psychiatrie, Urgences Réanimations Pédiatrie, Logistiques médico-techniques (intégrant alors l'Imagerie médicale et la Médecine Nucléaire, et la Santé publique), Anesthésie Blocs opératoires Chirurgie (intégrant alors la Stérilisation), Médecine interne et Cardiovasculaire, Neurologie Rééducation Gériatrie et Oncologie médicale et Infectiologie (intégrant alors la radiothérapie).*

[132] A noter que le chef de projet a contesté le découpage des pôles et manifesté sa désapprobation sur la démarche suivie pour la mise en place de la nouvelle gouvernance, lors de la CME du 22 mai 2007.

<sup>30</sup> Sur 134 votants dont 20 bulletins blancs ou nul, 102 privilégiaient le découpage par métiers et 12 le découpage par site.

<sup>31</sup> Un incident est intervenu, puisque les voix ont été recomptées alors que la séance de CME était levée et qu'un nouveau décompte non légal (puisque en l'absence des assesseurs aurait été annoncé en commission des soins et en CTE qui augmentait le nombre de voix pour (passées de 35 à 42 voix pour).

<sup>32</sup> Le conseil exécutif du 7 novembre 2006 a été suspendu suite à l'impossibilité « de tenir un échange constructif ... sur une question aussi stratégique que la constitution des pôles. »

<sup>33</sup> Le communiqué du même jour a annoncé : « qu'une fois en place, les pôles bénéficieront d'une délégation de gestion, gagnant ainsi en autonomie et en souplesse dans leur fonctionnement. A terme, chaque pôle définira ses objectifs et gèrera en conséquence ses moyens, y compris financiers, dans le cadre d'une contractualisation interne ».

### 1.3.3. La nomination des responsables de pôles d'activités est intervenue en mai 2007

- [133] Les responsables de pôle d'activité cliniques ont été nommés pour 3 ans, sans qu'ils aient vraiment pu élaborer leur projet de pôle. Le vote a été réalisé lors de la CME du 22 mai 2007 et confirmé en conseil d'administration.

Tableau 11 : Les responsables de pôle mi-2007

Pôle n° 1 PERINATALITE	Dr ROZENBERG
Pôle n° 2 PSYCHIATRIE	Dr COUSIN
Pôle n°3 URGENCES REANIMATION PEDIATRIE	Dr SIMON
Pôle n°4 LOGISTIQUES MEDICOTECHNIQUES	Dr MATHONNET C'est actuellement le Pr. SELVA
Pôle n°5 ANESTHESIE BLOC CHIRURGIE	DR TABARY
Pôle n°6 MEDINE INTERNE CARDIOVASCULAIRE	Dr LEROY (qui a démissionné) C'est actuellement le Dr GAYNO
Pôle n° 7 NEUROLOGIE REEDUCATION GERIATRIE	Dr GAVARDIN
Pôle n°8 ONCOLOGIE MEDICALE INFECTIOLOGIE	Dr WELKER

Source : *Officialisation par les instances de l'établissement*

- [134] En décembre 2007, un séminaire a rassemblé au Vésinet l'équipe de direction et les responsables de pôle pour une sensibilisation à la nouvelle gouvernance par les pôles, à la situation financière de l'établissement et au PREF.

### 1.3.4. Le périmètre de certains pôles évolué jusqu'à la mi-2008

- [135] Très rapidement et les débats de fin 2006, en faisant déjà mention, des ajustements de périmètres ont été proposés concernant le rattachement de la chirurgie ambulatoire au pôle 5 et de la stérilisation au pôle 4 (CA du 13 mars 2007). Par contre au cours de ce même conseil d'administration et en dépit des débats argumentés<sup>34</sup> visant à sortir la pédiatrie du pôle 3 et la rattacher au pôle « Périnatalité », cette discipline a été maintenue dans le « Pôle n°3 : Urgences-réanimations-pédiatrie ».
- [136] Puis lors du **conseil d'administration du 24 juin 2008**, une nouvelle modification des périmètres de certains pôles a été adoptée :
- Intégration de l'hôpital de jour de Poissy au pôle « Médecine et cardiovasculaire »
  - Intégration de l'hôpital de jour de médecine de Saint Germain au pôle « Oncologie médicale et infectiologie »
  - Intégration du département de l'information médicale et de santé publique au pôle « *Activité* » (cf. infra)
  - Création d'un pôle médico-technique « *Imagerie médicale* » réunissant les structures internes suivantes : Imagerie médicale, Médecine nucléaire, Radiothérapie et futur Petscan.
- [137] Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2010, l'unité fonctionnelle « *Hygiène hospitalière* » a été intégrée dans le pôle « Oncologie médicale et infectiologie »

<sup>34</sup> Dès le conseil exécutif du 29 janvier 2007, le chef de service de pédiatrie, accompagné de médecins et du cadre de santé a présenté un argumentaire pour défendre l'intégration de la pédiatrie au pôle « Périnatalité ».

[138] Lors de la création de ces pôles prévus dans le cadre de la nouvelle gouvernance, seul le CTE s'est prononcé négativement, il s'agissait d'une position de principe dans la mesure où la réglementation a exclu les représentants du personnel non médical du conseil exécutif.

### **1.3.5. La constitution d'une équipe autour du responsable de pôle a permis de d'initier dès 2008 des réunions au sein de certains pôles sans attendre la mise en place des conseils de pôle**

[139] La nomination des cadres de pôles et des secrétaires de pôles, sur proposition des responsables médicaux, s'est déroulée à **partir de la mi- 2007**, avec contestation sur deux pôles (pôle 2 psychiatrie et pôle 6 médecine interne cardiovasculaire) où les cadres supérieures de pôle ont été affectées plus tardivement (décembre 2007).

[140] Du fait de l'autonomisation décalée du secteur de l'imagerie, le responsable médical et le cadre supérieur du **pôle 9 « Imagerie »** ont eux été nommés en **mars 2009**

[141] Puis le directeur actuel a décidé d'affecter à chacun des pôles un référent administratif (directeur ou membre de l'équipe de direction) ainsi qu'un directeur des soins. (cf. annexe par pôle).

[142] Certains pôles ont commencé à se réunir courant 2008, la mission dispose de comptes-rendus de ces « bureaux de pôle » qui montrent que la structuration des organisations a avancé à des vitesses très différentes (cf. infra) : les pôles 6 et 8 étant les plus avancés.

### **1.3.6. Un accompagnement méthodologique du pilotage des pôles, qui s'est perdu avec la démission du chef de pôle correspondant**

[143] L'établissement s'est porté volontaire pour participer aux travaux menés par la MEAH sur le pilotage opérationnel des pôles, avec un projet présenté par le Dr [REDACTED] alors responsable du DIM centré sur la réduction de la durée moyenne de séjour<sup>35</sup>. L'établissement a reçu un financement de 180.000€ de l'ARH. Le pôle retenu comme pilote était celui de « Médecine interne cardiovasculaire » avec un investissement important du Dr [REDACTED] responsable de pôle

[144] Des travaux ont été conduits sous le pilotage de l'ancien responsable de pôle notamment sur l'harmonisation des pratiques, la maîtrise des durées de séjour, l'amélioration du codage (avec formation des médecins)<sup>36</sup>. Le responsable de pôle n'ayant pas été soutenu par la direction lors d'un différent avec un cardiologue du service a abandonné la responsabilité du pôle. Les travaux ont été suspendus et le transfert de méthode n'a pu bénéficier à aucun des autres pôles.

<sup>35</sup> Cf. conseil exécutif du 19 décembre 2007

<sup>36</sup> Les objectifs du pôle en 2008 étaient les suivants :

-- augmentation de l'activité par une meilleure description des pathologies et des actes (des formations au codage ont été faites dans ce cadre), la maîtrise des durées de séjour par un travail actif auprès des familles et du service social pour libérer les lits (actions très concrètes), la mise en valeur de l'offre de soins par un plan de communication interne et externe adapté

-- réduction des dépenses grâce à une meilleure gestion des lits et du personnel avec un travail sur l'uniformisation des processus de planning, lissage de l'activité par rapport au planning, réduction du recours à l'intérim par le déplacement de personnel volontaire et formé. Un logiciel a été par ailleurs installé permettant de disposer d'indicateurs de suivi global et prévisionnel de l'occupation des lits.

### 1.3.7. L'ajustement des pôles administratifs à l'arrivée du nouveau directeur

[145] Le conseil d'administration du 21 mai 2007 a émis un avis favorable à la création d'un seul pôle administratif unique dénommé « *Pôle Stratégie et Ressources* » au motif de « contribuer à l'homogénéisation des relations entre les pôles et les directions, à la clarification des responsabilités de celles-ci par une plus grande lisibilité de leur rôle et de leur fonctionnement ». La création de ce pôle administratif unique « *permet à la direction d'affirmer les valeurs de cohérence, de neutralité et d'unicité qui caractérise le service public hospitalier*<sup>37</sup> ».

[146] Le nouveau directeur a souhaité revoir cette organisation en passant d'un pôle administratif unique à trois pôles administratifs de taille très variables<sup>38</sup> :

- le pôle « Projets » qui rassemble les affaires médicales, la qualité et la communication et les affaires juridiques et deux chargés de mission (16 ETP) ;
- le pôle « Activités » structuré autour des finances, de la clientèle, des systèmes d'information et du département d'information médicale (plus de 160 ETP) ;
- le pôle « Ressources » avec la direction des ressources humaines, la direction des soins, les fonctions logistiques et les achats (600 ETP).

### 1.3.8. L'élection des conseils de pôle en juin 2009 : un mécanisme complexe retardé par un fichier de structures inadapté

[147] La nécessité de refonte du fichier commun de structures<sup>39</sup> a été un préalable à la remise à jour des unités fonctionnelles (il en existait 800 avant 2009) et à la détermination des membres de droit pour la constitution des listes des électeurs par pôle. Le calendrier des opérations électorales a fixé la date des élections au 16 juin 2009. Un guide mode d'emploi présentant les conseils de pôle et les modalités électorales a été présenté aux différentes instances et largement diffusé.

[148] Le taux global de participation au vote a été de 51% (soit 1605 électeurs sur 3141 inscrits) avec :

- pour l'ensemble des pôles cliniques et médico-techniques, une participation de **57,22%**

Tableau 12 : Participation au vote pour constituer les conseils de pôles d'activités médicales

Pôles d'activité	Electeurs inscrits	Taux de participation	Nombres de sièges	Nombres d'agents élus (titulaires et suppléants)
Pôle 1 : Périnatalité	274	49,6%	40	24/80
Pôle 2 : Psychiatrie	270	66,3%	39	70/78
Pôle 3 : Urgences- réanimations-pédiatrie	376	52,4%	58	55/116
Pôle 4 : Logistiques médico-technique	302	51,3%	47	40 /94
Pôle 5 : Chirurgie anesthésie blocs opératoires	405	49,4%	60	38/120
Pôle 6 : Médecine interne et cardiovasculaire	243	652%	51	70/102
Pôle 7 : Neurologie/SSR rééducation gériatrie	421	59 %	38	30 /76
Pôle 8 : Oncologie médicale et Infectiologie	133	58,65%	43	23/86
Pôle 9 : Imagerie médicale	110	90%	35	65 /70

Source : Etablissement avec informations retraitées IGAS

<sup>37</sup> Cf. compte-rendu du CA du 21 mai 2007.

<sup>38</sup> Cf. CA avril 2008.

<sup>39</sup> Historiquement depuis la fusion, il existait 800 unités fonctionnelles (juxtaposition d'UF des deux sites). Fin 2008, la directrice des finances avait commencé et en février 2009, le fichier n'était pas totalement stabilisé. Actuellement l'établissement est constitué d'environ 400 UF.

- pour les trois pôles administratifs, une participation très faible de **25,5%**.

Tableau 13 : Participation au vote pour constituer les conseils de pôles d'activités médicales

Pôles administratifs	Electeurs inscrits	Taux de participation	Nombre de sièges	Nombre d'agents élus (titulaires et suppléants)
« Projets »	10	100%	3	3/6
« Activités »	36	63,9%	7	2/14
« Ressources »	561	21,7%	30	8/60

Source : Etablissement avec informations retraitées IGAS

#### 1.4. En 2009 la nouvelle gouvernance en 2009 manque d'élan et les équipes des pôles s'épuisent

##### 1.4.1. L'absence de relevés de décisions pour les conseils exécutifs de 2008 et 2009 est préjudiciable au pilotage

[149] La mission ne peut que regretter qu'en période stratégique pour l'établissement, il ne soit pas possible d'avoir une vision précise du déroulement des conseils exécutifs de 2008 et 2009, à travers des relevés de décisions formalisés.

**Recommandation n°8 : Mettre en place un véritable secrétariat pour organiser les réunions et assurer le suivi des décisions du directoire**

##### 1.4.2. Les pôles d'activités cliniques sont encore peu opérationnels

[150] Alors que l'établissement est en déficit et a signé d'abord un CREF et ensuite un PREF la logique économique n'a pas prévalu pour découper les pôles. Au-delà de la prégnance de la logique de site, l'établissement a opté pour une logique médicale et de prise en charge des patients, en regroupant des disciplines autour des logiques « métiers ». Avec les ajustements successifs, la mission a peu de recul pour juger de la pertinence de ces découpages ; et cela d'autant que les pôles sont encore des coquilles vides.

###### 1.4.2.1. Des compositions d'équipes inhomogènes

[151] Il existe des différences notables dans les compositions d'équipe et les disponibilités des personnes affectées au pôle.

[152] Ainsi la responsable du pôle 4 n'a ni cadre (celle-ci vient de démissionner après avoir en vain demandé de l'aide), ni secrétaire de pôle. Le responsable du pôle 9 n'a pas de secrétaire et, à la mi-2010 n'aura plus de cadre supérieur de pôle (celui-ci part comme directeur de l'institut de formation des manipulateurs d'électroradiologie, après un peu plus d'un an de fonction). Il s'agit de deux des trois cadres de pôle qui avaient, en sus de cette responsabilité au sein d'un pôle, encore une responsabilité de cadre supérieur de service (laboratoires et médecine nucléaire). La cadre supérieure du pôle 7 arrivée récemment (en mars 2009) dans l'établissement est dans la même situation, puisqu'elle fait également office de cadre supérieure pour les sites de Poissy et Saint Germain (ces deux personnes n'ayant pas été remplacées). Ce pôle, qui regroupe près de 20 structures) ne dispose d'ailleurs pas de secrétaire.

- [153] Nous avons rencontré des cadres supérieurs de pôles investis dans la transversalité des missions des pôles et possédant une vision dynamique de la mutualisation des personnels sur les deux sites (ce qui n'est pas toujours le cas des médecins), mais aussi découragés, présentant un bilan très mitigé de leur investissement et s'interrogeant sur la poursuite de leur mandat.
- [154] Les secrétaires de pôle ont du mal à trouver leur place dans le dispositif, alors qu'elles sont essentielles à la réussite du fonctionnement de la gouvernance en pôle. Certaines sont actives (celle du pôle 8 a été présentée en référence par de nombreux médecins et administratifs), d'autres sont plus en retrait. **C'est aux responsables de pôle, mais également à la direction de mieux les positionner et les valoriser<sup>40</sup>**, notamment comme animatrice et coordinatrice de leurs collègues, mais également pour inciter à l'harmonisation des pratiques et des organisations ; et cela d'autant plus que la direction a la volonté de faire évoluer le métier de secrétaires médicales vers une prise en charge continue de l'accueil des patients à la facturation des actes externes.
- 1.4.2.2. En 2009 les responsables de pôles commencent tout juste à disposer d'outils opérationnels leur permettant de s'investir
- [155] L'investissement dans les pôles est variable (des réunions mensuelles de pôles et comptes-rendus avec relevés de décision) allant de réunions régulières à une seule rencontre annuelle du conseil de pôle, qui relève plus de l'information des intéressés que d'une véritable dynamique régulière de travail.
- [156] Nous considérons qu'il est difficile de motiver des responsables de pôle, alors qu'aucun des outils de pilotage leur permettant d'« avoir la main sur les résultats financiers du pôle » n'est encore suffisamment stabilisé pour permettre des comparaisons dans le temps et entre pôles.
- [157] La gestion centralisée d'une part des données d'activités de la T2A et d'autre part des budgets, sans mise en place de délégation de gestion, ne favorise guère la motivation des professionnels soignants des services. Jusqu'à fin 2009 en l'absence de véritables tableaux de bord et de comptes de résultats d'activité (CREA) fiabilisés, il était illusoire de vouloir entraîner les responsables de pôle dans une démarche très active de réduction des déficits<sup>41</sup>.

**Quelques propos entendus :**

==> « Les pôles ce n'est ni fait, ni à faire. Cela a été fait dans l'urgence, sans réflexion, sans tester les spécialités à regrouper. C'est un instance sans compétence et sans moyens d'action ».

==> » La constitution des pôles n'est pas aboutie, on ne s'approprie pas encore totalement les tableaux de bord, l'information a du retard »

==> Il y a toujours une centralisation des moyens de gestion, l'administration ne vient pas voir comment les professionnels travaillent dans les services ».

==> Un responsable de pôle définit le pôle en ces termes : « Aucune liberté d'action, aucune capacité à agir, aucune initiative possible et aucune délégation ».

- [158] Certains responsables de pôles s'interrogent sur le renouvellement de leur mandat si aucun contrat de pôle n'est passé. La question va être rapidement d'actualité, car d'ici mi-2010, des postes de cadres de pôles seront à la vacance (départ, démission, retraite, maladie).

<sup>40</sup> La présentation des résultats d'une étude de Cap Gemini annonçant sans ménagement que les personnels de secrétariat ne faisaient rien 50% de leur temps, a eu des effets désastreux sur la motivation des agents. Nous considérons que traiter les gens de « bons à rien », sans se rendre dans les services pour les regarder travailler, n'a jamais incité quiconque à développer ses potentialités.

<sup>41</sup> Les propos entendus sont les suivants : « Je ne connais pas ma consommation de médicaments. Quel est le prix global des consommables du pôle ? Quel est le prix d'un pansement fait par une infirmière hospitalière ?

[159] Les référents administratifs des pôles<sup>42</sup> ont des fonctionnements et des investissements divers, et il n'existe aucune réunion inter-référents qui permettent d'harmoniser les pratiques et d'échanger les informations pour accélérer le règlement de certaines difficultés communes.

1.4.2.3. Un contrôleur de gestion fortement motivé, mais qui seul ne peut répondre à la fois aux demandes de la direction et aux sollicitations des pôles cliniques

[160] A son arrivée en février 2008 le contrôleur de gestion a découvert le retard pris par l'établissement qu'il estime à plusieurs années, dans son secteur d'intervention. Fortement investi et malgré le recrutement en 2009 d'une collaboratrice junior, il n'a pas pu répondre à toutes les interrogations des pôles. Sa priorité étant la construction d'outils (cf. annexe finances).

[161] Certains responsables de pôle (pôles 1, 6 et 8 notamment) ont réussi à travaillé de façon plus régulière et soutenue avec lui, en regardant les tableaux de bord comme une aide à l'organisation et pas comme des critères individuels de jugement.

[162] Le contrôleur est passé par des étapes de remise en cause, par les pôles, des données produites. En 2008 les chiffres étaient faux « c'était n'importe quoi » ; en 2009 « on commence à trouver un peu de cohérence » et en 2010, « on devrait avoir des chiffres qui reflètent la réalité ». Mais, les relations deviennent moins tendues, avec la discussion lors de bureaux de pôle ou de réunions permettant que soient expliqués les chiffres produits et que ceux-ci soient amendés par confrontation au fonctionnement des services.

[163] Mais, fin 2009 il est toujours impossible de suivre les recettes et les dépenses par pôle.

1.4.2.4. Des points restent à améliorer rapidement

[164] Pendant des années, la direction n'a pas eu un rôle fédérateur mais a entretenu les clivages entre les catégories professionnelles et les personnels des deux sites et cet historique a laissé des traces et a crispé chacun (principalement le corps médical) sur des positions incompatibles avec le projet de nouvel hôpital

[165] Il n'existe aucune délégation de gestion, les **relations** entre la direction et les médecins, mais aussi l'ensemble des personnels **ne sont pas construites sur la confiance** ce qui n'est pas propice à organiser un système de délégation. La confiance n'existe ni dans un sens ni dans l'autre. La direction souhaite garder la main dans le cadre du PREF ; et les services cliniques n'ont pas confiance dans les chiffres communiqués par la direction, notamment via les tableaux de bord. Pourtant ceux-ci même s'ils contenaient au départ de nombreuses erreurs ou généraient des incompréhensions dans leurs calculs et leurs interprétation, avaient le mérite d'ouvrir la discussion entre les soignants et l'administration, sous réserve de la disponibilité des uns et des autres.

[166] Les contrats de pôle n'existent pas : le principe de fonctionnement de la direction actuelle repose sur une centralisation des décisions et laisse peu d'autonomie aux responsables de pôle.

---

<sup>42</sup> Le pôle 9 « Imagerie » n'a plus de référent administratif depuis le départ de l'intéressée fin novembre 2009. Le directeur qui est référent administratif du pôle 3 « Urgences-réanimations-pédiatrie » est peu présent aux réunions de bureau de pôle, c'est également le cas du chef de service de réanimateur de Poissy, qui est également président de la CME et mobilisé par la préparation du prochain projet médical.

[167] **L'absence de suivi annuel du fonctionnement des pôles par le directeur n'est pas propice à un investissement décentralisé.** Nous n'avons retrouvé aucun compte-rendu de réunion entre les responsables de pôle (médecin/ cadre supérieur/directeur administratif) et le directeur permettant d'officialiser des rendez-vous stratégiques annuels (fixations d'objectifs, déclinaison de l'état d'avancement notamment à travers les fiches-action du PREF, présentation des réalisations et des difficultés, préparation de contractualisation)

[168] La mission considère que le directeur n'a pas intégré dans sa pratique quotidienne la nouvelle gouvernance et qu'il a délégué, à chacun de ses collaborateurs pour ce qui le concerne, le suivi des réalisations sans pilotage direct ni contrôle.

**Recommandation n°9 : Accélérer la mise en place des contrats de pôles et les délégations de gestion pour des signatures fin-2010. Cette délégation ne peut qu'être bénéfique à la réduction du déficit en responsabilisant les acteurs des pôles et en acceptant de leur faire confiance, elle ne peut que valoriser les professionnels et les associer plus directement à la réalisation des objectifs du PREF.**

**Recommandation n°10 : Sans attendre la finalisation de la comptabilité analytique, faire des délégations de gestion aux pôles dans les domaines de la formation, de l'évaluation/notation, de la gestion des secrétariats médicaux, et la programmation des remplacements.**

**Recommandation n°11 : Positionner en conséquence le cadre et la secrétaire de pôle.**

**Recommandation n°12 : Affecter d'ici septembre 2010, un cadre de gestion ou un contrôleur de gestion à chaque pôle (0,25 à 0,50 équivalent-temps plein selon les pôles et le niveau de délégation prévu dans les futurs contrats de pôle) et rattacher ce cadre de gestion au pôle.**

**Recommandation n°13 : Affecter un directeur référent à chaque pôle, le positionner comme tel et lui affecter un temps pour réaliser cette mission.**

**Recommandation n°14 : Mettre en place un EPRD et des tableaux de bord opérationnels pour chaque pôle.**

**Recommandation n°15 : Accorder des crédits en compensation du temps passé à la chefferie de pôle à utiliser par les pôles à leur gré.**

**Recommandation n°16 : Mettre en place des réunions thématiques mensuelles des responsables de pôles et des directeurs référents des pôles pour accélérer la mise en place des contrats de pôles et des délégations de gestion pour assurer un suivi trimestriel de l'avancement des objectifs.**

**Recommandation n°17 : Le directeur doit prévoir au moins, une réunion annuelle de fixation des objectifs et de bilan des réalisations avec chaque responsable de pôle.**

**Recommandation n°18 : Mettre en place une communication régulière positive sur les réalisations des pôles ne se limitant pas à l'atteinte des objectifs financiers.**

## Annexe 5.1 : Pôle « Périnatalité »

### 1. EQUIPE CHARGEE DU PILOTAGE DU POLE

*Responsable de pôle* : Dr Patrick ROZENBERG actuel chef de service de gynéco-obstétrique en mobilité à l'hôpital Necker depuis octobre 2009 pour devenir PU-PH ; le Dr LENCLEN responsable de l'unité fonctionnelle de réanimation néonatale assure son intérim pour un an.

*Cadre supérieure de pôle* : Mme Françoise DAMAGEUX

*Cadres de direction référents* : Mme Gaëlle FONLUPT et Mme Patricia AMIOT

### 2. SERVICES ET UNITES FONCTIONNELLES DU POLE

AMP clinique / Bloc maternité / Salles de naissance / Obstétrique / Orthogénie / Réanimation néonatale et néonatalogie / Urgences obstétricales

### 3. EFFECTIFS DU POLE

[169] Les derniers tableaux de bord du contrôle de gestion font état fin 2009 de 303,25 ETP de personnel non médical et 35,68 ETP de personnel médical<sup>43</sup>.

[170] 274 électeurs étaient inscrits pour le vote au conseil de pôle de juin 2009.

### 4. PRESENTATION DU POLE

[171] Regroupé sur le seul site de Poissy **depuis 2004** (à l'exception de l'activité d'orthogénie, qui devrait quitter Saint Germain d'ici fin 2010) grâce à l'énergie et la mobilisation des chefs de service de gynécologie-obstétrique successifs<sup>44</sup>, le pôle « Périnatalité » est reconnu comme une **référence sur l'Île de France, avec un service hospitalo-universitaire.**

[172] Il dispose d'une maternité de niveau III. Au-delà de son activité d'hôpital de proximité, il assure la prise en charge des grossesses à risque et est autorisé pour les activités d'assistance médicale à la procréation (AMP) en lien étroit avec le pôle n°4 logistiques médico-techniques qui réalise les activités de laboratoire pour ces grossesses ainsi que le diagnostic prénatal (DPN).

---

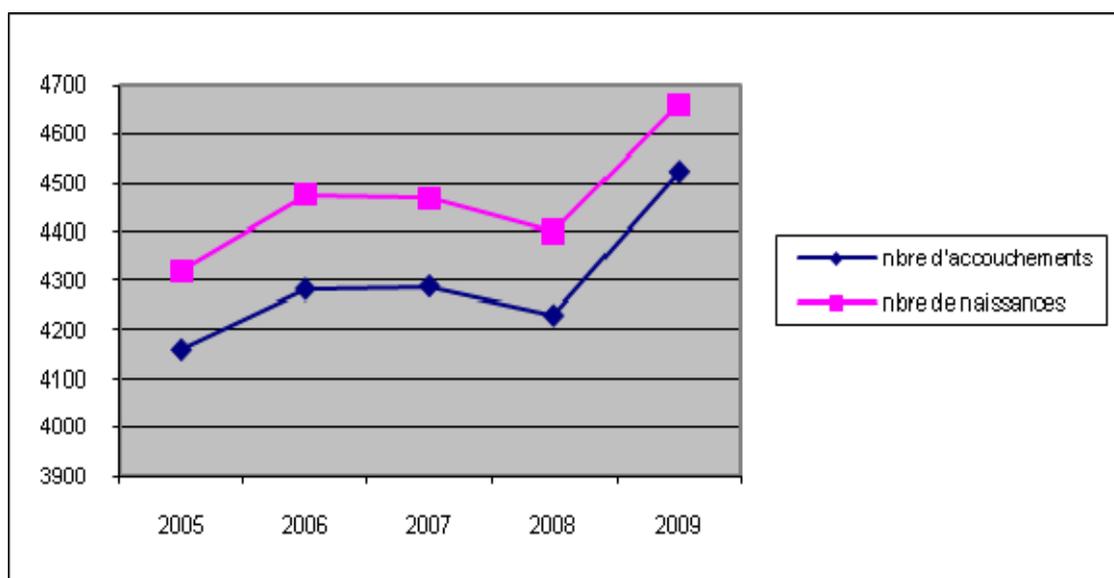
<sup>43</sup> Cf. annexe « Ressources humaines ».

<sup>44</sup> Et notamment du Professeur VILLE qui s'est fortement investi au motif du maintien de la qualité de la prise en charge et de la sécurité des soins et cela malgré l'opposition des politiques et en particulier du maire de Saint Germain qui souhaitait garder une activité d'obstétrique publique sur sa ville.

## 5. ACTIVITES DU POLE

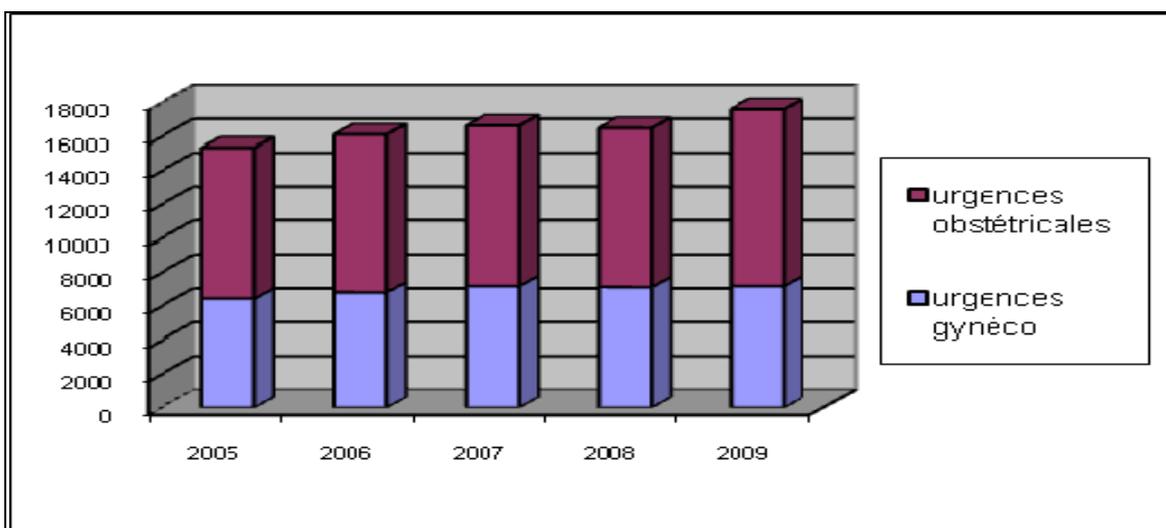
[173] Tous les indicateurs d'activités de ce pôle sont en hausse sur les 5 dernières années, il s'agit d'un pôle, que l'ancien chef de service d'obstétrique a constitué en associant logique médicale et logique économique. Il estimait lors du conseil exécutif du 29 janvier 2007, que depuis 8 ans, il avait redressé l'activité de son service et ne voulait que celle-ci soit affaiblie du fait du manque de maturité du projet de la pédiatrie (cf. constitution des pôles). Il convient cependant de rappeler que la nouvelle gouvernance impose à l'établissement un équilibre financier global, ce qui ne conduit pas obligatoirement à l'équilibre de chacun des pôles pris individuellement

Graphique 2 : Evolution des accouchements et des naissances 2005-2009



Source : CHIPS

Graphique 3 : Evolution des urgences gynécologiques et obstétricales



Source : Données CHIPS

Tableau 14 : Principaux indicateurs d'activité 2005-2009

<b>Maternité</b>					
	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
nombre d'accouchements	4157	4282	4288	4229	4524
nombre de naissances	4319	4475	4468	4400	4661
nombre de césariennes	1048	1058	1111	1190	1242
% césariennes	25,20%	24,70%	25,90%	28,10%	27,40%
urgences gynécologiques	6433	6815	7188	7127	7198
urgences obstétricales	8915	9305	9450	9366	10403
<b>total URGO</b>	<b>15348</b>	<b>16120</b>	<b>16638</b>	<b>16493</b>	<b>17601</b>
HAD	1294	1313	1301	1275	1199
consultations gynécologie	4633	4133	3313	3318	3472
consultations obstétrique		7356	6829	6176	5312
Echographies	3881	4426	4879	3228	2961
explorations fonctionnelles	2372	3003	2837	2996	3382
Amniocentèses	527	610	596	622	580
BT	313	262	298	246	341
<b>total prélèvements</b>	<b>840</b>	<b>872</b>	<b>894</b>	<b>868</b>	<b>921</b>
IVG médicamenteuses	972	896	923	951	886
IVG chirurgicales	591	583	587	514	494
<b>total IVG</b>	<b>1563</b>	<b>1479</b>	<b>1510</b>	<b>1465</b>	<b>1380</b>
<b>médecine néonatale</b>					
	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
hospitalisations réa NN	388	443	468	376	Non disponibles
jours réa NN	6666	6736	7227	4007	
hospitalisations SI NN	non individualisés de la réanimation			273	
jours SI NN				3458	
hospitalisations MNN	4 59	477	474	687	
jours MNN	7343	7091	6522	9599	

Source : Statistiques d'activité du pôle transmise par la cadre de pôle

## 6. LES PROJETS DE POLE DANS LE CADRE DU NOUVEAU PROJET MEDICAL

### 6.1. L'homogénéité du pôle, son développement d'activité et sa vocation hospitalo-universitaire en font un pôle qui fonctionne bien

[174] Le projet du pôle prévoit une activité qui devrait se stabiliser **autour de 4500 à 5000 accouchements par an jusqu'au transfert dans le nouvel hôpital** (+ 200/an), avec :

- Une limitation du nombre d'inscription des parturientes à 450 par mois ;
- Un nombre annuel de parturientes à bas risque qui pourrait croître d'ici 2014 jusqu'à 3750, sachant qu'en 2008, le nombre de parturientes transférées sur un autre établissement était de 130 (et d'environ 90 parturientes en 2009).

- [175] Deux axes sont prévus pour augmenter les possibilités d'accueil des parturientes à bas risque :
- la création d'une filière d'accouchements par des sages-femmes libérales et hospitalières ;
  - le développement de l'HAD obstétricale qui fonctionne avec 12 places (sur les 22 places autorisées).
- Une augmentation du taux des grossesses à haut risque entre 2010 et 2014 (de 20 à 25% des accouchements : soit de 900 à 1250 accouchements avant 2014), sachant que sur les 6 premiers mois de 2009, 63 parturientes ont été refusées faute de place en néonatalogie.*
- [176] Cette prise en charge conduit à prévoir une *augmentation des consultations*, échographies et explorations fonctionnelles obstétricales hyperspécialisées (HTA, diabète...).
- [177] Trois activités sont fortement liées à la prise en charge des grossesses à risque :
- la prise en charge des hémorragies graves du post-partum : l'établissement prévoit la création d'un centre d'embolisation artérielle (avec un volume d'activité de 20 à 40 patientes/an)<sup>45</sup> ;
  - le développement de l'activité du centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal (CPDPN), avec une volonté d'accréditer les échographistes dans le cadre du dépistage de la trisomie 21 ;
  - le renforcement de la reconnaissance du centre d'assistance médicale à la procréation (AMP) en lien avec l'activité de laboratoire (l'établissement étant le seul centre d'AMP public du département et le seul centre à organiser le don d'ovocytes des Yvelines) avec une augmentation d'activité attendue de 400 fécondation in vitro (FIV) en 2008 à 750 en 2014 et de 650 inséminations intra-utérines à 750 en 2014 ;
- [178] Ces activités nécessitent de poursuivre et amplifier le partenariat avec les autres acteurs de périnatalité, notamment du secteur libéral à travers des conventions notamment via le réseau MYPA<sup>46</sup>.

## **6.2. L'orthogénie doit être réorganisée en 2010**

- [179] Quant à *l'orthogénie*, (950 IVG médicamenteuses et 510 IVG chirurgicales/an) activité pratiquée actuellement sur Saint Germain dans des conditions de prise en charge qui peuvent être améliorées (sécurité chirurgicale et développement de l'anesthésie générale), une nouvelle organisation devrait se mettre en place, qui pourrait conduire à une reprise de l'activité par le service de gynécologie-obstétrique de Poissy. Le CHIPS réalise annuellement près de 1500 IVG, c'est-à-dire la moitié des interventions effectuées dans le département.

## **6.3. Le pôle souhaite développer la démarche de gestion des risques pour améliorer la sécurité des soins**

- [180] Le pôle a inscrit dans son projet une démarche de gestion des risques à travers le développement de revues de morbidité et mortalité et le suivi des actions préconisées, avec une analyse intégrant les facteurs humains et organisationnels.<sup>47</sup>

<sup>45</sup> Un courrier de l'ARH en date du 29 janvier 2010 proposant à l'établissement de réfléchir à un projet d'organisation interne avec un soutien financier de 80.000€

<sup>46</sup> Maternité en Yvelines et Pays associés.

<sup>47</sup> En lien avec M [REDACTED] qui pilote et coordonne l'organisation de réunions de gestion du risque. Depuis septembre 2008, le groupe de gestion des risques associés aux soins (GRAS) a été officialisé et présenté en CME en lien avec la direction de la qualité. Certains professionnels, médecins et cadres de santé, notamment des services d'anesthésie ou d'obstétrique sont fortement mobilisés par le pragmatisme de cette démarche. Il s'agit notamment à partir de l'examen d'un incident ou d'un accident (ou de ce qui aurait pu l'être) de décrire l'événement, le contexte, d'en analyser les causes,

#### **6.4. La maternité et la réanimation néonatale sont interdépendants pour la prise en charge mères-bébés**

- [181] Ce sont les activités de réanimation néonatale, qui permettent à la maternité d'être classée en niveau III et la réanimation néonatale fonctionne en quasi-autarcie à partir de l'activité de la maternité (95% des nouveau-nés du service). Cette complémentarité et cette interdépendance les unissent dans le pôle sachant que ce service ne choisit pas les nouveau-nés qui entrent en réanimation et que le recrutement dépend de la maternité. A partir de la réanimation, seuls quelques enfants sortent pour un retour au domicile, la majorité étant transférée dans un centre de niveau II.
- [182] Les décrets « périnatalité » déterminent les effectifs (sachant à l'étage des grossesses normales, il n'y a ni infirmière, ni puéricultrice et uniquement des sages-femmes).
- [183] Les effectifs théoriques sont conformes, mais le cumul du temps additionnel est problématique et doit être pris au sérieux. Ainsi, fin 2009 **les sages-femmes avaient cumulé 14.730 heures**. Il existe un conflit d'intérêt entre le service de réanimation néonatale qui, avec le cumul du temps additionnel doit, soit permettre aux médecins réanimateurs de récupérer (congés / ne pas travailler un lendemain de garde) mais cela va conduire à une baisse d'activités (par fermeture de lits si c'est la seule solution) ou maintenir l'activité et fonctionner à la limite de la sécurité ou en recrutant de nouveaux médecins. **Fin 2009, le temps additionnel médical de réanimation représente 1400 jours pour l'ensemble du service soit 6 années d'un ETP médecin.**

#### **6.5. Les projets pour développer les activités bénéficiaires prévues au PREF n'ont pas encore produit de résultats financiers significatifs**

- [184] L'établissement n'envisage pas le développement de l'ensemble de ces activités sans une adaptation des moyens médicaux et non médicaux et de l'organisation de la réanimation néonatale et de la néonatalogie.
- [185] **L'axe 2 du PREF relatif au développement d'activités bénéficiaires a retenu 37 fiches** sur les 52 propositions discutées suite aux travaux d'appui de Cap Gemini. Il prévoit d'ici 2012, par la réalisation de ces actions un **gain de 16,2 millions d'euro avec un échéancier sur 4 à 5 ans**.
- [186] En mai 2009, les gains des trois actions relevant de l'axe 2 du pôle « Périnatalité » étaient estimés à **2.178K€** répartis comme suit :
- augmenter les capacités en **obstétrique : 1.766K€**;
  - créer une unité kangourou : **299K€**;
  - créer une unité de soins continus (USCO) : **113.K€**
- [187] Aucune des fiches n'a l'objet d'un suivi systématique par l'établissement, avant que nous ne l'interrogeions explicitement.
- [188] Voici les réponses fournies par le directeur, à partir des tableaux élaborés en mars 2010 par le contrôleur de gestion.

**1. augmenter les capacités en obstétrique** : « L'activité augmente entre 2008 et 2009, mais la part d'accouchements de niveau 1 a progressé ainsi que le nombre de bornes basses, d'où **une valorisation en deçà du chiffre PREF**. Par ailleurs, **les tarifs de la version V11b ne sont pas favorables à l'établissement**. Une réflexion est en cours avec le pôle sur l'opportunité de développer le nombre d'accouchements comme prévu (diminution des bornes basses et du niveau 1 et développement du niveau 3) ».

---

d'en extraire des recommandations et de faire évoluer les procédures pour éviter que de tels incidents ou accidents se renouvellent. Cette démarche peut avoir un impact sur le coût de l'assurance payée par l'établissement.

2. **créer une unité kangourou** : « L'identification d'une unité kangourou de 6 lits devrait permettre de faire baisser la durée moyenne de séjour et d'accueillir des nouveau-nés malades ou prématurés, qui en 2008 ont été pris en charge dans le service de néonatalogie (environ 60) et porterait la capacité en néonatalogie à 24 lits. **L'ouverture prévue initialement fin 2009 est reporté à septembre 2010** (les travaux ayant été plus importants que prévus).

3. **créer une unité de soins continus** : « L'établissement est actuellement autorisé, comme maternité de niveau III pour 12 lits de réanimation néonatale et 12 lits de soins intensifs et 22 lits de néonatalogie. La création d'une unité de soins continus (avec ouverture prévu début 2010) devait permettre de mieux valoriser une activité qui, jusqu'à présent était réalisée en salle de réveil. Mais cette **unité a fonctionné avec un remplissage inférieur à celui qui était prévu.** »

[189] L'établissement précise par ailleurs « qu'une discussion avec le responsable du pôle chirurgie-blocs et un cadre infirmier anesthésiste (IADE) a mis en évidence un recours non systématique à l'USCO (utilisation de la salle de réveil à la place). Une procédure va être mise en place. Par ailleurs, une autorisation a été accordée à l'établissement pour l'activité de prise en charge des hémorragies graves de la délivrance. **L'évolution probable de reste à chiffrer** »

## Annexe 5.2 : Pôle « Psychiatrie »

### 1. EQUIPE CHARGEE DU PILOTAGE DU POLE

*Responsable du pôle* : Dr F. Régis COUSIN

*Cadre de pôle* : Mme Nora BOUAMRANE

*Cadres de direction référents du pôle*: Mme Joséphine ROMANO et M. Bernard DORLAND

*Secrétaire référente du pôle* : Mme Françoise TROCHON

### 2. SERVICES ET UNITES FONCTIONNELLES DU POLE

Pédopsychiatrie (intersecteur 78 I 02 créé en 2002)

Psychiatrie adulte 78G avec les trois secteurs : secteur 04, secteur 05 et secteur 06

### 3. EFFECTIFS DU POLE

[190] Les derniers tableaux de bord du contrôle de gestion font état fin 2009 de 242,48 ETP de personnel non médical et 29,24 ETP de personnel médicaux.

[191] 270 électeurs étaient inscrits pour le vote au conseil de pôle de juin 2009.

### 4. PRESENTATION DU POLE

[192] Les services conservent des chefferies distinctes mais le choix d'une discipline unique dans la constitution du pôle facilite le travail collectif entre les secteurs.

[193] Le pôle est en bi-site avec une activité intra-hospitalière sur Saint Germain totalement en lien avec les services cliniques, alors qu'à Poissy la localisation des services d'hospitalisation en face du centre hospitalier ainsi que l'historique de fonctionnement des anciennes équipes conduit à une prise en charge psychiatrique plus distincte et moins intégrée aux cliniciens.

[194] Les activités sectorielles sont délocalisées pour couvrir un secteur d'environ 70.000 habitants. L'unité intersectorielle de Poissy-Saint Germain Montesson dispose de lits d'hospitalisation sur le site hospitalier de Saint Germain.

[195] Il existe un inter-secteur de psychiatrie infanto-juvénile et l'établissement assure également la couverture des besoins psychiatrique de la maison centrale de Poissy (230 détenus en longue peine).

[196] L'accueil des urgences psychiatriques est organisé sur les deux sites, avec une chambre d'isolement aux urgences de Poissy, qui n'est pas humainement acceptable et mériterait d'être aménagée pour recevoir des patients difficiles.

[197] La prise en charge extrahospitalière est organisée classiquement au sein des centres médico-psychologiques (CMP), hôpitaux de jour (HDJ) et centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP).

[198] L'accueil familial et thérapeutique existe sur les trois secteurs et l'établissement travaille avec une communauté thérapeutique (maison individuelle pour 12 patients psychotiques stabilisés), agréée par le conseil Général de Seine Maritimes. Le nombre réduit de foyers d'accueil médicalisés (FAM) complexifie la prise en charge d'aval. **La poursuite d'une réflexion avec la collectivité départementale mérite d'être menée, avec des projets susceptibles d'être cofinancés avec la CNSA dans le cadre du PRIAC<sup>48</sup>.**

- Organisation de la psychiatrie adulte

Tableau 15 : Les trois secteurs de psychiatrie adulte

PSYCHIATRIE « ADULTE »	Médecin responsable	Hospitalisation
<b>Secteur 78G04</b>	Dr GRANDIN	19 lits à Poissy
Unité de préparation à la sortie		10 lits rattachés au <b>secteur 78G04</b>
<b>Secteur 78G05</b>	Dr BENZAKEM CARLIER	25 lits à Poissy
Couverture psychiatrique de la maison centrale de Poissy		230 détenus de longue peine dépendant du <b>secteur V</b>
<b>Secteur 78G06</b>	Dr COUSIN	22 lits à Saint Germain
Unité intersectorielle CHIPS CH de Montesson		12 lits d'urgence à Saint Germain

[199] Une des caractéristiques du fonctionnement actuel du secteur 78G05 est une localisation des activités extrahospitalières [CMP (plus de 1.000 patients en file active), HDJ (34 places avec près de 690 patients en file active) et CATTP (10 places pour 70 patients en file active) dans les bâtiments hospitaliers vétustes de Poissy : **cette priorité de délocalisation devra être réglée avant le transfert dans le nouvel hôpital.**

- Organisation de la psychiatrie infanto-juvénile

[200] La psychiatrie infanto-juvénile est organisée autour de 4 centres médicopsychologiques (CMP à Achères, Chanteloup les Vignes, Conflans et Poissy), 2 hôpitaux de jour (Conflans et Poissy) et 2 centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP à Conflans et Poissy).

Tableau 16 : Activité 2009

Hébergement	Total Séjours	Journées > 24h	Lits exploités	Journées < 24h	Places exploitées	Taux occupation
Pédopsychiatrie.	30			2711	19	125,96%
78G04	435	9498	29	1785		
78G05	542	8.628	24	5.476	32	83,89%
78G06	1211	10.343	34	10.992	24	205,96%
total	2142	28.469	87	20.964	75	153,85%

Source : Données présentée par le contrôleur de gestion en réunion de pôle le 9 février 2010 pour validation par les professionnels.

<sup>48</sup> Programme interdépartemental d'accompagnement pour les personnes âgées et handicapées.

## 5. PROBLEMATIQUES ET PROJET DE POLE

### 5.1. *L'objectif prioritaire du pôle est de préparer Chambourcy avec des projets médicaux par service à périmètre constant et sans financements nouveaux, ce qui revient à*

- **Externaliser** avant 2014, le CMP, le CATTP et l'HJ du secteur 78G05 au centre-ville de Poissy si possible (soit par un achat immobilier, soit par une location de locaux) ;
- Analyser l'opportunité de supprimer ou si son maintien se justifie de faire fonctionner l'**unité de préparation à la sortie** (UPS) de façon intersectorielle en ajustant les effectifs ;
- **Expertiser la nécessité de garder une unité de court séjour (24h à 72h)** qui est fermée depuis plusieurs mois faute de personnel infirmier<sup>49</sup> ;
- **Regrouper les deux hôpitaux de jour du secteur infanto-juvénile** [prise en charge des enfants de 3 à 6 ans Poissy et enfants de 6 à 12 ans à Conflans)] **sur un site tiers à Achères.**
- **Créer un pôle « petite enfance »** en liaison avec la maternité, la pédiatrie et la PMI pour permettre le dépistage et la prise en charge précoces et la thérapie mère-enfant
- Dans l'inter-secteur de pédopsychiatrie, la création d'une unité pour les adolescents, ne semble pas faire l'unanimité au sein de l'établissement. **Une réflexion conjointe avec la pédiatrie est cependant nécessaire pour coordonner les prises en charge notamment pour les adolescents suicidant ou présentant des troubles lourds du comportement**<sup>50</sup>.

### 5.2. *D'autres objectifs sont à mettre en place avant le transfert dans le nouvel hôpital*

- la mise à plat des pratiques (liées aux diverses écoles) et leur harmonisation sur les deux sites ;
- la définition commune d'indicateurs sur l'ensemble du pôle; les demandes des interlocuteurs internes (DAF/ DAM...) et externes (DDASS/CG...) étant multiples et diverses, le pôle travaille au recensement de celles-ci et à une maquette commune ;
- la participation à l'élaboration des plans du nouvel hôpital et au business-plan sur les effectifs futurs.

### 5.3. *En psychiatrie, il n'est pas prévu le développement de nouvelles activités bénéficiaires*

[201] L'axe 2 du PREF relatif au développement d'activités bénéficiaires qui a retenu 37 fiches après les travaux d'appui de Cap Gemini. Il prévoit d'ici **2012, par la réalisation de ces actions un gain de 16,2 millions d'euro avec un échéancier sur 4 ans.**

[202] **Aucune des actions du pôle psychiatrie ne relève de l'axe 2. Elles concernent l'axe 1 « Régularisation de la valorisation de l'activité existante »<sup>51</sup> et l'axe 3 « Restructuration et redimensionnement d'unités de production »<sup>52</sup>.** Aucun bilan n'est disponible.

<sup>49</sup> Selon le responsable de pôle : « soit cette structure est utile pour les patients et permet un confort de fonctionnement pour les équipes et on redéploie du personnel, soit c'est inutile et il faut la supprimer ».

<sup>50</sup> Cf. Fonctionnement au centre hospitalier de Valenciennes.

<sup>51</sup> Trois actions sont retenues : 1) Valoriser les consultations en psychiatrie non facturées 2) Valoriser l'activité de sismothérapie au bloc opératoire de Saint Germain et 3) Valoriser les consultations psycho-traumatiques et familiales.

<sup>52</sup> Une action est prévue : Réorganiser les gardes et astreintes en psychiatrie.



## **Annexe 5.3 : Pôle « Urgences Réanimation Pédiatrie »**

### **1. EQUIPE CHARGEE DU PILOTAGE DU POLE**

*Responsable de pôle* : Dr Nicolas SIMON

*Cadre de pôle* : Mme Marie-Catherine MANGOU

*Cadres de direction référents* : M. Gilbert CHODORGE et Mme Patricia AMIOT

### **2. SERVICES ET UNITES FONCTIONNELLES DU POLE**

Pédiatrie (5 UF) / Réanimation et Unité de surveillance continue (3 UF : sites de Poissy et de Saint Germain) / Urgences (4 UF : sites de Poissy et de Saint Germain) / SMUR (sites de Poissy et de Saint Germain).

### **3. EFFECTIFS DU POLE**

[203] A partir des tableaux de bord élaborés par le contrôleur de gestion fin 2009, les effectifs sont de 314,66 ETP personnels non médicaux et de 109,69 ETP personnels médicaux. (soit environ 415 ETP agents).

[204] 376 électeurs étaient inscrits au vote du conseil de pôle de juin 2009.

### **4. PRESENTATION**

[205] Il s'agit d'un pôle regroupant trois gros secteurs d'activité, dont deux encore implantés sur les deux sites (réanimations et urgences/SMUR)<sup>53</sup> et un troisième (pédiatrie), pour lequel les discussions ont été vives quant à son rattachement à un pôle particulier<sup>54</sup>. L'actuel chef de service de pédiatrie s'est fortement mobilisé pour le regroupement sur un seul site (opérationnel depuis juin 2007) malgré la pression des politiques locaux et en particulier du maire de Saint Germain.<sup>55</sup> Il a fini par accepter le rattachement à ce pôle, sans véritable logique, excepté que 90% des hospitalisations pédiatriques arrivent par la filière des urgences.

[206] Il existe une mutualisation des personnels paramédicaux des deux sites et il règne entre les cadres une entraide réciproque générée par la personnalité de la cadre du pôle qui assure une véritable cohésion de pôle. Son départ en retraite en juin 2010 va conduire à une équipe de pôle différente, le responsable du pôle s'interrogeant sur la poursuite d'un second mandat.

---

<sup>53</sup> Il s'agit également des deux dernières activités (en dehors de la psychiatrie), qui ont encore un chef de service pour chacune des deux disciplines (urgences et réanimation) sur chacun des sites de Poissy et Saint Germain.

<sup>54</sup> Les pédiatres souhaitant un bloc homogène avec la réanimation néonatale et la néonatalogie, donc un rattachement au pôle « Périnatalité », ce qui n'a pas été accepté par l'ancien chef de service de gynécologie-obstétrique.

<sup>55</sup> Qui souhaitait conserver la maternité et la pédiatrie publiques sur sa commune.

## 5. PROBLEMATIQUES ACTUELLES ET PROJET DU POLE

### 5.1. *La pédiatrie : une bonne réponse de proximité*

#### 5.1.1. **La pédiatrie est un secteur d'activité qui prend en charge des pathologies courantes et répond bien aux besoins de proximité de la population avec une activité de référence pour certaines prises en charge**

- Une activité d'urgence pédiatrique soutenue: **21.000 passages aux urgences en 2009** ;
- Un nombre important de **consultations près de 13.000/an** (liés à la quasi-absence de pédiatrie libérale) ;
- Des activités spécialisées **en hospitalisation de jour et complète**<sup>56</sup> (plus de 4.000 séjours);
- Un **secteur « adolescents »** en développement (mal-être, anorexie et diabétologie).

[207] Des collaborations avec les médecins de ville existent par l'intermédiaire de réseaux de santé qui fonctionnent bien (REPOP et obésité / RIFHOP et oncologie-hématologie / ROFSED et drépanocytose / RIFASE et asthme).

[208] Une réflexion interne existe **pour mutualiser les personnels pour les activités de pédiatrie** avec un secteur d'hospitalisation complète, avec une forte activité saisonnière (bronchiolites...), un secteur d'urgences très hypertrophié et un secteur de consultations très consommateur de personnel notamment médical.

[209] Il y a un problème de valorisation notamment par la borne basse, car les enfants sortent dès qu'ils vont mieux et le service ne garde en hospitalisation que les tout-petits les plus fragiles.

[210] Le développement de l'éducation thérapeutique de l'enfant n'est pas une entière priorité, malgré son intérêt majeur dans la prise en charge, faute de disponibilité en personnel et du fait d'une valorisation inadaptée, qui pénalise l'établissement<sup>57</sup>.

[211] L'opportunité de **recruter un véritable chirurgien pédiatrique** (ou de passer une convention avec AP-HP pour l'Ouest parisien) devrait inciter l'établissement à faire des propositions dans le cadre du futur projet médical, car les besoins existent et les enfants se font opérer sur l'hôpital Necker.

#### 5.1.2. **Deux points méritent une réelle attention**

- La difficulté de fonctionnement liée à une accumulation du **temps additionnel médical** pouvant conduire à des absences très longues de pédiatres sur leur CET (environ 1 an avant leur date officielle de retraite) sans possibilité de recruter et à des **effectifs de médecins réellement présents fragiles** et qui conduisent à une nouvelle accumulation de temps (cf. annexes 6-2 et 6-3);
- Il n'est pas évident que ce secteur d'activité du pôle puisse s'équilibrer, encore moins être bénéficiaire, mais il répond à un besoin de santé publique, qui doit être satisfait pour la population du bassin de vie ; l'équilibre financier devant se faire non au niveau de chacun des pôles mais de l'ensemble de l'établissement.

<sup>56</sup> Notamment : asthme (file active de 100 enfants en oncologie pédiatrique), diabète (file active de près de 200 enfants en diabétologie), drépanocytose (file active de 70 enfants)...

<sup>57</sup> Tarification de consultations médicales insuffisantes, absence de tarification pour des consultations non médicales, temps de coordination non reconnu, T2A défaillante en l'absence d'actes traceurs, absence de budget MIG....

## 5.2. *Les urgences médico-chirurgicales : une activité en croissance régulière*

### 5.2.1. **Des intérêts particuliers freins à la réorganisation**

- [212] Initialement les deux sites (avec 9 lits d'UHTCD<sup>58</sup> sur Poissy et 5 lits à Saint Germain) étaient ouverts 24h/24, notamment avec des effectifs de personnels paramédicaux satisfaisants et des effectifs médicaux fluctuants sur Saint Germain ce qui était difficilement gérable sur 24 heures. De plus, lorsque les activités de bloc et la salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) de Saint Germain ont fermé la nuit et que la décision a été prise de regrouper les urgences lourdes sur Poissy, la question a été posée de fermer les urgences de Saint Germain la nuit. Avec le maintien de deux chefferies de services d'une part, et l'intervention des politiques locaux, d'autre part, les freins ont été multiples et les oppositions à cette organisation ont fortement ralenti la prise de décision.
- [213] La fermeture des urgences de nuit à Saint Germain a été imposée le 15 octobre 2002 avec des horaires 8h-22h mais il restait une équipe infirmière pour couvrir le créneau 20h-22h pour quelques patients sur cette plage horaire, et pour un coût de fonctionnement annuel d'environ 70.000€
- [214] A l'été 2009, le président du conseil d'administration a enfin accepté de fermer les urgences de Saint Germain à partir de 20h ; les équipes d'infirmières travaillent depuis en 12 heures.
- [215] **Dans l'immédiat, il est impossible de regrouper les urgences sur un même lieu**, compte tenu des volumes d'activité sur chaque site (50 passages adulte/ jour à Saint Germain et 120 passages/jour à Poissy : soit un total d'environ **60.000 passages adultes annuels**), des disciplines existants sur chaque site et enfin du fait de l'exiguïté des locaux des urgences de Poissy, qui conduit déjà à un accueil inadapté (brancards dans les couloirs...). *Cependant la population du bassin (environ 550.000 habitants) justifierait un seul service d'accueil d'urgences (SAU).*
- [216] Le regroupement du service sous la responsabilité d'un seul chef de service est un préalable pour l'élaboration d'un projet commun. Les choses évoluent lentement, mais l'opposition Poissy-Saint Germain est toujours présente et les pressions locales ne facilitent pas les prises de décisions.
- [217] Cependant en 2009, l'organisation et le fonctionnement des deux services d'urgences, ont commencé à devenir plus transparents :
- La mutualisation des médecins des SMUR et des urgences est réalisée sur chaque site avec l'élaboration des plannings médicaux sous la responsabilité d'un seul praticien ;
  - Au rythme des départs et des remplacements, les nouveaux médecins sont recrutés en bi-site ;
  - Avec le logiciel URQUAL, l'activité peut être suivie en direct à partir des deux sites, permettant de visualiser les différences d'activité pour travailler sur l'ajustement des effectifs.
- [218] **Trois SMURS sont autorisés pour le CHIPS** (un primaire sur chacun des 2 sites et un secondaire). Le total des sorties était en 2008 de 4452 (dont 645 transports secondaires).

### 5.2.2. **Les éléments d'orientation du futur projet médical pour préparer le transfert**

- [219] Les deux services d'urgence devront se transformer en une structure unique, qui fonctionnera autour d'une équipe mutualisée, avec des objectifs, des modalités de fonctionnement et des procédures communs, avec à sa tête un seul responsable de service.

---

<sup>58</sup> Unité d'hospitalisation de très courte durée (UHTCD) ou zone de surveillance de très courte durée (ZSTCD).

- [220] Les équipes du SMUR ont également vocation à travailler au sein de la structure unique Urgences-SMUR à l'échelle de l'établissement et non d'un seul site.
- [221] Cette organisation unique nécessite dès à présent une prise en compte particulière des équipes médicales avec une réflexion plus générale sur les parcours professionnels afin d'éviter l'épuisement professionnel et les départs de médecins. ***Le principe de réalité de la démographie médicale et le souhait de concilier activités professionnelles et temps personnel devrait rapidement inciter l'établissement à ré-ouvrir ce chantier de l'organisation du temps médical*** (8 postes vacants au service urgences/SMUR d'ici juin 2010 compte-tenu des départs, prises de CET et congés de maternité et seulement 4 recrutements).
- [222] A noter que la CME du 18 mars 2010 vient de proposer la fusion des services de SMUR.
- [223] Le pôle a par ailleurs proposé pour organiser « *le bon soin au bon moment au bon endroit* » **la création d'une unité de coordination des hospitalisations**, qui non seulement aurait vocation à optimiser l'interface entre le service des urgences et les autres services de l'établissement, mais aussi à gérer la programmation des lits d'hospitalisation (entrées/sorties/mutations). Cette unité pourrait également mieux assurer la coordination entre l'hôpital et la ville.

**Recommandation n°19 : Compte tenu des personnalités et des soutiens locaux, il faudra une volonté forte pour fusionner le service, mais une décision devra être prise pendant cette phase intermédiaire pour travailler sur l'harmonisation des pratiques et définir une organisation unique avant le transfert : le plutôt serait le mieux.**

**Recommandation n°20 : Le fonctionnement des urgences risque d'être difficile, si l'établissement n'arrive pas à recruter pour mi-2010 ou ne propose pas une nouvelle organisation.**

### **5.3. *La réanimation : une baisse d'activité sur les deux sites et des départs de médecins qui obligent à réfléchir très rapidement à une nouvelle organisation qui garantisse la sécurité des soins sur les deux sites***

- [224] La présence d'un service de réanimation sur les deux sites (12lits X 2) et d'une unité de soins continus (6 lits) sur Poissy persiste depuis la fusion de 1997. En 2009, les deux chefs de service sont toujours en poste, ce qui n'a pas permis jusqu'ici la mutualisation des équipes médicales. Cependant les pratiques médicales ont évolué, le recrutement de patients baisse, le remplacement des infirmières commence à poser problème et le départ de certains réanimateurs sur le site de Poissy est programmé. De plus, l'établissement ne peut se permettre de faire perdurer un déficit sur une telle organisation. Des décisions vont devoir être prises rapidement en 2010.

#### **5.3.1. Des difficultés qui obligent à réfléchir à une nouvelle organisation**

##### **5.3.1.1. Les arguments pour regrouper les deux sites de réanimation sur Poissy**

- *Un recrutement insuffisant de patients*

- [225] **Cette baisse générale sur l'Ile de France d'activité** est due à une stabilité du nombre de lits de réanimation sur l'Ile de France, alors que la prise en charge plus précoce de certaines pathologies (asthmes / pathologies infectieuses sévères...) avec des protocoles renforcés conduit à moins d'hospitalisations en réanimation. Le système d'information régionale (CAPRI) fait état d'une disponibilité régionale quotidienne autour de 100 lits.

Tableau 17 : Lits théoriques et activité potentielle

	Nombre de lits théoriques	365 jours	CA 8 semaines	Jours réalisables	Remarques
Réanimation PY	12 lits	4.320	224	4.156	
USC PY	6 lits	2.190		2.190	
Réanimation SG	12 lits	4.380	168	4.212	En 2009 9 lits mais seuls 7 lits sont restés ouverts avec un fonctionnement faute d'infirmières
TOTAL	30 lits	10.950	392	10.558	

Source : *Retraitement IGAS des données obtenues par les réanimateurs*

	ACTIVITE 2008				ACTIVITE 2009			
	N	J	DMS	TO %	N	J	DMS	TO %
Réanimation PY	520	2536	4,9	61%	452	2.604	5,7	62,7%
USC PY	514	1.329	2,6	60,7%	665	1.745	2,6	79,7%
Réanimation SG	531	2.863	5,4	68%	384	2.624	6,8	62,3%
TOTAL	1.565	6.728	4,3	63,7%				

Source : *Retraitement IGAS des données obtenues par les réanimateurs*

[226] Le résultat c'est moins de patients admis dans chaque service de réanimation d'où un risque de perte de compétence des médecins des deux sites<sup>59</sup>.

- *Des difficultés de recrutement du personnel paramédical sur les deux sites et des départs de médecins programmés sur le site de Poissy*

[227] Environ, une nuit sur trois, la réanimation de Poissy fonctionne avec du personnel vacataire ou intérimaire. Les réanimateurs soulèvent la question de la fiabilité et de la compétence de cette catégorie de personnel sur une activité aussi technique, et donc de la qualité et de la continuité des soins.

[228] Des fermetures de lits ont été décidées sur Saint Germain, suite à l'audit Cap Gémini (passage de 12 lits à 9 lits), mais faute d'infirmières (18 postes pourvus sur 30) souvent seuls 7 lits fonctionnent.

[229] Par ailleurs, le turn-over médical s'accélère et des départs sont programmés d'ici mi-2010 notamment sur le site de Poissy<sup>60</sup>, qui vont rendre la permanence des soins très problématique.

- *Le coût du maintien des deux sites dans un contexte de déficit de l'établissement*

[230] En 2008, les coûts de fonctionnement étaient estimés à 14, 7 millions d'euros et les recettes à 9,4 millions d'euros, soit **un déficit annuel de 5, 3 millions d'euros**.

<sup>59</sup> Une étude du New England Journal of Medicine de 2006 (Kahn et al) sur 20.000 patients non chirurgicaux montre qu'il existe un effet seuil de compétence, qui influe sur le taux de mortalité : si la mortalité est de 1 pour 100 patients pris en charge/an, elle baisse à 0,80 pour 350 patients pris en charge/an et encore de moitié à 0,4 pour 800 patients pris en charge/an

<sup>60</sup> Un départ en 2009 et trois départs de praticiens hospitaliers sont prévus en 2010 et il ne restera que 2 médecins : le chef de service du site de Poissy (également président de CME) et un assistant.

- [231] Des simulations ont été réalisées à partir des données d'activité internes, pour calibrer le nombre de lits de **30 lits à 18 ou 20 lits** de réanimation et de soins continus nécessaires à l'établissement, faisant passer celui-ci de.

Tableau 18 : Impact sur l'offre de soins en lits de réanimation et de soins continus

Années	Lits théoriques	Patients admis	Jours réalisés	DMS (PMSI)	TO	LITS NECESSAIRES		
						TO 100%	TO 90%	TO 80%
2008	30	1565	6728	4,3	63,7%	18,6	20,6	23,6
2009	30	1501	6973	4,6	66%			

Source : PMSI pilot + simulation proposée lors d'une assemblée générale des médecins fin 2009

- 5.3.1.2. Des réponses doivent être apportées aux interrogations médicales légitimes de certains praticiens de Saint Germain, réticents ou opposés au regroupement de la réanimation sur un site unique

- [232] Quelques préalables sur l'organisation et le fonctionnement actuels du site de Saint Germain méritent d'être rappelés pour comprendre les enjeux en présence.
- [233] Depuis le transfert de la maternité et de la cardiologie sur le site de Poissy, la fermeture des urgences après 20 heures et l'arrêt du fonctionnement du bloc opératoire la nuit, **le seul médecin senior présent sur place la nuit sur le site de Saint Germain est le réanimateur.**
- [234] Ce réanimateur affecté à la prise en charge des patients de réanimation sur Saint Germain se retrouve de fait, être celui qui répond en priorité aux demandes d'avis ou interventions des internes la nuit, avant que les médecins d'astreintes ne soient appelés (160 appels identifiés en 2007 et 92 en 2008.).
- [235] Sur la période de jour, les réanimateurs répondent également à des demandes d'avis de leurs collègues des autres services (174 en 2007 et 188 en 2008).

Tableau 19 : Nombre d'avis donnés par les réanimateurs de Saint Germain en 2007 et 2008

	2007	2008
<b>Nombre d'avis</b>	<b>408</b>	<b>397</b>
Période de garde	174 (43%)	188 (47%)
Période de jour	160 (39%)	92 (23%)
Non documentés	74 (18%)	117 (29%)

Source : Document remis par le chef de service de réanimation de Saint Germain

- [236] Les principaux services concernés sont les urgences, le service de maladies infectieuses et tropicales, la pneumologie et la médecine interne.

Tableau 20 : Répartition des avis selon les services en 2007 et 2008

	2007	2008
Nombre d'avis	408	397
Urgences	133 (33%)	86 (22%)
SMIT	48 (12%)	46 (12%)
Pneumologie	49 (12%)	61 (15%)
Médecine B	35 (9%)	30 (8%)
Chirurgie	32 (8%)	39 (10%)
Autres services	60 (15%)	57 (14%)
Extérieur (autres hôpitaux, SAMU...)	51 (13%)	78 (20%)

Source : Document remis par le chef de service de réanimation de Saint Germain

- [237] Les réanimateurs de Saint Germain sont également susceptibles d'être appelés pour des arrêts cardiaques ou des détresses vitales dans les services. Cela représente, 29 interventions en 2007, 31 en 2008 et 22 en 2009.

Tableau 21 : Appels pour arrêt cardiaque dans les services et répartition par services

Répartition selon les services	2008	2009
Chirurgie	9	2
SMIT	4	4
Médecine B	3	0
Pneumologie	2	3
Urgences	4	2
UCV / Cardiologie	3	1
CATDB	2	1
Diabétologie	1	0
Scanner / Radiologie	0	3
SSR Rééducation Gériatrie	2	4
Autres	1	2
TOTAL	31	22

Source : Document remis par le chef de service de réanimation de Saint Germain

### 5.3.2. Des scenarii en attente d'une décision des instances

- [238] Depuis plusieurs mois (septembre 2009, départ du premier réanimateur de Poissy), des discussions se sont organisées entre les réanimateurs des deux sites pour trouver une solution acceptable pour améliorer l'organisation et les conditions de travail des personnels de réanimation, mais également et surtout prendre en charge les patients dans des conditions de sécurité adaptées.
- [239] Deux scenarii sont envisagés dans les réunions, qui ne font pas consensus au sein du corps médical et maintiennent un certain clivage Saint Germain-Poissy, même si les points de vue commencent à se rapprocher.
- [240] Le seul objectif commun de l'ensemble des médecins : il y aura une réanimation unique regroupée sur le site du nouvel hôpital.

- [241] Les deux chefs de service, sous la pression conjuguée de la situation financière, des départs de médecins et de la présence de l'IGAS dans l'établissement, ont désormais en commun la volonté de décider rapidement d'une organisation et d'un encadrement des effectifs médicaux au sein d'une équipe unique (avec un tableau de service commun), avec un chef de service unique pour les deux sites. La constitution d'une équipe paramédicale commune est également un préalable. Cette équipe devra mettre en place des protocoles communs de travail.
- La réanimation est une activité soumise à autorisation, avec l'élaboration d'un SROS spécifique pour le secteur d'activité<sup>61</sup>, qui fixe les conditions notamment en personnel médical et paramédical en fonction du nombre de patients<sup>62</sup>. L'établissement a été autorisé par décision n°07-119 de la commission exécutive de l'ARH en date du 6 mars 2007 et a bénéficié de la visite de conformité, les 3 octobre 2008 (pour Saint Germain) et 6 octobre 2008 (pour Poissy).
  - Le premier scénario s'aligne sur les orientations opposables du SROS
- [242] Il prévoit une activité de réanimation et de soins continus à Poissy (entre 12 et 14 lits proposés) et une activité de soins continus (3 lits associés à 5 lits dans une zone de surveillance de très courte durée (ZSTCD) à Saint Germain.
- [243] L'encadrement médical proposé associerait :
- des urgentistes et des médecins du SMUR (avec transfert de postes médicaux de réanimateurs au profit de cette spécialité) avec une participation des réanimateurs à la liste de garde ainsi qu'une transformation de la demi-garde des urgences en garde ;
  - la couverture des avis de réanimation le jour au profit des spécialités du site de St Germain (proposition soit d'une intervention à la demande, soit d'un temps quotidien prédéfini à un moment de la journée en sus d'avis téléphoniques) ;
  - la définition de procédures partagées entre les réanimateurs, les urgentistes/SMUR et les médecins des différentes spécialités pour assurer si nécessaire la mise en condition et le transfert des patients via un véhicule de SMUR vers la réanimation du site de Poissy.
- [244] Cette organisation n'est pas acceptable en l'état par certains chefs de service et médecins de Saint Germain<sup>63</sup>, qui ont des malades lourds et pour lesquels l'existence d'une réanimation intra-muros est un gage de sécurité<sup>64</sup>.
- Le deuxième scénario qui répond aux craintes de ces médecins ajuste le statu quo avec un calibrage des trois unités difficilement gérable au quotidien
- [245] Il s'agit de maintenir une unité de réanimation sur chaque site et une unité de soins continus à Poissy (statu quo) mais avec un nombre de lits modulable selon les besoins. Le protocole de calibrage des unités risque d'être complexe à construire et aboutira à une configuration des lits dictée par la disponibilité du personnel médical et/ou para médical, puisqu'il est un pis-aller.

<sup>61</sup> Contrairement aux autres régions, nous n'avons pas retrouvé le SROS de réanimation de l'Ile de France sur le site internet ARHIF.

<sup>62</sup> Cf. décret n°2002-465 et décret n°2002-466 du 5 avril 2002 relatifs aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour pratiquer les activités de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue. Il fixe à 8 lits minimum le nombre de lits de réanimation d'un service (article R. 712-94) et le nombre d'infirmiers à 2 pour 5 patients, et 1 aide soignante pour 4 patients (article D.712-109 du CSP).

<sup>63</sup> Qui envisagent de mettre leur démission de chef de service dans la balance, si les lits de réanimations sont supprimés à Saint Germain.

<sup>64</sup> Essentiellement les disciplines regroupées dans le pôle 8 « cancérologie médicale et maladie infectieuses » : les recrutements de la réanimation de Saint Germain se faisant à partir de la pneumologie (BPCO...), la cancérologie (dont cancer ORL et chirurgie mutilante) et les maladies infectieuses ; Les médecins de Saint Germain estiment qu'il y a environ une admission interne en réanimation tous les 2 ou 3 jours, mais qu'ils ont aussi des contacts quotidiens avec les réanimateurs et des demandes d'avis pour des patients fragiles et instables.

[246] *Un autre scénario envisagé* était de transférer à Poissy la pneumologie et le SMIT (mais quid de la cancérologie ?), il a été exclu rapidement compte-tenu des contraintes architecturales du site de Poissy et cela d'autant plus que les services concernés sont finalement eux-mêmes revenus sur cette option.

5.3.2.1. Faute de décision fin 2009, la question va devenir cruciale pendant la période d'été

[247] Aucune mesure de recrutement de réanimateur n'a abouti jusqu'à présent : mais quelle énergie a-t-on vraiment mis à en trouver ? et est-il facile de convaincre un réanimateur de venir alors les équipes des deux sites ne sont pas d'accord sur un projet commun ?

[248] La mission vient d'apprendre que le directeur a prévu la fermeture en août prochain, des lits de réanimation sur Saint Germain, et se serait engagé à rouvrir les lits en septembre 2010. Aucune décision n'a été officiellement prise qui permette aux professionnels de s'organiser, mais les réunions se multiplient pour élaborer des protocoles. Des questions restent en suspend pour l'été : Qui sera le senior au mois d'août la nuit sur le site de Saint Germain ? comment orienter les patients lourds des services (SMIT, la pneumologie, la médecine interne et cancérologie) au mois d'août ? et quel sera l'impact de cette fermeture estivale sur l'activité en septembre ?

5.3.2.2. Les autorités de tutelles ont fixé des orientations molles sans véritable incitation au regroupement

[249] Depuis 2006, l'ARHIF à travers l'annexe opposable du SROS a fixé l'évolution que doit prendre l'établissement, mais les termes employés sont peu incisifs : « *Le regroupement des réanimations sur les deux sites de Poissy et Saint Germain devra être envisagé. L'activité de réanimation sur le site de Poissy devra alors s'intégrer dans une complémentarité avec l'activité de surveillance continue sur le site de Saint Germain* ». **L'agence a surtout laissé l'établissement trouver ses propres solutions.**

**Recommandation n°21 : Avant toute prise de décision et notamment en cas de fermeture de la réanimation sur Saint Germain, construire un dossier médico-économique pour évaluer l'impact sur l'organisation médicale, mais aussi en gains financiers pour l'établissement.**

**Recommandation n°22 : Avant toute prise de décision et notamment en cas de fermeture de la réanimation sur Saint Germain, élaborer avec les professionnels concernés et tester tous les protocoles nécessaires à la réponse aux besoins des médecins du site de Saint Germain.**

**Recommandation n°23 : Si cette organisation doit être testée en août prochain par fermeture de la réanimation sur Saint Germain, et du fait du contexte de ressources médicales et paramédicales rares en période estivale, la décision doit être prise immédiatement et diffusée officiellement dans et hors de l'établissement, pour permettre aux médecins et aux cadres de santé de mettre en place une organisation sécurisée.**

## **6. LE BILAN 2009 DES ACTIVITES PREVUS DANS L'AXE 2 DU PREF N'EST PAS CHIFFRABLE**

[250] Les réponses au bilan des 3 fiches initiales (dont une finalement non retenue) relatives à l'axe 2 sur le **développement des activités bénéficiaires** fournies par l'établissement concernent les actions suivantes :

1. Maitriser la DMS dans le pôle avec un gain potentiel de **1.858K€** (fiche 2-4) L'établissement a répondu que : « Le CHIPS a en moyenne une DMS inférieure à la DMS nationale sur son case mix.

La mise en place des **tarifs V11** a eu pour conséquence une augmentation très importante des **séjours trop courts par rapport à la classification** (extrême bas). Le résultat est que **les services ayant fait des efforts sur la durée des séjours ont été très pénalisés financièrement**. ». Mais l'établissement n'a pas fourni de chiffres.

2. Créer une activité de médecine de l'adolescence : L'établissement a répondu que « *cette action n'avait finalement pas été retenue* ».

3. Ajuster les effectifs de praticiens hospitaliers selon l'activité aux urgences avec une dépense potentielle de **395K€** (fiche 2-40) : « Les recrutements ont été réalisés en 2009. Des questions se posent sur les départs constatés en 2010. (8 départs au 1<sup>er</sup> mars 2010) ».

## Annexe 5.4 : Pôle « Logistiques médico-techniques »

### 1. EQUIPE CHARGEE DU PILOTAGE DU POLE

*Responsable du pôle* : Professeur Jacqueline SELVA (mise à disposition par convention AP-HP jusqu'en 2013)

*Pas de cadre du pôle* : démission de Mme Michèle VERY fin 2009

*Cadres de direction référents* : Mme Viviane HUMBERT et M. Didier SIEGLER

*Pas de secrétaire de pôle*

### 2. SERVICE ET UNITES FONCTIONNELLES DU POLE

**7 secteurs** : Anatomopathologie / Biologie médicale / Consultations externes centralisées / Cytogénétique et biologie de la reproduction / Douleurs chroniques et soins palliatifs / Pharmacie / Stérilisation

### 3. PRESENTATION DU POLE

[251] Le pôle est composé de 7 secteurs d'activité constituée d'équipes à spécialités différentes :

- **3 activités de laboratoires** (biologie médicale / cytogénétique et biologie de la reproduction, anatomopathologie) ;
- **3 activités cliniques ou logistiques transversales** : (génétique clinique / douleurs et soins palliatifs / consultations externes centralisées) ;
- **la pharmacie et la stérilisation.**

[252] Le pôle exerce à la fois des missions de proximité, de référence et dispose de compétences hospitalo-universitaires de formation et recherche. Le laboratoire [dans le cadre de la consultation pluridisciplinaire de diagnostic prénatal<sup>65</sup>] est considéré comme **laboratoire de référence pour l'Île de France** (activités de médecine fœtale /génétique moléculaire/ génétique médicale) avec un staff régional au CHIPS. Il est également pilote pour le Rhésus fœtal<sup>66</sup> et a été désigné comme référent pendant l'épidémie de grippe H1N1. Il réalise des examens génétiques notamment pour les tribunaux avec une attraction nationale.

### 4. EFFECTIFS DU POLE

[253] Les effectifs du pôle fin 2009 étaient de 258,46 ETP de personnel non médical et 54,70 ETP de personnel médical.

[254] 302 électeurs étaient inscrits au vote pour le conseil de pôle de juin 2009.

---

<sup>65</sup> Cf. annexe « Périnatalité ».

<sup>66</sup> Ce qui a un impact sur le suivi des grossesses à rhésus discordant et permet d'éviter un traitement potentiellement dangereux.

## 5. EVOLUTION DU POLE

### 5.1. *Un pôle dont la configuration a évolué*

- [255] Au moment de la création des pôles en décembre 2006, le pôle n°4 intégrait également l'imagerie médicale, la médecine nucléaire et la santé publique.
- [256] La stérilisation a été rattachée très rapidement (mars 2007) au pôle, compte-tenu des liens fonctionnels avec la pharmacie.
- [257] Le pôle n°9 « Imagerie » a été officiellement créé en juin 2008, l'imagerie médicale et la médecine nucléaire l'ont donc rejoint. A cette même date, le département d'information médicale et de santé publique a quitté le pôle pour s'intégrer au pôle administratif « Activité ».
- [258] L'UF « Hygiène hospitalière et prévention du risque infectieux » initialement dans ce pôle, est depuis 2010 rattachée au pôle n°8.
- [259] La première réunion de pôle date du 7 juin 2007 et sauf imprévu, celui-ci s'est réuni régulièrement tous les mois (environ 25 à 30 personnes présentes) jusqu'à la constitution du conseil de pôle, suite aux élections en juin 2009. Puis le bureau de pôle a poursuivi ses réunions.

### 5.2. *Les difficultés au démarrage du pôle*

- [260] Pour la première fois mi-2007, à la demande du directeur par intérim, le rapport financier élaboré par la directrice des finances a été transmis aux différents services. Les données transmises montraient que le gain financier du pôle était nul, alors que les fiches d'activités étaient envoyées quotidiennement pour la facturation : il y avait un problème informatique et la facturation ne conduisait à aucune recette. Un rattrapage de la facturation de l'activité a alors été initié avec l'assurance maladie.
- [261] En 2008, les consignes transmises par les différentes directions notamment (clientèle/informatique/financière) n'étaient pas harmonisées et les données financières restituées au pôle correspondaient mal à l'activité réalisée. Il y avait des erreurs d'imputation des UF et certaines activités réalisées dans le cadre des MIGAC n'étaient pas comptées, alors qu'elles représentent une activité importante dans le pôle.

### 5.3. *La mise en place de groupes de travail pour proposer des solutions*

- [262] Des groupes de travail ont été créés dès 2008 (tarification de produits sanguins, conseil et valorisation et régulation des prescriptions, les MIGAC, examens envoyés à l'extérieur, facturation des externes, indicateurs de qualité, gestion des risques), qui se sont réunis à des rythmes variables pour analyser les fonctionnements et proposer des pistes de solutions, en lien avec les travaux de Cap Gémini pour préparer le PREF<sup>67</sup>.
- [263] A partir de l'analyse des problématiques, le pôle a défini des projets pour développer les activités dans les secteurs financièrement rentables mais, les outils de pilotage et des outils de suivi manquaient pour mettre en œuvre les actions du PREF.

---

<sup>67</sup> Nous avons été destinataires des comptes-rendus des différentes réunions de présentation de l'état d'avancement des réflexions.

## 6. PROBLEMATIQUES ET PROJETS DU POLE

[264] Seules les principales problématiques sont reprises ici<sup>68</sup> notamment celles en lien avec l'amélioration de l'organisation, les meilleures réponses aux besoins des patients ou des autres services, puisqu'il s'agit d'un pôle prestataire interne et permettant une réduction des coûts via le PREF.

[265] Les principaux axes du projet de pôle sont les suivants :

- développer l'activité de laboratoires dans des secteurs financièrement favorables notamment en limitant les envois à l'extérieur des prélèvements d'analyses biologiques (gain potentiel de 1 M€ après enquête auprès des prescripteurs), en développant les analyses pour le compte d'autres établissements (convention avec le centre hospitalier de Plaisir) et en multipliant les expertises d'empreintes génétiques faites pour les tribunaux (réduction des délais de rendu des résultats), mais aussi et **surtout en regroupant les laboratoires , en diminuant le coût du B et en ouvrant un centre de prélèvement sur chacun des sites ;**
- pour ce qui concerne la pharmacie, **réorganiser l'activité de stérilisation** notamment sur le site de Poissy en rationalisant la gestion du matériel des blocs opératoires et obstétrical et sécuriser le circuit du médicament et des dispositifs médicaux implantables avec mise en œuvre d'un dispositif informatique satisfaisant (prescription nominative, informatisation du circuit du médicament, suivi des événements indésirables...) ;
- **consolider le département de soins palliatifs et douleurs chroniques**, en particulier pour préparer le développement de l'activité avec le transfert dans le nouvel hôpital.

### **6.1. *Le regroupement des laboratoires a été réalisé et des actions sont initiées pour diminuer le coût du B***

#### **6.1.1. Le bilan financier du regroupement des laboratoires mériterait d'être transmis à la responsable de pôle**

[266] Dans le but de réduire les coûts, le regroupement des trois activités de laboratoires sur Poissy est un projet qui date de 2004. En 2006, c'est la biologie moléculaire et la sérologie qui ont rejoint Poissy, des postes de techniciens ayant été rendus. Pour la responsable de pôle ce regroupement s'est fait à la «hussarde» en mars 2008 pour la microbiologie et en septembre 2008 pour la biochimie. Il reste sur Saint Germain une activité de laboratoire d'analyses d'urgence pour la garde.

[267] Selon les travaux de Cap Gémini, regrouper les laboratoires sur Poissy en laissant un laboratoire d'urgences à Saint Germain (fiche 3-7) pouvait conduire à un gain potentiel de 824 K€ notamment en supprimant 15 postes. Aucun bilan financier précis de cette opération ne nous a été transmis concernant cette action.

**Recommandation n°24 : Faire un bilan détaillé notamment financier du regroupement des laboratoires et le transmettre à la responsable de pôle pour motiver les personnels dans la dynamique des réorganisations.**

---

<sup>68</sup> Nous n'avons pas rencontré l'ensemble des chefs de service du pôle, mais analysé tous les documents transmis. Certains éléments figurent également dans les autres annexes en particulier « ressources humaines » « pharmacie », « achat », « marchés médicaments et dispositifs médicaux » « annexes financières » et « facturation »

### 6.1.2. Des mesures ont été prises pour lutter contre les facteurs multiples pouvant expliquer le coût élevé du B

[268] Le coût élevé du B dans l'établissement figure dans le diagnostic flash 2008 (coût à 32 centimes pour une médiane à 20 centimes et un coût de la base d'Angers de 16 centimes)<sup>69</sup>. Des efforts avaient été initiés dès 2005 pour réduire les effectifs de techniciens de laboratoires. Malgré cette réduction des effectifs<sup>70</sup>, les techniciens considèrent que leurs efforts n'ont pas été reconnus et ils ont ressenti, dans l'établissement, une certaine stigmatisation de la part de la direction, qui les rendait pour partie responsables du dérapage des dépenses.

[269] Une certaine pression associée à une ambiance de démotivation ont conduit à un taux d'absentéisme plus élevé en 2009 (cf. annexe 6-2).

[270] Selon les personnels du pôle, aucune analyse objective de la situation n'a été réalisée en interne, alors que l'examen des causes multiples aurait pu conduire à des mesures ne ciblant pas exclusivement les personnels de laboratoire. Ce point a été évoqué à chaque réunion de pôle pour progresser et trouver des solutions pour réduire les coûts. Lors de nos entretiens avec les professionnels du pôle, plusieurs explications ont été abordées, certains problèmes identifiés sont en phase d'être résolus :

- Un problème de paramétrage informatique qui induit une non facturation d'une partie de l'activité ;
- un poste de technicien payé par l'hôpital et ayant des activités de recherche (l'intéressé est parti fin 2009 à la retraite via le FMESPP) ;
- des erreurs d'imputation de certaines activités du laboratoire (cf. examens d'empreintes génétiques classées dans les activités libérales alors qu'il s'agit d'expertises à financement ministère de la justice<sup>71</sup>) ;
- des examens envoyés à l'extérieur alors que l'établissement aurait fort bien pu les effectuer<sup>72</sup> induit un double coût pour le service puisqu'il faut assurer le tri et la gestion de ces prélèvements ;
- une activité libérale au laboratoire de deux praticiens, ce qui réduit leurs activités publiques et qui est peu classique dans les hôpitaux pour cette discipline<sup>73</sup>.
- l'activité de distribution des produits sanguins labiles réalisée sur le site de Saint Germain pour les services de soins, qui est très chronophage et n'est pas financièrement productive ;
- la non-valorisation des activités de conseil.

[271] Les données du diagnostic flash de 2009 ne sont pas encore disponibles pour mesurer les résultats.

#### **Recommandation n°25 : Suivre l'impact des mesures sur le coût du B et informer les personnels des résultats obtenus avec les réductions d'effectifs réalisées.**

<sup>69</sup> Les chiffres disponibles sur le diagnostic flash étaient en 2005 de 19 centimes et en 2007 de 21 centimes pour une médiane de 20. (cf. SNATIH).

<sup>70</sup> En 2005, quatre ETP non remplacés ; en 2007, deux départs non remplacés et un transfert vers le secteur des empreintes génétiques et en 2008, quatre postes rendus.

<sup>71</sup> Cette situation a été abordée lors de la commission d'activité libérale du 10 septembre 2009 puisque le tribunal versait l'intégralité du règlement au praticien, qui effectue des recherches pour les tribunaux de la France entière, alors que la partie technique revient à l'hôpital et la partie intellectuelle revient à l'intéressé. Une convention doit être élaborée par la direction financière pour clarifier la situation et éviter de pénaliser le pôle.

<sup>72</sup> Une information a été réalisée pour l'ensemble des services et notamment à l'attention des nouveaux praticiens et des internes par le directeur des soins avec la liste des examens pouvant être réalisée en interne.

<sup>73</sup> Cf. annexe 3-2 « activité libérale des praticiens ».

### 6.1.3. L'ouverture du centre de prélèvement de Poissy date de janvier 2010

Pour cette action se référer au point 7 (axe 2 du PREF).

### 6.2. *Le choix a été fait du maintien en bi-site de l'activité de stérilisation pour des raisons financières immédiates*

[272] Dans le cadre du PREF, une étude a été demandée pour sécuriser le fonctionnement de la stérilisation et en réduire les coûts. Trois solutions ont été envisagées :

- 1/ maintenir le fonctionnement bi-site mais en sécurisant les opérations de stérilisation réalisées sur le site de Poissy (personnel dédié, fermeture la nuit et le week-end) ;
- 2/ transférer les opérations de stérilisation réalisées à Poissy sur Saint Germain ;
- 3/ sous-traiter les opérations de stérilisation réalisées à Poissy.

[273] Au conseil exécutif du 26 mars 2008, suite à l'expertise par un groupe de travail piloté par la pharmacie sur les différentes options pour rationaliser le fonctionnement de la stérilisation (existant sur les deux sites), le directeur avait donné son accord pour réaliser la centralisation des activités de stérilisation sur le site de Saint Germain. (ce qui correspond à la rédaction de la fiche 3-9 de Cap Gémini : « regrouper l'activité de stérilisation » pour un gain potentiel de 89 K€). Il s'agit d'un projet ancien, qui avait été envisagé dès 2003, qui nécessitait trois mois de travaux. Le regroupement physique était envisagé mi-2009.

[274] Mais après un chiffrage de l'ensemble des scénarii exposant les avantages et les contraintes de chacun<sup>74</sup> :

- solution 1 : conformité aux bonnes pratiques / conformité des installations / souplesse pour le bloc / besoins en instruments limités / mais *organisation consommatrice en personnel (3 IBODE + 5 AS à recruter)* ;
- solution 2 : organisation plus performante avec équipes et moyens centralisés (1 IBODE et 3 AS à recruter) / libération de surface à Poissy / moins de souplesse pour le bloc / besoins en instruments importants / *dépenses immédiates significatives* ;
- solution 3 : libération de surface à Poissy/ difficultés liées à la sous-traitance / moins de souplesse pour le bloc / besoins en instruments importants / *dépenses immédiates significatives* / coût de l'opération.

[275] « *Devant les investissements immédiats importants et incompatibles avec les possibilités financières de l'établissement* », le directeur par note du 2 juillet 2009 a décidé de retenir le maintien du fonctionnement en bi-site avec sécurisation des opérations de stérilisation (achat de matériel, personnel dédié, procédure de validations des charges et de libération des lots, formation des personnels, informatisation pour assurer la traçabilité des opérations).

[276] Nous considérons que si la solution choisie est la moins coûteuse dans l'immédiat en investissements elle conduit à une augmentation des effectifs sans aucune mutualisation.

### 6.3. *Consolider le département de soins palliatifs et douleurs chroniques*

[277] Un département spécifique gère les activités de soins palliatifs et de traitement de la douleur sur l'établissement. L'équipe fonctionne de façon transversale dans les différents services et est très reconnue au sein de l'hôpital, même si l'organisation de cette activité dans le cadre du nouvel hôpital ne paraît pas être une priorité du corps médical. Deux types d'activité sont réalisés :

<sup>74</sup> Projet stérilisation – 5 juin 2009 – document de M. MONTALAND : situation actuelle et état des lieux/ circuit des instruments/ chiffrages des différents scénarii et présentation des investissements urgents pour chacun d'eux.

- des consultations multidisciplinaires de douleurs chroniques rebelles (qui représentent environ 20% de l'activité);
- une prise en charge de soins palliatifs par *une équipe mobile sur chacun des sites (80% de l'activité)*, avec des personnels affectés non mutualisés (la réflexion commence tout juste avec le départ de certains et les nouveaux recrutements) et seule la cadre est bi-site. Les patients eux sont susceptibles selon le suivi de leur pathologie d'aller sur l'un ou l'autre des sites.

Tableau 22 : Activité de l'unité d'évaluation et de traitement de la douleur

	2005	2006	2007
File active	206	235	246
dont nouveaux patients	108	111	100
Nombre total de consultations externes	957	1024	958
dont C psy	272	318	276

Source : *Rapports d'activité*

- [278] Alors que les consultations « « douleurs chroniques (environ 1000/an) » sont longues et donc coûtent en temps médical et rapportent peu, les activités de soins palliatifs sont bien tarifées.<sup>75</sup>
- [279] Des équipes mobiles douleur-soins de confort et palliatifs interviennent sur chaque site, dans tous les services de l'hôpital. L'activité se répartit en consultations externes pour 20% et en prise en charge hospitalière pour 80%. Ces équipes s'occupent également des proches des malades et si besoin des soignants.
- [280] Actuellement 8 lits sont dédiés à cette activité (4 sur Poissy : 2lits en gastro-entérologie et 2 lits en néphrologie et 4 lits sur Saint Germain (2 lits en pneumologie et 2 lits en médecine interne cancérologie).
- [281] Le projet du département consiste à renforcer l'activité de soins palliatifs au sein des services de l'hôpital, en multipliant par deux le nombre de lits dédiés (**16 lits dédiés en cible contre 8 actuellement**), et par la diffusion de l'approche palliative à l'ensemble des professionnels des deux sites.

Tableau 23 : Projet d'augmentation du nombre de lits dédiés

Nombre de lits dédiés actuels	Nombre de lits dédiés cibles	Discipline	Site
2	3	gastro-entérologie	site de Poissy
	2	chirurgie viscérale	site de Poissy
2	2	néphrologie	
	1 ou 2	neurologie	site de Poissy
	1	gynécologie	site de Poissy
2	3 ou 4	pneumologie	site de Saint Germain
2	3 ou 4	médecine interne orientation cancérologie	site de Saint Germain
<b>8</b>	<b>13 ou 16 lits</b>	<b>Au total sur l'établissement</b>	

Source : *Pré-projet médical 2010-2014*

<sup>75</sup> Sous réserve que les malades ne restent pas trop longtemps, ce qui peut interroger éthiquement.

[282] Par ailleurs, il est question de doubler l'activité de prise en charge multidisciplinaire de « douleurs chroniques rebelles » afin de ramener le délai actuel de rendez-vous de 6 mois à moins de 3 mois <sup>(76)</sup>.

[283] Il est envisagé également de créer une unité de soins palliatifs (USP). Le territoire des Yvelines nord ne dispose pas aujourd'hui d'unité de soins palliatifs. Dans ce cadre l'établissement souhaite se positionner pour l'ouverture de 10 lits d'unité de soins palliatifs en court-séjour (besoin identifié). Le projet de pôle propose cette création soit avant 2014 sur le site de Saint-Germain-en-Laye pour être à proximité de la cancérologie, soit dans le futur hôpital. Mais les instances hospitalières ne se sont pas encore prononcées sur cette création.

**Recommandation n°26 :** Au regard des disciplines de l'établissement, notamment du développement prévu de l'oncologie, nous ne pouvons que soutenir la création de cette unité de soins palliatifs au moins pour le nouvel hôpital.

## 7. LES ACTIONS DE L'AXE 2 DU PREF ONT PEU DE RESULTATS CHIFFRES SUR 2009

[284] **L'axe 2 du PREF relatif au développement d'activités bénéficiaires a retenu 37 fiches** sur les 52 propositions discutées suite aux travaux d'appui de Cap Gemini. Il prévoit d'ici 2012, par la réalisation de ces actions un **gain de 16,2 millions d'euro avec un échéancier sur 4 à 5 ans.**

[285] Le premier bilan fin 2009 transmis par le directeur d'établissement, à partir des données du contrôle de gestion, pour les trois actions inscrites dans l'axe 2 du PREF pour ce pôle est le suivant :

1. Développer l'activité de prélèvement par une meilleure accessibilité (localisation géographique et horaires d'ouverture) (fiche 2-7) pour un gain potentiel de 945 K€

[286] Il est prévu l'ouverture d'un centre de prélèvement sur Poissy et un sur Saint Germain en lien avec les consultations et avec des horaires adaptés pour développer l'activité externe d'analyse biologique. Le nombre d'examens supplémentaires sont estimés entre 6,3 et 7,4 millions de B (achat des travaux, l'achat de matériel et le recrutement de personnel)

[287] L'établissement a répondu que « le centre de prélèvement de Poissy a ouvert en 2010. Cependant la prévision d'évolution d'activité semble trop élevée. A ce jour nous constatons une évolution d'environ 8% ».

[288] « Toutefois, le laboratoire a obtenu un marché d'analyse pour l'hôpital Charcot avec une prévision en année pleine de 3 millions de B (1,8 millions sur 7 mois en 2009). **Une fiche complémentaire a été créée** ».

2. Développer l'activité de cytogénétique (fiche 2-8) avec un gain potentiel de 35 K€

[289] La fiche datée du 22 avril 2009 mentionne que 400 caryotypes (pré et post-nataux confondus) peuvent être réalisés chaque année avec une montée en charge immédiate (l'achat du matériel ayant été livré fin janvier 2009).

[290] **L'établissement n'a pas fait de bilan de cette action**, il renvoie à une réunion à organiser avec le praticien de cytogénétique.

3. Développer l'activité des tests ADN et empreintes génétiques pour les tribunaux (fiche 2-9) pour un gain potentiel de 155 K€

---

<sup>76</sup> Cf. Recommandations de la Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur (SFETD)

- [291] L'établissement précise dans sa fiche datée du 29 avril 2009, que le CHIPS réalise ces examens pour les tribunaux avec une réponse de un mois et demi (contre 6 mois pour les autres laboratoires parisiens), mais qu'actuellement le laboratoire est déficitaire sur cette activité et que l'objectif est le retour à l'équilibre en développant l'activité.
- [292] La réponse de l'établissement n'est pas totalement satisfaisante : « le développement a été plus important de 64 K€ que prévu dans le PREF. Par contre, l'augmentation pour 2010 devrait être diminuée d'autant, c'est-à-dire de + 93 K€ et non de + 157 K€ des difficultés de trésorerie sont à prévoir en raison d'un paiement à 10-12 mois.

## **Annexe 5.5 : Pôle « Anesthésie Bloc opératoire Chirurgie »**

### **1. EQUIPE CHARGEE DU PILOTAGE DU POLE**

*Responsable du pôle* : Dr Nicolas TABARY

*Cadre du pôle* : Mme Jacqueline BERNARD

*Cadres de direction référent du pôle* : Mme Christine ESTAY et Mme Patricia AMIOT avec l'appui de M. Yves MONTALAND chargé de mission « Projet Equipage »

*Secrétaire référente du pôle* : Mme Ingrid AMBLARD

### **2. SERVICES ET UNITES FONCTIONNELLES DU POLE**

Anesthésie (site de Poissy) / Anesthésie (site de Saint Germain) / Blocs opératoires centraux / Chirurgie orthopédique (site de Saint Germain) / Chirurgie orthopédique et traumatologique (site de Poissy) / Chirurgie générale (site de Poissy) / Chirurgie viscérale (site de Saint Germain) / Chirurgie gynécologique / Urgences gynécologiques / Ophtalmologie / ORL / Stomatologie.

### **3. EFFECTIF DU POLE**

[293] Le personnel non médical était fin 2009 au nombre de 397,82 ETP et le personnel médical de 99,55 ETP dont 26, 12 ETP d'anesthésistes (19,74 ETP à Poissy et 6,38 à Saint Germain).

[294] 405 électeurs étaient inscrits pour le vote au conseil de pôle de juin 2009.

### **4. PRESENTATION DU POLE**

[295] Il s'agit d'un des plus gros pôles de l'établissement,<sup>77</sup> pôle bi-site avec 3 blocs opératoires et 15 salles d'intervention :

- A Poissy, le bloc central avec 7 salles et le bloc obstétrical avec 2 salles ;
- A Saint Germain, un bloc opératoire avec 6 salles.

[296] Actuellement, il existe sur chaque site un service de réanimation de 12 lits théoriques, avec sur Poissy en complément 6 lits d'unité de soins continus (USC) ; ce qui permet d'assurer le suivi des patients les plus lourds en postopératoire.

[297] L'établissement a défini sa stratégie : la chirurgie programmée et ambulatoire à Saint Germain et la chirurgie lourde et d'urgence sur Poissy. Jusqu'au transfert dans un nouvel hôpital, le maintien en bi-site ne se discute pas pour les activités chirurgicales, puisqu'aucun des blocs ne peut accueillir l'ensemble des interventions, que les lits d'hospitalisation sont sur les deux sites.

[298] Les urgences de Saint Germain sont fermées la nuit à partir de 20 heures, le bloc opératoire de Saint Germain ne fonctionne pas la nuit. La salle de surveillance post-interventionnelle de Saint Germain ferme à 18 heures, avec la possibilité pour le service de réanimation d'assumer le relai des patients fragiles pendant la période de garde si besoin.

---

<sup>77</sup> Avec le pôle n°7 « Gériatrie- Rééducation -neurologie ».

[299] Pour les cinq ans à venir, l'établissement a pris conscience que la réorganisation de l'ensemble des activités chirurgicales s'impose pour rentabiliser le fonctionnement des installations de bloc opératoire, mutualiser les équipes, harmoniser les pratiques d'une même spécialité exercée sur deux sites et définir le calibrage de lits nécessaires pour le futur programme capacitaire en tirant les conséquences de certaines baisses d'activité et en développant la chirurgie ambulatoire.

## 5. LE POSITIONNEMENT DANS LE TERRITOIRE DE SANTE DES SPECIALITES CHIRURGICALES DE L'ETABLISSEMENT MONTRE QUE LA CONCURRENCE EST RUDE

Tableau 24 : Parts de marché de l'établissement pour les principales activités chirurgicales

Séjours de chirurgie 2008 Hospitalisation complète		Séjours de chirurgie 2008 Chirurgie ambulatoire	
Spécialités	Parts de marché	Spécialités	Parts de marché
Chirurgie digestive	30%	Chirurgie digestive	37%
Chirurgie orthopédique	28%	Chirurgie orthopédique	27%
Chirurgie gynécologique	30%	Chirurgie gynécologique	58%
TOTAL	28%	Chirurgie ORL + stomatologie	15%
		Chirurgie OPH	30%
		TOTAL	26%

Source : Flux-PMSI 2008 : Parts de marché du CHIPS sur les séjours des habitants du bassin 78-2 soignés dans le bassin 78-2

[300] En hospitalisation complète, le CHIPS possède à peine 30% des parts de marché sur les séjours des habitants du bassin soignés dans le bassin du territoire 78-2. En ambulatoire, la chirurgie gynécologique est bien positionnée avec 58% des parts de marché du bassin, alors que la concurrence est forte pour la chirurgie orthopédique (27% des parts de marché) et surtout pour l'ORL (15%).

## 6. LA REORGANISATION DES BLOCS A BENEFICIE EN 2009 D'UN SOUTIEN METHODOLOGIQUE DE LA MEAH

[301] Depuis fin 2008, un chargé de mission responsable du projet Equipage a été recruté en partenariat avec l'ex-MEAH (ANAP) pour apporter un soutien méthodologie à la réorganisation des blocs opératoires. Il a réalisé un important travail d'analyse des cahiers de bloc pour faire un état des lieux et avoir une vision objective du fonctionnement des blocs sur les deux sites.

### 6.1. Les principaux constats de 2009 imposent une réorganisation des blocs opératoires

[302] Des efforts d'organisation des blocs sont nécessaires. Cette analyse des activités conduit à plusieurs constats<sup>78</sup> :

<sup>78</sup> Cf. Document relatif à la gestion et l'organisation des blocs opératoires « Diagnostic et le plan d'actions prévisionnel ».

- [303] **Le taux d'utilisation des salles est important pour les horaires de jour** (8h ==> 20h) avec un temps réel d'occupation des vacations (TROV) / temps de vacation offert (TVO)<sup>79</sup> de 89% à Poissy, (les salles destinées à l'urgence sont donc utilisées pour les interventions programmées) et de 77% à Saint Germain, il existe donc bien une activité chirurgicale sur ce site.
- [304] Par contre **le temps d'utilisation des blocs la nuit (20h-8h) à Poissy est très faible** : TROV/TVO est de 15%. Cette mauvaise rentabilité des installations et des moyens humains mobilisables mérite une réflexion plus élargie aux établissements du territoire (la mutualisation des blocs la nuit sur le territoire 78-2 est-elle envisageable et réaliste ?).
- [305] **Les blocs fonctionnent mais sont mal utilisés** : il existe des jours à faible activité ; les plannings ne déterminent pas de plages précises pour le début et la fin des vacations attribuées aux chirurgiens ; cette attribution ne tient pas compte de la disponibilité et de la présence effective d'anesthésiste dans la salle.
- [306] La préparation des interventions nécessite du personnel qui maîtrise l'organisation du travail, les procédures internes et le matériel utilisé : celui-ci devant être préparé et contrôlé la veille il est nécessaire d'avoir des **vacataires qui sont fidélisés** plutôt que des intérimaires qui sont beaucoup moins opérationnels et réduisent la sécurisation des activités de bloc.
- [307] Par ailleurs, l'inadaptation des locaux du bloc de Poissy nécessite une réflexion sur le stockage du matériel.
- [308] La charge de travail des infirmières de bloc est importante pour les actes courts (30 à 45 minutes) qui sont très consommateurs de temps et de matériel et obligent à des nombreuses manipulations des patients. L'achat récent de matériel pour 600.000€ facteur de confort pour la patient, de gain de temps au bloc et d'amélioration de la sécurité et des conditions de travail mérite d'être salué<sup>80</sup>.
- [309] Il existe des prises en charge en urgence au bloc de Saint Germain, du fait de la saturation du bloc de Poissy alors que l'organisation ne le prévoit pas.
- [310] Un préalable doit rester présent dans l'esprit de tous les utilisateurs du bloc : **les anesthésistes sont des personnels rares** (en pratique un anesthésiste réellement en activité pour trois à quatre chirurgiens cf. infra). Aussi convient-il de mieux organiser leur temps selon les activités chirurgicales en fonction de l'âge des patients (pour des raisons de sécurité, les interventions pédiatriques nécessitent un anesthésiste par salle et les interventions pour les patients adultes autorisent un anesthésiste pour 2 salles). La planification des interventions doit prendre en compte notamment le chirurgien et le patient, mais aussi l'anesthésiste et les personnels de bloc ; c'est un travail d'équipe.

## **6.2. Mettre en œuvre le plan d'action proposé nécessite de mobiliser tous les acteurs**

- [311] Des bonnes pratiques organisationnelles existent mais seule une discipline collective des anesthésistes, chirurgiens et personne non médical permettra de sécuriser les activités, d'optimiser l'utilisation des locaux et d'ajuster la charge de travail des personnels et de réduire les coûts.

<sup>79</sup> Dans les études menées par la MEAH, celle-ci fixe le TVRO/TVO à 80%.

<sup>80</sup> Ainsi, avant l'achat de matériel mobile, les personnels faisaient quatre transferts pour un même patient : du lit au brancard/ du brancard à la table de bloc/ de la table de bloc au brancard / du brancard au lit ; ce qui est plus confortable pour le patient et améliore les conditions de travail du personnel, notamment pour les patients obèses bénéficiaire d'intervention de chirurgie bariatrique.

[312] Il existe une structure commune aux deux sites avec un chef de bloc identifié. Les utilisateurs du bloc disposent d'un outil de planification (Résabloc), mais celui-ci n'est pas utilisé par tous les chirurgiens. Il existe un staff de bloc (par spécialité) géré par le cadre de bloc. Les locaux sont adaptés à l'activité.

[313] **Les points sur lesquels les efforts collectifs doivent porter ont été identifiés par les professionnels concernés. Il reste à les mettre en pratique à travers :**

- le fonctionnement régulier de la commission des utilisateurs ;
- l'affichage des horaires de vacations fixant l'ouverture et la fermeture des salles d'opération ;
- la nécessité d'une programmation des interventions à 15 jours<sup>81</sup> pour adapter les moyens en personnel et en matériel à la réalité de l'activité ;
- l'utilisation systématique du logiciel Résabloc pour programmer les interventions, sachant qu'en 2009 des efforts ont été accomplis ;<sup>82</sup>
- l'obligation pour les chirurgiens (comme tout personnel hospitalier) de planifier leurs absences (congés/formation...) et d'en informer le responsable de bloc pour mieux utiliser les plages rendues disponibles ; celles-ci, par respect pour les autres utilisateurs potentiels, et sauf situation exceptionnelle, ne devant pas être libérées au dernier moment ;
- **la charte des blocs opératoires** enfin validée par les diverses instances en fin 2009 et qui prévoit le fonctionnement général des blocs.

[314] Nous considérons que ce nécessaire travail de méthode, a permis d'objectiver les dysfonctionnements collectifs et que le plan d'action construit va dans le bon sens.

**Recommandation n°27 : Consolider le suivi du plan d'action pour la réorganisation des blocs opératoires, avant le départ du chargé de mission prévu en octobre 2010, pour que les professionnels s'emparent des outils méthodologiques et les utilisent en routine dans leur pratique quotidienne.**

## 7. ELEMENTS D'ACTIVITE DISPONIBLES

[315] Ces chiffres, qui lorsqu'ils proviennent de sources différentes ne sont pas identiques (cf. année 2007) sont d'interprétation délicate et pour en faire une analyse fine, il est nécessaire de disposer pour chaque année, des vacations de bloc attribuées à chaque spécialité, du temps chirurgical mobilisé sur l'année, de l'ouverture effective des blocs en tenant compte notamment des congés ou indisponibilités des équipes non médicales (postes vacants).

[316] Le site de Poissy est spécialisé sur les interventions lourdes et celles réalisées en urgences, alors que la chirurgie programmée et faite en ambulatoire est concentrée sur le site de Saint Germain.

[317] Les anesthésies locales à Saint Germain représentent 500 interventions en 2009. Par ailleurs, cette même année 224 interventions ont été déprogrammées (qui les années antérieures n'étaient pas explicitement recensées et ne le sont pas non plus sur le site de Poissy).

---

<sup>81</sup> La programmation des salles doit se faire à J -15 (50%) et elle doit être à 100% à J - 8 (le bloc étant un lieu pour travailler, il ne doit pas rester vide).

<sup>82</sup> Sur le site de Saint Germain le taux de non programmation est passé de 12% en janvier à 5% en décembre 2009.

Tableau 25 : Activités des blocs opératoires 2005 à 2009 sur le site de Poissy

	2005	2006	2007	2008	2009
Chirurgie viscérale	1.821	2.040	1.914	2.007	1.935
Chirurgie orthopédique et traumatologique	2.095	1.986	1.914	1.788	1.801
Chirurgie gynécologique	1.131	1.313	1.373	1.306	1.305
ORL	17	35	29	14	26
OPH	724	737	784	848	916
Endoscopie	760	798	817	779	804
Prélèvements d'organes	-	3	5	7	7
Sismographies	-	-	-	-	7
<b>TOTAL</b>	<b>6.548</b>	<b>6.912</b>	<b>6.822</b>	<b>6.749</b>	<b>6.794</b>
Obstétrique	1.672	1.600	1.973	1.839	1.455
<b>TOTAL des blocs</b>	<b>8.220</b>	<b>8.512</b>	<b>8.800</b>	<b>8.588</b>	<b>8.249</b>

Source : Rapport d'activité 2007 et chiffres du bloc de Poissy retraités par IGAS

Tableau 26 : Activités des blocs opératoires 2005 à 2007 du site de Saint Germain

SITE DE SAINT GERMAIN	2005	2006	2007	2008	2009
Chirurgie viscérale	1.727	1.751	1.711	1.782	1.578
Chirurgie orthopédique et traumatologique	779	1.004	975	1.073	963
ORL	905	822	822	805	727
OPH	414	345	240	350	343
Stomatologie	202	237	240	301	334
Endoscopie	236	274	223	287	331
Psychiatrie/Sismographies	106	171	159	219	245
Gynécologie ambulatoire	ND	ND	ND	51	56
Anesthésies locales	ND	ND	ND	444	500
<b>Programmations annulées</b>	ND	ND	ND	ND	224

Source : Rapport 2007 + données des blocs de Saint Germain

[318] Les chiffres disponibles montrent une stabilité de l'activité.

## 8. PROBLEMATIQUES ACTUELLES ET PROJET DE POLE

### 8.1. La pénurie d'anesthésistes est un des facteurs limitant dans l'activité chirurgicale

[319] Compte-tenu de la pénurie actuelle d'anesthésistes, l'activité de ceux-ci a été recentrée sur le bloc opératoire. Fin 2009, **27 anesthésistes** étaient en activité dans l'établissement, disponibles pour l'ensemble des deux sites.

- [320] Mais de fait, parmi ces médecins sept sont des faisant fonction d'internes bien formés mais peu investis dans le fonctionnement global de l'établissement et cinq sont des assistants, qui pour certains ont passé des concours et envisagent de quitter l'établissement à moyen terme. Il reste en fait **12 praticiens hospitaliers pour le bloc chirurgical**, avec un départ à la retraite prévu, un praticien en mi-temps thérapeutique âgé de 63 ans et quatre anesthésistes qui ont entre 59 et 61 ans. **Seuls trois praticiens hospitaliers ont moins de 40 ans.**
- [321] La situation professionnelle précaire de certains médecins et la pyramide des âges des praticiens, ainsi que la difficulté de recruter, qui n'est pas spécifique à l'établissement, sont inquiétantes.
- [322] Par ailleurs, lors des entretiens, l'équipe de personnel paramédical a été qualifiée de solide avec un cadre supérieur de bloc bi-site (toutes spécialités confondues), infirmier-anesthésiste de formation et fortement investi dans l'organisation des blocs opératoires.

## **8.2. *Un service de chirurgie orthopédique en bi-site sans chef de service et sans projet de nouvelles activités***

- [323] C'est une activité bi-site avec une chirurgie programmée sur Saint Germain et plus lourde et traumatologique et d'urgence sur Poissy. Il s'agit d'un service fusionné en décembre 2001, dont le chef de service sur Saint Germain, n'a pas souhaité renouveler son mandat en 2006. Faute de candidat jugé capable de fédérer les deux sites, il fonctionne depuis **sans chef de service<sup>83</sup> et sans véritable projet bi-site commun.**
- [324] Le service d'orthopédie et traumatologie s'est vu retirer son agrément universitaire en 2007 suite à un audit<sup>84</sup>. Cette perte de recrutement des internes a induit des conséquences en termes d'aides opératoires, qui sont actuellement réalisées par des assistants généralistes, et de permanence des soins.
- [325] A Saint Germain, les trois chirurgiens ont un recrutement correct (environ 1000 patients/an) ils font de la chirurgie ambulatoire (arthroscopie), et développent la chirurgie du rachis (décompression discale...). L'effectif en 2009 est de 3,6 ETP (dont une attachée généraliste faisant fonction d'aide opératoire). Deux d'entre eux avaient annoncé qu'ils partaient en juin 2009 au moment de l'ouverture de la clinique privée sur le site de Saint Germain, un nouveau chirurgien a été recruté, qui ne sera pas prolongé en septembre prochain, les deux chirurgiens n'ayant pas obtenu un contrat privé intéressant ont momentanément renoncé à quitter le CHIPS.
- [326] Alors qu'historiquement, le service de Poissy a longtemps été un excellent service côté en Ile de France,<sup>85</sup> plusieurs chirurgiens se sont succédés sans investir vraiment la chefferie de service et des problèmes relationnels persistent entre les praticiens actuellement en activité.
- [327] **A Poissy, 80% des patients arrivent par les urgences**, avec une permanence jour et nuit. C'est un secteur fortement concurrentiel et le recrutement par consultations est faible. Les effectifs en 2009 étaient de 7,2 ETP seniors dont un assistant généraliste faisant fonction d'aide opératoire et trois internes, arrivés avant la perte d'agrément<sup>86</sup>.

<sup>83</sup> C'est le président de la CME peu disponible, car bien occupé par ailleurs (participation à la rédaction du projet médical 2010-2014 et projet de regroupement de la réanimation) qui fait l'intérim ; sachant qu'il est mis à disposition à hauteur de 80% pour son mandat de président.

<sup>84</sup> Rapport réalisé par le Professeur Bégue suite à la visite effectuée le 26 juin 2006 par la commission paritaire d'Ile de France du Collège Français des Chirurgiens Orthopédistes et Traumatologues (CFCOT).

<sup>85</sup> Docteurs Roy-Camille et Lavarde.

<sup>86</sup> Il s'agit des chiffres communiqués par la directrice adjointe alors que les tableaux du contrôle de gestion font mention de 8,94 ETP pour 2009.

- [328] Il est prévu d'améliorer la coopération avec le service de soins de suite et rééducation et la collaboration avec les gériatres, pour la prise en charge **des fractures du col des personnes âgées**. Cependant aucun protocole commun entre chirurgiens et gériatres n'a encore été élaboré et les personnels non médicaux sont en difficulté devant ce manque de collaboration entre médecins, en particulier de désignation d'un médecin-prescripteur qui s'identifie et signe ses prescriptions.
- [329] L'effectif global des deux sites en orthopédistes est élevé compte-tenu de l'activité réalisée et le recrutement de Poissy hors urgences est faible. La traumatologie désorganise l'activité du bloc de jour au détriment d'une chirurgie orthopédique. Les établissements voisins étant très concurrentiels, l'établissement peut difficilement se laisser porter sans stratégie et sans spécialisation.
- [330] Enfin, il n'y a aucune coopération médicale entre les deux sites en dehors de la participation à la permanence des soins.

**Recommandation n°28 : Ce service ne peut pas rester éternellement sans chef de service, sauf à décliner, ce qui n'est pas acceptable dans cette phase intermédiaire de préparation de la future implantation sur un site unique.**

**Recommandation n°29 : La mutualisation des activités de chirurgie orthopédique et traumatologique commence par un chef de service commun et ensuite la définition d'un projet à cinq ans, avec une réorganisation du service, le développement de la chirurgie ambulatoire et la préparation d'un futur programme capacitaire réaliste au regard des compétences chirurgicales à conserver.**

**Recommandation n°30 : Une réflexion est également à mener sur les effectifs médicaux de chirurgie traumatologique, en lien avec la réorganisation des blocs et la permanence des soins pour améliorer la productivité.**

**Recommandation n°31 : Récupérer l'agrément pour recevoir des internes pourrait être un moteur de réorganisation de ce service à moyen terme.**

### ***8.3. Les effectifs médicaux de chirurgie générale de Poissy et de chirurgie viscérale de Saint Germain sont inadaptés à l'activité réalisée***

- [331] La statistique annuelle d'activité (SAE) 2007 mentionne 34 lits d'hospitalisation complète, 12 lits d'hospitalisation de semaine à Poissy (adulte) 30 lits d'hospitalisation complète (adulte) et 15 lits d'hospitalisation complète (enfant) à Saint Germain.
- [332] Pour 2009, le document remis par le contrôle de gestion mentionne un effectif de 8,71 ETP médical pour la chirurgie viscérale de Saint Germain, mais il s'agit de fait de **4,20 ETP seniors** et de 3,86 faisant fonction d'internes (avec le départ d'un PH temps partiel courant 2009).
- [333] Sur le site de Poissy l'effectif de chirurgie générale mentionné dans les tableaux de bord est de **15,28 ETP** (il est fait état d'une augmentation de 40% par rapport à 2008 !) alors que le service ne dispose que de **6,69 ETP seniors** et que les autres médecins sont des faisant fonction d'internes (5) et des médecins extérieurs participant à la liste de garde (estimation de 3,55 ETP ne fait pas consensus dans le calcul du temps chirurgical disponibles). La permanence des soins est exclusivement imputée sur le site de Poissy et le taux d'interventions pendant la garde est faible, en majorité avant minuit.
- [334] La problématique de fonctionnement de la chirurgie viscérale est assez voisine de celle de l'orthopédie, avec jusqu'à présent deux services distincts avec deux chefs de service, mais aucun projet commun.

### 8.3.1. Une nouvelle organisation se dessine en 2010

- [335] Si les années 2008 et 2009 n'ont conduit à aucun travail commun, il aura fallu la demande de renouvellement de prolongation pour trois ans du chef de service de Saint Germain<sup>87</sup>, âgé de 66 ans pour que l'hypothèse de fusion des services soit enfin évoquée et que des conditions soient posées à son renouvellement, sachant qu'au regard de l'activité, son maintien n'était pas souhaitable.<sup>88</sup> Cette situation montre que les interventions politiques continuent à interférer dans les décisions internes de l'établissement, puisque son départ ayant été écarté par le directeur, la CME a voté à la fois le renouvellement et la fusion des deux services de chirurgie viscérale (CME du 18 mars 2010). Le praticien renouvelé a également accepté que la chefferie de service soit donnée au chef de service de chirurgie générale de Poissy<sup>89</sup>.

**Recommandation n°32 :** Dès l'officialisation de cette fusion par le conseil d'administration, la direction devra soutenir fortement la structuration de ce service unique, car les risques d'inertie existent compte-tenu des personnalités médicales en présence. Une réflexion collective pour la mise en place d'un tableau de service commun, l'harmonisation des pratiques, l'évolution vers une mutualisation des personnels non médicaux et l'organisation des activités chirurgicales dans les blocs opératoires devra être rapidement menée pour élaborer rapidement un projet de service.

**Recommandation n°33 :** Une réflexion est également à mener sur les effectifs médicaux du futur service de chirurgie générale et viscérale rapporté au nombre d'interventions réalisées.

### 8.3.2. Des spécialités développées méritent d'être mieux valorisées, pour d'autres la question de leur maintien est posée

- [336] Certaines des activités réalisées correspondent à une chirurgie de proximité et d'autres sont spécialisées, dont certaines avec une activité assez modeste, qui interroge sur la capacité à maintenir une véritable compétence.
- [337] La **chirurgie viscérale pédiatrique** est réalisée exclusivement à Saint Germain, par un seul chirurgien (500 actes/an) et est consommatrice de moyens anesthésiques. Ce service a longtemps fonctionné avec des lits d'hospitalisation traditionnelle, ce qui ne se justifiait pas au regard de certains activités réalisées<sup>90</sup>. La demande de transformation en hospitalisation de semaine vient enfin, être sollicitée ; elle permettra d'officialiser un fonctionnement réel et d'optimiser le travail des personnels paramédicaux. L'établissement ne s'est pas interrogé sur l'avenir de cette activité sur le nouveau site, qui est partie pour disparaître. Si tel est le choix du CHIPS, il conviendrait de l'afficher, sinon de commencer à prévoir la suite.
- [338] La **chirurgie oncologique** (avec environ 300 cas/an) bénéficient de compétences chirurgicales et d'interventions sous coelioscopie. L'articulation avec le projet du pôle 8 est à structurer pour préparer un véritable département d'oncologie pour le nouvel hôpital.

<sup>87</sup> [REDACTED]

<sup>88</sup> Par courrier du 12 janvier 2010, la directrice des affaires médicales informait l'intéressé, « que l'effectif de chirurgiens était trop important au regard du nombre d'interventions effectuées au CHIPS ainsi que du nombre d'anesthésistes et des personnels médicaux » et qu'en termes stricts de gestion, [son] départ était souhaité... ». Elle précisait que, si sa démarche statutaire de prolongation d'activité aboutissait à l'issue de la procédure prévue par les textes, de nouvelles modalités d'organisation seraient nécessaires.

<sup>89</sup> Il est également prévu la suppression de l'astreinte de chirurgie viscérale de Saint Germain et le recentrage des interventions programmées avec l'utilisation systématique du logiciel Resabloc ; celui-ci devant être utilisé sur les deux sites hors intervention d'urgence bien sur.

<sup>90</sup> Une étude spécifique sur les durées moyennes de séjour en fonction des pathologies permettrait d'adapter les besoins en lit et de développer la chirurgie ambulatoire.

- [339] L'activité de la **chirurgie bariatrique** s'accroît (120 interventions en 2009 / objectif de 250 intervention en 2010). C'est une activité à haute technicité et qui utilise du matériel coûteux, mais qui permet une coopération inter-service (pneumologie, psychiatrie, endocrinologie....) et peut apporter un accroissement de recettes (cf. infra).
- [340] Compte-tenu de la présence actuelle d'un **seul chirurgien vasculaire à temps partiel** (6 carotides en 2008 et un intérêt pour la radiologie interventionnelle), l'établissement doit clairement déterminer l'orientation qu'il souhaite donner à cette spécialité. Il existe des besoins d'avis internes (diabétologie/ traumatologie vasculaire), mais l'établissement ne peut pas développer toutes les spécialités. Le partenariat en cours de discussion avec le CH de Meulan devra être élaboré en tenant compte des autres services pouvant envoyer des patients.
- [341] Le volume de la **chirurgie urologique** est faible. Mais le partenariat avec Foch sur Poissy répond aux besoins de proximité. La spécialisation d'un des chirurgiens à temps partiel dans les réparations des excisions à Saint Germain est reconnue, mais avec une diminution des interventions en 2009 (les patients seraient orientés vers le privé).

#### ***8.4. La chirurgie gynécologique est en plein développement et envisage d'augmenter l'activité de chirurgie ambulatoire***

- [342] Il est prévu pour mieux gérer le développement d'activité :
- d'une part de redéployer de l'activité de chirurgie ambulatoire sur le site de Saint Germain (environ 5 patientes par semaine);
  - d'autre part, d'accroître l'activité de chirurgie lourde sur Poissy (chirurgie d'endométriome profonde et chirurgie oncologique pelvienne et mammaire) ;
  - et enfin, de raccourcir les délais de prise en charge des cancers pelviens.

#### ***8.5. L'ophtalmologie : un service bi-site spécialisé, bien organisé et en développement d'activité***

- [343] L'ophtalmologie, service unique avec un chef de service présent sur les deux sites s'est développée autour d'une prise en charge ambulatoire avec des actes techniques.
- [344] Il est prévu de maintenir et de renforcer certaines de ces activités : traitement des cataractes, traitement du strabisme, traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA), et d'en développer d'autres comme la chirurgie des voies lacrymales, et ce, sur les 2 sites.
- [345] Le traitement des **cataractes** a été développé pour répondre aux besoins opératoires du réseau des ophtalmologistes de ville. L'établissement est aujourd'hui le seul dans le bassin et dans la périphérie à traiter **le strabisme**. Ces deux activités devraient pouvoir se développer à moyens constants.

Tableau 27 : Activité 2008 et 2009 Cataractes et Strabismes

	POISSY		SAINT GERMAIN		TOTAL	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009
<b>Cataracte</b>	<b>608</b>	<b>728</b>	<b>239</b>	<b>255</b>	<b>863</b>	<b>967</b>
Cataracte et glaucome	6	4	-	-	6	4
Strabisme	-	-	49	42	49	42

Source : *Statistiques transmises par la chef de service*

[346] La **dégénérescence maculaire liée à l'âge** (DMLA) est un sujet de santé publique. L'établissement s'est positionné sur la prise en charge des patients atteints de cette pathologie et organise leur parcours de soins. Une nouvelle technique, l'injection intra vitréenne<sup>91</sup> est désormais utilisée sur les deux sites. Les patients traités reçoivent 4 à 5 injections par an et 4 à 5 explorations fonctionnelles par an.

[347] La **chirurgie des voies lacrymales** fait l'objet d'une coopération interne entre l'ORL et l'ophtalmologie. La prise en charge s'effectuera en ambulatoire sur le site de St Germain.

**8.6. Le service d'Oto-rhino-laryngologie, qui vient d'intégrer l'activité de stomatologie devrait changer de chef de service en octobre prochain**

[348] Il s'agit du premier service regroupé après la fusion et dont l'ensemble des activités sont sur le site de Saint Germain (hormis une consultation restée sur Poissy). Le chef de service d'ORL, ancien président de CME de l'établissement âgé de 65 ans devrait prendre sa retraite en octobre prochain, en quittant son activité dès avril 2010 compte tenu du montant de son CET.

[349] La **chirurgie endocrinienne** (thyroïdes et parathyroïdes) réalisée en collaboration avec le service de diabétologie-endocrinologie est un des points forts de l'établissement et a prévu de revenir à environ 200 interventions/an.

Tableau 28 : Interventions en chirurgie endocriniennes

	2006	2007	2008	2009 (9 mois)
Nombre d'interventions	205	166	161	134

Source : Direction des affaires médicales et : données du pré-projet médical 2010-2014

[350] Le recrutement provient, pour une part importante, du service d'endocrinologie mais aussi d'endocrinologues libéraux et de généralistes du territoire de santé jusqu'à Mantes la Jolie. Il est prévu que ces interventions pourront participer au renforcement de l'ambulatoire sur le site de Saint Germain.

Tableau 29 : Interventions en chirurgie cancérologique ORL

	2006	2007	2008	2009 (9 mois)
Endoscopies et trachéotomies	91	101	85	68
Interventions lourdes	20	22	17	21

Source : Direction des affaires médicales : données du pré-projet médical 2010-2014

[351] Pour répondre aux seuils d'activité prévus par l'INCA, le service envisage des regroupements d'activité. La cancérologie prévoit d'augmenter son recrutement par une collaboration notamment avec le réseau cancérologie des Yvelines Nord. **Cependant aucun objectif chiffré n'est envisagé.**

<sup>91</sup> d'anti-gref (anti-vascular endothelium growth factor).

### L'activité de stomatologie a été intégrée au service d'ORL

[352] Cette fusion réalisée fin 2009, s'est produite dans un contexte de dysfonctionnement, lié en partie à la mésestimation des deux praticiens à temps partiels y exerçant, qui ont conduit à s'interroger sur la qualité de la prise en charge des patients. Il s'agissait donc de redonner une chance à cette spécialité de se structurer. Mais aucune orientation médicale n'émerge de manière réaliste et consensuelle.

**Recommandation n°34 :** Si aucun projet sérieux n'émerge, la question de la suppression de cette activité est posée, après analyse médico-économique et intérêt en termes de réponse aux besoins, au regard des activités du bassin.

#### 8.7. Les projets pour développer les activités bénéficiaires prévues au PREF n'ont pas encore produit de résultats très significatifs

[353] L'axe 2 du PREF relatif au développement d'activités bénéficiaires a retenu 37 fiches sur les 52 propositions discutées suite aux travaux d'appui de Cap Gemini. Il prévoit d'ici 2012, par la réalisation de ces actions un gain de 16,2 millions d'euro avec un échéancier sur 4-5 ans.

[354] En mai 2009, les gains des actions relevant de l'axe 2 du pôle n°5 étaient estimés à 1.209,9K€(dont une action non chiffrée) répartis en 9 actions à mettre en place d'ici 2012, comme suit :

1. accompagner le développement de l'ophtalmologie en ouvrant une demi-vacation de bloc opératoire sur Saint Germain avec un gain potentiel de **596,3K€**(fiche 2-14)

[355] D'après le directeur, suite au bilan réalisé par le contrôleur de gestion : « Le pôle a du mal à libérer des ressources pour augmenter les plages de bloc. Aucune plage n'a donc été attribuée pour l'ophtalmologie en 2009. Le statut quo persiste en 2010. Par ailleurs, **se pose la question de la rentabilité de cette activité** car il est prévu 4 interventions par 1/2 vacation contre 6 initialement. »

2. développer les activités de chirurgie ambulatoire à Saint Germain (dont gynécologie et sénologie ambulatoires) avec un gain potentiel initial estimé à **56K€**(fiche 2-15 du 22 avril 2009 qui devait être mise à jour).

[356] Cette action nécessitait l'achat de matériel spécifique pour Saint Germain. La réponse de l'établissement est la suivante : « Le contenu initial de la fiche a été ont modifié. Cependant, **l'objectif est atteint pour l'activité ambulatoire 2009 avec 51K€ de recettes contre 29K€ attendus** »

3. développer la prise en charge des endoscopies à Saint Germain avec un gain potentiel de **242K€**(fiche 2-16)

[357] « L'activité était prévue pour **démarrer à partir de 2010**, avec pour préalable l'achat de matériel sur Saint Germain réalisé fin 2009 et le renouvellement de deux coloscopes sur Poissy. Une réunion devait être organisée avec le chef de service fin mars pour mettre en place le projet. »

4. développer les activités de chirurgie bariatrique avec un gain potentiel de **108K€**(sur la fiche 2-17 d'octobre 2008 qui est très succincte, qui devait être complétée) ;

[358] D'après le directeur : « L'activité a augmenté de 37 interventions entre 2008 et 2009, contre 30 prévues. Les recettes enregistrées sont plus fortes que prévues et sont **de 212K€ contre 140K€ prévus**. Une rencontre doit être planifiée avec le chef de service de la chirurgie générale suite à la fusion des deux services lors de la CME du 18/03/2010 »

5. favoriser les diagnostics d'ophtalmologie avec un gain potentiel de **32,4K€**(fiche 2-18)

[359] **Les premiers résultats financiers étaient escomptés en 2010.** « Des machines sont en test et un choix sera fait en avril pour une acquisition au plus tard au 1er septembre 2010.

6. développer une activité de coloscopie avec un gain potentiel de **73,2K€**(responsabilité du pôle 8 mentionnée sur la fiche 2-43 du 19 février 2009)

[360] L'activité était **prévue pour démarrer en 2010**. « Le développement d'activité est à étudier avec le nouveau chef de service Dr MOLITOR (arrivé le 1er février 2010). »

7. développer l'activité carcinologie (gynécologie) et de sénologie (en hospitalisation) à Poissy avec un gain potentiel de **274,7K€**(fiche 2-45)

[361] Le bilan du contrôleur de gestion est le suivant : « L'activité de sénologie et cancérologie gynécologique entre 2008 et 2009 est en baisse en valeur et stable en volume (**-24K€ contre + 69K€ attendus pour 2009**).

8. développer une activité carcinologique (viscérale) : cette fiche n'est pas remplie et ne présente **aucun chiffrage** (fiche 2-15)

[362] Le directeur précise « qu'une rencontre doit être planifiée avec le chef de service de la chirurgie. »

9. développer la prise en charge des écho-endoscopies et des CPRE<sup>92</sup> avec un gain potentiel de 102K€(fiche 2-48)

[363] « L'activité avec Meulan a démarré fin 2009 sans convention. Une rencontre avec le chef de service est prévue fin mars 2010 pour faire le point sur cette mesure. »

---

<sup>92</sup> Cholangio-pancréatographies retrogrades endoscopiques.

## Annexe 5.6 : Pôle « Médecine interne Cardiovasculaire »

### 1. EQUIPE CHARGEE DU PILOTAGE DU POLE

*Responsable de pôle* : Dr Jean Pierre GAYNO (depuis mai 2008)

*Cadre de pôle* : Mme Christine GUIDONI (depuis début 2008)

*Cadre de direction référents* : Mme Laura LEFRANC et M. Bernard DORLAND:

*Secrétaire référente de pôle* : Mme Dominique DUTREVY

### 2. SERVICES ET UNITES FONCTIONNELLES DU POLE

Cardiologie (Poissy excepté plateau technique sur Saint Germain)

Diabétologie, endocrinologie (Saint Germain)

Hôpital de jour de médecine (site de Poissy)

Médecine interne - UCSA (site de Saint Germain)

Médecine interne, néphrologie, hémodialyse (site de Poissy)

### 3. EFFECTIFS DU POLE

[364] Les derniers tableaux de bord transmis par le contrôleur de gestion en date du de fin 2009, mentionnent 201,87 ETP de personne non médical et 51,09 ETP médicaux.

[365] 243 personnes étaient inscrites pour le vote au conseil de pôle.

### 4. PRESENTATION DU POLE

[366] Les activités du pôle sont caractérisées par :

- Des activités de diabétologie existant sur les deux sites qui ont été regroupés en un **service de diabétologie sur le site de Saint Germain en 2000** ;
- Un projet de **regroupement des activités de cardiologie**, datant de près de 10 ans et qui a enfin **abouti en septembre 2009** à une installation des services d'hospitalisation complète sur le site de Poissy et à la réinstallation du plateau technique sur le site de Saint Germain. La fermeture de l'USIC sur le site de Saint Germain date elle, de juillet 2008.
- **Le maintien des activités de médecine interne sur les deux sites** est prévue jusqu'au transfert dans le nouvel hôpital, avec notamment une spécialisation de la néphrologie-dialyse sur Poissy et sur Saint Germain, l'individualisation de lits de cancérologie courant 2010, ceux-ci seront alors rattachés au pôle n° 8, ce qui conduira à une augmentation de capacité pour Saint Germain en avril 2010. Il existe également une unité d'hospitalisation de jour sur Poissy.

## 5. ACTIVITE DU POLE 2008-2009

Tableau 30 : Activité d'hospitalisation complète

UF	Nombre d'entrées 2008	Nombre d'entrées 2009	
5502 - USIC PY	904	835	
5500- Cardiologie PY	1837	2103	
5520 – Néphrologie	730	860	
5550 – Diabétologie	1210	1268	
5540 – Médecine interne SG	310	321	
5510 Cardiologie SG +USIC	950	132	Transfert sur PY
TOTAL HC	5941	5519	Transfert sur PY

Source : Activités transmises par la cadre de pôle

Tableau 31 : Activité d'hospitalisation de jour médecine interne Poissy (UF 5700)

5700 - HDJ médecine PY			
5821-03 Rhumatologie	63	60	Activité stable
5660-03 Gastrologie	1180	1144	
5220-03 Néphrologie	1109	1024	
5800-03 Neurologie	1612	1866	
Total HDJ	3964	4094	

Source : Activités transmises par la cadre de pôle

## 6. PROJET DU POLE

[367] L'ensemble des projets proposés par le pôle s'articule avec les objectifs du PREF à savoir : mieux valoriser l'activité et réduire la durée moyenne de séjour<sup>93</sup>.

### 6.1. Cardiologie

[368] L'activité cardiologique doit se développer dans un contexte de concurrence importante avec sept autres centres de cardiologie interventionnelle dans les Yvelines. L'objectif après le regroupement de 2010 étant de revenir à l'activité cardiologique existant en 2007, après la période de baisse liée à la réorganisation.

[369] D'ici à cinq ans les principaux projets affichés par le pôle sont les suivants :

- devenir **centre de référence pour l'angioplastie coronaire** : pour obtenir une autorisation, il faut une activité de plus de 500 angioplasties par an, seuil qui devrait être atteint.

<sup>93</sup> Ce projet a été présenté à la CME en juin 2009, à l'ARH en octobre 2009 et au conseil de pôle en novembre 2009.

Tableau 32 : Activité d'angioplastie coronaire

	2002	2006	2008	2009
Nombre de coronarographies	568	742	810	ND
Nombre patients dilatés	288	349	444	492

Source : Service de cardiologie

- devenir **centre de référence pour la rythmologie interventionnelle** : il existe actuellement un établissement privé autorisé dans le bassin et les besoins identifiés nécessitent deux centres. L'établissement considère qu'il répond aux critères (structure, matériel et compétences) pour obtenir cette autorisation. **Il a inscrit le développement de cette activité comme un point fort du PREF sur ce pôle sachant que l'activité correspond à des GHM bien valorisés avec une DMS courte.**

Tableau 33 : Prévisions d'activité

	Radiofréquence	Défibrillateurs	Défibrillateurs multisites	Pacemakers
2010	100	50	10	155
2011	125	75	25	160
2012	140	90	40	170
2013	150	100	50	175
<b>Tarification</b>	<b>2 615 à 21 185 €</b>	<b>4 028 à 19 183 €</b>	<b>4 028 à 19 183 €</b>	<b>3 715 à 15 711 €</b>

Source : Service de cardiologie

## 6.2. Médecine interne

[370] Les projets de la médecine interne consistent, pour être en adéquation avec le programme capacitaire prévu pour le nouvel hôpital, à :

- développer l'activité sur les deux sites en diminuant la durée moyenne de séjour;
- restructurer en individualisant certaines activités.

### 6.2.1. L'hospitalisation traditionnelle

#### 6.2.1.1. Poursuivre l'activité avec 30 lits sur le site de Poissy

[371] L'unité actuelle comporte 30 lits avec notamment 4 lits dédiés (2 lits d'addictologie et 2 lits de soins palliatifs) et une unité de 8 lits de néphrologie. Il est prévu :

- l'individualisation du secteur de néphrologie (8 lits) ;
- le développement parallèle de la dialyse péritonéale.

#### 6.2.1.2. Maintenir 20 lits en médecine interne sur le site de Saint Germain en 2010 malgré le transfert de 8 lits sur le pôle n°8 « oncologie médicale-maladies infectieuses »

[372] L'unité d'hospitalisation actuelle développe une activité de médecine interne de 8 lits et une forte activité de cancérologie qui va être individualisée en 2010 sous la forme d'une unité d'hospitalisation traditionnelle de 8 lits au sein du pôle n° 8.

[373] Après cette séparation, début 2010 l'activité du secteur d'hospitalisation de médecine interne sera à reconstruire et l'unité d'hospitalisation comportera 20 lits, **soit une ouverture de + 12 lits de médecine interne** dont 4 lits dédiés (2 lits d'addictologie et 2 lits de soins palliatifs), une unité post-urgence de 6 à 8 lits et 12 à 14 lits non programmés.

[374] Le projet précise que « la globalité du projet de médecine interne dépend de l'ouverture des 12 lits supplémentaires de médecine interne sur Saint-Germain-en-Laye, ce qui implique une équipe paramédicale pour faire fonctionner cette unité » et compte-tenu des difficultés actuelles de l'établissement à pourvoir les postes notamment d'infirmières (fin 2009 : 96 postes vacants).

[375] Nous nous interrogeons sur le réalisme immédiat de ce projet qui paraît plus que problématique, dans sa réalisation opérationnelle.

[376] **Les termes du pré-projet médical, tel que rédigé dans sa version de février dernier, laissent dubitatif**, car cette extension de lits n'est pas intégrée dans le projet du nouvel hôpital : *« Une évaluation sera effectuée fin 2011 sur la possibilité d'augmenter le nombre de lits. Ces lits seraient cependant en excédent par rapport au programme capacitaire du futur hôpital et cela impliquerait donc de redéfinir le programme de Chambourcy ou d'augmenter le temps médical en moyens non pérennes ».*

[377] L'état des réflexions actuelles prévoient que ces lits soient organisés en trois secteurs :

- **le secteur post-urgences**

[378] Ce secteur correspondrait à une unité de 6 à 8 lits alimentée exclusivement par les urgences avec des patients ne relevant plus du secteur porte, avec à priori une DMS courte prévisible<sup>94</sup>. Le chef de pôle considère que **la création de cette unité nécessite une évaluation préalable pour juger de sa pertinence médicale, mais aussi économique.**

- **le secteur de 12 lits d'hospitalisation traditionnelle**

[379] Ces lits sont destinés à l'accueil des patients prioritaires des urgences mais l'organisation laisse une place à des développements potentiels spécifiques aux différents praticiens du service (activité ophtalmologique inflammatoire, bilan vasculaire, prise en charge somatique des patients psychiatriques...).

- **Quatre lits dédiés**

[380] Le projet relatif à l'addictologie (ELSA) n'est pas encore structuré et les lits de soins palliatifs sont pris en charge en lien avec l'équipe mobile (cf. pôle n° 4)

### **6.2.2. L'unité d'hospitalisation de jour de 16 places du site de Poissy**

[381] Cette unité fonctionne avec un médecin coordinateur chef d'unité et un médecin référent pour les services de spécialité utilisant la structure (neurologie, hépato-gastro-entérologie,).

[382] Le recrutement actuel se compose de 40% de neurologie, 28% d'hépatogastro-entérologie, 29% de médecine interne-néphrologie-hématologie et 3% de pathologies diverses. Il est prévu de développer certains axes notamment : la prise en charge des patients drépanocytaires, dans le cadre des soins déjà coordonnés sur le centre hospitalier en lien avec la pédiatrie et l'unité de grossesses à haut risque, les diagnostics, les bilans et les prises en charge des maladies systémiques et la néphrologie.

<sup>94</sup> Le fonctionnement de cette unité implique une rotation rapide nécessitant une grande coordination avec les autres services (radiologie, endoscopie et autres spécialités) et une prise en compte prioritaire des demandes d'examen complémentaires et d'avis, ainsi que des moyens. Il n'est pas précisé s'il s'agit de créations ou de redéploiement de postes, ce qu'il faudra déterminer dans l'étude préalable.

[383] A nouveau, **la question du nouvel hôpital est posée dans le pré-projet médical**, avec une réflexion soulevée par le responsable de pôle : « *La capacité de cette unité semble sous-dimensionnée dans le programme capacitaire de Chambourcy et serait à réévaluer* ».

### 6.2.3. L'unité d'hémodialyse sur le site de Poissy

[384] Cette perspective de développement d'activité ne peut être envisagée qu'après l'évaluation de la mise en œuvre du SROS relatif à l'insuffisance rénale chronique pour tenir compte de la file active des malades du territoire de santé 78-2.

[385] Le centre hospitalier propose une offre néphrologique globale qui intègre le traitement de l'insuffisance rénale terminale avec toutes les techniques d'épuration extrarénale :

- **12 postes d'hémodialyse en centre lourd** avec une capacité théorique de 48 malades ;
- l'activité de **dialyse péritonéale** (DP) assez faible, dont il est prévu qu'elle soit développée pour répondre aux objectifs quantifiés du SROS ;<sup>95</sup>
- un projet de création d'une structure **d'unité de dialyse médicalisée** (UDM) sachant que la file active des nouveaux patients pris en charge en consultation est importante (50 à 60 patients par an) et qu'actuellement, seuls 20% de ces patients sont pris en charge en hémodialyse à Poissy.

[386] Ce projet n'a pas été expertisé dans l'immédiat et cette activité n'est pas prévue dans le programme capacitaire de Chambourcy.

### 6.3. Diabétologie - Endocrinologie

[387] Le service est référent sur son bassin de population (70% des parts de marché) et fonctionne en réseau (non formalisé). 90% des entrées se font directement et très rarement par passage aux urgences.

[388] Un staff est organisé mensuellement et des relations sont établies depuis plusieurs années avec l'hôpital Cochin (cancers thyroïdiens et interventions sur les surrénales) et avec l'hôpital Foch de Suresnes (chirurgie hypophysaire).

- L'activité de consultation du service est chronophage en temps médical

[389] L'activité actuelle, de l'ordre de 8000 consultations par an, alimente le recrutement de l'hospitalisation du service ainsi que l'activité du service d'ORL mais elle est considérée par le responsable de pôle, comme trop consommatrice de temps médical (14 demi-journées/semaine). Un des objectifs est de diminuer le nombre de consultations<sup>96</sup> afin de dégager du temps médical pour l'hospitalisation et le développement de projets spécifiques.

- La prise en charge en diabétologie est pluridisciplinaire

[390] L'activité du service repose sur une offre de soins globale : prise en charge et éducation thérapeutiques des divers types de diabète, insulinothérapie fonctionnelle dans le diabète de type 1, activité de centre initiateur de traitement par pompe à insuline et éducation thérapeutique spécifique pour le diabète de type 2.

<sup>95</sup> Pour 47 à 50 patients hémodialysés en centre, prise en charge de 20 patients en dialyse péritonéale.

<sup>96</sup> Ce qui risque d'être compliqué car la reconnaissance de la compétence du service conduit à un délai actuel des rendez-vous de diabétologie souvent supérieur à trois mois.

[391] Le service organise une prise en charge multidisciplinaire en hospitalisation et en ambulatoire des **pathologies de pied diabétique** ainsi que la prise en charge en circuit court du **diabète gestationnel** (un praticien du service intervient en maternité)<sup>97</sup>. Cette prise en charge **en ambulatoire** des plaies de pied a une rentabilité limitée, avec une consommation importante. Cependant le centre hospitalier est le seul centre rendant ce service et il existe un réel besoin sanitaire sur le bassin de population et sur les Yvelines. Il est envisagé de transférer une partie de l'activité sur l'hospitalisation de jour (cf. infra).

- La prise en charge médico-chirurgicale en endocrinologie mobilise des partenariats extérieurs

[392] Le service est un acteur de la prise en charge de diverses pathologies par la participation à des réunions multidisciplinaires et un travail en réseau pour le traitement des cancers thyroïdiens (par l'iode radioactif avec le service de médecine nucléaire de Cochin), des pathologies hypophysaires (en lien avec le service de neurochirurgie de l'hôpital Foch) et des pathologies surrénaliennes (service d'endocrinologie de l'hôpital Cochin). Il contribue également à l'activité chirurgicale de l'établissement (notamment service d'ORL).

### 6.3.1. Le service d'hospitalisation s'est engagé sur un objectif quantifié

[393] La capacité actuelle de **24 lits est organisée en 3 secteurs de 8 lits** (16 lits d'hospitalisation traditionnelle et 8 lits de semaine pour l'éducation thérapeutique et la formation et l'utilisation des pompes à l'insuline). *Cette capacité sera conservée en adéquation avec le programme capacitaire de Chambourcy :*

[394] Le service s'est engagé à respecter les engagements pris dans le cadre du plan de retour à l'équilibre financier, à savoir 1.300 entrées annuelles minimum, soit **une augmentation d'activité de 12 % par rapport à l'activité 2007**<sup>98</sup>.

[395] Un des objectifs étant de dégager du temps médical, celui-ci pourrait permettre de structurer l'activité d'hospitalisation de jour (après une évaluation médico-économique, pour en cerner la rentabilité effective) en :

- développant la prise en charge des plaies du multidisciplinaire des plaies du pied en déportant une partie de cette activité en hôpital de jour ;
- développant l'éducation thérapeutique en ambulatoire et en explorant le risque vasculaire (HTA, diabète, lipides, tabac...) en hôpital de jour

### 6.3.2. L'Unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA)

[396] Nous avons eu accès au rapport de la DDASS des Yvelines, suite à l'inspection d'avril-mai 2008 de la maison centrale de Poissy ainsi qu'aux recommandations formulées à l'établissement.

**Recommandation n°35 : Il conviendrait que mi-2010, l'établissement transmette aux autorités de tutelle un bilan sur l'état d'avancement de la mise en œuvre des recommandations formulées dans le rapport de mai 2008 relatif au fonctionnement de l'UCSA.**

<sup>97</sup> Lors de l'élaboration des contrats de pôle, ces situations de personnel mis à disposition d'autres services devront faire l'objet de clarifications, en prenant en compte prioritairement les besoins des patients.

<sup>98</sup> En 2008, l'activité a augmenté de + 13% avec en recettes + 350.000€

[397] La priorité du responsable est de rompre l'isolement de l'équipe soignante (informatisation de l'unité) pour préserver la qualité des soins en milieu pénitentiaire (formation des personnels) et d'améliorer les actions de prévention et de prise en charge des pathologies chroniques. Nous soutenons ces mesures, qui pourront nécessiter de revoir les différentes conventions avec les partenaires et notamment de conforter les collaborations avec le directeur de l'établissement pénitentiaire et l'ARS<sup>99</sup>.

#### **6.4. Les résultats du PREF sont décalés pour le développement des activités bénéficiaires**

[398] L'axe 2 du PREF relatif au développement des activités bénéficiaires prévoyait d'ici 2011 la mise en place de **5 actions**. Les réponses transmises par le directeur, à notre demande de bilan 2009 sont peu détaillées.

1. Augmenter la capacité d'accueil en médecine interne (dont accueil en post-urgences) avec ouverture 20 lits pour un gain de **956K€** *ouverture prévue en janvier 2010* (2 fiches 2-20)

[399] L'établissement a répondu que: « Les travaux ont nécessité un délai supplémentaire (Commission de sécurité). Le service est passé de 7 à 10 lits depuis janvier 2010 et passera à 20 lits en septembre 2010. **Les charges sont à revoir** ».

2. Développer l'activité de diabétologie avec un gain potentiel de **292K€** (fiche 2-21)

[400] L'établissement précise qu'il existe « une progression en termes d'activité mais que la prévision initiale se révèle trop élevée par rapport aux les objectifs du service. Il n'y a pas de gain particulier à attendre. L'**action est abandonnée** ».

3. Maitriser la durée moyenne de séjour dans le pôle (non chiffrée).
4. Créer une activité de rythmologie avec un gain potentiel de
5. **795K€** (fiche 2-23)

[401] La réponse de l'établissement est la suivante: « Les autorisations concernant les défibrillateurs et multi-sites sont intervenues fin 2009. L'activité doit progresser à partir de 2010. **Les coûts restent à chiffrer de manière plus fine** car l'activité présente des caractéristiques différentes de celles prévues initialement (moins de radiofréquence mais plus d'explorations et de pace maker) »

---

<sup>99</sup> L'établissement est en charge de la santé physique et psychique des détenus aussi, l'élaboration de projets pour la population détenue à Poissy peut bénéficier de soutiens financiers, encore faut-il que ceux-ci sont soutenus en interne.



## **Annexe 5.7 : Pôle « Neurologie Rééducation Gériatrie »**

### **1. EQUIPE CHARGEE DU PILOTAGE DU POLE**

*Responsable de pôle* : Dr Thierry GAVARDIN

*Cadre de pôle* : Mme Lucy PIERROT (depuis mars 2009)

*Cadres de direction référents* : M. Philippe BOUTON et M. Bernard DORLAND

*Pas de secrétaire de pôle*

### **2. SERVICES ET UNITES FONCTIONNELLES DU POLE**

Gériatrie (site de Poissy) / Neurologie (site de Poissy) Rééducation fonctionnelle (site de Saint Germain) / Rééducation fonctionnelle et SSR (site de Poissy) / SSR et gériatrie (site de Saint Germain)

### **3. EFFECTIFS DU POLE**

[402] Environ 407 ETP non médicaux fin 2009 (soit 13% des effectifs de l'établissement) et 28 ETP médicaux. C'est le pôle qui a le plus d'absences (taux : 15,1% - moyenne de l'établissement : 13,3% - chiffre du 2<sup>ème</sup> quadrimestre 2009).

[403] 421 électeurs étaient inscrits au vote du conseil de pôle de juin 2009.

### **4. PRESENTATION DU POLE**

[404] Il s'agit d'un des plus gros pôles (375 lits et 85 places) qui a une vingtaine de structures sur les deux sites hospitaliers et extérieurs puisqu'il est constitué de services de MCO (neurologie : 15 lits et court séjour gériatrique : 20 lits), de services de suite et rééducation (SSR : 60 lits), d'unité de soins de longue durée (USLD : 136 lits), d'un accueil de jour pour les patients atteints de maladie de Alzheimer (ETAP3 de 10 places), de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD : 75 places) et d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD : 99 places).

Tableau 34 : Structures du pôle n°8

Lieu	Service		Lit	Lieu	Service	Lit
P O I S S Y	Les Maisonnées	SSR	45	S G L	USLD Nivard	39
		USLD	97		Rôpital- Anquetin - EHPAD	44
	Hervieux - EHPAD	60	Etape 3A		10	
	SSIAD	75 places	SSR Gériatrie		30	
	Neurologie	15	Court Séjour Gériatrie		20	
	SSR Rééducation - Rhumatologie	15	total		143	
	total	232 75 places				
<b>PÔLE 7 : 375 lits</b>						

## 5. ELEMENTS D'ACTIVITE

[405] En 2009, le pôle a ouvert de nouvelles activités ayant des activités relevant du MCO, avec création du court séjour gériatrique (10 lits fin mai 2009 et 10 lits fin décembre 2009) et ouverture la rhumatologie (2 lits à partir de mars 2009), ce qui a induit une augmentation d'activité et une hausse de valorisation T2A (+ 4,2% en neurologie).

Neurologie MCO	2008	2009	Ecart en nombre	Ecart en %
Nombre de RSS	1.998	2.302	+304	+15,2%
Nombre de patients	633	685	+ 52	+ 8,2%
<b>Court séjour gériatrique</b>	2008	2009	Ecart en nombre	Ecart en %
Nombre de RSS	12	238	+ 226	Nouveau service ouvert (10 lits en mai +10 lits en décembre 2009)
Nombre de patients	9	225	+216	
<b>Rhumatologie</b>	2008	2009	Ecart en nombre	Ecart en %
Nombre de RSS	--	215	+ 215	<b>2 lits ouverts depuis mars 2009</b>
Nombre de patients	--	214	+ 214	

Source : Direction des finances – contrôle de gestion

## 6. PROBLEMATIQUE ET PROJET DU POLE

[406] Il s'agit de services, (gériatrie et rééducation) qui dans un établissement MCO sont souvent laissés considérées, à tort comme des « disciplines moins nobles ». Or, les projets du pôle s'organisent autour d'une **logique de filières de soins** avec en 2009-2010 des réalisations à fort impact sur l'ensemble de l'établissement, en particulier pour réduire la durée moyenne de séjour dans les services de médecine et de chirurgie.

### **6.1. L'ouverture du court-séjour donne un véritable sens à la filière gériatrique**

- [407] Le secteur médical dispose de trois outils de prise en charge :
- *un service de gériatrie aigüe de 20 lits* dont 10 lits ouverts fin mai 2009 et la totalité du service qui fonctionne depuis fin décembre 2009.
- [408] D'après les professionnels, cette ouverture pourtant programmée de longue date n'a pas été totalement anticipée, ni coordonnée entre les différents professionnels (travaux, équipement...) concernés alors que le service s'est retrouvé à fonctionner à 100% très rapidement.
- [409] Nous nous étonnons qu'aucune information sur l'ouverture officiellement n'ait été faite alors que la création de ce service est un élément important de structuration à la fois de la gériatrie et de l'hospitalisation sur le territoire<sup>100</sup>. Pour que ce service dispose de compétences humaines, il convient également de la valoriser, ce qui permettra d'avoir un impact positif sur le travail des agents en gériatrie, qui est une activité difficile pour les personnels soignant et mal reconnue
- [410] L'ouverture de ce service a permis mi-2009 de commencer à développer cette filière, en permettant une prise en charge spécialisée plus adaptée des personnes âgées, avec l'effet escompté de réduire les durées de séjour dans les autres services de médecine aigüe.
- *un service de SSR gériatrique de 30 lits* sur Saint Germain avec sa filière d'aval. Une réflexion doit être rapidement conduite pour mutualiser les effectifs médicaux entre le court séjour gériatrique et les lits de SSR accueillant des personnes âgées, pour créer une véritable filière de prise en charge gériatrique.
  - *une consultation de gériatrie et une consultation mémoire sur chaque site* avec actuellement un délai de rendez-vous trop long de 4 mois, sur lequel des efforts doivent porter.

### **6.2. Depuis la signature de la convention, le véritable travail d'organisation du secteur médico-social débute à peine**

- [411] Un des gros chantiers du pôle a été, d'une part réaliser **la partition des lits** d'unité de soins de longue durée (USLD) et d'établissement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), et d'autre part de préparer **la convention tripartite** (Préfet des Yvelines-Conseil général 78 et établissement).
- [412] Celle-ci a enfin été signée en octobre 2009,<sup>101</sup> avec au moins 4 ans de retard. Avec l'appui technique de la directrice adjointe et le soutien relationnel et politique du chargé de mission, des crédits ont été obtenu d'une part auprès de la CNSA et d'autre part auprès des collectivités locales.
- [413] Les autorisations actuelles correspondent à :
- 136 lits d'USLD (97 à Poissy et 39 sur Saint Germain)
  - 104 lits d'EHPAD (60 sur Poissy et 44 sur Saint Germain)
  - un SSIAD de 58 places sur Poissy (projet en cours d'extension à 75 places)
  - un accueil de jour (ETAP 3A : Alzheimer Accueil Action) de 10 places, dans des locaux adaptés et équipé de mobilier approprié, situé sur Saint Germain. Il permet de soulager les familles, de stimuler, occuper et resocialiser les personnes accueillies.
- [414] L'établissement a prévu dans les 5 ans de demander une extension de capacité de l'USLD (passage à 180 lits) et l'ouverture de 10 places d'accueil de jour sur Poissy.

<sup>100</sup> Une fiche préparée en novembre 2009 par la cadre de pôle a été diffusée en mars 2010.

<sup>101</sup> Cette démarche est guidée par un cahier des charges, défini au niveau national par l'arrêté du 26 avril 1999 et dès 2003, 30% des établissements avaient signé cette convention.

**Recommandation n°36 :** Deux priorités doivent rapidement faire l'objet de programmation d'une part, l'informatisation du pôle et d'autre part l'inventaire des matériels et du mobilier pour son éventuel renouvellement.

### 6.3. *La filière neurologique*

- [415] Elle est organisée autour du service de neurologie, qui dispose sur le site de Poissy de **15 lits d'hospitalisation complète**, et qui a un recours fréquent à l'hospitalisation de jour du service de médecine interne (cf. pôle 6). Il est prévu que le court séjour neurologique passe à 19 lits. Ce service a une **compétence reconnue au niveau régional** en matière de prise en charge des **patients atteints de sclérose en plaque**.
- [416] Le projet d'unité de soins intensifs neurovasculaires (USINV) pour la prise en charge précoce des accidents vasculaires cérébraux (AVC) n'a pas abouti au cours de la période du précédent projet médical (2004-2009) ; nous ne pouvons porter un jugement sur ce nouveau service qui vient d'ouvrir, mais qui répond à un besoin de santé publique important sur le territoire. **Sa réussite dépend d'une collaboration structurée aussi bien en interne (imagerie), qu'avec les médecins de ville et les secours d'urgences dont le SAMU.**
- [417] Il est proposé sur le nouvel hôpital le passage à 28 lits de neurologie avec le maintien des 6 lits d'USINV.

### 6.4. *La filière réadaptation*

- [418] Elle est organisée autour du service de rééducation de 60 lits, qui permet d'offrir une filière d'aval à la fois pour la gériatrie, mais également pour la neurologie et l'orthopédie, et pour les autres services de l'établissement.
- [419] Depuis mars 2009 2 lits de rhumatologie aigüe sont ouverts et fonctionnent bien.
- [420] Lors du transfert dans le nouvel hôpital le projet du pôle prévoit la création complémentaire d'un hôpital de jour de rééducation de 10 places.<sup>102</sup>

### 6.5. *Plusieurs actions prévues au PREF sur l'axe 2 ont démarré en 2009*

- [421] L'axe 2 du PREF relatif au développement d'activités bénéficiaires a retenu 37 fiches à partir des travaux d'appui de Cap Gemini. Il prévoit d'ici 2012, par la réalisation de ces actions un gain de 16,2 millions d'euro avec un échéancier sur 4 à 5 ans.
- [422] Nous avons souhaité faire un bilan des actions réalisées fin 2009. Les réponses fournis par le directeur, à partir des tableaux élaborés en mars 2010 par le contrôleur de gestion sont jointes à la présentation des intitulés des actions.
- [423] En mai 2009, les gains des **7 actions** relevant de l'axe 2 du pôle n°7 étaient estimés au minimum à **1.773,2€** répartis comme suit :

1. *Création d'une filière gériatrique* pour un gain potentiel de **1.017K€**(fiche 2-24) ;

Réponse de l'établissement « Les travaux ont nécessité un délai plus important. Cependant **l'activité a été à la hauteur sur les 10 lits ouverts sur 7 mois en 2009**. Les attentes pour 2010

<sup>102</sup> En attente des dispositions réglementaires nationales, pour structurer le projet à présenter.

sont conformes aux prévisions initiales du PREF malgré une **baisse des tarifs V11b d'environ 5%** pour cette activité ».

2. Création d'une filière gériatrique de 30 lits (en développant le SSR) avec un gain potentiel de **73,5K€**- Pas de réponse de l'établissement
3. *Augmentation des places aux Maisonnées* (capacité totale de 97 places) avec un gain potentiel de **263,7K€**(fiche 2-25)

Réponse de l'établissement : « Le développement est envisagé comme prévu **pour 2011**. Cependant, l'objectif de stabilité du personnel **risque de ne pas être atteint** ».

4. *Maitrise de la durée moyenne de séjour* avec un gain potentiel de **120,6K€**(fiche 2-27)

Réponse de l'établissement : « Analyse du nombre de séjours ayant une durée supérieure d'une ou deux journées à la DMS pour les ramener à la moyenne : cela nécessite une analyse des services de radiologie ou des laboratoires »

5. et 6. *Création d'une USINV* avec un **coût résiduel de 184,1 K€**(fiche 2-41) et ouverture de ces lits d'USINV avec une montée en charge des gains à 100% à l'optique 2011 de **556 K€**(fiche 2-59)

Réponse de l'établissement : « Les travaux ont pris du retard. Cependant, 4 lits de neurologie ont été mis en place en janvier 2010, 4 lits d'USINV le 2 février 2010 (dont 1 réservé à l'embolisation) et 2 lits en avril 2010.

7. *Ouverture des lits de rééducation/rhumatologie* (gain non chiffré – valorisation en consultations spécialisées) correspondant à la fiche 2-60. Pas de réponse de l'établissement



## Annexe 5.8 : Pôle « Oncologie médicale Infectiologie »

### 1. EQUIPE CHARGEE DU PILOTAGE DU POLE

*Responsable de pôle* : Dr Yves WELKER

*Cadre de pôle* : Mme Louissette GAILLARD

*Cadres de direction référents* : Mme Christine ESTAY et M. Didier SIEGLER

*Secrétaire référente du pôle* : Mme Virginie ASTRUC

### 2. SERVICES ET UNITES FONCTIONNELLES DU POLE

[424] Centre de coordination en cancérologie (3C) / Dermatologie / Hospitalisation en gastroentérologie / Hôpital de jour en médecine (site de Saint Germain) / Maladies infectieuses et tropicales (site de Saint Germain) / Oncologie médicale (site de saint Germain) / Pneumologie (site de Saint Germain).

[425] Ce pôle a évolué d'une part, avec le départ de l'activité de radiothérapie (en juin 2008) sur le pôle Imagerie (pôle n° 9) et d'autre part, tout récemment (début 2010) avec le rattachement de l'unité « Hygiène hospitalière»<sup>103</sup> qui a quitté le pôle n° 4.

### 3. EFFECTIFS DU POLE

[426] Les derniers tableaux de bord du contrôle de gestion font état fin 2009 de 137, 37 ETP de personnel non médical et 28, 71 ETP de personnel médical

[427] 133 électeurs étaient inscrits pour le vote au conseil de pôle de juin 2009.

### 4. PRESENTATION DU POLE

[428] L'ensemble des activités du pôle n°8 est sur le site de Saint Germain à l'exception de l'activité de gastro-entérologie, situé sur le site de Poissy sachant que, seul le secteur d'hospitalisation est rattaché au pôle et que les activités d'endoscopie sont intégrées dans le pôle n°5 « Anesthésie, bloc opératoire, chirurgie ».

[429] Il s'agit d'un des pôles qui fonctionne le mieux et qui est le plus structuré (réunions régulières de pôle avec compte-rendu (6 réunions en 2009), élaboration de protocoles communs pour harmoniser les parcours de soins, notamment en oncologie...). Ce pôle pourrait être un des premiers à passer en contrat de pôle et délégation de gestion.

---

<sup>103</sup> Cette unité a été récemment appelée : structure interne d'hygiène et de prévention du risque infectieux (SIHPRI).

- [430] C'est également le seul pôle qui a mis en place des réunions régulières de secrétaires de pôle avec un véritable mandat de coordination de l'ensemble de ses collègues (16 secrétaires correspondant à 13 ETP) avec des réunions de concertation pour harmoniser les pratiques.<sup>104</sup>
- [431] Les trois principales activités du pôle sont centrées sur :
- 1. Oncologie médicale**
- [432] L'établissement fait partie du réseau de cancérologie Yvelines Nord. Le projet médical 2004-2009 organisait cette activité autour :
- du centre de radiothérapie autorisé en 1999, ouvert en septembre 2007 puis dont l'activité a été suspendue en octobre 2009 (pour le bilan et la problématique cf. pôle n°8 « Imagerie »)
  - le développement de chimiothérapies en hôpital de jour (activité autorisée en 2009 : 12 places et environ 4 000 séances).
- [433] La totalité de l'activité médicale, hors chirurgie d'organes, est regroupée sur le site de Saint-Germain-en-Laye. L'activité d'hospitalisation complète est aujourd'hui effectuée dans l'unité de médecine interne de Saint-Germain-en-Laye qui a vocation à être autonomisée en 2010, au sein d'un service de 18 lits (dont 3 lits de soins palliatifs et 4 lits d'hospitalisation de semaine).
- [434] L'activité d'hôpital de jour est organisée autour du centre de coordination en cancérologie (3C) qui organise les réunions de concertation pluridisciplinaires par organes. Des protocoles par filières de soins précisant les étapes du parcours de soins des patients et les médecins intervenant lors des différentes consultations d'annonce et de suivi (oncologie digestive, consultations de sénologie, de gynécologie, dermatologie, ORL...) ont été remis au médecin de la mission.
- [435] Pour la chirurgie carcinologique, l'établissement a été autorisé en 2009 pour plusieurs localisations (sein, gynécologie, digestif, ORL). Cette activité est rattachée au pôle 3 « Anesthésie bloc opératoire chirurgie ».
- [436] Par contre l'autorisation de PET-scan (gamma-caméra couplée avec un scanner permettant de réaliser des examens très performants en cancérologie) délivrée en janvier 2006 n'est pas encore mise en œuvre. L'établissement a perdu là une occasion d'améliorer son attractivité. Il devra faire une nouvelle demande d'autorisation pour l'implantation sur le nouvel hôpital à Chambourcy.
- [437] La **dermatologie** repose essentiellement sur le dépistage et la prise en charge des cancers cutanés, en lien avec les dermatologues de ville.
- [438] C'est également le cas de la **gastro-entérologie** constituée de :
- 30 lits dont 20 lits d'hospitalisation complète (pour les endoscopies lourdes et les pathologies avec activité de chirurgie programmée). Il est composé de 2 unités de 10 lits avec un effectif-cible de 9,5 infirmières avec un ajustement des effectifs en fonction du volume d'activité et de la charge en soins.
  - C'est un service qui a un fort lien avec les urgences (75% des patients arrivent par les urgences : du cancer digestif à prise en charge des patients en fin de vie). Il y a dans ce service 2 lits de soins palliatifs.
- [439] En 2007, l'activité du service d'hépatogastroentérologie a été de 2.169 séjours, dont 57% en ambulatoire, 12% en hospitalisation complète programmée et 31% en non programmé (urgences et mutations internes).

---

<sup>104</sup> Concernant notamment l'organisation des consultations et l'accueil des patients, la procédure de fonctionnement des sorties de dossiers pour l'hôpital de jour et la mutualisation des tâches et l'entraide entre secrétaires.

## 2. Infectiologie

- [440] Ce service fonctionne en hospitalisation complète et de jour (notamment pour la prise en charge des patients VIH+). Il assure également la coordination du réseau avec le secteur de ville pour le SIDA et les hépatites (AVH78).
- [441] En 2009, il a été fortement mobilisé, comme service de référence, en lien avec l'unité d'hygiène pour la gestion de l'épidémie de grippe et la campagne de vaccination.

## 3. Pneumologie

- [442] Les principales pathologies prises en charge par le service sont de deux types : cancers et broncho-pneumopathies chroniques obstructives. Il s'agit de pathologies lourdes et de patients fragiles. Ce service a également développé une activité reconnue de poly-somnographie (diagnostic et bilan des patients en hospitalisation de nuit).

## 5. ELEMENTS D'ACTIVITE

Tableau 35 : activité 2008 et 2009

UF	Libellé	Nombre d'entrées		
		Année 2008	Année 2009	Ecart en nombre
5620	SMIT	839	770	- 69
5630 PAC 1	Pneumologie	985	1008	+ 23
5630 PAC 2	Activité de polysomnographie	391	452	+61
5630 PAC 3	Pneumologie HDJ	953	893	- 60
5660	Gastroentérologie	874	788	- 86
5710	Médecine HDJ (SG)	4805	5008	+203
5610	Oncologie	630	541	- 89
<b>Total Pôle</b>		9477	9460	-17

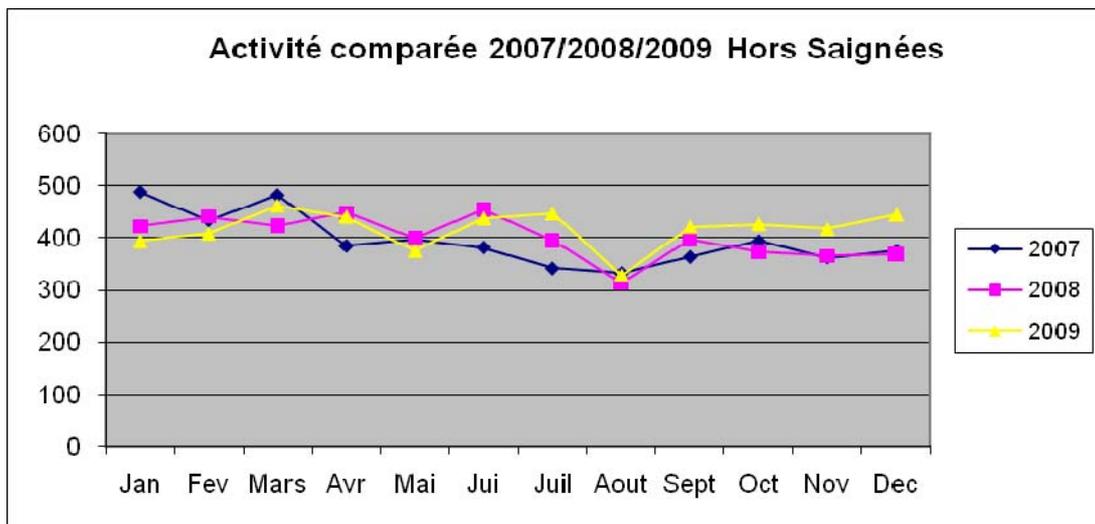
Source : Direction des affaires financières

Tableau 36 : Activité 2007 2008 et 2009 - HDJ Oncologie Médicale et infectiologie (UH5710)

	2007	2008	2009	Variation 2007/2008	Variation 2008/2009
<b>TOTAL</b>	4741	4805	5008	+1,3%	+4,2%

Source : CHIPS

Graphique 4 : Activité mensuelle 2007 / 2008 / 2009 -  
Hôpital de Jour Oncologie Médicale et infectiologie (UH5710)



[443] En oncologie en 2009 l'activité a augmenté de 4,2% et cela malgré le départ du chef de service en oncologie temps plein en septembre 2008 et qui vient tout juste d'être remplacé en février 2010<sup>105</sup> : cet accroissement d'activité est liée à une mobilisation des deux oncologues à mi-temps pour poursuivre la prise en charge des patients.

[444] **La structure interne d'hygiène (SIHPRI)** de l'établissement est reconnue par les autorités de tutelles (DDASS 78) comme compétente. Le suivi des indicateurs de lutte contre les infections nosocomiales l'a bien classée en 2008 avec un **score agrégé de classe A** (à partir des 4 scores nationaux suivants : ICALIN classe A, ICSHA classe A, ICATB classe B et SURVISO enquêtes de prévalence dans 5 des 6 services de chirurgie)<sup>106</sup>.

[445] Le CHIPS transmet régulièrement des signalements d'infections nosocomiales (preuve d'une vigilance assurée et de prise de mesures correctrices).

[446] Lors de notre visite dans le service de maladies infectieuses, les professionnels expérimentaient une poignée mobile permettant d'ouvrir les portes de chambre, en utilisant l'avant bras et gardant les mains nettoyées (modèle réalisé par une société à partir des travaux de médecins du pôle).

<sup>105</sup> Son remplacement a nécessité près de 18 mois, alors qu'il s'agit d'un secteur de compétence du site de Saint Germain.

<sup>106</sup> ICALIN objective l'organisation de la lutte contre les infections associées aux soins (IAS) dans l'établissement, les moyens qu'il a mobilisés et les actions qu'il a mises en œuvre. L'indicateur ICSHA est un marqueur de la mise en œuvre effective de l'hygiène des mains, une mesure-clef de prévention de nombreuses infections associées aux soins (IAS) Il permet d'apprécier la mise en œuvre par les professionnels soignants des recommandations de pratiques de prévention. L'ICATB objective l'organisation mise en place dans l'établissement pour promouvoir le bon usage des antibiotiques, les moyens qu'il a mobilisés et les actions qu'il a mises en place. L'indicateur SURVISO s'intéresse à la mise en place par l'établissement d'une enquête épidémiologique qui permet de mesurer la fréquence des infections du site opératoire (ISO).

## 6. PROJETS DU POLE

### 6.1. *Dans les 5 ans à venir, le pôle a prévu de s'organiser pour répondre aux objectifs suivants :*

- devenir un centre de référence en cancérologie (en assurant la prise en charge globale des patients du dépistage au traitement et jusqu'au décès) ;
- optimiser la prise en charge des patients atteints de broncho- pneumopathies chroniques obstructives (BPCO);
- développer l'activité de coloscopies (+ 120 en 2010 et 2011)
- devenir un centre de référence en écho-endoscopie (en lien avec le pôle 5) ;
- conserver son niveau d'expertise en infectiologie et prévention des infections nosocomiales.

### 6.2. *Aucune des actions n'a été engagée en 2009, tous les projets pour développer les activités bénéficiaires prévues au PREF sont programmés pour démarrer en 2010*

[447] L'axe 2 du PREF relatif au développement d'activités bénéficiaires prévoit d'ici 2012, par la réalisation de 37 actions un gain de 16,2 millions d'euro avec un échancier sur 4-5 ans.

[448] En mai 2009, les gains **des 6 actions** relevant de l'axe 2 du pôle n°8 étaient estimés à 1.431K€(sachant que deux actions ne sont pas chiffrées et qu'une est à réaliser en lien avec le pôle n°5). Pour trois d'entre elles (actions 4, 5 et 6), le démarrage est assujetti à l'arrivée en février 2010 du nouveau chef de service en oncologie.

[449] Voici les réponses fournis par le directeur, à partir des tableaux élaborés en mars 2010 par le contrôleur de gestion pour chacune des actions.

1. Développer l'activité de pneumologie avec un gain potentiel de **847K€**(fiche 2-28)

[450] **Environ 180.K€ de recettes était prévu pour 2009.** « Un délai supplémentaire a été nécessaire, notamment en raison de la **difficulté d'un recrutement** effectif de personnel paramédical pour les épreuves fonctionnelles respiratoires (EFR), recrutement qui devrait libérer le Docteur DOUBLET pour la prise en charge du sommeil. **Les résultats de cette action** sont donc **en attente** d'une date de ce recrutement, d'achat de machine et de son installation ».

2. Maitriser la DMS dans l'ensemble du pôle (dans la fiche 2-29 datée du 27 mars 2009, les **gains** étaient **en cours de chiffrage**).

[451] La réponse de l'établissement, relative à une réflexion en cours sur les filières d'aval pour diminuer le nombre de séjours « extrême haut » est peu explicite et ne permet pas d'avancer sur cette question.

3. Développer l'activité de pneumologie mise en place d'une prise en charge pluridisciplinaire dans le cadre d'un secteur éducatif (nouvelle piste fiche 2-55 : **gains à identifier**) Aucune suite ne nous a été transmise sur cette action
4. Accompanyer le développement de l'oncologie avec un gain chiffré à **186K€**(fiche 2-30)

[452] **L'action était prévue pour démarrer en 2010.** La réponse transmise par le directeur est la suivante : « Le service est passé de 12 à 15 lits en janvier 2010 Il est prévu à 17 lits supplémentaires en septembre 2010. Un praticien a été recruté comme chef de service. Le développement d'activité est à affiner avec ce nouveau médecin ».

5. Développer une activité de coloscopie (en lien avec le pôle 5 – fiche2- 43) avec des gains estimés à 73,2K€

[453] L'activité était **prévue pour démarrer en 2010**. D'après le directeur, après bilan du contrôleur de gestion : « Le développement d'activité est à étudier avec le nouveau chef de service Dr [REDACTED] (arrivé le 1er février 2010). »

6. Développer l'activité de chimiothérapie avec un gain estimé à **398K€**(fiche 2-56)

[454] L'activité était **prévue pour démarrer en 2010**. D'après le directeur, après bilan du contrôleur de gestion : « Le développement d'activité est à étudier avec le nouveau chef de service Dr [REDACTED] arrivé le 1er février 2010 ».

## Annexe 5.9 : Pôle « Imagerie »

### 1. EQUIPE CHARGEE DU PILOTAGE DU POLE

*Responsable du pôle* : Docteur Olivier CHEREAU radiologue (responsable depuis juin 2008)

*Cadre de pôle* : M. Damien CORADIN (depuis fin mars 2009 et qui prend la direction de l'école de manipulateurs d'électroradiologie en septembre 2010).

*Pas de secrétaire de pôle attitrée.*

*Cadres de direction référents* : Pas de remplacement depuis le départ de Mme Patricia COLONELLO en décembre 2009 et M. Didier SIEGLER

### 2. SERVICES ET UNITES FONCTIONNELLES DU POLE

Imagerie médicale à Poissy / Imagerie médicale à Saint Germain / Médecine nucléaire / Radiothérapie

### 3. EFFECTIF DU POLE

[455] Le personnel non médical est essentiellement constitué de manipulateurs d'électroradiologie (MER) **62 ETP soit 63%**. Les secrétaires médicales sont au nombre de 15,50 ETP.

[456] Le personnel médical est de 19,90 ETP (dont 1,80 ETP pour la radiothérapie et 1,75 ETP pour la médecine nucléaire).

[457] L'ensemble de ces chiffres sont extraits des travaux de Cap Gemini 2009 de mai 2009 et peuvent être sensiblement différents de ceux mentionnés dans l'annexe « ressources humaines » qui analyse l'évolution des effectifs.

[458] 110 électeurs étaient inscrits pour le vote au conseil de pôle de juin 2009 (c'est le pôle où le plus grand nombre d'électeurs se sont déplacés, avec 90% de votants de façon concurrentielle pour éviter la prééminence d'un site).

### 4. PRESENTATION DU POLE

[459] Il existe deux sites d'imagerie médicale sur Poissy et Saint Germain, la médecine nucléaire et la radiothérapie étant sur Saint Germain.

[460] Issu de la fusion d'activités venant du pôle n°4 « Logistiques médico-technique » (pour l'imagerie médicale et la médecine nucléaire) et du pôle n°8 « Cancérologie médicale et infectiologie » (pour la radiothérapie), le pôle n° 9 « Imagerie » a été créé environ une année après les autres (juin 2008), Il s'agit d'un pôle assez hétérogène en raison de la spécialisation des disciplines. C'est le plus petit en volume de personnel, mais avec trois secteurs assez déséquilibrés puisque l'imagerie médicale a un poids élevé (16,33 ETP médical et 47,90 ETP de MER), et que les deux autres sont assez réduits ; notamment la radiothérapie, puisque l'activité est suspendue depuis fin-octobre 2009 et jusqu'à fin avril 2010 (cf. infra).

- [461] Les financements des divers actes sont eux-mêmes différents (forfait technique / actes CCAM / prise en charge à 100%...).
- [462] Malgré l'absence de moyens de fonctionnement propre au pôle, il existe des réunions régulières du bureau de pôle par engagement personnel du responsable médical de pôle. Le cadre de pôle est écarté entre le pilotage administratif des personnels du pôle (40% de son temps) et la fonction de cadre de médecine nucléaire (estimé à environ 60%). C'est un cadre sans directeur administratif depuis plusieurs mois. Le directeur des soins référent du pôle est très investi.

## 5. PROBLEMATIQUES ACTUELLES ET PROJET DE POLE

- [463] Le maintien d'activités cliniques aigües sur les deux sites jusqu'au transfert dans le nouvel hôpital et l'architecture actuelle des locaux justifient l'existence de ce service bi-site d'imagerie<sup>107</sup> et le choix de l'implantation de la médecine nucléaire et surtout de la radiothérapie sur Saint Germain<sup>108</sup> (en lien avec les activités de cancérologie). Malgré des activités globalement satisfaisantes, le positionnement stratégique du pôle « Imagerie » dans l'établissement est insuffisamment affirmé, alors qu'il est majeur pour l'attractivité de l'établissement et pour le développement d'activités cliniques bénéficiaires. Le fonctionnement actuel des activités d'imagerie médicale n'est pas mutualisé, le retard à la prise de décision pour installer le PET-scan interroge sur le positionnement futur du service de médecine nucléaire et enfin, la question de l'opportunité de la réouverture de la radiothérapie est réellement posée.
- [464] Il s'agit d'un pôle où **les équipements ont un poids majeur dans la réalisation des activités** et pour certains d'entre eux (datant de 10 ans voire plus), le renouvellement va devenir une priorité, d'une part car les pièces détachées risquent de ne plus être fournies et d'autre part, car leur ancienneté conduit à un passage en forfait technique amorti, c'est le cas des deux scanners 16 barrettes datant de 2002 (économie en investissement 2 X 1 M€ mais 320.000€ de perte en exploitation pour 2010 correspondant à la maintenance et à l'amortissement du forfait technique).

**Recommandation n°37 : Un équilibre doit être trouvé par l'établissement et les autorités de tutelle, entre la réduction prioritaire du déficit et la possibilité pour l'établissement de poursuivre ses missions de soins pour la population du bassin et, pour développer les activités bénéficiaires, de disposer d'équipements performants.**

<sup>107</sup> L'établissement dispose d'une IRM 1,5 Tesla installée en 2008 sur Poissy et de 2 scanners (16 barrettes installés en 2002 et 64 barrettes installés en 2008) sur chaque site. Le 2ème scanner sur Saint Germain a été installé en 14 mois à Saint Germain et a mis quasiment le double de temps pour s'installer à Poissy (26 mois).

<sup>108</sup> Il n'est pas prévu de déplacer le centre de radiothérapie dans le nouvel hôpital, ce qui nécessite de prévoir la prise en charge des patients avec le transfert de la cancérologie.

## 5.1. L'imagerie médicale

### 5.1.1. Un service d'imagerie médicale bi-site dans lequel chacun reste chez soi

[465] Il existe une situation particulière dans ce pôle qui explique pour partie sa création tardive. Il a fallu trouver un compromis pour la constitution du pôle et notamment la désignation d'un responsable de pôle et cela dans un contexte conflictuel ancien entre les deux services d'imagerie de Poissy et Saint Germain.<sup>109</sup> La solution trouvée, qui n'est pas vraiment satisfaisante et maintient des tensions et des ressentiments entre les deux sites, a été de maintenir le chef de service de Poissy et de nommer le responsable de pôle sur le site de Saint Germain. Les radiologues des deux sites<sup>110</sup> ne travaillent pas ensemble et il existe des frictions entre les personnels non médicaux, et cela d'autant plus que les organisations sont différentes et les modalités de gestion des équipes ne sont pas harmonisées<sup>111</sup>.

**Recommandation n°38 : La mutualisation de l'équipe médicale de l'imagerie médicale présente sur les deux sites avec l'organisation d'un véritable tableau de service commun, harmonisation des pratiques, décloisonnement et rotation sur les deux sites est une priorité d'ici fin 2010 pour préparer le travail collectif sur le nouvel hôpital.**

### 5.1.2. Des activités globalement stables mais qu'il convient de comparer sur chacun des sites en prenant en compte les effectifs médicaux réellement disponibles

[466] Tout comme sur les autres pôles, et compte-tenu de l'absence de système d'information fiable pendant des années, les sources de données sont éclatées et les résultats disponibles parcellaires et non concordants, même si chaque unité fonctionnelle, service ou pôle disposent de ses propres données d'activité (par le logiciel Xplore).

Tableau 37 : Activité 2005-2007

	2005	2006	2007	Ecart % 2007/2006
<b>TOTAL ACTES Z et ZN</b>	<b>176.704</b>	<b>176.006</b>	<b>171.863</b>	<b>- 2,35%</b>
IRM PY	3.541	3.467	3.522	+ 1,59 %
IRM SG	449	397	701	+76,57 %
<b>TOTAL IRM</b>	<b>3.990</b>	<b>3.864</b>	<b>4.223</b>	<b>+ 9,29 %</b>
SCANNER PY	10.527	11.989	13.529	+ 12,85 %
SCANNER SG	11.521	11.509	12.726	10,57%
<b>TOTAL SCANNER</b>	<b>22.048</b>	<b>23.498</b>	<b>26.255</b>	<b>+11,73</b>
<b>TOTAL VASCULAIRES CORONAROGRAPHIES</b>	<b>1043</b>	<b>2218</b>	<b>2587</b>	<b>+18%</b>
MEDECINE NUCLEAIRE	5.347	5.377	5.225	- 2,83%

Source : Rapport d'activité 2007

<sup>109</sup> Pendant près de 10 ans, c'était « l'état de guerre » entre l'ancien chef de service de Saint Germain et l'actuel chef de service de Poissy et la scission était totale.

<sup>110</sup> Effectif théorique de 15 ETP mais lors du passage de la mission sur les 7 postes médicaux de Saint Germain : Seuls 4 postes de PH étaient pourvus (1 poste de PH et 2 postes d'assistants vacants).

<sup>111</sup> Permanences des soins avec une organisation de nuit avec une équipe spécifique de MER à Poissy et des personnels qui tournent sur le jour et la nuit sur Saint Germain / procédures de notation, primes /

[467] Cependant, les documents remis à la mission par le contrôleur de gestion pour l'activité 2008<sup>112</sup> reprennent les comparaisons avec les années 2006 et 2007 et font état de chiffres sensiblement différemment de ceux présentés dans le rapport d'activité 2007 (qui eux-mêmes faisaient des comparaisons avec les années antérieures à partir de données chiffrées différentes de celles des rapports d'activité 2005 et 2006).

[468] Des divergences de comptabilisation de l'activité et d'extraction de données entre les deux sites d'une part, et au niveau de la direction financière d'autre part, ont d'ailleurs fait l'objet de réunions au sein du bureau de pôle avec le contrôleur de gestion et le responsable de pôle n'a pas souhaité que les tableaux de bord de 2009 sont rendus publics devant de telles différences : c'est d'ailleurs le seul pôle qui ne dispose pas de données consensuelles (l'installation tardive et la faible disponibilité de l'ancienne directrice administrative du pôle pouvant pour partie l'expliquer).

[469] D'après les documents remis à la mission, les effectifs médicaux de Poissy sont de 8,5 ETP + un FFI et un interne) et de 30 ETP de manipulateurs-radiologie (dont 7 travaillant exclusivement de nuit et ceux de Saint Germain de 6, 2 ETP (+ un FFI) et 23 ETP de manipulateurs-radiologie.

### 5.1.3. Au-delà des examens réalisés, la réalisation des comptes-rendus est un critère de qualité majeur pour la prise en charge des patients

[470] Les deux sites collectent les données mensuelles que la mission a examiné sur les années 2007, 2008 et 2009, notamment pour les scanners et les IRM : les forfaits techniques et valeurs en euro / CCAM et valeurs en euro. **Des comparaisons sont réalisées en interne à partir des effectifs et du nombre d'examens réalisés, qui méritent des réflexions plus approfondies et des ajustements d'effectif en fonction de l'activité, ceci n'étant possible qu'à partir d'un travail collectif entre le chef de service et le chef de pôle.**

[471] L'analyse ci-dessous est en elle-même suggestive et source potentielle de réflexion pour une meilleure organisation collective et une amélioration de la rentabilité médicale. L'activité ne se réduisant pas à une réalisation des examens mais à son interprétation et à la rédaction d'un compte-rendu.<sup>113</sup> Les chiffres montrent une variation sur les deux sites, qui mériterait une analyse plus approfondie.

Tableau 38 : Activité en nombre de comptes-rendus en 2007 et 2009

	POISSY			SAINT GERMAIN		
	2007	2009	Variation	2007	2009	Variation
Total Comptes-rendus (CR) FAITS	1444	1709	18%	1913	2046	7%
Total CR NON FAITS	3091	3566	+ 15%	1382	1180	- 15%
CR des examens de Salles Radio. FAITS	237	270	14%	555	487	- 12%
CR des examens de Salles Radio. NON FAITS	522	691	+ 32%	586	496	- 15%
CR des examens de Salle Urgences FAITS	4	1	-75%	361	277	-23%
CR des examens de Salle Urgences NON FAITS	1534	1824	+19%		247	- 38%

Source : Données du Pôle « Imagerie » retraitées par IGAS

<sup>112</sup> Ex IRM : année 2006 : 4.252 / année 2007 : 4.924 et année 2008 : 4.650 (source DAF)

<sup>113</sup> C'est ce qui intéresse le médecin prescripteur.

- [472] Il devrait être inutile de rappeler ici cela relève des bonnes pratiques professionnelles de base, qu'un compte-rendu écrit doit être rédigé pour tout examen radiologique effectué, et dans un délai maximum de quelques jours<sup>114</sup>.

**Recommandation n°39 :** Réaliser en interne, sur les deux sites une analyse plus approfondie des pratiques de rédaction des comptes-rendus radiologiques pour sécuriser les actes réalisés et améliorer la qualité des prises en charge.

Tableau 39 : Comptes-rendus relatifs aux scanners et aux IRM 2007 et 2009

	POISSY			SAINT GERMAIN		
	2007	2009	Variation	2007	2009	Variation
SCANNERS Siemens CR FAITS	720	412	-43%	597	490	-18%
<b>SCANNERS Siemens CR NON FAITS</b>	126	58	- 54%	230	135	-41%
SCANNERS GEMS CR FAITS	-	455	x	-	281	X
<b>SCANNERS GEMS CR NON FAITS</b>	-	64	x	-	42	X
TOTAL des SCANNERS CR FAITS	720	867		597	771	
<b>CR IRM</b>	188	210	12%	64	68	6%

Source : Données Pôle Imagerie retraitées par IGAS

- [473] Tous les comptes-rendus d'IRM sont faits, ce qui n'est pas le cas des comptes-rendus de scanners.

#### 5.1.4. Un point de friction entre les deux sites : l'implantation du 2<sup>ème</sup> IRM

- [474] Tout projet d'installation de nouveaux équipements lourds réactive les rivalités entre les deux sites. Lors des travaux d'accompagnement de Cap Gemini, il avait été proposé que l'implantation de la 2<sup>ème</sup> IRM se fasse sur le site de Saint Germain. La fiche du PREF (2.34) jointe au document de référence du pôle daté du 18 février 2009 en prévoit d'ailleurs les modalités : « Exploiter une IRM 1,5 Tesla sur le site de Saint Germain. » Cette fiche a disparu dans le document Cap Gemini pour préparer le projet médical 2009-2014 daté du 28 mai 2009.

- [475] Le dossier d'autorisation déposé fin décembre 2009 correspond non plus à une implantation à Saint Germain, mais à Poissy et ce n'est plus une IRM 1,5 Tesla, mais une IRM 3 Tesla (avec un surcoût d'investissement estimé à 800.000€ avec un intérêt reconnu en priorité pour les pathologies neurologiques et vasculaires<sup>115</sup> et alors que l'établissement n'est pas en position de faire une telle dépense sans une étude prévisionnelle approfondie sur les recettes prévisibles).

- [476] Si cette étude a été élaborée, avec les critères de décisions et l'impact organisationnel et financier d'une telle modification de stratégie d'établissement, elle n'a pas été transmise à la mission. Aucun compte-rendu de conseil exécutif (notamment 2009) n'a été transmis à la mission, concernant un tel débat et les décisions prises, et pour cause ils n'ont pas été rédigés depuis avril 2008 (cf. annexe 5-0). Voici les éléments laconiques transmis à la mission, sur le bilan fin 2009 de la fiche du PREF par le directeur :

<sup>114</sup> Dans les cabinets de radiologie libéraux, le compte-rendu est parfois donné le jour même ou envoyé dans les 48h au plus tard.

<sup>115</sup> Ce qui semble avoir justifié l'implantation sur le site de Poissy avec l'ouverture de l'USINV en 2010.

« Exploiter une 2<sup>ème</sup> IRM sur Poissy : Le dossier d'autorisation est en préparation (de fait déposé fin 2009, ce que le contrôleur de gestion semble ignorer). L'activité ne pourra se faire avant 2011 ».

**Recommandation n°40 :** Si le choix d'installer dès maintenant (après acquisition de l'autorisation) une IRM de 3 Tesla est arrêté par l'établissement, cet investissement ne doit pas se faire au détriment du remplacement des équipements de l'ensemble du pôle d'imagerie, dont certains sont largement amortis.

## 5.2. *Renouveler les équipements de la médecine nucléaire est une priorité et poursuivre l'activité sans Petscan est un handicap*

- [477] La mission n'a pas expertisée ce secteur d'activité. Elle a analysé le projet de pôle, l'état d'avancement des projets et les décisions prises sur ce secteur dans le cadre du développement d'activité.
- [478] Comme toutes les techniques médicales, la médecine nucléaire évolue et ses indications changent. Avec l'accès facilité au scanner et à l'IRM certaines indications diminuent (scintigraphies pulmonaires ou osseuses) D'autres apparaissent mais ne sont pas encore réalisées dans tous les établissements, notamment au CHIPS et certaines se maintiennent (scintigraphies myocardiques) ou augmentent (scintigraphies rénales).
- [479] Actuellement, le service de médecine nucléaire de l'établissement, est en légère décroissance d'activité et doit prendre le virage de l'évolution technologique avec le PET-scan (couplage d'une gamma-caméra conventionnelle avec un scanner), examen particulièrement performant dans le domaine de la cancérologie, discipline que l'établissement prévoit de développer dans son prochain projet médical.
- [480] Le projet de PET-scan prévu initialement dans le cadre d'un GIE (EUROCHIPS) avec la clinique de l'Europe ne pourra finalement être installé que, dans le nouvel hôpital, sachant qu'il s'agit d'une activité souvent déficitaire dans le public avec de fortes contraintes liées aux équipements et surtout au bâtiment.<sup>116</sup>
- [481] L'autorisation, obtenue grâce aux soutiens des politiques locaux va devenir très rapidement caduque. La mise en œuvre de celle-ci n'a pas fait l'objet d'un suivi énergique et la question a été reportée à quelques années, la clinique de l'Europe pouvant décider de jouer en solo d'ici là.

**Recommandation n°41 :** Si à l'optique du nouvel hôpital, le renouvellement d'autorisation et l'acquisition d'un PET-scan sont envisagés, ce projet doit être réfléchi dès maintenant pour être intégré d'une part, dans les études architecturales et d'autre part, dans les projections financières : cet équipement lourd devant permettre avec la T2A la réalisation d'activités qui s'intègrent dans un budget général équilibré.

- [482] En attendant, le report du projet de PET-scan participe à l'équilibre financier de l'établissement. Il aurait généré des coûts annuels importants de l'ordre de 450.000€ Mais l'absence de cet équipement indispensable en 2010 en cancérologie risque de peser sur les possibilités de recrutement des patients.
- [483] La médecine nucléaire est une des disciplines, où les deux praticiens hospitaliers ont une activité libérale avec un reversement important à l'établissement. La somme total reversée à l'établissement en 2009<sup>117</sup>, était d'environ 370.000€(soit les 2/3 de la somme totale).

<sup>116</sup> Amortissement des équipements possibles (en à 7 ans) mais non des travaux (20 ans).

<sup>117</sup> Sur la base réglementaire d'un reversement à hauteur de 60% - cf. annexe 3-2 activité libérale des praticiens.

[484] Une décision devra sans doute être prise rapidement pour adapter le service aux nouvelles normes réglementaires (locaux, caméras, radio-pharmacie, informatisation du service, traçabilité des produits actifs...), et cela sans attendre l'implantation dans un nouveau site<sup>118</sup>.

**Recommandation n°42 : L'établissement doit rapidement prendre une position sur l'avenir de l'activité de médecine nucléaire et décider s'il prévoit de la conserver, de la développer et d'occuper une véritable place sur le territoire de santé. La mise aux normes des locaux et du matériel s'impose rapidement.**

### **5.3. Faut-il conserver la gestion de l'activité du centre de radiothérapie par l'établissement ?**

[485] Il ne paraît pas utile de reprendre ici l'historique et les aléas de création du centre, connus de tous. Le regroupement des autorisations octroyées d'une part à un centre privé de Saint Germain et d'autre part à l'hôpital de Poissy-Saint Germain a conduit en septembre 2007<sup>119</sup> à l'ouverture du centre actuel dans un bâtiment sur le site hospitalier de Saint Germain. Cette décision d'implantation a été prise pour rééquilibrer les activités des deux sites et faire de Saint Germain, un pôle de référence en cancérologie.

[486] Il s'agit d'un centre installé sur le site de Saint Germain et géré en « partenariat public-privé » par convention.

#### **5.3.1. L'activité est suspendue depuis le 23 octobre 2009 mais dès l'ouverture en 2007 des dysfonctionnements étaient connus de la direction**

[487] La mission a débuté ses investigations dans l'établissement juste après la suspension d'activité du service de radiothérapie par l'ARHIF (arrêté du 23 octobre 2009) suite aux conclusions de l'inspection conjointe de l'ASN et de la DDASS des Yvelines. Des informations ponctuelles lui ont été fournies par le directeur de l'établissement qui a suivi personnellement ce dossier depuis son arrivée en octobre 2007 (les responsables successifs des pôles étant peu associés aux prises de décision), la DDASS 78 et le directeur de l'ARHIF.

[488] Dès novembre 2007<sup>120</sup>, le radiothérapeute privé lié par convention avec l'établissement signalait au directeur du CHIPS le non-respect des engagements contractuels, en particulier : le nombre insuffisant de traitements sur le site (37 patients traités alors que le potentiel des deux machines était de 140 malades), l'inexistence d'un accueil des patients (avec absence de contrôle d'accès aux zones d'installations classées utilisant des matières nucléaires), la non-mise à disposition de personnel administratif et de facturation. Il considérait également que les plages d'utilisation n'étaient pas respectées. Il souhaitait obtenir un calendrier prévisionnel détaillé de montée en charge des capacités de traitement du centre et de régularisation des dysfonctionnements et proposait une réunion.

[489] Dès le démarrage de l'activité, il est constaté un problème de présence médicale, sur les plages accordées au public. Le docteur WELKER, responsable du pôle n°8 intervient à plusieurs occasions et rappelle aux radiothérapeutes<sup>121</sup> leur obligation de présence lorsque les patients sont sous machines.

<sup>118</sup> Avant qu'une nouvelle fois (cf. radiothérapie), l'autorité de sûreté nucléaire (ASN) ne mette l'établissement en demeure de se conformer à la réglementation.

<sup>119</sup> Inauguration en décembre 2007 en présence de l'actuel directeur, des élus et des professionnels.

<sup>120</sup> Courrier du 26 novembre 2007 adressé au directeur du CHIPS par le Docteur [REDACTED]

<sup>121</sup> Dr [REDACTED].

- [490] Le rapport ASN-DDASS 78 suite à la visite du 17 juin 2008 signalait déjà deux incidents relatifs à des erreurs d'identification de patients, qui n'avaient pas fait l'objet de signalement à l'ASN et faisait des recommandations relatives au personnel médical et non médical.
- [491] Les contrôles réalisés par l'ancienne directrice des affaires médicales, concernant le décompte du temps de travail annuel de 2008 des deux praticiens concernés ont conduit à des régularisations, respectivement de 29 jours et de 25,50 jours par l'établissement.
- [492] Nous considérons que les évènements survenus à Epinal et à Toulouse ont suffisamment marqué les consciences pour qu'ils ne soient pas ignorés des radiothérapeutes. Les multiples échanges de courriers et les réunions internes nous montrent que ces difficultés étaient connues.
- [493] En 2009, parmi les principaux dysfonctionnements qui ont guidé cette suspension, deux étaient considérés comme majeurs :
- [494] « *Les inspecteurs de l'ASN ont constaté que la qualité des images portales permet difficilement de vérifier le positionnement initial puis la reproductibilité du positionnement des patients, notamment pour le Primus 2.* » - extrait du rapport de l'ASN d'octobre 2009 ;
- [495] Dans le rapport de la DDASS des Yvelines, il est fait mention d'une part, des constats de l'ASN : « *Les inspecteurs de l'ASN ont constaté que ... les imageries portales<sup>122</sup> étaient de très mauvaises qualité et ne permettaient pas de garantir le bon positionnement du patient avant le traitement* », mais également de **l'insuffisance des effectifs en personnel**, notamment en ce qui concerne **le radiothérapeute « public »** (0,1 à 0,2 ETP pour une autorisation prévoyant un temps 6 fois supérieur soit 1,2 ETP), les **physiciens et les manipulateurs de radiothérapie**.
- [496] Le 23 octobre 2009, l'ARHIF a suspendu l'activité pour 2 mois, dans l'attente des mesures correctrices permettant de remédier aux dysfonctionnements constatés. Cette suspension provisoire de fonctionnement du centre de radiothérapie, a été prolongée à la demande de l'ARHIF qui a sollicité M. Jean-Claude ROSENWALD, chef de service honoraire de Physique médicale de l'Institut Curie pour une expertise.<sup>123</sup>
- [497] Celui-ci a été mandaté en date du 5 janvier 2010 pour :
- « *Faire un état des lieux de l'équipement du centre<sup>124</sup> et porter un jugement sur sa capacité à répondre aux exigences de qualité et de sécurité des traitements dans le contexte de l'état de l'art actuel de la radiothérapie ;*
  - *Evaluer les options éventuelles de remise à niveau pour atteindre cet objectif ;*
  - *Evoquer succinctement les aspects humains liés à l'utilisation de ces équipements.* »
- [498] Il a rendu son rapport mi-mars 2010 à l'ARHIF. La mission en a eu connaissance fin mars par la DDASS des Yvelines. Des réunions ont été organisées d'une part entre l'établissement et l'ARHIF et d'autre part en interne à l'établissement pour définir les suites à donner.

<sup>122</sup> Il faut préciser que ces systèmes d'imagerie portale aident au positionnement des patients sur les accélérateurs et permettent d'effectuer des contrôles et des corrections en temps réel sans attendre les clichés radiologiques classique de contrôle. Ce positionnement est réalisé par ailleurs sur la base de repères cutanés et de systèmes de contentions individualisés.

<sup>123</sup> La décision n°09-456 du 23 octobre 2009 a été prolongée par la décision n°09-515 du 18 décembre 2009 qui donnait jusqu'au 1<sup>er</sup> avril à l'établissement pour réaliser les mesures correctrices.

<sup>124</sup> La question a notamment été posée de la date de passage du marché, de la date de l'achat de l'équipement et de la livraison de celui-ci.

### 5.3.2. Les principaux constats de cette expertise éclairent la décision à prendre

[499] Ces constats sont de plusieurs natures :

- « L'équipement du CHIPS, pénalisé par une enveloppe budgétaire limitée, peut être considéré comme **un équipement de base conforme au standard de l'année où il a été installé** (2006) permettant d'effectuer dans des conditions satisfaisantes la plupart des traitements<sup>125</sup>.
- Plusieurs courriers<sup>126</sup> ont été envoyés par les physiciens et médecins du centre, pour informer le directeur de la « dégradation continue du système d'imagerie portale » et cela avant la visite ASN –DDASS78 d'octobre 2009. L'expert précise qu'il y a eu « **dysfonctionnement au niveau de la gestion de ce problème** : *« s'il s'agissait d'un problème de maintenance, Siemens aurait dû être contacté plus formellement et le problème réglé dans le cadre du contrat de maintenance, s'il s'agissait d'un problème de conception, la sécurité des traitements étant en jeu, une déclaration de matériovigilance aurait dû être faite et l'interdiction aurait dû s'appliquer aux 22 autres systèmes utilisés en France. L'AFSSAPS n'a absolument pas été informée à ce sujet<sup>127</sup> ».*
- **Les systèmes d'imagerie Beamview dont la maintenance se termine en 2012 gagneraient à être remplacés rapidement<sup>128</sup>**. Le coût de cet équipement est estimé à environ 500.000€ pour les deux accélérateurs ; le délai d'intervention étant d'environ 3 mois et 5 jours sont nécessaires à l'installation.
- « **Toutes les personnes rencontrées ont souligné l'impossibilité de faire fonctionner de manière satisfaisante cette structure partagée entre le public et le privé. .... La reprise du fonctionnement dans un contexte similaire me semble à exclure** ».

[500] Une décision est à prendre rapidement, et cela d'autant plus que dans la seconde décision de l'ARHIF prévoyait qu'à l'issue du délai du 1<sup>er</sup> avril 2010 si les mesures correctrices s'avéraient insuffisantes, la procédure de retrait de l'autorisation serait mise en œuvre.

[501] Deux options sont proposées par l'expert :

- soit le maintien d'une offre publique sur Poissy Saint Germain, qui nécessite de réorganiser l'équipe avec un radiothérapeute public à temps plein ;
- la reprise complète de l'activité dans le cadre du secteur libéral (SARL du [REDACTED]) si un accord financier satisfaisant était trouvé avec le CHIPS. La mission considère que l'accord financier ne doit pas pénaliser l'établissement : **il ne s'agit pas céder à perte<sup>129</sup> les installations pour se débarrasser du problème.**

[502] Cependant d'autres facteurs entrent en ligne de compte et nécessitent de réfléchir à une autre solution :

- L'actuel partenaire privé du centre de radiothérapie est susceptible de renoncer à la reprise des bâtiments et des équipements du centre de Saint Germain, pour investir sur la **clinique des Franciscaines à Versailles**, qui vient d'ouvrir un centre de radiothérapie;

<sup>125</sup> Bien que correspondant à un marché notifié à Siemens en 2000 avec une facturation partielle en septembre 2002 de 180.000€ correspondant à 10% du coût, le matériel livré a été remis à niveau, notamment par l'intégration de dispositifs d'imagerie portale Beamview. La facture a été soldée en août 2007 (1,8 M€).

<sup>126</sup> Courriers des 18 mars 2009, 17 août 2009 et 29 septembre 2009.

<sup>127</sup> Une déclaration d'évènement significatif (survenu en 2008 sur deux systèmes d'imagerie) a été faite le 2 novembre 2009, par le médecin responsable de l'activité public après la fermeture du centre de radiothérapie : elle ressemble fortement à une « déclaration de couverture ».

<sup>128</sup> Siemens propose depuis 2003 des imageurs Optivue basés sur une technologie avec silicium amorphe.

<sup>129</sup> Il ne peut être question pour l'hôpital en déficit, de renouveler une opération semblable à celle réalisée avec la vente au secteur privé du terrain dans l'enceinte du site de Saint Germain, en plein centre ville au prix minimaliste de l'estimation des domaines, pour l'installation d'une clinique privée à activité concurrentielle de l'hôpital.

- Une collaboration du CHIPS avec le **centre hospitalier d'Argenteuil** pourrait être envisagée.<sup>130</sup> En effet, au moment de la suspension d'activité en octobre dernier, l'établissement a géré de façon globalement satisfaisante cet arrêt momentané d'activité, en organisant la poursuite des traitements des patients en lien avec le centre hospitalier d'Argenteuil. Cet établissement, qui est également autorisé à poursuivre son activité jusqu'en avril 2010, et dont l'activité de radiothérapie risquait d'être arrêtée faute de masse critique a, du fait de la suspension sur Saint Germain, bénéficié d'une hausse d'activité, qui pourrait lui permettre d'atteindre les seuils requis. **Un groupement de coopération sanitaire Argenteuil - Poissy Saint Germain pourrait être une solution à examiner, ou une convention de partenariat.**

[503] Enfin, alors que la radiothérapie était considérée dans le PREF comme une activité pouvant permettre des recettes supplémentaires (estimées à 400.000€/an), depuis fin octobre non seulement, il n'y a plus aucune entrée financière, mais des dépenses maintenues et mêmes accrues :

- d'une part, bien que le centre soit fermé les accélérateurs restent actuellement couverts par le contrat de maintenance (environ 190.000€TTC/an) et la physicienne continue à vérifier quotidiennement la stabilité des faisceaux (contrat de maintenance à hauteur de 27.000€/an). Les manipulateurs publics ont été redéployés vers les autres secteurs d'imagerie des deux sites ou ont démissionné ; quant au médecin à temps partiel, il continue à être payé pour une activité réduite.
- et d'autre part, des coûts supplémentaires sont enregistrés afin de permettre aux patients de poursuivre leur traitement avec d'autres établissements dans de bonnes conditions (actes et transports à la charge du CHIPS pour les patients hospitalisés).

**Recommandation n°43 :** *Compte-tenu des multiples intervenants publics et privés, parfois en circuit croisé du fait d'activité à temps partiel, un bilan précis (ce pourrait être une mission IGAS spécifique) doit être réalisé sur la prise en charge actuelle des patients dans les centres de radiothérapie du grand ouest parisien, avec une projection à 5 ans, avant toute décision engageant des investissements coûteux . L'ARS qui va devoir prendre rapidement des décisions aura besoin de cette étude prospective.*

**Recommandation n°44 :** *L'équipe de radiothérapeute de l'établissement n'a pas fait la preuve de sa capacité à organiser la prise en charge des patients ; un nouveau schéma de coopération doit être défini avec une responsabilité identifiée par un nouveau radiothérapeute chef de service à temps plein.*

#### **5.4. Les interrogations persistent sur les recettes attendues par l'établissement sur les activités bénéficiaires de l'axe 2 du PREF**

[504] Les réponses au bilan des 6 fiches relatives à l'axe 2 sur le développement des activités bénéficiaires fourni par l'établissement concernent les actions suivantes :

1. Accompagner la mise en place des deux nouveaux scanners en ajustant le dimensionnement des équipes avec un gain potentiel de 1.626K€(fiche 2-31)

[505] La réponse de l'établissement est la suivante : « Bilan en cours avec [REDACTED] (Directeur des soins) et les cadres du pôle ». Lors de notre entretien avec le responsable de pôle, celui-ci nous a précisé que es seconds scanners ont été installés à Saint Germain en juillet 2008 (en 9 mois) et à Poissy en septembre 2008 (en 2 ans). Il ne s'expliquait pas l'intérêt de cette fiche (qui pour lui n'était pas adaptée) car les deux scanners existent et le seul point à améliorer selon lui concerne les délais de réalisation des examens.

<sup>130</sup> Dont les équipements neufs ont été financés par l'ARHIF à hauteur de 4M€et qui dispose d'une équipe à compétence reconnue.

2. Développer l'activité de radiothérapie et améliorer la rentabilité avec un gain potentiel de 436K€(fiche 2-32)

[506] Le directeur a répondu en ces termes : « La radiothérapie du CHIPS a été fermée en octobre 2009 ce qui a provoqué un arrêt brutal de l'activité. L'activité est donc en forte baisse. Des coûts supplémentaires sont enregistrés afin de permettre aux patients de poursuivre leur traitement avec d'autres établissements dans de bonnes conditions (actes et transports à la charge du CHIPS pour les patients hospitalisés jusqu'à fin février 2010 pour les actes). Des négociations sont en cours pour une réouverture et un chiffreage pourra intervenir une fois les arbitrages donnés. »

3. Remplacer l'IRM de 1Tesla par une IRM de 1,5 tesla avec un gain potentiel de 200K€ (fiche 2-33)

[507] D'après l'établissement: « la réalisation est conforme aux hypothèses du PREF à savoir une augmentation des recettes de l'ordre de 400K€» (le double ?).

4. Exploiter une IRM sur Saint Germain avec un gain potentiel de 292K€(fiche 2-34)

[508] Dans la fiche d'octobre 2008, il s'agissait d'exploiter une IRM dont l'acquisition se ferait par le secteur privé. L'établissement répond que « Le dossier d'autorisation est en préparation. L'activité ne pourra se faire avant 2011 », alors que les informations obtenues dans les entretiens nous laissent penser que pour la clinique, ce ne serait pas une priorité immédiate.

5. Développer la radiologie interventionnelle dont les gains sont à chiffrer (fiche 2-37)

[509] La réponse de l'établissement est la suivante : « L'activité de radiologie interventionnelle n'avait pas été initialement chiffrée. Elle nécessite une organisation particulière. Les éléments de chiffreage doivent être calculés. Il reste, cependant, à vérifier que la rentabilité de cette mesure sera positive. A voir avec le Dr [REDACTED] (chef de service à Poissy).»

6. Développer l'activité d'écho-doppler et transcrânien avec permanence des soins avec gains potentiels de 192K€-fiche 2-38 : la réponse de l'établissement prévoit de « *reprendre le projet*».



## Annexe 6.1 : L'équipe de direction et le management du directeur

[510] L'actuel directeur arrive en octobre 2007 dans un établissement en réelle difficulté ; les investigations menées soulignent des carences manifestes, qui traduisent des difficultés de fonctionnement de fond et dont certaines ont un impact direct et immédiat sur la situation financière de l'établissement : c'est le cas de la facturation dans le cadre du passage à la T2A, le retard dans la mise en place de la comptabilité analytique et des difficultés rencontrées avec le système d'information et notamment la mise en cohérence des données médicales et administratives.

[511] Les relations avec le maire de St Germain, président du conseil d'administration, sont exécrables<sup>131</sup>.

[512] Il va décider de renouveler l'équipe tout en pacifiant la relation avec les élus, deux objectifs légitimes compte tenu de la mission qui est la sienne et de la pression nouvelle que fait peser l'ARH sur l'établissement à compter de son arrivée.

[513] Toutefois, deux difficultés apparaissent très rapidement :

- D'une part une implication tardive dans l'établissement, liée au départ à un intérim prolongé de son ancien établissement (centre hospitalier de St-Denis) ; puis à un investissement du directeur en interne qui nous apparaît insuffisant ;
- D'autre part des méthodes très critiquables ; nous avons pu croire que le départ des deux directeurs avec lesquels ils étaient en conflit mettrait fin au malaise : or ce n'est pas totalement le cas et le fonctionnement managérial du directeur reste aujourd'hui problématique.

[514]



### 1. UN ORGANIGRAMME ET UNE EQUIPE DE DIRECTION PROFONDEMENT RENOUVELEE

[515] Notre mission intervient au moment où les personnes qui ont connu les conflits les plus importants ont quitté l'établissement et où l'organigramme et l'équipe de direction ont été profondément renouvelés. Toutefois à la date de rédaction du rapport en avril 2010, l'ensemble du dispositif n'est toujours pas totalement stabilisé.

---

<sup>131</sup> En témoignent à la fois les PV des conseils d'administration, et les divers entretiens y compris avec le président du conseil d'administration.

### **1.1. Un directeur nommé trop tardivement et qui n'a pas investi à temps plein suffisamment rapidement ses nouvelles fonctions**

- [516] Il apparaît dans les entretiens que le départ de M. [REDACTED] était envisagé depuis un certain temps mais que sa concrétisation n'a été effective qu'en mai 2007, lorsqu'un emploi de conseiller général des établissements de santé (CGES) s'est libéré.
- [517] Cela n'a pourtant pas conduit la DHOS et le CNG à anticiper son remplacement de sorte que six mois se sont déroulés avant la prise de poste officielle de M. [REDACTED]<sup>132</sup>.
- [518] La candidature de M. [REDACTED] a été suscitée, alors que lui-même souhaitait obtenir un poste plus important et avait notamment candidaté pour un CHU. Il est apparu que son expérience antérieure dans un établissement fusionné ([REDACTED]) et la réussite du redressement financier de l'hôpital de [REDACTED] (seul établissement contrôlé par la mission de l'IGAS où le contrat de retour à l'équilibre avait été respecté) lui donnaient le profil approprié.
- [519] Toutefois les délais de la procédure ont retardé sa nomination. De plus, son arrivée réelle à temps complet a été tardive. Nous l'avons documenté en analysant son agenda tel que retracé dans le logiciel d'agenda (cf. Pièce jointe n°1). Il continue d'assurer une présence effective à St Denis jusqu'en juin 2008, d'où corrélativement une présence trop faible au CHIPS pendant cette même période.
- [520] Nous estimons que, l'autoriser à assurer l'intérim de [REDACTED] (sur sa proposition) n'était pas de bonne administration, compte-tenu de l'intérim préalable de six mois et de la difficulté du poste de direction du CHIPS<sup>133</sup>. En effet, la situation de l'établissement nécessitait un directeur à temps plein dès le premier jour, ce que le directeur de l'ARHIF a d'ailleurs reconnu. La première année de prise d'un tel poste est de fait décisive.
- [521] Par ailleurs, partir pratiquement deux semaines en congès moins d'un mois après sa nomination officielle, était aussi une erreur d'appréciation, au minimum sur le plan symbolique du management.

### **1.2. Un organigramme administratif profondément modifié**

- [522] L'organigramme de la partie administrative de l'hôpital antérieur à 2007 est assez classique avec un directeur qui a sous son autorité directe les directions fonctionnelles administratives. Les fonctions de responsable de site qui peuvent apparaître, sont en pratique limitées et ne sont pas des fonctions hiérarchiques. Le directeur n'a pas d'adjoint. La pratique est courante d'avoir une personne qui figure à plusieurs endroits dans l'organigramme.
- [523] L'organigramme qui nous a été remis comporte, fin 2009, trois pôles administratifs : projets, activité et ressources. Ces pôles ne correspondent pas à une fonction hiérarchique mais de coordination. A la date des investigations, les responsables de pôles assurent tous la responsabilité d'une direction au sein du pôle : DRH pour le pôle « Ressources », direction des affaires financières et contrôle de gestion pour le pôle « Activité », direction des affaires médicales par intérim et dossiers transversaux pour le pôle « Projets » (cf. pièce jointe n°2).
- [524] Cette structuration en trois pôles, annoncée lors du CTE du 20 juin 2008 remplace le pôle administratif Stratégie et ressources mis en place en avril 2007 par l'ancien directeur en parallèle à la mise en place des pôles cliniques.

<sup>132</sup> C'est M. [REDACTED] directeur d' [REDACTED] qui a effectué l'intérim.

<sup>133</sup> La mission peut concevoir que celui-ci ait été attaché au suivi de certains projets sur Saint Denis

[525] Les changements sont de deux types :

- Certains sont structurants : la création des pôles, la suppression des directions déléguées et celle du poste de directeur de cabinet, l'apparition sur l'organigramme du DIM et du responsable du département de santé publique dans l'équipe administrative ;
- D'autres sont liées à des décisions concernant des personnes : la séparation finances et clientèle, la séparation DIM/santé publique<sup>134</sup>, la séparation achats des affaires hôtelières logistiques et biomédicales, l'apparition de chargés de mission ou de projet sur l'organigramme de direction.

**1.3. Une équipe de direction renouvelée**

Tableau 40 : Evolution de l'organigramme de l'équipe de direction 2007-2009


<sup>134</sup> Suite à un conflit interne au DIM et sur recommandation de l'inspection du travail – septembre 2009


Source : IGAS d'après organigrammes CHIPS

- [526] Le tableau ci-dessus compare les équipes de direction et les organigrammes au 15 octobre 2007, date de prise de fonction de M. [REDACTED] et au 31 décembre 2009.
- [527] Dans l'organigramme au 15/10/07 n'apparaissent que les directeurs d'hôpital et les directeurs de soins infirmiers, le DIM n'y figure pas.
- [528] Sur les dix personnes présentes à l'arrivée du nouveau directeur (y compris le DIM), il en reste cinq. Les cinq départs correspondent à deux départs à la retraite, deux détachements et une promotion comme chef d'établissement.

Tableau 41 : Comparaison de la composition des équipes de direction  
(hors chef d'établissement)

Statut	15/10/2007	31/12/2009	01/4/2010 (p)
Directeur d'hôpital	7	6	8
Directeur des soins	3	3	3
Autres (ingénieurs des travaux, détachement)	0	5	5
PH	0	2	2
Sous total	10	16	18
PH présent mais hors organigramme	1		
Total	11	16	18

Source : IGAS d'après organigrammes

- [529] L'équipe de direction est plus nombreuse car y figurent un certain nombre des personnes qui ont d'autres statuts (PH, ingénieur des travaux, attachés hospitaliers, ..). Deux directeurs d'hôpital sortant d'école ont été affectés au 1er avril 2010, l'un sur un poste vacant (Affaires médicales), l'autre sur un poste à récréer de direction des affaires économiques et des achats, compte tenu des remarques d'ores et déjà formulées par la mission sur la structuration de cette fonction dans l'établissement. (cf. Annexe 11-1 et remarque infra §3.3).

## 2. UNE SITUATION, CONNUE DES AUTORITES ADMINISTRATIVES QUE LA TUTELLE A PEU OU MAL ACCOMPAGNEE

### 2.1. Une situation d'une complexité insuffisamment prise en compte

[530] Lors du départ du précédent directeur, son remplacement, qui s'est déroulé selon la procédure habituelle, a été particulièrement suivi par le cabinet de la ministre, compte tenu notamment des difficultés financières de l'hôpital et des relations difficiles avec les élus locaux de l'ancien directeur. Le directeur de l'ARHIF arrivé en 2006 a donné un avis favorable à la candidature de M. [REDACTED], après son passage considéré comme réussi au CH de [REDACTED]<sup>135</sup>.

[531] Mais dès sa nomination, les autorités de tutelle ont mis une forte pression sur lui et le directeur de l'ARHIF a indiqué en conseil d'administration, que les attentes de l'ARH étaient fortes et précisé qu'il fallait s'attendre à des décisions difficiles et impopulaires. Il ne lui a cependant été apporté aucune aide particulière, ni aucun soutien managérial, comme cela a été le cas dans d'autres établissements. Une mission d'appui et de conseil a été menée dans l'établissement en septembre 2007<sup>136</sup> sous la conduite d'un conseiller général des établissements de santé pour éclairer le choix d'un site pour le nouvel hôpital ; elle ne s'est pas poursuivie au-delà des constats et recommandations, ce que le directeur n'a d'ailleurs explicitement jamais demandé.

[532] Dès la mi-2008, après un premier diagnostic financier réalisé en interne, le déficit abyssal aurait dû conduire les tutelles à évaluer la capacité collective de l'équipe en place à gérer la situation, ce d'autant plus que certaines tensions dans l'équipe étaient remontées aussi bien à la DHOS, qu'à l'ARHIF et au CNG. Les seuls soutiens obtenus par le directeur lorsque celui-ci a signalé des problèmes liés à l'absence de partage des objectifs relatifs à la réduction des moyens proposés pour le retour à l'équilibre, ont été de lui indiquer qu'il devait exiger de ses collaborateurs une loyauté parfaite et que ceux qui n'étaient pas d'accord devaient partir.

[533] Certains directeurs en poste, à qui aucune critique n'a jamais été formulée quant à leurs fonctionnements et leurs performances annuelles et pour lesquels aucun objectif chiffré n'a été donné pour 2008 après l'arrivée de M. [REDACTED], ont considéré que rien de précis ne leur était reproché et qu'ils n'avaient pas de raison de se remettre en question. La nomination de l'ancien directeur comme CGES après 19 ans passé à Poissy dont 9 comme directeur du CHIPS, la promotion de l'ancien directeur des ressources humaines après 17 ans au CHIPS, les ont confortés dans ce qu'ils estimaient être leur bon droit.

[534] Le cabinet, l'ARHIF ainsi que la DHOS et le CNG ont sans doute sous-estimé le cumul des difficultés de ce poste (qui ne sont pas uniquement financières) ou surestimé la capacité de l'actuel directeur a affronté seul ces multiples défis<sup>137</sup>.

### 2.2. Un conflit au sein de l'équipe de direction connu depuis février 2008

[535] La volonté du directeur de reconfigurer son équipe puis l'existence de conflits au sein de l'équipe de direction et la focalisation sur deux personnes ont été visibles rapidement :

- La publication le 6 novembre 2007 d'un poste de directeur chargé des finances et analyse de gestion (alors qu'il existait déjà un directeur des finances et de la clientèle en poste) et

<sup>135</sup> Le seul contrat de retour à l'équilibre financier réussi d'après la mission IGAS sur les CREF – cf. rapport RM 2007-0934 octobre 2007.

<sup>136</sup> Mission P.Broudic – Dr P.Fleigel- T.Lefebvre septembre 2007

<sup>137</sup> Un déficit majeur, une communauté médicale désunie qui se déchire entre les deux sites et le projet de construction d'un nouvel hôpital sur un troisième site (Chambourcy) à l'optique 2015.

d'un poste de directeur des ressources et de la contractualisation (dont le positionnement par rapport au poste de directeur des ressources humaines déjà pourvu, n'est pas d'une limpide clarté) laissaient présager des évolutions dans l'équipe ;

- Le remplacement de M. [REDACTED] dans ses fonctions de DRH en février 2008.

[536] Cette situation a donné lieu tout au long de l'année 2008 à une série d'échanges, le plus souvent par messagerie entre les intéressés ([REDACTED]) et le CNG et l'ARH, mais également le CNG, la DHOS et le cabinet pour information qui témoignent que la situation est connue.

[537] De manière étonnante, la teneur de ces messages vont de la plus grande formalité à une certaine familiarité entre notamment le CNG et les directeurs, qui illustrent une certaine difficulté à prendre du recul pour poser l'ensemble des sujets sur la table et proposer des solutions.

[538] Les messages oscillent donc entre la nécessité d'un soutien sans faille à l'actuel directeur<sup>138</sup>, à la nécessité de trouver une sortie honorable à la crise, notamment s'agissant de M. [REDACTED]<sup>139</sup>. Le CNG est assez peu proactif quant à la recherche de solutions : nombre des messages sont des messages internes de sa directrice, transmettant, avec des commentaires lapidaires, à ses collaborateurs les messages reçus notamment de M. [REDACTED].

[539] Il semble néanmoins qu'elle ait provoqué le 23 juin 2008 une rencontre entre M. [REDACTED] et M. [REDACTED], dont ce dernier indique n'avoir pas eu confirmation et à laquelle il ne s'est pas rendu ; les échanges par mèls entre M. [REDACTED] et le secrétariat de Mme [REDACTED] laissent néanmoins clairement penser que cette date avait été confirmée et qu'il en était informé ; la directrice du CNG a confirmé ce point à la mission, ainsi que l'absence de M. [REDACTED] ce 23 juin 2008. Elle confirme l'avoir appelé le jour même après avoir attendu une vingtaine de minutes ; le chef d'établissement a paru surpris de cet appel et a indiqué qu'il ne pouvait se déplacer.

[540] Les échanges se poursuivront en 2009, notamment sur deux sujets :

- La réaction à la lettre des six directeurs, qui demandent au chef d'établissement la protection de l'administration suite au dépôt par le député-maire de Chambourcy d'un amendement, dans le cadre de la discussion du projet de loi HPST, tendant à donner pouvoir au directeur de se défaire de collaborateurs ; le parlementaire a expressément mentionné la situation du CHIPS à cette occasion<sup>140</sup> ;
- La préparation du départ de M. [REDACTED], pressenti en mars 2009 pour prendre la chefferie de Montesson.

[541] En novembre 2009, la situation semble sinon apaisée, du moins plus calme. [REDACTED] a été nommé comme chef d'établissement. D'autres personnes en poste sont parties à la retraite ([REDACTED]), de leur propre initiative ([REDACTED]) ou sont sur le point de le faire ([REDACTED]).

[542] L'audition par la MECSS des directeurs actuels ou passés et son déroulement pour [REDACTED] va réactiver les conflits. L'évocation de l'inspection de la DDASS relative à certains marchés publics fera que ces sujets seront dès lors largement traités en dehors de l'établissement, avec une couverture médiatique significative.

<sup>138</sup> Mèl DHOS du 9 juillet 2008

<sup>139</sup> Mèl cabinet du 9 juillet 2008

<sup>140</sup> Cette lettre fera l'objet d'un rappel à l'ordre de la DHOS aux directeurs concernés et d'un courrier de la DHOS en date du 10 mars 2009 au député, intervenu contre ce qu'il a considéré comme un manquement à l'obligation de réserve

### 3. UN RENOUVELLEMENT DE L'ÉQUIPE DE DIRECTION NECESSAIRE MAIS CRITIQUABLE DANS SES MODALITES

#### 3.1. *Une équipe de direction ancienne, attachée à une certaine vision du CHIPS, convaincue d'avoir géré au mieux la situation et d'avoir tout mis en œuvre pour défendre l'hôpital*

[543] A l'arrivée de M. [REDACTED], l'équipe de direction en place était constituée de directeurs adjoints qui avaient une relative voire une très importante ancienneté sur leur poste. Leur portefeuille de compétences était conséquent, ils géraient leur secteur de façon assez autonome ; chacun d'entre eux relevait directement du directeur, dans un cadre où la relation entre « pairs » était privilégiée aux relations hiérarchiques :

- [REDACTED], qui avait déjà été affecté au CH Poissy comme attaché de direction de 1982 à 1984, occupait en octobre 2007 le poste de directeur des ressources humaines depuis le 1er mai 1992 (soit 15 ans). Il a en outre été chargé en sus, pendant cinq ans, des affaires médicales et des systèmes d'informations de 1992 à 1997 puis, pendant dix ans, de la direction déléguée du site de Poissy ;
- [REDACTED], qui a fait quasiment toute sa carrière au CHIPS (depuis 1977) était en charge de la direction des systèmes d'informations et de l'organisation depuis 1987 (soit 20 ans) ;
- [REDACTED], qui est affectée au CHIPS depuis 1979, occupait, après divers postes sur ce même établissement, le poste de directrice des finances et de directrice déléguée du site de St Germain en Laye depuis 1997 (soit dix ans) ; lui est ajouté le poste de directrice de la clientèle en 2006, poste particulièrement vaste en termes de compétences, alors même que le secteur des finances relevait manifestement d'un poste à temps plein compte tenu de la situation financière dégradée de l'établissement ;
- [REDACTED], occupait le poste de directrice des affaires médicales et de la communication depuis 2001 (soit six ans) ;
- [REDACTED], était en charge de la direction des travaux depuis 2003 (soit quatre ans) ;
- [REDACTED], occupait quant à elle le poste de directrice des achats, de l'hôtellerie, de la logistique et du bio médical depuis 2004 (soit 3 ans) ;
- [REDACTED], dernière directrice recrutée par [REDACTED], occupait le poste de directeur de cabinet du directeur et de directeur de la qualité depuis 2006.

[544] L'équipe de direction que découvre M. [REDACTED] à son arrivée est donc une équipe pour partie ancienne, relativement réduite avec seulement sept directeurs<sup>141</sup> et resserrée autour de deux « piliers » que sont les directeurs délégués de site, les plus anciens, qui occupent les postes clés (Finances, Clientèle et RH), à savoir [REDACTED] et [REDACTED].

[545] M. [REDACTED] fait le diagnostic d'une équipe installée dans une certaine routine gestionnaire, aggravée selon lui par l'absence de réel projet depuis l'annonce du départ probable de M. [REDACTED] trois ans auparavant. Ce sont donc - a minima - trois années de pertes à un moment stratégique de réforme du financement et de la gouvernance des hôpitaux. Il identifie quelques carences majeures : la facturation n'est ni correcte ni exhaustive, les systèmes d'informations sont en déshérence, les projets de restructuration de l'activité administrative et médicale ne sont pas aboutis.

<sup>141</sup> A titre de comparaison l'organigramme de direction du CH de St Denis de plus petite taille (1800 ETP contre 3700 pour le CHIPS) est composé de 8 directeurs- Source site internet du CH St Denis au 15/12/2009

- [546] Les directeurs adjoints en poste vivent le CHIPS comme un établissement très particulier qu'ils défendent, d'autant plus qu'il est attaqué par tous. Ils y sont pour certains depuis longtemps, ils s'y sont plutôt fortement investis, se débattant depuis la fusion de 1997 dans les difficultés de rapprochement des deux sites et des avancées partielles ce qui peut être démotivant. Ils vivront évidemment difficilement toute vision critique de l'établissement et de sa gestion passée, dont ils estiment qu'elle est principalement imputable au contexte.
- [547] Cette équipe de direction a cependant conscience de la situation financière très défavorable de l'établissement, sans pour autant en mesurer l'ampleur, en l'absence de suivi financier exhaustif. Elle reste persuadée que les facteurs de blocage exogènes depuis la fusion « ratée » des deux sites (fort antagonisme et interventionnisme politique, suspicions entre les équipes médicales des deux sites, décision tardive d'un site unique tiers médian) sont responsables de l'absence de toute restructuration de fond. C'est cette conviction qui amène [REDACTED] et [REDACTED] à exprimer assez vite que toutes les solutions avaient déjà été expertisées et qu'il était difficilement possible d'aller plus loin dans les économies à réaliser, l'existence des deux sites expliquant en outre un surcoût structurel.
- [548] Tous ces éléments pouvaient conduire légitimement le nouveau directeur à réorganiser l'équipe de direction, à revoir les fiches de poste des uns et des autres et à « apporter du sang neuf » pour atteindre les objectifs fixés par l'ARH de revenir à l'équilibre financier et de conduire le projet du nouvel hôpital.

### ***3.2. Des modalités de réorganisation très critiquables même si certaines sont bien acceptées par la suite***

- [549] M. [REDACTED] prend conscience de ces différents éléments progressivement, sauf pour la directrice des finances ([REDACTED]) [REDACTED]. Il réorganise son équipe progressivement, probablement d'ailleurs en raison de son intérim assez long qui l'empêche d'être présent quotidiennement sur le CHIPS. Il a déjà toutefois prévu, avant même son arrivée officielle, des changements, en témoignent les publications de postes au Journal officiel (cf. infra). Mais c'est essentiellement en février 2008, soit quatre mois et demi après sa prise de fonction, que les évolutions de l'organigramme se cristallisent.
- [550] Les modalités utilisées par M. [REDACTED] pour renouveler son équipe apparaissent très critiquables.
- [551] Ainsi, il n'y a pas véritablement eu de « bilan d'entrée » avec l'équipe en place : les personnes rencontrées ont clairement indiqué n'avoir pas eu d'entretien avec le directeur arrivant pour présenter leur activité, examiner avec eux leurs missions et définir conjointement les objectifs pour l'année 2008 : seuls trois entretiens d'objectifs, dont nous ne pouvons garantir qu'ils aient eu lieu, figurent dans l'agenda du directeur. Ce dernier nous a indiqué<sup>142</sup> que M. [REDACTED], qui assurait l'intérim, lui avait proposé de fixer les taux de primes 2007 et les objectifs 2008 ; considérant que tout le monde était au taux maximum des primes et que deux personnes refusaient les objectifs, il ne donne pas suite.
- [552] Le nouveau directeur organise le 5 décembre 2007 un séminaire de direction auquel sont associés les responsables de pôles cliniques, séminaire en deux temps :
- une intervention du Centre national de l'expertise hospitalière sur les enjeux stratégiques et de tarification à l'activité et une illustration de ces enjeux par l'exemple de la diversification possible de l'activité en développant la chirurgie ambulatoire ;
  - la présentation de la situation financière de l'établissement et des principaux axes du PREF.

---

<sup>142</sup> Entretien du 9 décembre 2009

- [553] Il constate à cette occasion, une appropriation très différente selon les directeurs des enjeux, voire une position plus que défensive.
- [554] Ce séminaire nous paraît une excellente initiative, mais il n'en sort rien hormis le constat de lignes divergentes. Des entretiens, ciblés et formalisés si nécessaire, auraient pu être menés sur cette base. Soit il a déjà pris ses décisions (voir infra [46]), soit il estime n'avoir pas à le faire, « *obligé de faire vite car on est en fin d'exercice budgétaire* ». <sup>143</sup>
- [555] Les entretiens établissent en outre que M. [REDACTED] a publié les postes des directeurs de l'« ancienne équipe » sans les en informer au préalable, et à un moment où leurs congés respectifs empêchaient toute discussion ou explication immédiate. Cette pratique reflète une stratégie d'évitement, qui se confirmera sur d'autres sujets.
- [556] Ainsi, les postes de « chargé des finances et analyse de gestion » et de directeur chargé de « la gestion des ressources et contractualisation » ont été publiés au Journal officiel (JO) du 6 novembre 2007, soit trois semaines après l'arrivée de M. [REDACTED]. Compte tenu des délais de publication au JO, cette publication a très probablement été décidée avant même son arrivée. Il convient de souligner que [REDACTED], alors directrice des finances, découvrant son poste publié, nous a indiqué avoir pris l'initiative d'un entretien avec M. [REDACTED] à son retour de congrès (et non l'inverse) et qu'à la suite de cet entretien, elle a accepté d'être déchargée du poste des finances pour pouvoir se consacrer à la direction de la clientèle et à la facturation. Elle admet aujourd'hui, bien que regrettant la méthode, qu'il s'agissait d'une « bonne décision » compte tenu de l'importance de ces deux portefeuilles.
- [557] Concernant les cas de [REDACTED] et de [REDACTED], la même pratique de dessaisissement de leur poste et de leur repositionnement sur un poste de moindre calibre en leur absence est à noter. Pour [REDACTED], un échange difficile a lieu le 27 février, soit le jour même de son départ en congés ; un courrier du chef d'établissement daté du même jour lui demande, pour le jour même, de réagir sur une proposition de reconfiguration de son poste, ce qu'il refuse. L'un comme l'autre apprennent leur changement de poste par courriel général diffusé à l'ensemble de la direction <sup>144</sup>.
- [558] Des pratiques quasi similaires ont été utilisées vis-à-vis de [REDACTED] et [REDACTED] qui, sur le fond, ne s'opposent pas à la possibilité de changement de poste mais regrettent qu'il n'y ait jamais eu d'information préalable, de concertation et de transparence dans les choix faits par le directeur. [REDACTED] apprend par exemple à l'occasion d'un entretien avec le directeur sur le recrutement d'un nouvel ingénieur au sein de sa direction ([REDACTED]) que le directeur envisage de revoir l'organigramme et de faire venir un nouveau directeur des travaux, et donc de la remplacer. Le sujet n'est plus évoqué entre avril et juillet 2008 et [REDACTED] apprend pendant ses congés que le directeur a fait visiter son bureau au nouveau directeur [REDACTED] ; le directeur qui part lui-même en congés ne laisse aucune information à sa directrice, qui devra prendre l'initiative en septembre 2008 d'un entretien avec le chef d'établissement.
- [559] [REDACTED], constate entre avril et juin 2008 la perte de substance progressive de ce poste, pour la partie « [REDACTED] » pourtant maintenue lors de la réorganisation de l'administration en pôles ; c'est la publication au Journal officiel d'une partie de son poste ([REDACTED]), sans échange préalable avec le directeur, qui la conduit à lui demander un entretien pour « *comprendre* ».

<sup>143</sup> Entretien du 9 décembre 2009 « Je ne prends pas mon collègue de 57 ans pour lui dire que nous allons respecter les demandes de la ministre »

<sup>144</sup> Le 27/02/08 pour [REDACTED], jour de son départ en congés, et le 27/08/08 pour [REDACTED] jour où la nomination de sa remplaçante est annoncée alors que celle-ci avait été démarchée par le DRH dès juin 2008 sans que [REDACTED] en ait été informée.

- [560] Le traitement réservé à [REDACTED] est plus critiquable encore.
- [561] En premier lieu, M. [REDACTED]<sup>145</sup> adresse à la directrice de l'hospitalisation et de l'offre de soins (copie CNG) une demande de mutation dans l'intérêt du service de [REDACTED] sans que l'intéressée n'en ait été informée, ce que M. [REDACTED]. Cette demande n'étant assortie d'aucune motivation sérieuse et argumentée, la directrice de la DHOS demandera des précisions que le courrier de réponse du directeur n'apporte que partiellement, tout en faisant expressément référence aux marchés de régularisation en matière de dépenses d'intérim et aux remarques de la DDASS sur le sujet<sup>146</sup>. [REDACTED], mise en cause, n'est pourtant toujours pas informée de ces griefs.
- [562] Toujours selon la même méthode, l'actuel directeur annonce le 25 août 2008 en réunion de direction le recrutement de [REDACTED] pour renforcer la direction des achats, de l'hôtellerie, de la logistique et du biomédical (DAHLB). Le 27 août, [REDACTED] apprend par message en diffusion générale que [REDACTED] ne rejoint pas sa direction mais une cellule autonome des Achats, qui deviendra une direction des achats.
- [563] Enfin nous estimons que M. [REDACTED] a sinon initié du moins utilisé un contrôle de la DDASS destiné à justifier a posteriori ses décisions (cf. annexe 11-3).
- [564] Tout aussi surprenante sur la méthode est l'engagement d'une procédure de mise à disposition de [REDACTED] à la DDASS des Yvelines<sup>147</sup>, alors même que l'intéressé n'a jamais fait acte de candidature expresse. M. [REDACTED] justifie cette approche de la DDASS par la situation très difficile à gérer puisque [REDACTED] bénéficie à ce moment d'une décharge syndicale de 60%.
- [565] Nous pouvons comprendre la nécessité de repositionner, voire de demander le départ de certains membres de l'équipe de direction qui apparaissent réticents ou à tout le moins peu adaptés aux nouveaux objectifs fixés. Il n'est toutefois pas envisageable de cautionner ce type de méthode managériale, par ailleurs contre productive, en raison du climat de défiance qu'elle a créé. Peu propice à motiver et faire adhérer les personnes concernées aux nouveaux axes proposés par le directeur, elle a laissé des traces au sein de l'équipe administrative.

### 3.3. Des recrutements nouveaux discutables

- [566] Pour renouveler l'équipe de direction, le nouveau directeur a fait venir [REDACTED] d'abord comme directeur des ressources et de la contractualisation, avant de lui confier parallèlement le Pôle « Ressources »<sup>148</sup> et [REDACTED], directrice des finances et du contrôle de gestion puis responsable du pôle « Activité ».
- [567] Leur compétence technique, n'est pas en cause mais leur expérience encore réduite, ou leur mode de fonctionnement personnel n'en font pas nécessairement les profils les plus adaptés à la prise en charge de la responsabilité des deux pôles Ressources et Activité. La directrice du CNG, qui refuse d'accéder à la demande de l'actuel directeur d'ajouter un poste en sortie d'école, insiste fin 2007 sur la nécessité de recruter un directeur des affaires financières expérimenté et de ne pas confier immédiatement ce type de poste exposé à de trop jeunes directeurs, même prometteurs<sup>149</sup>.
- [568] Par ailleurs, le fait qu'il s'agisse d'un couple pose des difficultés dans le fonctionnement d'une équipe de direction resserrée. Pour plusieurs personnes rencontrées, ils apparaissent fonctionner trop en binôme, ce qui nuit au partage de l'information avec le reste de l'équipe.

<sup>145</sup> Courrier du 18 juillet 2008

<sup>146</sup> Courrier du 22 juillet 2008 du directeur à la DHOS

<sup>147</sup> Procédure qui a en outre fait l'objet de multiples échanges par courriel et courrier pendant une période assez longue de juin à décembre 2008 entre le directeur, la DDASS et l'ARH conduisant finalement à fixer une date de prise de fonction à [REDACTED] alors que celui-ci n'a jamais explicitement fait acte de candidature.

<sup>148</sup> [REDACTED] devient directeur des ressources humaines au 1<sup>er</sup> mars 2008 en remplacement de [REDACTED]

<sup>149</sup> Message CNG 5 novembre 2007

- [569] D'autre part, nous nous interrogeons sur les modalités et les critères qui ont présidé aux recrutements de [REDACTED]<sup>150</sup> et de [REDACTED]<sup>151</sup>. Les postes sur lesquels ils ont été recrutés n'ont pas fait l'objet de publication pour le premier, d'une simple publication sur le site du CHIPS pour le second. Par ailleurs, le détachement de [REDACTED] par M. [REDACTED] dans le corps des directeurs d'établissements sociaux et médico-sociaux était d'entaché d'illégalité, faute d'une publication régulière et d'un passage en CAPN ; la situation sera régularisée par un détachement dans le corps des attachés d'administration hospitalière par le CNG.
- [570] Au-delà de cet aspect, les critères de recrutement apparaissent peu explicites.
- [571] [REDACTED] n'a pas d'expérience professionnelle du secteur médico-social ni du fonctionnement hospitalier, quand bien même il a été en contact avec M. [REDACTED] lorsque de dernier était à [REDACTED], où [REDACTED] était attaché parlementaire du député [REDACTED]. Que la circonscription de ce dernier ait accueilli l'hôpital ne peut suffire à justifier d'une compétence particulière. [REDACTED] a, en outre, indiqué lors de son entretien avoir refusé un poste proposé à la Jeunesse et aux Sports car « son parlementaire » refusait son départ, pourtant accepté quelque temps après. [REDACTED], recruté le 1<sup>er</sup> mars 2008, passe en juin 2008 à temps partiel pour reprendre ses activités d'attaché parlementaire, d'abord à 20%, puis à 40% à compter de janvier 2009, une évolution acceptée par le chef d'établissement. Il a un lien direct avec le directeur et travaille peu avec [REDACTED] responsable de pôle, [REDACTED].
- [572] [REDACTED], dont l'actuel DRH et la directrice des finances connaissaient le frère qui travaillait à [REDACTED] et dont le CV est arrivé par la directrice des finances<sup>152</sup>, a un profil de juriste, mais aucune expérience des marchés publics et des achats qui puisse justifier son recrutement comme directrice des achats à même d'élaborer et de mettre en œuvre la politique d'achat du CHIPS ; la publication lapidaire d'avril 2008 sur le site du CHIPS ne fait certes pas état d'un recrutement sur ce poste mais sur un poste « au sein de la direction des achats », c'est pourtant dès son arrivée un positionnement de directrice des achats qui lui est confié.
- [573] Il apparaît que ces postes auraient pu être proposés à des profils de directeurs plus expérimentés, compte tenu des enjeux pour le CHIPS.
- [574] [REDACTED] donne satisfaction mais dans un rôle qui n'est pas celui pour lequel il a été recruté : il agit davantage comme un lobbyiste aux dires même du directeur que comme un professionnel à même de gérer le secteur des personnes âgées (quatre structures) ; son emploi du temps partagé ne le lui permet d'ailleurs pas.
- [575] Le bilan de [REDACTED] comme directrice des achats apparaît, dans un contexte difficile, mitigé en dépit de progrès réels sur la régularité de certains achats et du recours plus généralisé à des centrales d'achats (cf. annexe 10-2) ; nous pensons que son profil ne lui permet pas d'assumer une direction des achats et serait mieux utilisé dans des fonctions plus spécialisées de nature juridique.
- [576] Compte tenu de ses éléments, nous nous interrogeons de manière plus large sur l'accompagnement qui peut être apporté au directeur d'un centre hospitalier par le CNG, voire la DDASS ou l'ARH<sup>153</sup>, en matière de gestion des ressources humaines, qu'il s'agisse d'apaiser les conflits ou d'aider au recrutement de profils. Les recrutements mis en œuvre par le directeur s'appuient uniquement sur ses réseaux personnels ou ceux de ses collaborateurs et bien peu sur une gestion individualisée des parcours des directeurs d'hôpitaux par le CNG.

---

<sup>150</sup> Chargé de mission « personnes âgées »

<sup>151</sup> Directrice des achats en remplacement de [REDACTED]

<sup>152</sup> Entretien du directeur avec la mission 9 décembre 2009

<sup>153</sup> La gestion du personnel n'est pas dans ses compétences mais son implication dans le dossier du CHIPS en fait un relais ou un appui indéniable

[577] Le CNG est perçu comme un gestionnaire de procédures administratives et non comme un organisme de gestion des ressources humaines, à même en outre d'intervenir de façon rapide et objectivée dans les cas certes exceptionnels de conflits durables au sein d'une équipe de direction. De nombreuses mèls et courriers sont échangés, de nombreuses discussions ont lieu oralement mais il ne semble pas exister de moment plus ou moins formalisé où les choses peuvent être dites et des solutions envisagées. Si la mission estime critiquable les méthodes utilisées par M. [REDACTED] pour le renouvellement de son équipe, force est de constater que le directeur a parfois été seul pour régler des situations qui dépassent le seul fonctionnement de son établissement, compte tenu du contexte fortement politisé et syndiqué du CHIPS. Ce constat pose une vraie question quant au perfectionnement à apporter au fonctionnement actuel du CNG.

[578] Ce rapport n'est pas le lieu d'apprécier l'action des syndicats et la nature de leur intervention dans la gestion des personnels. Ce sujet ne manque pourtant pas d'intérêt quand les entretiens font apparaître que, pour certains interlocuteurs, la spécificité du CHIPS est que les organisations syndicales n'ont pas réussi à apaiser des dissensions entre directeurs d'une même équipe, rôle qu'elles jouent habituellement.

### ***3.4. Des difficultés relationnelles, réglées momentanément par le départ de certains directeurs, qui interpellent sur le management du directeur***

[579] Nous avons constaté que le mode de management de l'actuel directeur s'appuie sur une forte délégation à ses collaborateurs, ce qui présuppose une reconnaissance de leurs compétences professionnelles et un contexte de confiance réciproque. Cela n'a pas été le cas dès son arrivée pour certains directeurs qui, selon lui, ne se sont pas comportés comme des acteurs proactifs pour atteindre les objectifs du PREF et loyaux dans un comportement collectif d'équipe<sup>154</sup>.

[580] La scission entre certains anciens directeurs et les nouveaux arrivants, positionnés pour certains en responsables de pôles administratifs, a conduit en 2008 et en 2009 à des tensions problématiques et à des relations professionnelles incompatibles avec une collaboration efficace<sup>155</sup>.

[581] Si le départ de deux de ces directeurs a pu paraître apaiser l'ambiance de travail de l'équipe<sup>156</sup>, il n'en est pas moins clair que les méthodes alors utilisées [REDACTED] et les décisions prises ne relèvent ni de la transparence la plus classique, ni de la courtoisie la plus élémentaire.

[582] Or l'évolution de cette approche managériale est loin d'être flagrante.

[583] Lorsque le chef d'établissement a rendez-vous avec le député-maire de Chambourcy pour discuter du projet médical transitoire, sa directrice adjointe, en charge du dit-projet, ne l'apprend qu'indirectement et tardivement ; aucun échange de travail préparatoire sur ce dossier pourtant complexe n'a lieu et ce n'est pas avec elle qu'il rencontre le parlementaire.

<sup>154</sup> Courrier du 27 février 2009 de M. [REDACTED] au directeur de l'ARHIF

<sup>155</sup> Les échanges par mails étant devenus le mode de communication quotidien de certains directeurs.

<sup>156</sup> [REDACTED].

[584] Lorsque cette même directrice l'informe de son souhait de quitter l'établissement<sup>157</sup>, il donne d'abord son accord à ses congés et à la prise en charge de son CET (dans les limites prévues par les textes), pour revenir le 16 février oralement sur cet engagement pour des raisons réglementaires, non confirmées par écrit ; ce qui conduit cette directrice à avancer ses congés. Le directeur enverra alors un message au DDASS<sup>158</sup> (sans en informer l'intéressée) accusant celle-ci de chantage et sollicitant l'intervention du DDASS pour récupérer les documents (en l'occurrence le projet médical), dont le directeur a pourtant une version. Ce type de méthode n'est pas sans rappeler celles qui ont prévalu à l'égard de

[585] Ce n'est pas la première fois que ce type de comportement est signalé à la tutelle ;



[586] Les mêmes difficultés à définir clairement et de manière transparente les rôles et les responsabilités sont notables dans le traitement des dossiers de restructuration. Ainsi le dossier de la chirurgie viscérale du site de Saint-Germain aurait selon certaines personnes rencontrées fait de la part du directeur l'objet d'échanges avec le maire de Saint-Germain ; en interne, c'est la directrice-adjointe qui a traité totalement, sans mandat clair, avec la communauté médicale. Il n'est pas anormal que le chef d'établissement soit en second rang pour pouvoir, si nécessaire, décider en dernier recours sur des dossiers très complexes. Ce qui est moins normal est l'absence de cadrage préalable sur ce dossier.

[587] Il n'est pas acceptable qu'un responsable de pôle ne soit pas informé d'un mouvement de personnel ou d'une décision de recrutement qui ont lieu au sein du pôle ; il n'est pas plus acceptable que des dossiers qui impactent directement une direction où un pôle soient traités sans impliquer directement cette direction ou ce pôle ; il n'est pas normal qu'une autre direction propose des évolutions de contrats aux personnels contractuels de toutes les directions et pôles sans que les autres responsables de pôles et de direction n'en soient informés ; il n'est pas normal non plus que le directeur aille en réunion avec l'un des responsables de secteur d'un pôle sans information véritable et préalable du responsable du pôle concerné.

[588] S'agissant enfin du PREF lui-même, il a été largement souligné dans les annexes financières et celle sur le dialogue social l'absence de véritable suivi formalisé pendant la période d'avril à septembre 2009, encore celui-ci ne prenant-il la forme dans le dernier trimestre 2009 que de deux réunions avec la tutelle. Ce n'est que suite à nos demandes multiples d'informations sur le suivi des mesures du PREF et à nos recommandations, qu'un comité est mis en place fin janvier 2010.

### ***3.5. Un positionnement quasi exclusivement tourné vers l'externe, sans relais vers l'interne***

[589] Le choix fait par l'actuel directeur de renouer le dialogue avec les élus a été largement facilité par la décision prise, antérieurement à son arrivée, par la Ministre de faire le choix d'un site unique et tiers pour le nouvel hôpital<sup>159</sup>.

<sup>157</sup> Courrier du 9 février 2010 portant la mention Bon pour accord du directeur

<sup>158</sup> Mèl du 17 février du directeur du CHIPS au directeur de la DDASS

<sup>159</sup> Courrier du 15 novembre 2007 de Mme Bachelot-Narquin

- [590] Ce positionnement, tourné vers les partenaires du CHIPS n'a de sens qu'à deux conditions : s'il est porté par une véritable stratégie, qui ne soit pas à la merci des pressions diverses d'une part, s'il est accompagné d'une véritable coordination interne. En dépit des positions réaffirmées<sup>160</sup> de l'actuel directeur sur le sujet, il ne nous paraît pas que ce soit aujourd'hui le cas.
- [591] Après de multiples départs et arrivées, l'équipe actuelle n'est pas véritablement plus stable; elle a été rajeunie, tant en âge qu'en expérience professionnelle et le sera un peu plus en 2010 avec l'arrivée de deux personnes sortant de l'EHESP<sup>161</sup>. Mais nous considérons actuellement l'équipe plus comme une succession d'individualités compétentes techniquement que comme une véritable équipe à objectifs communs et partagés. Cet apport de nouvelles compétences techniques est certes un atout, mais en l'absence de capacités éprouvées de management, cela risque également d'être un point de faiblesse, s'agissant du pilotage collectif de l'équipe de direction.
- [592] La question est d'autant plus prégnante que [REDACTED] directrice adjointe qualifiée de fédératrice et modératrice au sein de l'établissement a confirmé son départ. Elle devrait, comme directrice-adjointe, être clairement positionnée en n° 2 et avoir autorité sur les autres responsables de pôles et de direction : ce n'est pas le cas.
- [593] Le directeur nous indique<sup>162</sup> que le positionnement de [REDACTED] dans l'organigramme est sans équivoque, et qu'elle participe aux réunions de suivi du PREF ainsi qu'aux réunions de directions ; il estime que la venue d'une directrice des affaires médicales, en la soulageant, confortera cette position. Il nous paraît que ces éléments, en tous cas pour les premiers, préexistaient à la mission qui a pourtant constaté un positionnement insuffisant ; il convient donc que l'affichage en fasse l'objet d'une note de service claire du directeur, qui confirme le rôle de coordination sur l'interne du « directeur-général adjoint » et précise les délégations conséquentes. Cette recommandation, déjà formulée à la mi-décembre 2009 lors du rapport intermédiaire, avait été faite de vive voix au directeur de l'établissement dès janvier 2010 pour mise en œuvre immédiate.
- [594] Nous prenons acte par ailleurs de l'arrivée d'une jeune directrice des affaires médicales, qui devra toutefois bénéficier au moins un temps de l'expérience de [REDACTED].
- [595] Le directeur indique également son intention, conforme au souhait de la mission, de muscler la direction des achats par l'arrivée d'un jeune directeur, et d'envisager la constitution d'une cellule juridique pour l'ensemble des marchés, une option que nous soutenons si cette cellule se situe au sein d'une DAHLB reconstituée et dotée d'un pôle de coordination et d'appui aux marchés.
- [596] S'agissant de [REDACTED], il nous est indiqué que ce dernier a été informé de la nécessité de « revenir dès que possible à une quotité de temps plein », une formulation qui paraît trop peu engageante.
- [597] Au total, une réflexion approfondie est à mener rapidement en interne, sur l'organigramme de l'équipe de direction d'une part sur l'opportunité de maintenir une organisation en pôles et d'autre part sur le positionnement de certaines personnes ainsi que sur leurs liens fonctionnels et hiérarchiques pour une meilleure efficacité collective, remarques, là également, déjà faites au directeur en janvier 2010 au terme la première étape de la mission.
- [598] Plus globalement, la nécessité d'une plus grande transparence, et d'une réelle circulation de l'information apparaît indispensable alliée à une relance du dialogue.

<sup>160</sup> Courrier du 18 mars 2010 à la mission IGAS

<sup>161</sup> Deux arrivées au 1er avril 2010 en sortie d'école, comme adjointe de la direction des affaires médicales et de la contractualisation et comme directeur des achats et de la logistique

<sup>162</sup> Courrier du directeur du 22 mars 2010

- [599] Quant au choix d'un dialogue constructif avec les élus, il ne doit pas conduire le directeur à être absent de l'établissement, ce que lui reproche la communauté soignante qui ne le voit pas, ni à s'abstenir de porter véritablement, devant cette communauté soignante et en particulier médicale et devant les élus un projet collectif et les réorganisations, restructurations ou évolutions d'activités qui vont dans le sens des intérêts de l'hôpital et des besoins de santé, quand bien même les décisions envisagées seraient difficiles. Les hésitations et le manque de clarté constatés sur la période du contrôle dans le discours sur la radiothérapie, la chirurgie, la réanimation ont pu laisser croire à une incapacité à convaincre et décider (cf. annexes 5-3, 5-5, 5-9).
- [600] Les qualités de « redresseur », réelles, du chef d'établissement ne s'accompagnent pas de la capacité à rassembler et à construire, qui nous paraissent tout aussi indispensables pour porter le projet de nouvel hôpital. Il est cet égard assez symptomatique que le directeur, lors de son entretien avec la mission le 9 décembre 2009, nous ait déclaré « *Je suis plutôt sur le redressement financier que sur le développement – construction* ».

## Pièce jointe n°1

- [601] Nous avons exploité l'agenda électronique du directeur dont une impression nous a été fournie le 9/12/09. Ce travail doit être pris avec quelques précautions méthodologiques :
- Nous avons affecté par demi-journée à quatre catégories : travail au CHIPS, réunions externes liées au CHIPS, présence à Saint Denis (la participation aux réunions de la FHF et au CROS a été incluse dans cette catégorie), réunions externes non liées au CHIPS, congés et inconnu.
  - La catégorie inconnu correspond à des plages d'une demi-journée pour lesquelles il ne figure aucun rendez vous sur l'agenda, cela peut correspondre évidemment à des plages de travail au bureau.
  - Il n'est pas assuré que l'agenda électronique soit complet et représentatif de l'agenda réel ;
  - L'exploitation ne porte que sur les heures ouvrables (une CME du soir n'est pas comptabilisée) elle ne retrace donc pas la charge de travail mais l'utilisation des heures ouvrables dans la journée.
  - Nous avons estimé comme utilisation inconnue les demi-journées pour lesquelles il ne figure aucun rendez vous (ou des rendez vous qui n'ont visiblement pas eu lieu) ;
  - Nous avons eu une interprétation favorable à l'intéressé en considérant que dès lors qu'il figurait un rendez vous la demi-journée la totalité avait été passée dans le même type d'occupation.
- [602] Nous n'avons pas fait le même travail pour la période postérieure au début de notre intervention considérant que celle-ci pouvait modifier l'observation elle-même.

### 1. LES REUNIONS DE DIRECTION

- [603] Lors des entretiens il nous a été indiqué que les réunions de directions pouvaient être annulées ou sensiblement écourtées. Le tableau dressé ci-dessous ne peut donc être que surestimer le nombre et l'importance des réunions de direction. Par ailleurs nous n'avons pas tenu compte des réunions figurant dans l'agenda lorsque le directeur était par ailleurs marqué absent sur son agenda.
- [604] Avant octobre 2008 il n'y a pas de rythme régulier et significatif des réunions de direction. Depuis lors avec toutefois des périodes d'important ralentissement, c'est le cas.

Tableau 42 : Nombre de réunions de direction par mois

oct-07	1
nov-07	1
déc-07	1
janv-08	2
févr-08	0
mars-08	0
avr-08	1
mai-08	1
juin-08	0
juil-08	0
août-08	2
sept-08	1
oct-08	4
nov-08	4
déc-08	3
janv-09	1
févr-09	3
mars-09	3
avr-09	4
mai-09	3
juin-09	3
juil-09	0
août-09	1
sept-09	3
oct-09	3
nov-09	5

Source : *Exploitation IGAS impression agenda électronique du nouveau directeur ; nous n'avons pas retenu les réunions hors la présence du directeur toutefois une partie de ces réunions a pu se passer en dehors de la présence du directeur sans que cela apparaisse sur l'agenda*

## 2. LES REUNIONS AVEC LES MEMBRES DE L'EQUIPE DE DIRECTION

- [605] Dans de nombreux entretiens, il a été fait état de grande difficulté à voir le directeur, en dehors de deux des responsables de pôle, de manière récurrente par l'ancienne équipe mais pas exclusivement par elle.
- [606] Il est clair que l'agenda du directeur ne rend pas compte des contacts quotidiens qu'il peut avoir avec ses collaborateurs. Toutefois, il peut rendre compte des réunions de travail programmées avec eux pour des points globaux ou le traitement de dossiers de fond.
- [607] Nous avons relevé l'ensemble des rendez vous concernant des membres de l'équipe de direction figurant sur les agendas. Il se peut que certains de ces rendez vous n'aient pas eu lieu car il nous a été fait état d'annulations fréquentes.

Tableau 43 : Nombre de réunions avec des membres de l'équipe de direction

oct-07	7
nov-07	0
déc-07	1
janv-08	3
févr-08	2
mars-08	1
avr-08	4
mai-08	3
juin-08	2
juil-08	1
août-08	2
sept-08	4
oct-08	0
nov-08	10
déc-08	1
janv-09	1
févr-09	2
mars-09	5
avr-09	3
mai-09	0
juin-09	3
juil-09	0
août-09	2
sept-09	4
oct-09	6
nov-09	4

Source : Exploitation IGAS emploi du temps de [REDACTED]

[608] Ce tableau montre un faible nombre de réunions de travail en bilatéral. On peut comprendre qu'il ne veuille pas gérer en direct toute l'équipe de direction (ce qui compte tenu de son nombre n'est pas totalement impossible). Mais il faudrait alors définir, en son sein, des responsabilités hiérarchiques ce qui n'est pas le cas aujourd'hui et déléguer le suivi à ces responsables. Il est clair que ce rôle n'est pas joué par les responsables de pôles.

[609] [REDACTED]

Tableau 44 : Réunions bilatérales avec les membres de l'équipe de direction

Date	Personne rencontrée	Objet
19/10		Problématique relative aux recrutements
29/10		
16/11		Point de validation sur la situation financière
20/11		Fixation des objectifs

Source : Exploitation IGAS de l'agenda les réunions avec plus de deux personnes et/ou portant sur un sujet très précis ont été exclues

[610]

Tableau 45 : Nombre de réunions de responsable de pôles par mois en présence du directeur

Mois	Nombre de réunions
août-08	2
sept.-08	4
oct.-08	3
nov.-08	4
déc.-08	2
janv.-09	0
févr.-09	2
mars-09	1
avr.-09	0
mai-09	
juin-09	
juil.-09	
août-09	
sept.-09	
oct.-09	
nov.-09	4

Source : Exploitation agenda les réunions prévues des jours où est par ailleurs noté absent ou en congés n'ont pas été retenues

### 3. L'EMPLOI DU TEMPS DU DIRECTEUR

[611] L'exploitation de cet emploi du temps ne permet pas d'apprécier le temps de travail de . Par contre elle permet d'objectiver l'impression d'un directeur peu présent aux yeux de ses collaborateurs donnée dans de nombreux entretiens.

Tableau 46 : Décomposition de l'emploi du temps du directeur hors périodes de congés  
(jours par semaine)

	CHIPS	Réunions externes liées CHIPS	Sous total	St Denis	Autres réunions externes	Utilisation inconnue	Total
15/10/07 au 22/12/07	1,7	0,4	2,1	0,8	1	1,1	5
7/01/08 au 2/2/08	2,1	1	3,1	0,6	0,3	1	5
18/2/08 au 14/6/08	1,5	0,9	2,4	0,5	0,2	1,6	4,7
16/6/08 au 12/7/08	3,1	1	4,1	0	0	0,9	5
15/9/08 au 13/12/08	3	0,4	3,4	0	0	1,5	4,9
5/1/09 au 11/7/09	2,1	0,8	2,9	0	0,3	1,9	5,1
31/8/09 au 5/12/09	3,3	1,1	4,4	0	0	0,5	4,9

Source : Exploitation IGAS impression agenda électronique [REDACTED] ; le total peut être inférieur à 5 pour des raisons d'arrondi et/ou du fait de la présence de jours fériés

- [612] Pour la période entre sa nomination officielle et les vacances d'hiver [REDACTED] est visible dans l'établissement au travers des périodes où des rendez vous figurent sur son agenda 1,7 jours par semaine en moyenne. Ce chiffre remonte en début 2009 mais fléchit entre les vacances de février et le mois de juin 2008. Un changement très notable intervient à partir de juin 2008 moment où s'arrête l'impact de l'intérim de Saint Denis.
- [613] Il est certain que l'arrivée s'est faite de manière très lente, et avec certains signes sans doute mal venus : partir en Corée pendant pratiquement deux semaines du 30/10 au 9/11 inclus n'était sans doute pas très adroit.
- [614] On peut par ailleurs constater que pour trois catégories de réunion confondues (réunion de direction, réunion avec les membres de l'équipe, présence du directeur) **c'est entre février et septembre 2008 qu'il est le moins présent.** C'est pourtant le moment où se décident les réorganisations et les changements de postes notamment de DRH et de directeur des achats et l'organisation en pôle. Cela paraît pour le moins curieux car de tels changements nécessitent un accompagnement certain du directeur pour qu'ils se produisent de façon comprise et efficace.

**Pièce jointe n°2**





## Annexe 6.2 : La gestion des ressources humaines : les effectifs du CHIPS - caractéristiques et grandes évolutions

### 1. DES EFFECTIFS QUI DIMINUENT DEPUIS 2007

#### 1.1. Une baisse des effectifs globaux essentiellement portée par le personnel non médical

[615] Les ETP diminuent sur la période 2007-2009 pour s'établir au 31 décembre 2009 à 3439,8 ETP<sup>163</sup>, en baisse de 6,17% par rapport au 31 décembre 2006, soit une diminution de 226,44ETP sur quatre ans.

[616] Plusieurs sources étaient disponibles pour analyser l'évolution des effectifs : les données des bilans sociaux, les mentions figurant dans les tableaux du CREF, et les tableaux de suivi mensuels des effectifs sur 2005-2009. Nous avons retenu ces derniers (ETP moyen par année) pour analyser les tendances.

Tableau 47 : Evolution de l'effectif du CHIPS 2005-2009 (en ETP moyen)

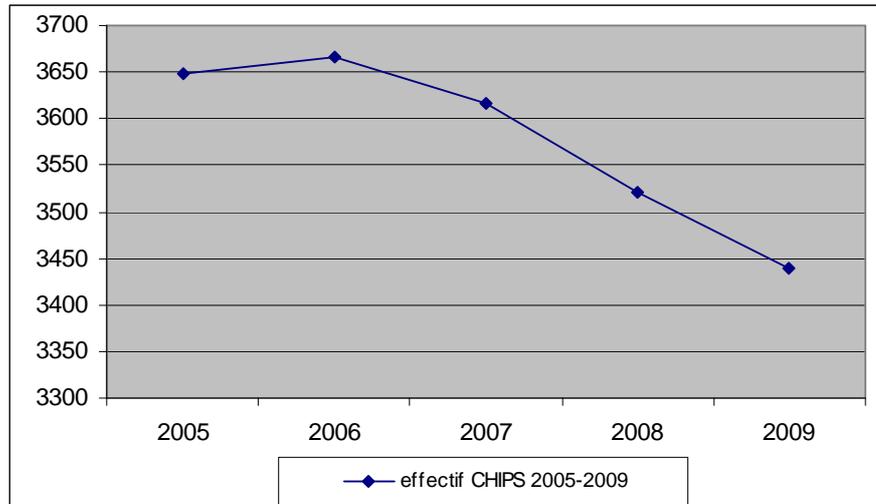
	2005	2006	2007	2008	2009
PNM	3334,32	3359,66	3295,41	3212,95	3133,19
Personnel médical	314,08	306,55	312,21	307,05	306,58
<b>Total</b>	<b>3648,4</b>	<b>3666,21</b>	<b>3615,72</b>	<b>3520</b>	<b>3439,77</b>

Source : données CHIPS tableaux de suivi 2005-2009 retraitées IGAS

[617] La baisse n'est pas constante puisqu'on note une légère augmentation entre 2005 et 2006, non-conforme aux objectifs du CREF.

<sup>163</sup> ETP moyen

Graphique 5 : Courbe d'évolution 2005-2009 - effectif moyen

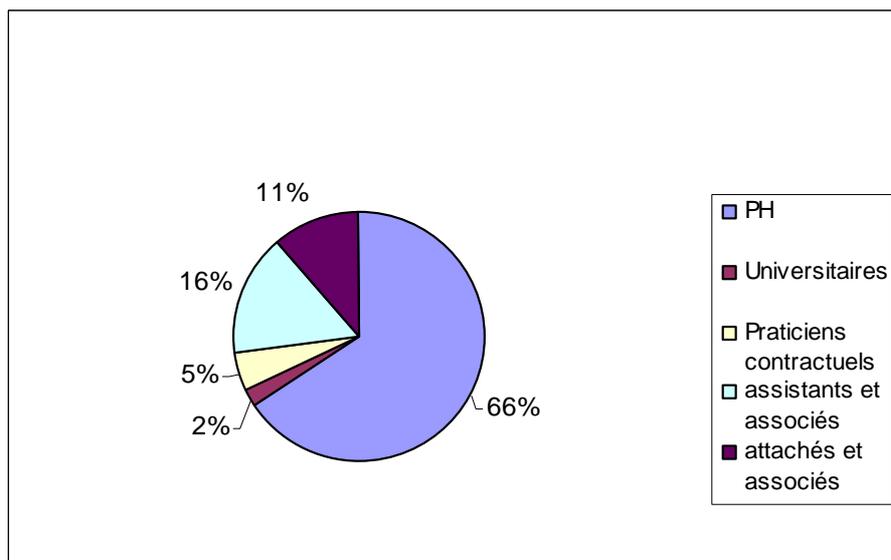


Source : CHIPS – tableaux de suivi des effectifs 2005-2009

[618] **Le personnel médical**<sup>164</sup>, avec 306,58 ETP représente **8,9% de l'effectif total**. Après une diminution en 2006 de 7,53ETP par rapport à l'année précédente, il a légèrement fluctué pour retrouver en 2009 le niveau de 2006.

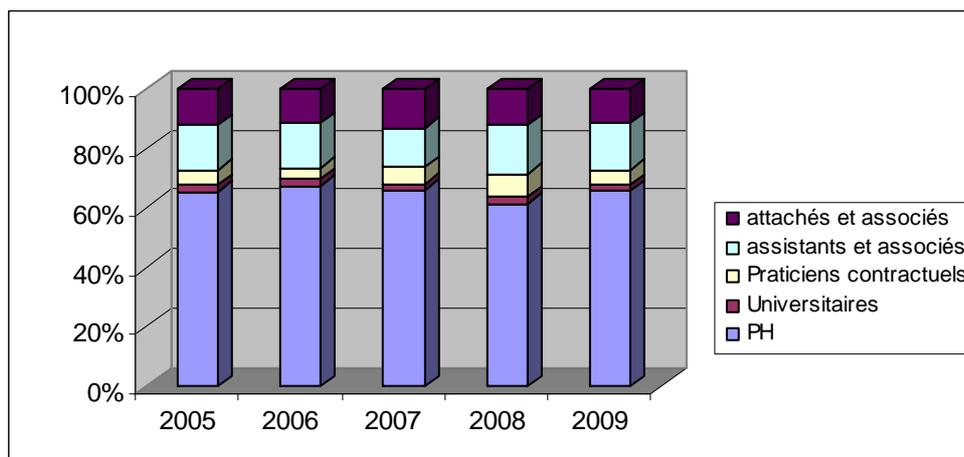
- La structure du personnel médical évolue très peu : il est composé en majorité de praticiens hospitaliers à temps plein ou temps partiel (66%), un chiffre stable sur la période à l'exception de l'année 2008 où, ce pourcentage tombe à 61%.

Graphique 6 : Structure du personnel médical 2009



<sup>164</sup> Hors internes et étudiants

Graphique 7 : Evolution de la structure de l'emploi médical 2005-2009

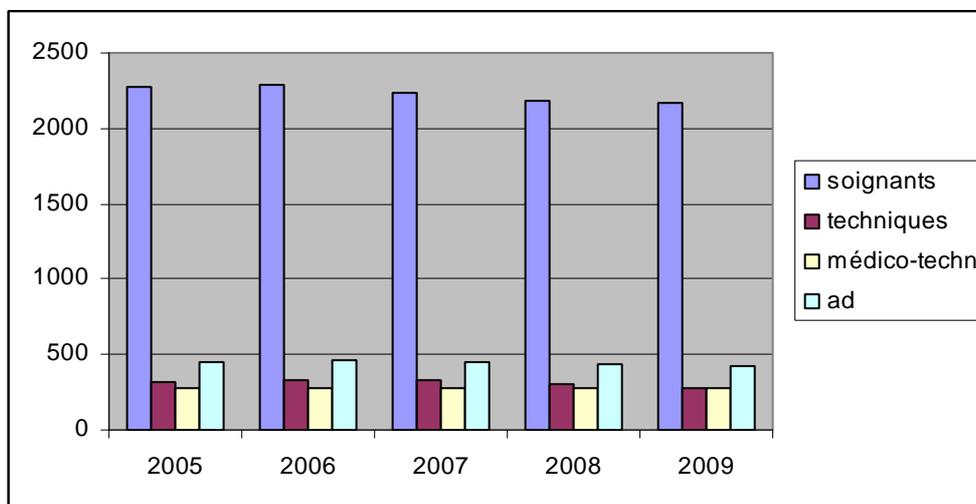


Source : données CHIPS retraitées IGAS

- Son poids dans l'effectif a plutôt tendance à augmenter sur la période puisque qu'il représentait 8,6% de l'effectif total en 2005, et 8,9% en 2009.

[619] Le **personnel non médical** représente en 2009 **91,1% de l'effectif**, une proportion de l'effectif global également relativement stable sur la période avec une tendance à une légère baisse par rapport à 2005 (91,4%) et 2006 (91,6%)

Graphique 8 : Evolution 2005-2009 du personnel non médical



Source : données CHIPS retraitées IGAS

[620] A titre de comparaison, le centre hospitalier René Dubos de Pontoise, de taille et d'activité comparable, comptait en 2008 un personnel total 2845,43 ETP, dont 282,80 ETP pour le personnel médical et 2562,67 (9,9%) pour le personnel non médical (90,1%), à rapprocher des 3172 ETP du CHIPS (dernières données du fichier des statistiques annuelles d'activité – SAE 2008).

[621] Ce constat global d'une baisse de 208,63 ETP sur la période du contrôle appelle les remarques suivantes:

- cette diminution de l'effectif global *ne débute qu'en 2007*, après une hausse de 17,8 ETP entre 2005 et 2006 ; elle va s'accroissant en 2008.
- **en valeur absolue** et sur la période 2005-2009 cette baisse est quasi exclusivement le fait des personnels non médicaux, (201,1 des 208 ETP, soit plus de 96% de la baisse) ; si l'on considère même **la seule période 2006-2009**, la baisse n'incombe *qu'aux seuls personnels non médicaux* puisque le nombre d'ETP médicaux est en 2009 identique au niveau 2006.
  - ce sont *principalement les personnels soignants* (-115,65 ETP), qui expliquent cette baisse sur la période 2007-2009,
  - cette diminution porte pourtant également *sur les personnels techniques* pour lesquels après une augmentation de plus de 10 ETP sur la période 2005-2007, la diminution sur la seule période 2008-2009 est de 60,53 ETP, soit une baisse de plus de 18%. Cette contraction de personnel a principalement touché la direction des travaux.
  - les personnels administratifs dans une moindre mesure (-21,37ETP soit -4,7%), sont également concernés, avec une accentuation en 2009.
  - Les personnels médico-techniques, très stables sur 2005-2008, diminuent également en 2009. (-6,2ETP)
- **en poids relatif** toutefois de l'effectif global de l'établissement, on peut souligner :
  - une relative stabilité à la fois :
    - du personnel soignant, qui représente entre 62 et 63% selon les années, 63,2% en 2009) de l'effectif global ;
    - du personnel médico-technique qui oscille entre un peu moins et un peu plus de 8% de l'effectif total (exception faite de 2006 où il atteint presque 9%)
    - du personnel administratif qui représente sur l'ensemble de la période 12,5% de l'effectif global ;
  - Une baisse du poids relatif du personnel technique qui représentait encore 9,2% de l'effectif global en 2007, et descend à 7,9% en 2009.

## 1.2. Des pôles de taille très diverses

[622] La mise en place des pôles cliniques s'est faite en deux temps : désignation des responsables de pôles en mai 2007, élection des représentants aux conseils de pôles en juin 2009. L'historique de la constitution des pôles cliniques est décrit dans l'annexe 5.1.

[623] Le périmètre des pôles a évolué au cours de deux années 2007-2009 ; au 31 décembre 2009, on compte 9 pôles cliniques de composition et de taille assez hétérogènes :

- ainsi du pôle Logistique et médico-techniques qui rassemble la biologie médicale, l'AMP, la pharmacie, la stérilisation, mais aussi le département de santé publique, la radio-protection, les soins palliatifs, etc... ;
- A l'inverse, le pôle Gériatrie par exemple est très structuré autour des activités d'hébergement, de soins et de rééducation en direction des personnes âgées
- Quant à la taille des pôles, elle va de moins de 100 ETP pour le plus petit (Imagerie médicale) à plus de 400 ETP pour le pôle Gériatrie, avec une moyenne de 260 ETP<sup>165</sup> par pôle.

<sup>165</sup> Moyenne générale observée par ailleurs dans le rapport IGAS sur les Pôles

[624] Le nouveau directeur a souhaité en 2008 éclater le pôle administratif « Stratégie et ressources » mis en place par le précédent directeur, pour accompagner, selon ce qu'il a indiqué à la mission, la mise en place des pôles cliniques. Ces quatre pôles administratifs sont également de consistance et de taille très divers :

- Le pôle Direction générale, structuré autour l'équipe de direction resserrée et du projet de nouvel hôpital, compte 8 ETP ;
- Le pôle « Projets », qui rassemble les affaires médicales, la qualité, la communication et les affaires juridiques, atteint 16 ETP ;
- Le pôle Activités est structuré autour des finances, de la clientèle, des systèmes d'information et du département d'information médicale ; il compte un peu plus de 160 ETP ;
- Enfin le pôles Ressources rassemble, outre la DRH, la direction des soins et l'ensemble des fonctions logistiques, ainsi que la fonction Achats. C'est un pôle de plus de 600 ETP.

[625] L'intérêt de la mise en place de ces pôles administratifs et leur fonctionnement sont évoqués dans l'annexe Management. Il ne s'agit ici que de souligner la consistance et le poids respectif très différents de ces différents pôles au regard des effectifs de l'établissement.

### 1.3. Un poids global des pôles administratifs qui tend à la baisse depuis 2009

[626] L'évolution globale des effectifs doit également s'analyser au regard du positionnement de l'hôpital par rapport à la moyenne nationale. Selon les éléments recensés dans la base d'Angers en données 2008, le CHIPS apparaît comparativement mal placé s'agissant des dépenses relatives à l'administration, la gestion économique et la gestion administrative du personnel (cf. annexe 3.4).

[627] Si les effectifs de ces pôles sont globalement en diminution depuis 2005 (malgré une légère remontée en 2007), le poids des pôles administratifs<sup>166</sup> dans l'effectif global est de fait à la hausse sur la période 2005-2008, avant d'enregistrer une baisse en 2009.

Tableau 48 : Effectifs des pôles administratifs

	2005	2006	2007	2008	2009
Total pôles administratifs	890,71	867,09	872,48	848,57	794,25
Effectif global	3648,4	3666,21	3615,72	3520	3439,77
% de l'effectif global	24,5	23,6	24,1	24,1	23,1

Source : CHIPS - DRH

[628] S'agissant plus spécifiquement des points faibles du CHIPS en 2008 :

- Entre 2005 et 2009, l'évolution des effectifs DRH (y compris crèches, syndicats, ...) à la baisse est de 4,71 ETP soit -3,8%, soit -3,8%, **soit en-deçà de l'effort de -6,8% portant sur les personnels soignants**, même si cette diminution, avec -3,7ETP soit -3% est plus nette en 2009, l'essentiel de la baisse étant supporté par la DRH stricto sensu et la formation en 2009, alors que 2008 avait au contraire été marquée par une augmentation des effectifs de la direction.

<sup>166</sup> affaires médicales- communication- qualité -affaires juridiques- finances- département information médicale – clientèle systèmes d'information-DRH (dont crèches, syndicats...)-promotions professionnelles-écoles- direction des soins (dont pools, diététique...)- achats- logistique- lingerie- restauration- direction des travaux- direction générale- projet nouvel hôpital.

- Mais c'est principalement la direction des soins qui est responsable de cette décreue des pôles administratifs, avec une baisse sensible de ses effectifs (-77,5ETP) depuis 2005, une baisse qui s'accroît surtout à compter de 2008, imputable en particulier au pool brancardage (et donc pas au personnel administratif stricto sensu).

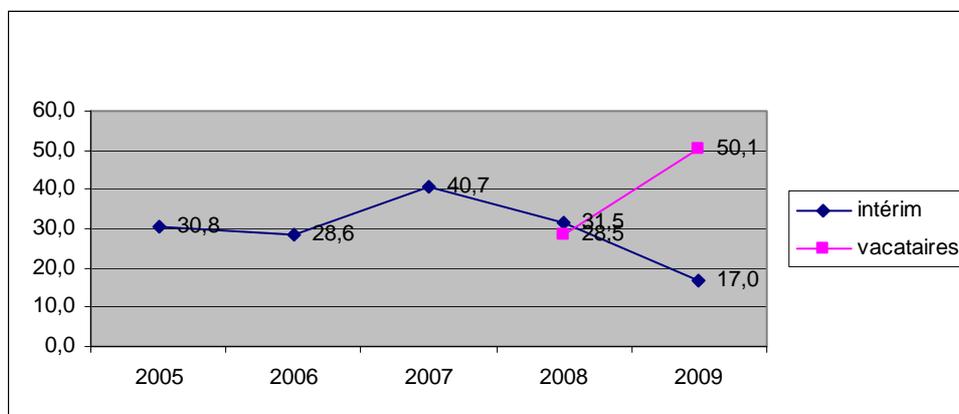
[629] Certains doublons, liés essentiellement à la nature bisite de l'établissement, subsistent : deux responsables des gestionnaires pour chacun des site, eux-mêmes coordonnés par un troisième responsable placé auprès du directeur des ressources humaines; un mi-temps placé auprès du directeur des ressources humaines pour la gestion notamment des secrétaires médicales alors même que les pôles pourraient jouer un rôle très nettement supérieur, sans forcément attendre la mise en place d'une comptabilité analytique.

## 2. UNE EVOLUTION SENSIBLE DE LA COMPOSITION DE L'EFFECTIF PAR STATUT

### 2.1. *Le recours accru à des personnels extérieurs s'accompagne d'une diminution sensible de l'intérim à compter de 2008*

[630] Cette évolution très nette depuis 2007 est un choix fort de la nouvelle direction qui a choisi de privilégier le recours à des vacataires « fidélisés » par l'établissement plutôt qu'à des sociétés d'intérim, ce qui continue d'être le cas ponctuellement. Cette baisse de l'intérim s'accompagne donc depuis avril 2008 du recours à des vacataires.

Graphique 9 : Recours au personnel intérimaire et vacataire en nb d'ETP 2005-2009



Source : données CHIPS retraitées IGAS

### 2.2. *Le recours accru aux contractuels permanents sur la période 2008-2009*

[631] On note dans la structure de l'emploi par statut une relative rupture entre la période 2005-2007 et la période 2008-2009.

Tableau 49 : Structure de l'emploi non médical 2005-2009 (ETP moyen)

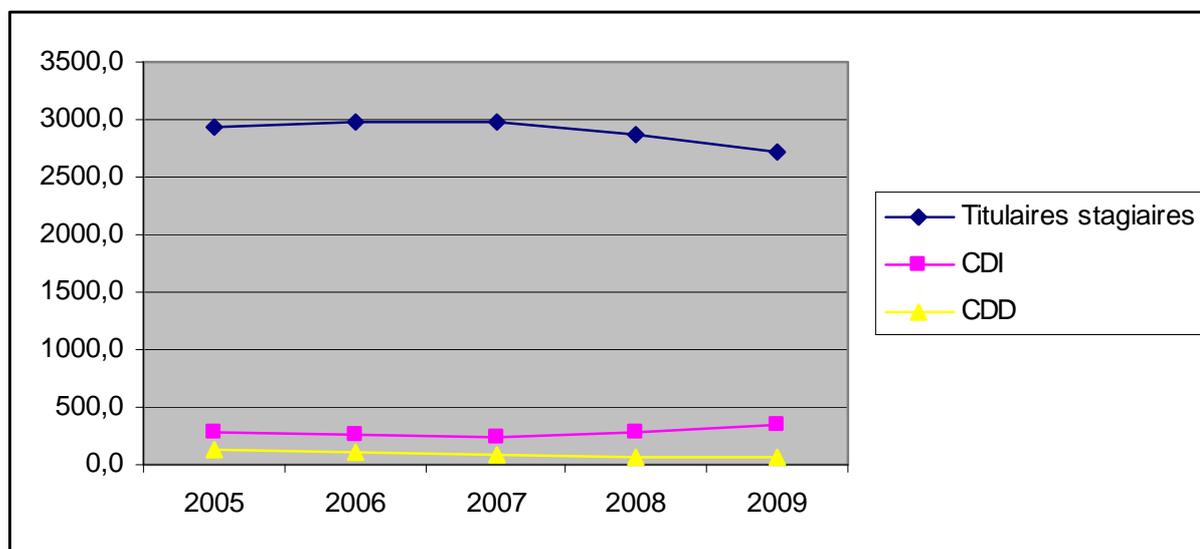
	2005	2006	2007	2008	2009
Titulaires stagiaires	2926,8	2980,6	2968,9	2877,0	2720,4
CDI	287,6	264,6	229,6	277,1	338,5
CDD	120,0	114,4	96,9	58,9	74,2
Total (hors personnel médical)	3334,3	3359,7	3295,4	3213,0	3133,2

Source : données CHIPS retraitées IGAS

[632] **La période 2005-2007 est marquée par une tendance à la titularisation des effectifs** et un recours moindre aux agents contractuels. On enregistre une baisse sensible des CDI comme des CDD, qui diminuent respectivement de 20% (-58 ETP) et de 19,3% (-23,1ETP), alors que le titulaires stagiaires enregistrent sur la même période une hausse de 1,4% (42 ETP), avec même un pic en 2006.

[633] **La période 2008-2009 marque un renversement de tendance** : la baisse des personnels titulaires et stagiaires s'accroît fortement (-8,4% par rapport à 2007, soit -248,5ETP), alors que l'emploi de CDI augmente très sensiblement avec une hausse de + 47,4% (108,9ETP). Les CDD, dont le nombre est en baisse par rapport à 2007 (-23% soit 22,6 ETP), augmentent néanmoins en 2009 sensiblement par rapport à 2008 (en lien avec le moindre recours à l'intérim évoqué infra). Les CDI représentant fin 2009 9,8 % de l'effectif total, contre 7,8% en 2005.

Graphique 10 : Courbes d'évolution des personnels par catégorie 2005-2009



Source : Données CHIPS – tableaux de suivi des effectifs 2005-2009

[634] Cette nouvelle orientation est l'un des axes forts du plan de retour à l'équilibre financier sur son volet RH, (cf. annexe 6.3).

### 3. LE VIEILLISSEMENT DES EFFECTIFS PERMANENTS ET EN PARTICULIER DU CORPS MEDICAL

#### 3.1. *Le poids relatif de la tranche d'âge des plus de 55 ans croît pour toutes les catégories de personnels*

[635] Elle représente 12,3% de l'effectif total en 2009 contre 7,4% en 2005, tandis que la tranche des 41-55 ans décroît au profit de la tranche supérieure.

[636] La tranche des 26-41 ans reste en revanche relativement stable, en partie du fait du turn-over qui renouvelle les effectifs.

#### 3.2. *La situation est assez différente selon les pôles d'activités*

[637] Aux deux extrêmes :

- Le pôle Femme-Nouveau né, qui présente une pyramide des âges à base large, avec un personnel relativement jeune ; c'est également le cas de la pyramide des âges du pôle Urgences Réanimation ;
- Le pôle Logistique - Médico-technique (laboratoires, génétique, PMA) qui a l'inverse présente une pyramide quasi-inversée, où les tranches d'âge supérieur à 44 ans sont largement majoritaires ;

[638] Entre ces deux extrêmes, des situations assez proches, avec une structuration où les classes d'âges sont toutes représentées, avec néanmoins un poids important des classes d'âge supérieur à 55 ans.

#### 3.3. *Cette approche globale doit être nuancée pour le personnel non médical :*

[639] Les recrutements dans la tranche d'âge des moins de 26 ans viennent contrebalancer, **bien qu'en partie seulement**, le vieillissement constaté :

- c'est le cas pour les personnels soignants en 2008 avec un recrutement comparativement plus important dans cette tranche d'âge ; le mouvement ne se confirme toutefois pas en 2009 ;
- c'est clairement le cas pour le personnel administratif, avec 32 recrutements de moins de 26 ans en 2009 ;
- C'est le cas aussi des personnels médico-techniques où les entrées de moins de 26 ans ont crû notamment entre 2007 et 2009.

#### 3.4. *Le vieillissement le plus important est celui du corps médical,*

[640] La proportion des plus de 55 ans est passé de 16,1% des effectifs médicaux en 2005 à 25,6% en 2009, sans que ce vieillissement ne soit véritablement contrebalancé par des arrivées de médecins jeunes puisque la tranche 26-40 ans n'augmente que très peu.

[641] Ce constat propre au corps médical amène deux réflexions :

- La première tient à la capacité de l'établissement à attirer de nouveaux praticiens ; la situation du CHIPS, les récents articles dans la presse et les différents audits ou missions menés sur l'établissement (pas moins de 5 depuis 2005), dont la présente mission de l'IGAS, ne sont pas nécessairement de nature à rendre le CHIPS très attractif ;

- La seconde tient à la capacité d'un corps médical qui, pour une partie non négligeable, ne sera plus présent lorsque le nouveau site débutera son activité, à se projeter véritablement dans l'avenir par la construction d'un véritable projet médical global, inscrit dans un projet d'établissement cohérent (et qui ne soit pas simplement la juxtaposition des projets de chaque service) (cf. annexe 4)

#### 4. UN ABSENTEISME QUI AUGMENTE SUR LA PERIODE RECENTE

##### 4.1. *L'absentéisme du personnel non médical est en hausse sur la période 2005-2009*

[642] La mission a disposé de différentes sources : le bilan social 2008 tout d'abord, étant précisé que les chiffres qui figurent sur ce bilan sont différents de ceux qui figurent, pour les années correspondantes, dans les bilans 2005 à 2007.

[643] L'établissement a fourni en février 2010 de nouveaux chiffres à la mission, également différents de ceux du bilan social 2008. D'après l'établissement, les données "absentéisme" du Bilan Social émanaient jusqu'en 2007 du prestataire de paye (le CRIH de Tours) et portait uniquement sur l'état de l'absentéisme par corps et par motif. L'établissement n'ayant d'après ses dires jamais pu obtenir le détail du paramétrage de ces états (comment était calculé le nombre de journées d'absences, quelles données étaient prises en compte, etc.), la DRH a donc réalisé de nouvelles requêtes sur l'absentéisme à partir de l'application AGIRH, application mise en service au 1er janvier 2009 seulement. D'où un écart entre les chiffres du bilan social et ceux transmis directement par l'établissement.

[644] Par ailleurs et s'agissant du bilan social 2008, la DRH indique avoir revu les chiffres 2006 et 2007 à la hausse du fait d'une erreur de calcul sur le taux d'absentéisme (le nombre de journées théoriques travaillées ne prenaient pas en compte les CDD).

[645] Selon les données que l'on considère, données initiales ou données revues par l'établissement début 2010, l'évolution du taux d'absentéisme du personnel non médical est différente, bien que la tendance s'avère en définitive identique, à la hausse.

##### 4.1.1. **Selon les données revues par le CHIPS et transmises dans le cadre de la mission**

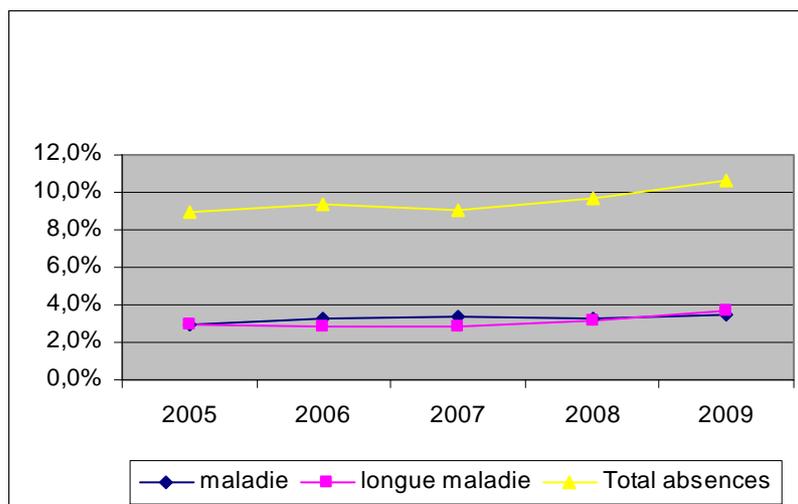
[646] Hors absence pour formations et absence autorisées, l'absentéisme pour motifs médicaux passe de **9,4% en 2006** à **10,6% 2009** soit une variation de **1,2 point sur la période**. Les données 2005 n'ont pas été reprises.

[647] Après un palier en 2007-2008, l'année 2009 marque une hausse de 0.9 point de l'absentéisme, essentiellement du fait de la longue maladie (+0.5 point) et de la maladie (+0.2 point).

##### 4.1.2. **Selon les données du bilan social 2008 et les éléments 2009 confirmés par l'établissement**

[648] Toujours exception faite de l'absence pour formation et des absences autorisées, l'absentéisme pour motifs médicaux se maintient à un niveau assez élevé, avec une tendance assez sensible à l'augmentation depuis 2007 pour le personnel non médical, puisque le taux pour ce personnel passe de **9% en 2005** à 9,1% en 2007 et **10,6% en 2009**.

Graphique 11 : Evolution du taux d'absentéisme (motif médical) du personnel non médical (2005-2009)



Source : Bilans sociaux CHIPS

#### 4.1.3. Quelles que soient les données considérées, le constat d'une augmentation de l'absentéisme

[649] Les nouvelles données revues par l'établissement en 2010 sont certes plus favorables d'un demi-point au global et surtout beaucoup plus favorables si l'on considère la période 2007-2009, qui coïncide avec l'arrivée de la nouvelle équipe. Dans les deux cas de figure néanmoins, ***l'année 2009 marque une augmentation sensible de l'absentéisme, de 0.9 point par rapport à 2008.*** L'absentéisme représente l'équivalent de 75 024 jours agent en 2009.

[650] Ce sont principalement les congés de maladie (courte durée) et de longue maladie/ longue durée qui sont à l'origine de cette hausse, les autres causes (accident du travail et du trajet, maladie professionnelle et congés de maternité-paternité) demeurant relativement stables sur la période.

[651] Certains secteurs de l'hôpital sont particulièrement touchés par cet absentéisme.

[652] Pour la seule année 2009 et si l'on se réfère au taux global de 10,6%, les services où l'absentéisme est très nettement supérieur à celui de l'établissement sont :

- Parmi les services administratifs, les secteurs de la restauration, de la lingerie – tant sur Poissy que St-Germain, ainsi que les standards ou même les archives, avec des taux pour ces services supérieurs à 15 voir à 30% ;
- S'agissant des services médicaux, les absences se concentrent sans surprise sur le secteur de la gériatrie (y compris le court séjour gériatrique dont l'activité a tout juste débuté en mai 2009); un absentéisme relativement important est également constaté dans le secteur de la chirurgie (pédiatrique, ambulatoire et de semaine) sur le site de Saint Germain, les consultations de stomatologie sur Saint-Germain, les consultations, l'accueil des urgences psychiatriques tout comme les laboratoires sur les deux sites, une liste qui n'est pas exhaustive.

[653] Il est difficile d'objectiver les raisons d'un tel absentéisme et de son augmentation sur les deux dernières années, ou en 2009 dans l'hypothèse la plus favorable à l'établissement.

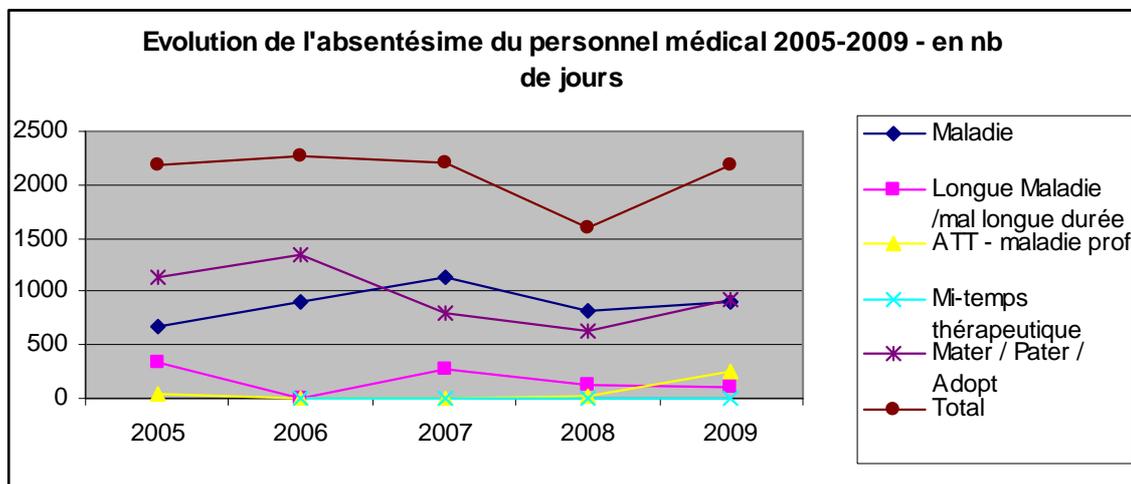
- [654] On peut néanmoins constater qu'il est important :
- Dans des secteurs jugés traditionnellement difficiles : c'est le cas notamment de la gériatrie ou des urgences psychiatriques ;
  - Dans des services plus particulièrement touchés par les restructurations et pointés du doigt comme moins « productifs » que d'autres : c'est clairement le cas des laboratoires ;
  - Dans des services où le sentiment de l'implication par rapport à la mission de service public de l'hôpital est peut-être moins développé et qui ont souffert d'un manque d'encadrement intermédiaire : ainsi de la restauration ou de la lingerie notamment.
- [655] Plus globalement, il traduit sans doute pour partie des réactions de mal-être face aux incertitudes qui attendent l'hôpital, dans un contexte de fusion largement inachevée qui dure depuis de nombreuses années ; il coïncide également avec la rigueur accrue imposée à l'hôpital depuis 2008, avec des choix pas toujours bien compris des équipes, notamment soignantes, comme en témoignent les nombreux témoignages recueillis par la mission.
- [656] Cette volonté de réduire les coûts, au demeurant compréhensible et indispensable dans la situation financière de l'établissement, ne s'est en fait pas accompagnée d'une véritable réflexion sur ce que devait être la fonction Achats (cf. annexe Achats); elle s'est trop souvent traduite par un manque d'anticipation dans le renouvellement de certains marchés et la nécessité, comme cela a été indiqué à la mission au cours de très nombreux entretiens, l'achat par les soignants eux-mêmes de divers produits destinés aux patients (savons en paillettes pour les soins post-opératoires, dissolvant pour ôter le vernis à ongles avant l'entrée au bloc, liquide pour les lave-bassins en hôpital de jour, ...) sans parler de la petite papèterie à compter du mois de septembre ; on perçoit combien certains personnels peuvent se sentir déstabilisés.
- [657] Ce taux d'absentéisme, dont la réduction est l'une des actions du PREF, est en tous cas un des indicateurs objectifs d'une situation managériale globale qui n'est pas en progrès, ce qui est inquiétant car cet absentéisme retentit incontestablement sur l'organisation des services et peut à terme affecter la qualité du service rendu, sans parler de son coût (estimé dans le PREF à 108€/jour et par agent pour le personnel non médical, soit **8,1M€ pour 2009**).
- [658] Pour influencer sur cet absentéisme, la direction a privilégié dans le PREF l'outil de l'évaluation, affichant également une volonté de contrôle qui ne s'est pas, aux dires des cadres de pôles, vérifiée<sup>167</sup>.

---

<sup>167</sup>Plusieurs cadres ont évoqué le manque de suivi/ retour d'information de la DRH sur des signalements et demandes de contrôles.

#### 4.2. *L'absentéisme du personnel médical reste stable, mais le poids des CET vient largement obérer la présence effective du corps médical sur l'établissement*

Graphique 12 : Absentéisme du personnel médical



Source : données CHIPS retraitées IGAS

##### 4.2.1. Un absentéisme qui évolue peu et reste mesuré

[659] L'absentéisme du personnel médical pour motifs médicaux reste globalement stable autour de 2200 journées; il retrouve après une baisse en 2008, le niveau de 2005. Ce sont essentiellement la maladie de courte durée et les congés de maternité/paternité qui alimentent ces absences.

[660] On note la croissance sur 2008 et 2009 d'absences non justifiées et non récupérées. Ces absences qui apparaissent sur les données en 2006 seulement (pour 0 journée) passent à 37 journées en 2007, 239 en 2008<sup>168</sup>.

[661] Il s'agit en fait, pour l'essentiel, de journées imputées à un médecin biologiste, absent de l'hôpital et non rémunéré, mais dont la situation administrative, n'a pas été gérée depuis mars 2008 :

- dans un premier temps, le service d'accueil (biologie), non satisfait de ses compétences, a souhaité son départ sans pour autant que lui soit signifié une quelconque insuffisance ; le nouveau service d'accueil pressenti (Urgences) n'a pas souhaité donner suite ;
- une succession d'arrêts maladie s'en est ensuivi ;
- au terme de ces arrêts, une relance de la direction est restée sans réponse, mais n'a fait l'objet d'aucune suite depuis mars 2008.

[662] S'agissant des autres absences, elles sont imputables à diverses missions<sup>169</sup>, (soit à l'initiative du praticien pour des missions de coopération, soit en application des conventions qui lient l'hôpital à la HAS ou à d'autres organismes.

<sup>168</sup> Les chiffres pour 2009 ne nous sont pas été communiqués.

<sup>169</sup> Dans le cadre de l'article R 6152-30 du code de la santé publique

Tableau 50 : Missions de coopération 2005-2009

	2005	2006	2007	2008	2009
Nbre de missions	3	2	4	2	3
Nbre de jours	27	26	40	21	29
Nbre de praticiens concernés	3	2	4	2	2

Source : CHIPS-DAM retraitement IGAS

[663] L'établissement n'a pas véritablement de stratégie pour ce type de missions : il répond favorablement à la sollicitation d'un médecin, invité à raison de ces compétences et de son expertise propre. La validation, nécessaire, reste pourtant très formelle : s'agissant des praticiens hospitaliers en particulier et compte tenu de la procédure (avis du directeur et de la CME, arrêté de l'ARH), l'arrêté est généralement postérieur à la mission. Aucun retour particulier n'est fait des missions.

Tableau 51 : Autres missions 2005-2009

HAS	2005	2006	2007	2008	2009
Nbre de missions	14	14	8	5	2
Nbre de jours	55	60	32	27	8
Nbre de praticiens concernés	3	3	3	2	2
Appui et de Conseil auprès du CH de Fougères - Redon Vitré					
Nbre de missions					4
Nbre de jours					12
Nbre de praticiens concernés					1

Source : CHIPS-DAM- retraitement IGAS

[664] Ce second type de missions, qui peuvent être relativement exigeantes en termes de nombre de jours, sont effectuées dans le cadre de conventions sur trois ans signées avec la HAS ; les conventions actuellement applicables pour chacun des médecins concernés<sup>170</sup> prévoient un nombre de 12 missions sur trois ans, avec un dédommagement de 138€ par jour. Ce volume maximal de mission et le nombre de jours concernés sont donc en baisse sur la période 2005-2009. Les autres missions n'ont pas donné lieu à convention mais à autorisation d'absence.

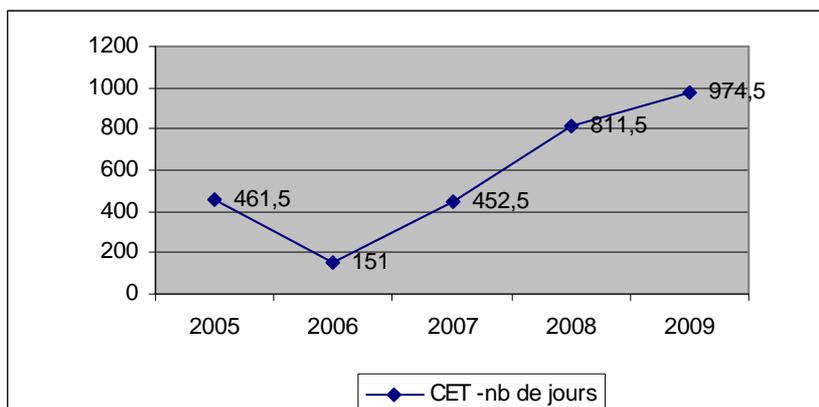
#### 4.2.2. Le poids des CET

[665] Il s'agit des nombres jours pris par les médecins sur leur CET, qui s'ajoutent donc aux absences et autres congés. Compte tenu de l'équivalent financier que l'ensemble des CET accumulés représente, la direction des affaires médicales s'est engagée dans une politique de réduction du volume des jours acquis en incitant autant que possible à prendre les CET.

<sup>170</sup>Convention CHIPS-HAS du 25/10/2008, Convention CHIPS-HAS du 1/01/2009, Convention CHIPS-HAS du 31/01/2009

[666] S'agissant de l'impact de cette politique sur l'absence des personnels médicaux, il est évident qu'elle impacte fortement l'établissement puisqu'alors même que l'absentéisme est globalement stable, la présence effective des médecins ne l'est pas compte tenu de la croissance des ces jours CET, dont le nombre est supérieur en 2009 aux journées de congés maladie de courte durée.

Graphique 13 : Nombre de jours de CET pris par les médecins (2005-2009)



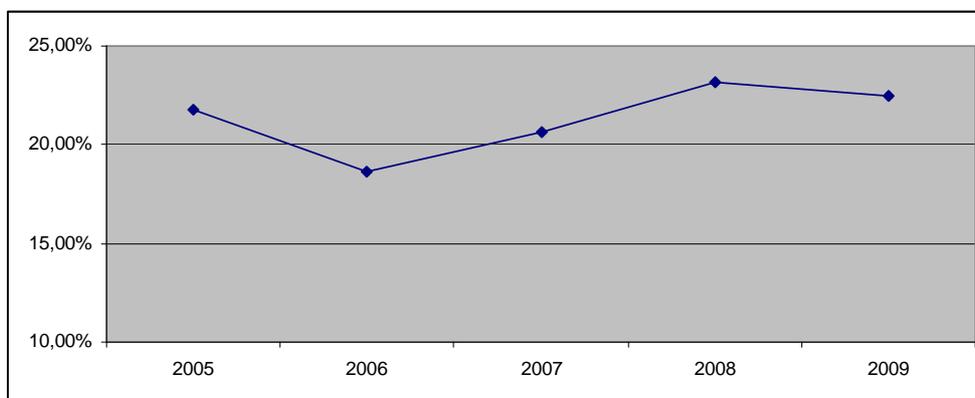
Source : données CHIPS retraitées IGAS

[667] Pour autant, le nombre de jours cumulés sur les CET continuent de croître de manière significative, passant de **11 631 jours en 2005 à 18 919 jours en 2009**<sup>171</sup> soit une hausse de 38,5%, ce qui représente l'équivalent de 98,5 ETP sur un an, un chiffre d'autant plus préoccupant que la démarche sur les effectifs cibles s'agissant des personnels médicaux et celle sur le temps de travail médical n'ont que très peu progressé (cf. annexe 6.3).

## 5. UN TURN-OVER QUI SE MAINTIEN A UN NIVEAU IMPORTANT

[668] Ce constat global, illustré par la courbe ci-après illustre une tendance à une moindre stabilité des personnels non médicaux.

Graphique 14 : Turn-over du personnel non médical 2005-2009



Source : CHIPS- DRH retraitement IGAS

<sup>171</sup> Données intermédiaires pour 2009 au 22.03.2010, hors certains services de médecine pour lesquelles les données ne sont pas encore remontées).

- [669] Cette approche globale recouvre des situations assez hétérogènes :
- La courbe n'est pas identique selon la catégorie de personnels : les catégories A sont ainsi plus touchées que les personnels d'encadrement intermédiaire ou d'exécution ;
  - Elle n'est pas homogène non plus selon les métiers : les personnels soignants (et notamment les IDE) et techniques sont les plus concernés, les personnels médico-techniques le sont peu ;
  - Il est difficile de tirer des conclusions définitives des forts mouvements de personnels techniques, pour lesquels le taux est très important, mais l'effectif concerné très faible.
- [670] Ces mouvements importants d'entrées et sorties illustre en outre un phénomène assez commun à l'Ile-de-France où l'offre étant importante, la fidélisation des personnels est moindre, notamment s'agissant des personnels d'encadrement ou des personnels qualifiés (cas des personnels soignants notamment).
- [671] Comme pour l'absentéisme toutefois, ce turn-over, qui se maintient à un niveau élevé, doit alerter sur la relative instabilité de l'établissement et une sorte de mal-être général, clairement perçu par la mission au cours des nombreux entretiens qu'elle a menés, auquel la nouvelle direction, malgré des résultats financiers, ne s'avère pas encore capable d'apporter une réponse managériale satisfaisante.
- [672] Les personnels médicaux<sup>172</sup> sont dans l'ensemble plus stables, avec un taux de turn-over qui, hormis l'exception de 2008 (10,3%), tourne entre 7 et 7,5% ; mais l'âge moyen de cette population, son ancienneté dans l'établissement expliquent également cette relative stabilité. Les entrées/sorties concernent en très grande majorité les médecins attachés et assistants, pour lesquels le nombre de démission est par ailleurs relativement important. A l'inverse et assez logiquement, les mouvements concernant les praticiens hospitaliers sont assez peu nombreux.

## 6. LE NOMBRE DE POSTES VACANTS RESTE IMPORTANT

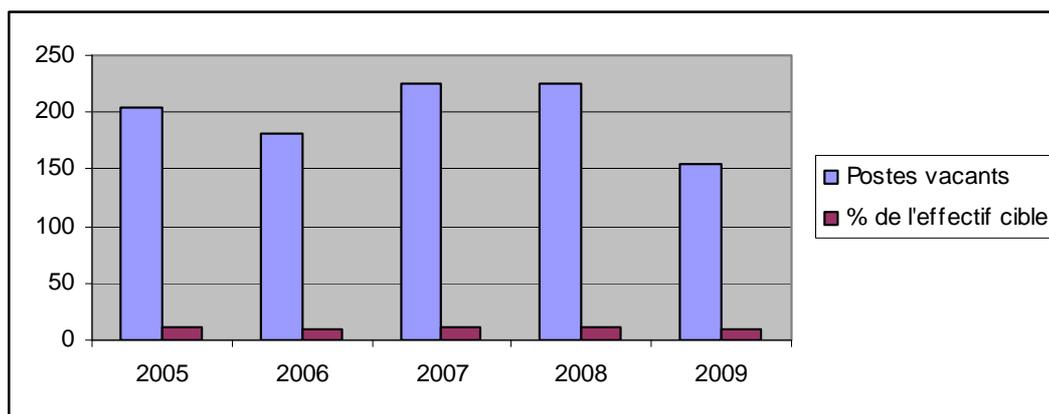
### 6.1. *Des vacances de postes d'infirmiers, qui obèrent le développement de l'activité*

- [673] La définition d'effectifs-cibles, formalisée pour le personnel non médical, plus ajustés à la réalité des activités, et une nouvelle organisation de la gestion des remplacements par la direction des soins (cf. annexe 6.3) se sont traduites par une évolution à la baisse du nombre de postes vacants.
- [674] Cette évolution positive de la tendance, qui n'est constatée qu'en 2009 pour le personnel paramédical, doit être confirmée pour n'être pas considérée comme un simple aléa.

---

<sup>172</sup>Hors internes et étudiants

Graphique 15 : Evolution 2005/2009 des postes vacants – personnel paramédical

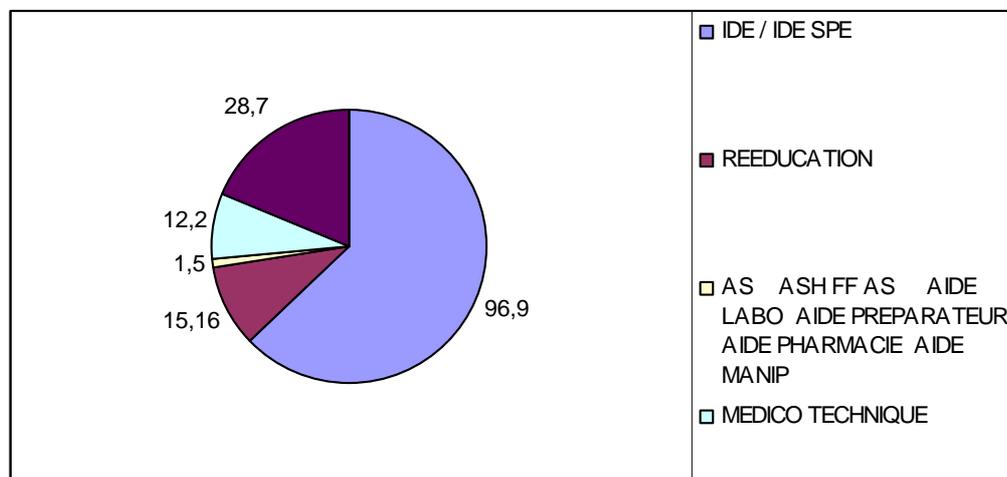


Source : Données CHIPS – DSI 14 janvier 2010

[675] Elle doit également être tempérée, pour les infirmières, par un effet report de certains départs, retardés sur le 1<sup>er</sup> trimestre 2010 pour permettre l'accueil et la formation de nouveaux recrutés, d'où un nombre d'entrées bien supérieur en 2009 au nombre de sorties pour les IDE ; ces sorties apparaissent en réalité sur le début de l'année 2010.

[676] Le constat au 31 décembre 2009 est celui d'un nombre toujours important de postes vacants, qui représente 146,76 ETP, soit 7,1% de l'effectif cible pour ces catégories de personnels

Graphique 16 : Répartition 2009 des postes vacants par catégories



Source : Données CHIPS – DSI

[677] Ce sont les infirmiers pour lesquels la vacance reste la plus importante (elle représente 11,5% de l'effectif cible), ce qui rejoint le constat fait pour l'ensemble de l'Ile-de-France d'une pénurie en personnel infirmier.

[678] L'autre catégorie très concernée est celle des masseurs-kinésithérapeutes (15,16 ETP vacants sur un effectif cible de 62,78 ETP, soit plus de 24% de postes vacants), une réelle difficulté alors que l'hôpital souhaite développer les soins de suite et vient d'ouvrir un court séjour gériatrique.

[679] Le constat est moins sévère mais reste celui d'un sous-effectif pour les autres catégories de personnels, à l'exception des brancardiers, pour lequel on enregistre fin 2009 un sureffectif de 7,7 ETP.

## **6.2. Le personnel médical**

[680] En l'absence de réflexion très poussée sur les effectifs-cibles pour le personnel médical, on peut simplement rapprocher l'effectif des tableaux généraux de service de l'effectif présent. L'établissement n'a pas été en mesure de nous donner les éléments pour la période 2005-2009.

[681] Début 2010, le constat est toutefois celui de difficultés pour certains services.

[682] C'est le cas des Urgences où 5 médecins (soit 5 ETP) sur l'effectif théorique de 29,45 sont en congés autorisés (CET, maladie, maternité), et 4 médecins pour 3,6ETP (postes actuellement vacants) ont quitté l'établissement, ce qui représentent un effectif disponible inférieur de 8,6ETP à l'effectif théorique de 29, 45ETP.

[683] Le service Réanimation connaît les mêmes difficultés avec 2,8 ETP absents sur 6,5 (deux départs en CET avant mutation prochaine ; 0,8 ETP dédié à la tâche de président de CME).

[684] Le service de réanimation néonatale, avec un besoin identifié de 13,8 ETP, ne compte que 8,8 ETP.

[685] Ce constat pose un triple problème :

- Celui du fonctionnement actuel des services, qui s'appuie sur des personnels extérieurs à l'hôpital (vacataires essentiellement depuis avril 2008), mais a également tendance à solliciter plus lourdement les personnels permanents pour pallier les manques les plus criants;
- Celui de la capacité de l'hôpital à développer son activité dès lors que les médecins, même s'ils le souhaitent pour tenir compte d'une réelle demande de soins – c'est le cas par exemple en gastroentérologie, en ophtalmologie, - ne disposent pas des effectifs paramédicaux et notamment infirmiers, en nombre suffisant ;
- celui de la capacité de l'hôpital à développer son activité tout en continuant à réduire son déficit, dès lors que la diminution du dit déficit est en partie liée à une diminution de la masse salariale, dont on a aurait idéalement besoin pour faire fonctionner complètement les services.

[686] Or l'analyse de la réduction du déficit de l'établissement en 2009 montre qu'elle se fonde avant tout sur une meilleure valorisation de l'activité et surtout une réduction de la masse salariale, plus que sur un gain d'activité.



## Annexe 6.3 : La gestion des ressources humaines : les dépenses de personnel

### 1. LES DEPENSES DE PERSONNEL ENREGISTRENT UNE BAISSSE A COMPTE DE 2009

#### 1.1. Les dépenses du titre 1 se stabilisent en 2008 avant de s'infléchir en 2009

[687] La courbe des dépenses de personnel du titre 1<sup>173</sup>, *en forte croissance sur la période 2005-2007, se stabilisent en 2008 avant de s'infléchir à compter de 2009* pour atteindre un montant total de 161 992,8 € soit une baisse de 2,5% par rapport à 2007.<sup>174</sup>

Tableau 52 : Dépenses du titre 1 – Evolution 2005-2009

Dépenses de personnel en €	2005	2006	2007	2008	2009
Personnel non médical	115 875 727,0	125 493 757,3	129 356 755,1	128 447 534,1	123 704 727,0
Personnel médical	34 372 748,0	35 918 629,3	37 604 254,5	39 180 813,0	38 288 114,0
Total	150 248 475,0	161 412 386,6	166 961 009,6	167 628 347,1	161 992 841,0

Source : CHIPS – DAF et DRH

Tableau 53 : Variations en %

	Variation 2005-2007	Variation 2007-2009
Personnel non médical	+11,6%	- 4,3%
Personnel médical	+ 9,3%	+3,2%
Total	+11,1%	-3%

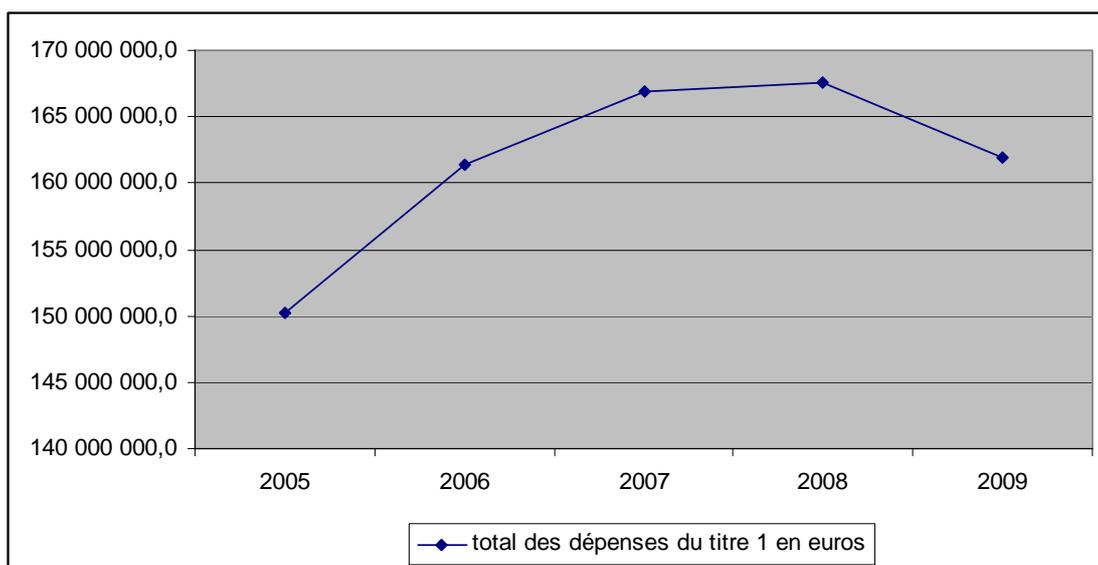
Source : CHIPS – DAF et DRH

[688] Cette croissance de plus de 16,7M€ entre 2005 et 2007 (soit +11,1%) pour la période 2005-2007 interpelle quant à l'utilisation des aides de l'ARH obtenues dans le cadre du PREF pour rétablir le déficit, et dont une partie a financé des dépenses de personnels. Le non paiement de la taxe sur les salaires explique une partie l'augmentation sur 2006, mais c'est aussi une augmentation des dépenses de personnel non médical qui en est à l'origine (cf. annexe 7.1).

<sup>173</sup> Rémunérations et accessoires dont primes-gardes-astreintes, impôts et taxes, charges sociales et autres charges

<sup>174</sup> Pour 2005, nous avons retraité les chiffres du compte administratif 2005 fourni par l'établissement, qui intégrait aux dépenses de groupe 1 les charges exceptionnelles de personnel du compte 67 (compte 67281) ; ces charges ont été disjointes comme c'est le cas pour les années suivantes afin de permettre une véritable comparaison

Graphique 17 : Courbes d'évolution des dépenses 2005-2009

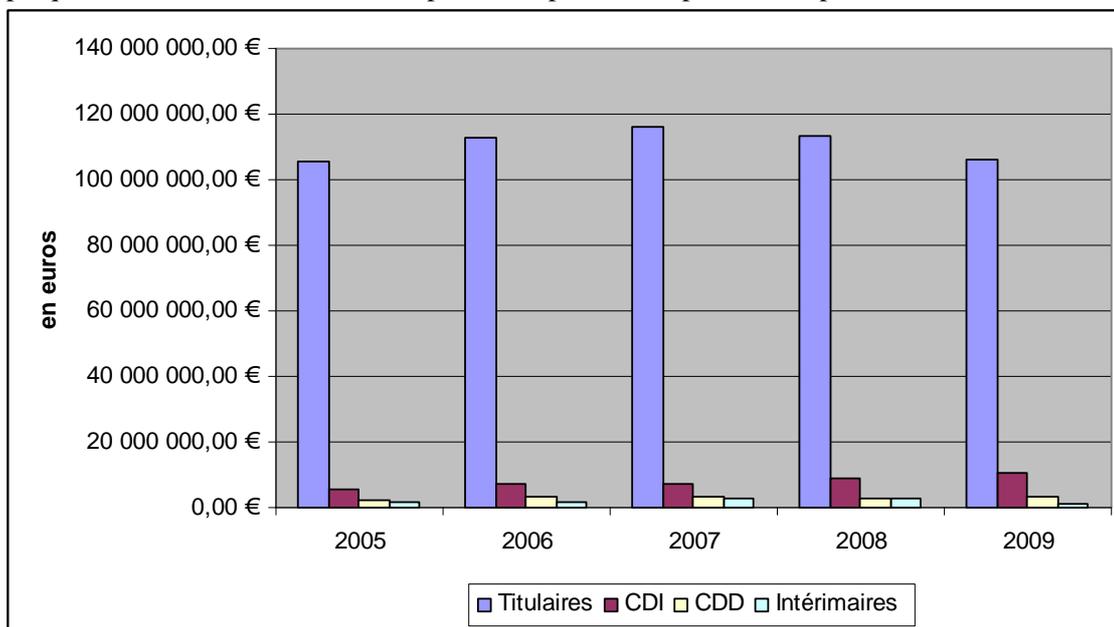


Source : Données CHIPS comptes financiers 2005-2009)

- [689] Cette baisse est imputable essentiellement au personnel non médical.
- [690] S'agissant du personnel non médical, le mouvement de croissance des dépenses s'inverse en 2008, avec une première baisse des dépenses, qui s'accroît en 2009, avec des dépenses qui atteignent 123 704,7M€ en baisse de 1,4% entre 2006 et 2009, et de 4,4% entre 2007 et 2009.
- [691] Pour le personnel médical, les dépenses continuent de croître sensiblement jusqu'en 2008, 2009 marquant une stabilisation et une orientation des dépenses à la baisse (-892 699€ en 2009, soit une baisse de -2,3%).
- [692] Les charges de personnel représentent en 2009, 64,8% des charges de l'établissement, en diminution depuis 2007 (elles représentaient alors 67% des charges).
- [693] Le secteur des dépenses de personnel est le seul pour lequel l'établissement dépasse largement les objectifs du PREF.

**1.2. Ce sont principalement les personnels titulaires et stagiaires qui alimentent cette baisse pour le personnel non médical**

Graphique 18 : Evolution des dépenses de personnels par statuts -personnel non médical



Source : CHIPS – comptes financiers et administratifs –retraitement IGAS

- [694] **Les dépenses de personnels stagiaires et titulaires** reviennent en 2009 au niveau de 2005 ; à 105,9M€, elles **affichent une diminution sensible depuis 2007**, de -8,8%. Le poids de ces dépenses dans les dépenses globales de personnel diminue depuis 2007, passant de 89,7% à 85,6% des dépenses de personnel non médical. (Cette même tendance se retrouve dans les dépenses globales de personnels, auxquelles les titulaires ne contribuent plus que pour 65,3%, contre 69,5% en 2007).
- [695] Les dépenses liées aux CDD (hors vacataires) sont relativement stables sur la période ; en augmentation en 2006, elles retrouvent en 2009 le niveau de 2007 après une baisse en 2008 ; elles représentent 2,6% des dépenses de personnel non médical en 2009 (moyenne de 2,3% de ces dépenses sur la période globale).
- [696] A l'inverse, les dépenses d'intérim-vacataires croissent de manière assez conséquente en global en 2008, essentiellement du fait de l'augmentation des dépenses de vacataires depuis avril 2008. **Les dépenses d'intérim diminuent en effet de manière sensible en 2009** alors qu'elles avaient augmenté sur la période 2005-2007 : cette tendance renvoie au choix de la nouvelle direction de limiter autant que faire se peut le recours à l'intérim et de privilégier le recours aux heures supplémentaires et l'emploi de vacataires. Ces dépenses intérim-vacataires représentant désormais 2,3% des dépenses de personnel et 2,9% du personnel non médical, contre 1,1% en 2005 et 1,5% en 2007.

[697] *Les dépenses liées aux CDI augmentent également de manière assez significative*, en particulier depuis 2007, passant de 7,1 M€ en 2007 à 10,6 M€ soit +33,5%. Elles représentent désormais 8,6% des dépenses de personnel non médical et 6,6% des dépenses de personnel. Comme pour les vacataires, l'inflexion de la structure des dépenses s'inscrit clairement dans le choix fait par la nouvelle direction de développer le recrutement de contractuels permanents plutôt que de personnel statutaire par mutation, notamment pour des raisons de coût. De fait, alors qu'ils représentent 9,8% des effectifs du CHIPS, les CDI ne représentent que 6,6% des coûts de personnel.

**1.3. Cette tendance à la baisse des dépenses de personnels se traduit de manière assez différenciée, au niveau des pôles.**

[698] La création, en 2008, d'une fonction de contrôle de gestion au sein de l'établissement s'est traduite par la mise en place progressive et l'ajustement tout au long de l'année 2009 de tableaux de bord avec les pôles cliniques (mais également administratifs), destinés au suivi par pôle de l'activité et des dépenses.

[699] Les échanges avec les pôles ne sont pas totalement achevés, et la fiabilité des données s'est avérée fluctuante, d'autant que la refonte du fichier commun des structures en 2008 a conduit à des ajustements de périmètres et des difficultés de comparaison avec la situation ex-ante.

[700] Ces tableaux de bord<sup>175</sup> permettent néanmoins, s'agissant des personnels (en nombre d'ETP et en dépenses) d'avoir par pôle une première tendance 2008-2009 ainsi qu'une approche du poids respectif de chaque pôle.

[701] Trois pôles concentrent ainsi près de la moitié les dépenses de personnel : le pôle administratif (19,2%), le pôle Chirurgie-Blocs Anesthésie (15,2%) et le bloc Urgences Réa (12,4%). Les autres pôles représentent chacun entre 8 et 10% des dépenses de personnels, à l'exception des pôles Oncologie médicale et Imagerie, à moins de 5%. Ces chiffres sont à rapprocher des effectifs de chaque pôle à la fois en volume mais également en catégorie de personnel et bien sûr de l'activité. Ainsi les deux pôles les moins « lourds en termes de dépenses » sont également les plus petits pôles. Le faible poids relatif dans les dépenses du pôle Gériatrie, le plus important en effectifs, s'explique par le nombre important de personne AS et ASH. A l'inverse, le poids relatif important du pôle Chirurgie - Blocs-Anesthésie, dont l'effectif est largement inférieur à l'effectif moyen des pôles cliniques, s'explique là également par le nombre important de personnel médical et de personnel soignants qualifiés et les gardes et astreintes.

[702] Au global, les charges de personnel dans les pôles de baissent de - 3.28% en moyenne entre 2008 et 2009, un chiffre qui recouvre des situations assez différentes selon les pôles.

[703] On écartera de l'analyse le pôle Projet dont les charges augmentent brutalement mais ce pôle n'existant pas auparavant, il est logique qu'avec sa création, on identifie des charges auparavant réparties sur d'autres secteurs (et notamment administratifs).

[704] Pour les autres pôles, on constate que trois pôles connaissent une augmentation sensible des charges de personnel :

- le pôle Femme Nouveau né : en lien avec l'augmentation de l'activité constatée sur ce pôle, bien qu'en-deçà des prévisions (augmentation du nombre d'accouchements et mise en place de l'USCO) ;
- Le pôle Chirurgie blocs (petite augmentation de l'activité en chirurgie ambulatoire et chirurgie digestive) ;

<sup>175</sup> Tableaux de bord DAF - Contrôle de gestion janvier 2010

- Le pôle Oncologie médicale et Infectiologie (recrutement en vue de l'extension du service d'oncologie qui est passé à 15 lits en janvier 2010).

[705] Il peut également être intéressant de rapprocher le poids respectif des dépenses de personnels de chaque pôle de leur contribution au chiffre d'affaires global 2009 :

- Pour certains pôles, il y a un quasi-parallélisme entre leur poids dans les dépenses de personnels et leur contribution au chiffre d'affaires de l'hôpital : c'est le cas de la chirurgie- blocs, ou des urgences ;
- D'autres sont des contributeurs importants à ce chiffres d'affaires, en comparaison de leur poids dans les charges de personnel : c'est nettement le cas du pôle Femme nouveau né, le plus gros contributeur (18,4% du chiffre d'affaire de l'hôpital, alors que ses charges de personnel ne représente que 9,6% des dépenses totales de personnel), du pôle Médecine interne et cardiovasculaire, et du pôle Oncologie médicale dans une moindre mesure ;
- A l'inverse, la situation du pôle Imagerie, avec 1,81% de part du chiffre d'affaires en 2009 peut étonner. Il faut bien sûr noter la suspension au dernier trimestre de l'activité de radiothérapie qui a fortement pénalisé une partie de l'activité du pôle. C'est également le seul pôle où le responsable n'a pas voulu qu'on diffuse les tableaux de bord, estimant que les recettes n'étaient pas bien affectées et les données présentées n'étaient pas fiables. Ces deux éléments pourraient donc relativiser ce constat.

## 2. CETTE BAISSSE RESULTE D'UNE DIMINUATION DES EFFECTIFS EN VALEUR ABSOLUE ET D'UN EFFORT DE MAITRISE DU COUT DES AGENTS

[706] Cet effort a porté à la fois sur le volume des effectifs mais également sur la structure des emplois, les conditions du recrutement et la composition même des rémunérations. Les mesures envisagées sont énumérés dans les axes 4 et 5 du plan de retour à l'équilibre financier<sup>176</sup> :

- Axe 4 : le redimensionnement des fonctions support
- Axe 5 : l'optimisation de la gestion des ressources humaines

### 2.1. *Diminuer les dépenses en diminuant les effectifs : un redimensionnement en cours depuis 2005, qui s'accroît en 2008*

#### 2.1.1. **Faire baisser les effectifs de manière de plus en plus ciblée**

[707] L'effectif global passe ainsi de 3648,4 ETP moyen en 2005 à 3439,77 en 2009, une diminution qui touche plus particulièrement le personnel non médical, qui contribue en nombre d'ETP à plus de 96% de la baisse globale d'effectifs (cf. annexe 6-2).

[708] La baisse des effectifs débute en 2007 ; néanmoins, *l'accentuation de cette tendance est sensible à compter de 2008*, sur l'ensemble des postes de personnels non médical : personnels soignants en 2007-2008, mais aussi personnels des fonctions support en 2008 et 2009.

[709] Ainsi pour les pôles administratifs, on constate une accentuation en 2008 et 2009 (78,23 ETP sur cette seule période pour un total de 96,46 ETP), avec un effort particulier portant sur la direction des soins et le pool brancardage, la direction des travaux et la DRH dans une moindre mesure.

<sup>176</sup> Support de présentation du PREF - CME 20 octobre 2008 et mise à jour DRH du 1<sup>er</sup> décembre (axes 4 et 5)

- [710] Toujours à compter de 2008, on constate un ciblage plus précis quant au choix des secteurs qui doivent supporter l'effort ; sont ainsi plus particulièrement décidés :
- la restructuration des secrétariats médicaux avec une diminution de 13,3 ETP et le transfert d'ETP en direction de la direction de la clientèle : c'est clairement là une action de la nouvelle direction directement inspirée des préconisations de l'audit de Cap Gemini.
  - l'externalisation de certaines activités (barrières, ménage sur l'internat) ;
  - la reconfiguration des standards ;
  - l'ajustement plus ciblé des effectifs des services de soins (IDE, AS, ASH) et des laboratoires (techniciens de laboratoire).

### **2.1.2. Une évaluation des besoins en personnels qui s'affine progressivement**

- [711] Le choix des postes à supprimer s'est fait par non remplacement de départs en retraite ou de mutations internes ou externes, et par suppression de postes vacants. Mais il s'inscrit aussi dans une démarche d'évaluation du besoin en personnel par rapport à l'activité.
- [712] La DRH et la DSSI travaillent de 2005 à 2007 sur la base d'effectifs théoriques par services, ces effectifs théoriques étant mis en regard des effectifs réels et donc des besoins non couverts, ou « sur-couverts ».
- [713] Le déploiement dans l'établissement en 2004-2005 d'indicateurs de mesures de l'activité soignante (sur la base de la méthode SIIPS)<sup>177</sup> sous l'impulsion de la direction des soins permet de mieux définir le niveau optimal de charge et de situer l'activité soignante du service par rapport à ce niveau optimal. Cette méthode concernant les soins infirmiers est complétée d'une approche concernant les soins indirects (aides-soignantes) et les temps de travail (prise en compte de tous les effectifs présents y compris intérim, vacations, redéploiement). Elle est ainsi une aide à l'ajustement de l'effectif théorique optimal.
- [714] Le calcul du point d'équilibre de la charge de travail montrait en effet des situations assez différentes selon les services fin 2008, avec quelques unités en sureffectif plus ou moins important (dont les deux réanimations sur Poissy et Saint Germain), et d'autres à l'inverse en sous-effectif important (deux accueils de personnes âgées notamment, un SSR et le service de chirurgie viscérale de Saint Germain).<sup>178</sup>
- [715] En lien avec cette approche par évaluation de la charge de travail, un travail de définition d'effectifs cibles à la fois pour les personnels soignants et médico-techniques et les personnels administratifs est initié à compter de 2008 (cf. annexe 6-2).
- [716] Sur la base de cette définition d'effectifs-cibles, et en s'appuyant notamment sur les constats de l'audit réalisé fin 2007-début 2008 par Cap Gemini, le choix des objectifs à atteindre pour 2009-2011 a fait l'objet de mesures déclinées en annexe du plan de retour à l'équilibre signé entre l'établissement et l'agence régionale d'Ile-de-France en 2008.

<sup>177</sup> Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée

<sup>178</sup> Tableaux SIIPS 2008 - direction des soins

### **2.1.3. L'aide aux départs volontaires avec le recours au fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privé (FMEPPS)**

- [717] Afin de renforcer sur la période 2009-2011 l'incitation au départ, l'établissement a sollicité le FMEPPS.
- [718] 23 dossiers ont ainsi été présentés et sont liquidés au 31 décembre 2009 pour un montant total de 967 277,30€ de primes de départ. Les personnels volontaires sont pour l'essentiel des aides-soignants, des personnels techniques ou médico-techniques, ainsi que quatre secrétaires administratives.
- [719] 20 dossiers sont en pré-liquidation, concernant les mêmes catégories de personnels, pour un montant de 856 840,60 € et sept autres en attente.
- [720] Ces chiffres peuvent paraître modestes au regard de l'impact sur l'effectif global ; rapporté à la baisse des effectifs 2009 (-166,3 ETP), ils représentent néanmoins, pour les seuls dossiers liquidés, plus de 13% de cette baisse.
- [721] L'intérêt est bien sûr l'appel au volontariat pour des agents qui au terme d'une première carrière dans l'hôpital, ont des projets d'évolution ou de reconversion, avec une incitation financière intéressante sans coût pour l'hôpital.
- [722] Plusieurs cadres ont jugé, lors des entretiens avec la mission, que l'utilisation par la DRH de ce dispositif n'était pas assez transparente, indiquant qu'ils auraient aimé être informés dès qu'une personne de leur pôle/service était pressentie, plutôt que de l'apprendre au dernier moment.

## **2.2. *Faire baisser la dépense en diminuant le coût moyen des agents de l'hôpital***

### **2.2.1. Le choix très net à compter de 2008 de diminuer le poids financier des personnels titulaires et stagiaires**

#### 2.2.1.1. En privilégiant sur la période récente le recrutement de personnel contractuel permanent

- [723] La baisse des dépenses de personnels Titulaires et stagiaires depuis 2008 a été soulignée supra (§1.2) ; cette diminution marque une rupture avec la période précédente 2005-2007. Elle doit être corrélée avec l'objectif d'augmenter fortement la part des contractuels dans l'établissement.

[724] Cette politique est mise en œuvre à la fois en direction des personnels administratifs et des personnels soignants comme l'illustre le tableau suivant ci-après.

Tableau 54 : Evolution des CDI et CDD sur la période 2005-2009

	CONTRACTUELS PERMANENTS					CDD				
	2005	2006	2007	2008	2009	2005	2006	2007	2008	2009
Administratifs	78	61	60	77	94	28	16	22	14	28
Soignants	186	177	150	183	256	80	53	44	29	58
Médico-techniques	7	8	8	15	15	9	7	4	1	5
Techniques	49	47	71	65	75	30	37	30	2	2
<b>Total</b>	<b>320</b>	<b>293</b>	<b>289</b>	<b>340</b>	<b>440</b>	<b>147</b>	<b>113</b>	<b>100</b>	<b>46</b>	<b>93</b>

En %	Ecart 2005-2009		Ecart 2007-2009	
	CDI	CDD	CDI	CDD
Administratifs	+17,0	0,0	+36,2	+21,4
Soignants	+37,3	-27,5	+41,4	+8,6
Médico-techniques	+53,3	-44,4	+46,6	-20,0
Techniques	+34,7	-93,3	+5,3	-93,3
<b>Total</b>	<b>+27,3</b>	<b>-36,7</b>	<b>+34,3</b>	<b>-7,0</b>

Source : Données CHIPS – retraitement IGAS

[725] Les pourcentages d'évolution s'agissant des personnels techniques et médico-techniques doivent être relativisés compte tenu de la taille très faible des cohortes concernées. L'augmentation du recrutement de contractuels permanents est néanmoins très nette, et s'accroît sur la période 2008-2009.

[726] Cette politique est affirmée par l'établissement comme un des objectifs phares du plan de retour à l'équilibre financier (PREF), **qui affiche un objectif de 25% d'emplois contractuels**, en faisant une très large application des dispositions de la loi du 25 juillet 2005 permettant désormais aux emplois permanents « d'être occupés par des agents contractuels lorsque la nature des fonctions le justifie, notamment lorsqu'ils n'existent pas de corps de fonctionnaires hospitaliers[...] ».

[727] Le directeur des ressources humaines, à l'occasion des entretiens avec la mission, a exprimé le triple avantage qu'il voit au recours de contractuels :

- **Un avantage financier tout d'abord :**
  - sur le GVT puisque l'on peut négocier la politique salariale, alors que pour les personnels titulaires, l'établissement n'est que dans la déclinaison de mesures statutaires qui lui échappent ;
  - sur les arrêts-maladie, qui sont pour le personnel contractuel remboursés par l'assurance maladie ;
  - Sur les règles applicables en congés de longue maladie ou congés de longue durée, les règles de maintien du salaire étant moins favorables pour le personnel contractuel, et donc plus favorable pour l'établissement.
- **Une souplesse accrue de gestion des entrées et sorties, puisque le licenciement, même s'il est encadré et a un coût est possible, et qu'il est pour citer le DRH « plus souple que le système de saisine du conseil de discipline avec remontée au CSFP » ;**

- ***Une souplesse enfin en terme de dialogue social, du fait de la marge de manœuvre dont dispose l'établissement.***

[728] Cette orientation ne rencontre clairement pas l'adhésion des représentants du personnel et même d'un certain nombre de personnels, administratifs ou médicaux, rencontrés par la mission qui y voient une forme de précarisation, mais également un moyen de développer le recrutement de personnels « à la botte » ou de faire jouer uniquement les relations personnelles. Ils dénoncent également ce qu'ils estiment une moindre implication des contractuels dans l'hôpital.

[729] La mission note que les dispositions législatives permettent ce recours à l'établissement, et que l'argument financier, dans la situation que connaît par ailleurs l'hôpital, ne saurait être écarté. Ce recours s'est d'ailleurs avéré, au-delà de ces seules considérations financières, nécessaire pour trouver certaines compétences indispensables à la remise à niveau de secteurs précis (transport-logistiques, informatique, contrôle de gestion par exemple). Il semble aussi que certains personnels font le choix d'un contrat plutôt que d'une entrée dans la fonction publique hospitalière. Quant à l'argument d'une moindre implication, rien ne permet à la mission de l'étayer.

[730] Elle est toutefois plus réservée sur ce recours systématique pour des emplois pour lesquels la recherche de candidats s'est limitée à une publication sur le site de l'hôpital, alors qu'il existe à l'évidence un vivier large dans la fonction public hospitalière comme dans le secteur privé.

[731] Elle note aussi que la multiplication de statuts sur un même poste n'est pas nécessairement de nature, dans la situation de relative tension voire de souffrance parfois qu'elle a constaté dans l'établissement, à conforter la qualité du dialogue social. Ainsi à poste égal, les vacataires sont-ils mieux rémunérés que les titulaires, ce qu'il faut savoir expliquer.

[732] Enfin, arguer d'un développement du dialogue social avec le personnel contractuel est sans doute plus crédible pour certaines catégories de personnels (IDE, psychologues, orthophonistes, etc..) que pour d'autres (aides soignantes, ASH) dont la marge réelle de négociation, compte tenu de leur qualification initiale et de la conjoncture économique, est à l'évidence plus réduite.

#### 2.2.1.2. En recrutant sur la base de la compétence technique plus que du statut

[733] C'est un objectif clairement affiché de l'actuel directeur et de son directeur des ressources humaines, notamment s'agissant de l'équipe administrative.

[734] Les recrutements administratifs sur la période 2005-2009 sont au total de 119 : 50 sur la période 2005-2007, et 69 sur 2008-2009, soit une moyenne annuelle de 16,7ETP/an sur la première et 34ETP/an sur la seconde, qui illustre la réalité du renouvellement des personnels initié par l'actuel directeur.

[735] Le recrutement a concerné 36 contractuels à durée indéterminée sur 2008-2009, un choix de recruter hors du vivier administratif traditionnel qui s'appuie sur la volonté de doter l'hôpital d'une expertise accrue – voire d'une expertise tout court lorsqu'elle était absente – dans certains domaines, notamment :

- l'informatique, avec le recrutement d'un premier directeur des services informatiques en mars 2008 ; on notera qu'il a été remplacé à son départ par un fonctionnaire d'Etat détaché ;
- le contrôle de gestion (deux contractuels à profil de contrôle de gestion ou d'analyse statistique, passés l'un et l'autre par le secteur hospitalier, à Guingamp pour l'un, St Denis pour l'autre) ;
- la logistique, avec le recrutement d'un ingénieur logistique à central courses, venant directement du secteur privé, ou de cadres sur le secteur de la restauration, contractuels

venant pour l'une du secteur de la restauration collective, pour l'autre de la restauration d'entreprise.

[736] Cette recherche de compétences est totalement légitime, mais certains de ces recrutements étonnent néanmoins, sur lequel il est revenu plus complètement dans l'annexe consacré au management du directeur.

[737] Le choix de faire venir sept personnes de St Denis dont six du centre hospitalier n'a pu qu'être remarqué, quelles que soient leurs compétences.

[738] Certains profils ne correspondent qu'imparfaitement aux caractéristiques initiales du poste ou à ses exigences, (chargé du secteur Gériatrie, directrice des Achats, responsable des autorisations et de la cellule juridique à la direction de la qualité).

[739] A noter enfin l'embauche en CDI, au bureau des ressources humaines, de deux jeunes retraitées du CHIPS, ce qui permet un cumul de la retraite avec la poursuite d'une activité rémunérée sur les mêmes fonctions. Il n'y a là rien de contraire à la réglementation.

#### 2.2.1.3. En maîtrisant les progressions de carrières des titulaires et stagiaires

[740] La baisse en nombre d'effectifs, et donc en poids de la dépense correspondante des rémunérations principales des personnels titulaires et stagiaires, s'accompagne à compter de 2008 d'une volonté d'encadrer les progressions de carrière :

- en maîtrisant l'avancement de grade (réduit au minimum réglementaire) ;
- en supprimant en 2009 l'effet rétroactif de l'avancement de grades au 1<sup>er</sup> janvier 2009 pour les CAP de décembre 2009. L'avancement a donc pris effet au 1<sup>er</sup> janvier 2010. Cette décision, prise au nom du retour à l'équilibre financier, a été mal perçue à la fois par les organisations syndicales et les agents concernés ; elle n'est de toute façon pas reproductible.

#### 2.2.1.4. En manifestant la volonté d'encadrer plus strictement les accessoires de rémunération

[741] Plusieurs mesures ont ainsi été décidées relatives à la politique de primes de l'établissement, qui ont commencé à être appliquées en 2009, notamment :

- La refonte des conditions de versement de la prime de Faisant Fonction :
  - cette prime était versée jusqu'en 2008 mensuellement sous forme d'un montant forfaitaire d'heures supplémentaires (sans lien réel avec des heures réellement effectuées) et d'une prime exceptionnelle de 150 à 220 € selon la catégorie de l'agent et celle de la fonction exercée, versée avec la seconde enveloppe de la prime de service ;
  - le nouveau système dont la mise en place est progressive à compter du 1<sup>er</sup> juin 2008 pour les nouveaux cadres faisant fonction (mise en place complète au 1<sup>er</sup> janvier 2010), supprime tout versement de forfait d'heures supplémentaires ; il instaure un versement unique et annuel fixé comme suit :
    - o Responsable : 600 euros
    - o Cadre : 1200 euros
    - o Cadre supérieur : 900 euros

Le gain attendu global de 49 400€ ne pourra être évalué qu'en 2011 puisque le versement de la seconde enveloppe de la prime est effectué en juin de l'année n+1 pour l'année n.

Le coût 2008 de cette prime était de 72 744€ (forfait d'heures supplémentaires + reliquat prime de service) et concernaient 53 agents (22 toujours concernées par l'ancien système car faisant fonction antérieurement au 1<sup>er</sup> juin 2008 + 31 agents concernés par le nouveau système); pour 2009, 58 686€ ont été versés au titre des seules heures supplémentaires (22 agents), le versement du reliquat n'interviendra qu'en avril 2010.

Au-delà d'un gain qui reste limité, cette mesure est surtout un retour à plus de régularité s'agissant du versement d'heures supplémentaires.

- La refonte de la prime spécifique des agents de radiologie :
  - Jusqu'en 2009, l'ensemble des agents de radiologie (manipulateurs ou non) se voyait payer un forfait d'heures supplémentaires afin de compenser le travail effectué sur le secteur privé.
  - Plus actions ont été engagées : d'une part la suppression du versement au personnel non manipulateurs en radiologie, d'autre part la substitution à la prime forfaitaire d'une prime tenant compte de la réalité de l'activité exercée (sorte de prise en compte du « service fait »), incluant une part fixe et une part variable

Un gain immédiat de 19 000 € est résulté de la première action ; pour la seconde, il faut attendre là aussi juin 2010 pour connaître la totalité des primes à rattacher à 2009.

Le coût total de la prime pour 2008 a été de 162 059€ concernant 108 agents.

Pour 2009, la part fixe a été versée en novembre pour un montant total de 62 190€. La part variable, versée en juin sur la base d'un constat de l'activité, ne pourra excéder au total 72 180€; 73 agents sont concernés.

Là également, le gain, pour être réel, reste modeste ; le fait que cette mesure de suppression d'une partie prime ait touché l'ensemble des agents du service de radiologie, y compris les plus petits salaires, n'a pas nécessairement été très bien vécu.

La volonté affichée a été d'encadrer le versement des heures supplémentaires et de faire coller le versement de primes à la réalité d'une activité, ce qui doit effectivement être le cas.

- Un encadrement plus strict des conditions d'octroi des congés bonifiés pour les personnels ultra-marins, en utilisant la faculté, pour la direction, de refuser des jours de congés bonifiés en fonction des nécessités de services, de la réalité et du maintien du lien avec le département d'outre-mer, et en diminuant pas voie de conséquence les indemnités de vie chère, du coût de billets d'avion et du fret.
- Si aucun refus n'a été opposé en 2008 à une demande de congés, 16 refus l'ont en revanche été en 2009 sur 40 demandes déposées, assortis de 9 reports.

Les dépenses constatées pour ces congés au 31/12/2009 se montent à 174,7 K€, contre 354,8K€ en 2008, ce qui va au-delà des objectifs initialement affichés.

[742] La direction souhaite par ailleurs initier, en 2010, une remise à plat des conditions d'octroi de la prime de service, afin d'introduire un lien plus direct avec les résultats de l'agent retranscrits dans son évaluation. Elle considère en effet que les conditions d'attribution du reliquat de la prime de service ont manqué de transparence et tendu à privilégier certains personnels à la fois proche de l'administration et d'un syndicat<sup>179</sup>.

<sup>179</sup> Note DRH au directeur d'établissement – 7 décembre 2009

### 2.2.1.5. Le constat de l'évolution des primes

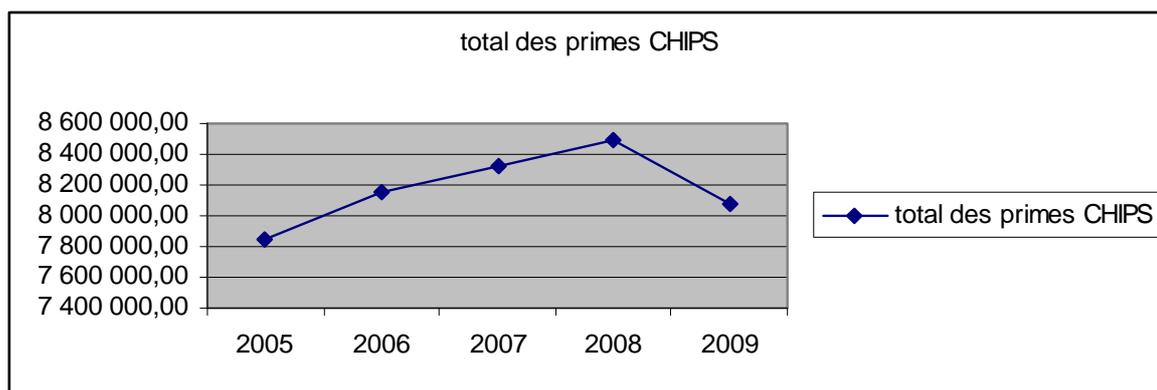
[743] La mission constate quant à elle que si le nombre des bénéficiaires d'un versement, dans le cadre de la deuxième enveloppe de la prime de service, au titre de la « distinction spéciale », c'est-à-dire à la discrétion de la direction a baissé en 2009, cette « distinction spéciale » n'a pas fait l'objet de plus de précision que par le passé ; 23 des 26 bénéficiaires, sont toujours en 2009 des agents travaillant pour ou en lien direct avec la direction générale, la DRH et la direction des soins, les trois autres dirigeant les écoles. Si cette prime peut être maintenue, elle doit faire l'objet de critères précis, exposés en CTE et connus de tous.

[744] De même, les bénéficiaires d'un deuxième versement de plus de 2100 € sont tous attachés ou directeurs des soins.

[745] Fin 2009, le constat global quant à l'évolution du montant global des diverses primes versées par l'établissement est toutefois contrasté :

- le montant global des primes allouées par l'établissement<sup>180</sup>, qui augmente jusqu'en 2008, s'infléchit en 2009 ; l'évolution sur la période 2005-2009 est de +2,75%, avec **une baisse de -3,09% sur la période 2007-2009**.

Graphique 19 : Evolution du montant des primes sur 2005-2009



Source : Données CHIPS – retraitement IGAS

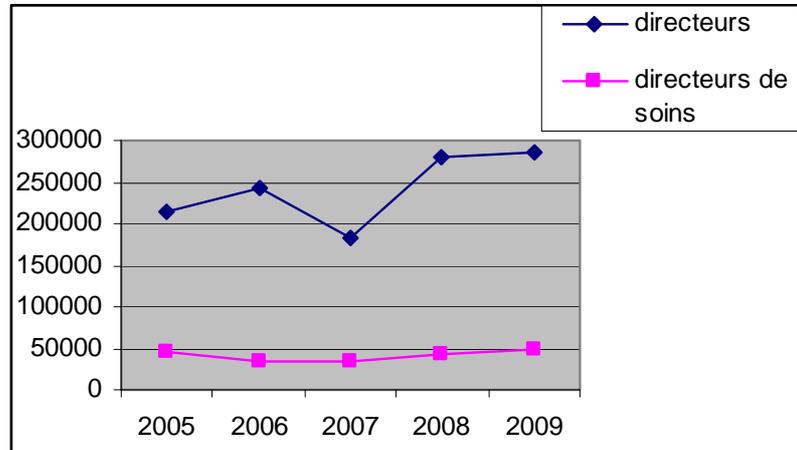
- Cette évolution globale n'est toutefois pas également répartie entre les différentes catégories de personnels ; ainsi par exemple :
  - Les dépenses pour les primes des directeurs progressent régulièrement sur la période (avec un creux en 2007 compte tenu de plusieurs départs dont celui du chef d'établissement)<sup>181</sup> ;
  - La même remarque prévaut pour les directeurs de soins, pour lesquels le montant global des primes accordées augmente de 28,25% sur 2007-2009 ;
  - A l'inverse, les montants versés aux ASH, aux AS et aux IDE diminuent sur la période 2007-2009, respectivement de -8,0%, -21,5% et de -3,45%. En proportion du montant total des primes la baisse est de cette baisse est très faible pour les IDE (0,1%), plus sensible pour les ASH et les AS (respectivement de -0,8% et 1,2%).

<sup>180</sup> Tous personnels confondus, y compris les sages-femmes mais non compris les médecins

<sup>181</sup> Mais ces primes, calculées par la tutelle, échappent aux décisions locales

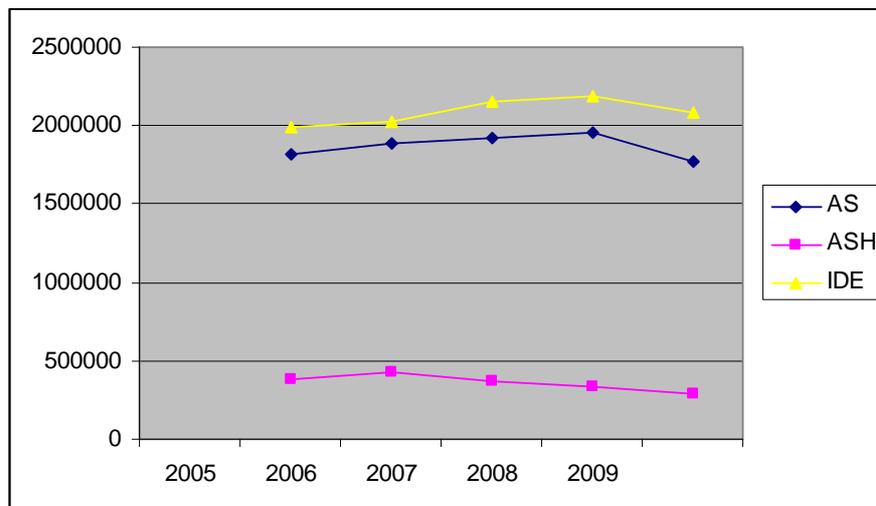
[746] Les graphiques ci-après permettent de visualiser ces évolutions comparées.

Graphique 20 : Evolution comparée des primes de certaines catégories de personnel – 2005-2009  
(directeurs – directeurs des soins)



Source : Données CHIPS<sup>182</sup>

Graphique 21 : Evolution des primes 2005-2009 - aides-soignants, aides soignants hospitaliers, infirmiers



Source : Données CHIPS – retraitement IGAS

[747] La baisse des effectifs dans ces catégories de personnels explique bien sûr cette évolution ; à l'heure où des efforts sont demandés à tous les personnels au nom du retour à l'équilibre, elle n'est toutefois pas de nature à favoriser la compréhension des efforts demandés, dès lors qu'ils n'apparaîtraient pas également répartis, et la qualité du dialogue social dans l'établissement.

<sup>182</sup> La diminution de 2007 s'explique par le départ de deux directeurs (directeur adjoint et directeur de la clientèle), ainsi que celui en cours d'année du directeur de l'établissement, qui ne seront remplacés qu'avec un décalage dans le temps.

### 2.3. *Limiter le recours à l'intérim*

#### 2.3.1. **Le constat du coût relativement élevé du recours à l'intérim, allié à la difficulté d'une prévision suffisamment fiable des besoins en la matière**

[748] L'augmentation, très sensible en 2006 et surtout 2007, du coût du recours à l'intérim, a en effet de quoi interpellier.

[749] Les errements de la période 2005-2008 quant à la gestion des marchés d'intérim illustrent à la fois l'incapacité de l'établissement à prévoir de manière satisfaisante ses besoins de remplacement et sa gestion administrative « flottante » de ces marchés. La liste et une analyse précise de ces marchés figure dans l'annexe 11-7.

[750] Il en ressort globalement les constats suivants :

- la direction est totalement dépassée entre 2005 et 2008, avec une liaison DRH/DAHLB totalement inorganisée. Elle s'est en outre enfermée dans une procédure très lourde, recourant à de marchés complémentaires sans explication et sur des bases contestables dès lors que l'imprévu est récurrent, alors qu'un marché à bons de commande lui offrait pourtant la faculté de ne pas fixer de montant maximum, et d'ajuster ainsi les commandes aux besoins ;
- Deux marchés dits complémentaires interviennent alors même que l'exécution en est terminée, ce qui les rend irréguliers ;
- Leur fondement juridique est contestable, en particulier pour le second ;
- Les bons de commandes passés par la DRH/DSI ne faisaient pas l'objet d'un suivi rigoureux en lien avec la DAHLB, qui « découvrait » tardivement les factures ;
- Ce n'est qu'à compter de 2009 que la situation est assainie, avec un nouveau marché et surtout un meilleur suivi de celui-ci par la direction des achats ; aucune procédure (ni manuelle ni informatique) n'existe toutefois pour permettre une information en temps réel de la direction des achats lorsque des « bons » sont émis.

**Recommandation n°45 : Mettre en place un outil informatique permettant une information en temps réel de la direction des achats dès qu'une commande de personnel est faite par la DSI**

**Recommandation n°46 : Initier une décentralisation vers les pôles de la gestion des remplacements (cf. infra recommandation 3)**

#### 2.3.2. **Une volonté de maîtriser la démarche de remplacement : le recours à des vacataires**

[751] La conviction de la DRH depuis 2008 est que des vacataires, qui peuvent revenir plus d'une fois sur l'établissement, seront à la fois plus efficaces car connaissant précisément l'établissement, et plus fidèles.

[752] Il est sans doute trop tôt pour juger de la pertinence de cet argument ; il semble, d'après les divers entretiens menés à la fois avec la cellule remplacement et les cadres de pôles et de service, que cela ne soit en fait que partiellement le cas, d'autant que le remplacement ne s'effectue pas toujours dans le même service. Néanmoins, c'est bien la cellule, certes en fonction aussi des souhaits des vacataires, qui programme l'affectation dans le service, contrairement aux sociétés d'intérim qui cherchent au contraire à varier les personnes qu'elles envoient pour éviter tout « débauchage ».

- [753] Quelques jeunes retraitées (IDE notamment) qui reviennent faire des vacances seraient également très vite intégrées.
- [754] Cette nouvelle stratégie a conduit à une diminution sensible des dépenses d'intérim, illustrée par le tableau ci-après.

Tableau 55 : Evolution des dépenses d'intérim et de vacation sur 2006-2009

	2005	2006	2007	2008	2009
<b>intérim</b>	1 799 578 €	1 890 706 €	2 611 435 €	2 555 225 €	964 298 €
<b>vacataires</b>				749 810 €	2 377 439 €
<b>Total</b>	1 799 578 €	1 890 706 €	2 611 435 €	3 305 035 €	3 341 737 €

Source : Données CHIPS

- [755] Cette évolution à la hausse s'accompagne certes d'une croissance sensible de la dépense pour du personnel vacataire. Ramené au coût de l'ETP – en données 2009 – la comparaison est clairement favorable au personnel vacataire, avec un coût par ETP de 47 408,70€ (coût annuel/ETP), contre 56 723,41 € pour un ETP intérim soit une différence de 16,4%.
- [756] Il faut pourtant rappeler que ce recours accru au personnel vacataire, certes plus intéressant que l'intérim du point de vue financier, s'inscrit par ailleurs dans un contexte de diminution de l'effectif permanent (titulaire ou contractuel) ; le recours à du personnel extérieur, qui augmente considérablement en effectifs vient donc faire face à des insuffisances manifestement plus fréquentes, du fait à la fois d'un absentéisme en augmentation en 2009, et d'effectifs plus « ajustés ». La présence accrue de personnel vacataire donc temporaire, même fidélisé dans certains cas, implique clairement un investissement important des personnels permanents : ce sont eux qui assument les absences avant tout recours au remplacement ; dans les services de soins, les vacataires comme les intérimaires ne prennent en charge « que » le patient, et pas le volet administratif ; le personnel titulaire ou contractuel permanent doit les accueillir et, sinon les former, du moins les introduire dans le service et lui faire connaître son fonctionnement.
- [757] Il est donc important de s'attacher à faire occuper les postes par des personnels stabilisés<sup>183</sup>, ce que tente de faire l'établissement en recourant si possibles aux heures supplémentaires avant de se tourner vers du personnel extérieur. Une politique que le nombre de postes vacants ne facilite pas forcément.

### 2.3.3. La professionnalisation de la gestion des remplacements depuis 2009

- [758] Le recours accru à du personnel vacataire s'est accompagné de la mise en place d'une organisation dédiée au sein de la direction des soins (cellule de remplacement).
- [759] Cette cellule, composée de 5,8 ETP et renforcée par un cadre de service gère ainsi tous les remplacements ponctuels, les remplacements d'été ou de congés plus prévisibles. Elle est par ailleurs également responsable de l'équipe de suppléance (20 infirmières, 30 aides-soignants dont 10 pour la nuit) de la gestion du pool de brancardiers, de la gestion de la banque de matériel, de l'animation des cadres de nuit
- [760] Elle tient un fichier d'environ 250 personnes a priori disponibles pour des vacances ou des heures supplémentaires sur des postes d'IDE, d'AS, d'AH et d'AP.

<sup>183</sup> Notamment aux blocs

- [761] Ce fichier est tenu à jour en fonction des disponibilités des personnes, des sollicitations faites par la cellule (le plus souvent par ouï-dire, en direction de jeunes retraités notamment), ou des retours des services sur la qualité de la prestation. Au-delà de deux retours négatifs des services, ou en l'absence de réponse d'un vacataire répertorié après deux sollicitations, la personne est radiée du fichier.
- [762] Une attention particulière est portée au recrutement des IDE, avec une étude des curriculums vitae par la responsable de la cellule et son adjointe.
- [763] Le planning des remplacements est partagé avec les cadres de santé (fichier excel) ; la demande de remplacement est toutefois formalisée par fax auprès de la cellule, « *par souci de traçabilité en cas d'absence des cadres* » selon la responsable de la cellule, l'outil informatique actuel ne permettant à ce stade d'aller plus loin. Les services font leurs demandes du mois n pour le mois n+1, sans préjudice des absences non prévues. Cette demande doit bien sur être justifiée (vérification de la vacance du poste, de la réalité de l'arrêt maladie en cas de doute ou de demandes reconventionnelles).
- [764] Une fois épuisée la ressource de l'équipe de suppléance, l'objectif recherché est de retarder autant que possible le recours à l'intérim, « *d'ajuster jusqu'au bout* » pour reprendre les mots de la cadre supérieure responsable, sans l'écarter totalement si aucune autre solution n'est possible.
- [765] La cellule n'agit pas dans le cadre d'une enveloppe financière limitative, elle répond à la demande des services, dans le cadre de leur effectif cible et des vacances constatées de postes.
- [766] Cette organisation, consolidée courant 2008 avec l'orientation choisie de développer le recours aux vacataires, paraît bien structurée même si les outils sont encore insuffisamment développés pour faciliter l'interconnexion en temps réel avec les services.
- [767] Elle est très exigeante pour les agents de la cellule, de l'aveu de sa responsable ; l'accroissement du recours aux vacataires (327 entrées sur 2009) ; la nouvelle politique revient de fait à ré-internaliser la gestion des remplacements qui était jusqu'alors plus largement confié aux sociétés d'intérim.
- [768] Le système choisi paraît en outre extrêmement centralisé ; on aurait pu imaginer qu'une plus grande latitude soit laissée aux pôles en la matière, dans un cadre prédéfini ; l'essentiel de la relation se fait en fait entre la cellule et les services, ce qui n'apparaît pas très « responsabilisant » pour ceux-ci ; de l'aveu même de la responsable de la cellule de Remplacement, ses collègues cadres de service ont de facto tendance à faire leur demande sans véritablement s'impliquer dans des mesures d'organisation voir de contrôle interne.
- [769] La responsable de la cellule, arrivée récemment dans l'établissement -mars 2009- et antérieurement cadre de pôle, a exprimé auprès de la mission le souhait de pouvoir déléguer vers les pôles les remplacements des congés d'été, programmés et donc pour lesquels une délégation peut être organisée plus facilement.

**Recommandation n°47 : Impliquer progressivement les pôles dans la programmation et la gestion des remplacements (les congés d'été pourraient être une première étape).**

## 2.4. *Le suivi des mises à disposition*

[770] L'évolution des mises à disposition sur la période 2005-2009 font l'objet de l'annexe 6.4.

[771] De manière générale, l'analyse des dossiers amène les remarques suivantes :

- Ces mises à dispositions ont concerné respectivement huit agents (2005 à 2007), puis sept (2008) et cinq au 31 décembre 2009.
- Au 31/12/2009, seuls deux des 5 personnels relèvent du statut de la fonction publique hospitalière : l'un comme adjoint des cadres hospitaliers, l'autre en tant que praticien hospitalier ; les trois autres cas concernent **des agents contractuels**, qui, de surcroît n'ont jamais exercé au CHIPS : les trois recrutements (en 1993 pour deux d'entre elles et 2004 pour la troisième) ont été faits à la demande de la DHOS pour une mise à disposition immédiate du ministère ; l'établissement n'est clairement qu'un support pour permettre le recrutement par l'Etat de contractuels en catégories B et C ; les instructions écrites et autres interventions auprès du chef d'établissement pour revaloriser périodiquement la situation des intéressés en témoignent.
- La DHOS, saisie par la DREES auprès de laquelle un de ces agents est mis à disposition, a rappelé son souhait d'une régularisation de ces situations, pour permettre une prise en charge effective sur les budgets de l'Etat ;
- Ce cas, au-delà de la nécessité de mettre fin cette pratique peu transparente qui a prévalu jusqu'à très récemment, s'avère également contraire à l'intérêt des agents eux-mêmes ; il illustre l'ambiguïté du discours de l'Etat (injonction paradoxale) qui d'un côté indique vouloir revenir à plus de transparence dans ses pratiques en appelant à une régularisation de la situation des agents mis à disposition, et de l'autre intervient pour demander à l'établissement de régler une situation que celui-ci n'a pas pouvoir de régler seul ;
- En termes financiers pour l'établissement, la prise en charge des salaires et charges par l'ARH n'intervient pas en totalité ; lors du passage en T2A, les sommes inscrites<sup>184</sup> en MIG sont très loin de compenser les salaires et charges de ces personnels en particulier en 2007 ; ce n'est qu'à compter de 2008<sup>185</sup> que cette dotation couvre quasi intégralement (2008) puis intégralement le coût pour l'établissement.
- Sur la période 2005-2008, ce sont 1 182 116 € (sur la base des chiffres fournis par l'établissement) qui sont indument à la charge de l'établissement, dans une période où son déficit se creuse.
- Par ailleurs si pour l'établissement, le financement via une MIG est certes préférable à pas de financement, **ces personnels doivent être pris en charge par l'organisme d'emploi**.
- Enfin, la mise à disposition ne peut concerner que des agents titulaires de la fonction publique hospitalière.

**Recommandation n°48 :** Appliquer la réglementation relative aux mises à disposition de personnels de la fonction publique hospitalière.

<sup>184</sup> La mission n'a pu établir que l'établissement avait formalisé une demande claire entre 2005 et 2007 ; un point précis a été réalisé à l'arrivée de la nouvelle direction pour faire les demandes de crédits complémentaires.

<sup>185</sup> Courrier de demande de M. [REDACTED] à la DDASS du 4 mars 2008

## **2.5. *La gestion du temps de travail : un dossier qui reste complexe pour le personnel médicaux***

### **2.5.1. Une mise à jour du guide du temps de travail, en novembre 2008, pour le personnel non médical**

[772] Un guide du temps de travail existe depuis 1998 dans l'établissement, qui fait partie intégrante du règlement intérieur. Il fallait le faire évoluer à la lumière des mesures relatives à l'aménagement et la réduction du temps de travail en 2001 et 2002 puis des évolutions dans le recours et la rémunération des heures supplémentaires.

[773] Sur ce point des heures supplémentaires en particulier, le nouveau guide entend dès l'introduction préciser clairement les choses : les heures supplémentaires doivent répondre à un besoin effectif, identifié par la direction des soins et les cadres dans les services de soins, ou validé par la direction des ressources humaines dans les autres services. Il ne peut donc s'agir « du paiement forfaitaire d'un complément de salaire »<sup>186</sup>. Cette suppression des forfaits d'heures supplémentaires sans réel fondement sur une activité réelle trouve sa traduction dans la refonte des primes de faisant-fonction, des primes de manipulateurs en radiologie évoquée supra (§2.2) ; elle s'accompagne d'un retour au paiement d'heures supplémentaires pour les seuls personnels à temps plein comme réglementairement prévu.

[774] Le guide précise ainsi le décompte du temps de travail et les différents congés et décharges.

[775] Notamment, il rappelle clairement, s'agissant de la durée hebdomadaire du travail, qu'un temps de pause forfaitaire de 30 minutes maximum est pris en charge par l'établissement, ce temps représentant les temps de pause, de repas et d'habillage-déshabillage. Tout dépassement de ce temps est décompté sur le temps personnel de l'agent, de façon forfaitaire et journalière (30 minutes par jour).

[776] D'autres dispositions sont revues pour être mises en conformité avec les textes : ainsi des congés pour enfants malades accordés pour les parents d'enfants de 11 ans au plus, contre 16 ans dans la version précédente, la suppression des jours de repos accordés aux récipiendaires d'une médaille du travail, et le plafonnement des jours de RTT pour les agents en décompte horaire.

[777] Ce guide a été signé le 21 novembre 2008 par la direction et l'ensemble des organisations syndicales hormis la CGT (la secrétaire locale était en congés maladie), qui y voyait une clarification des principes, y compris s'agissant de la pause repas des 30 minutes, sans toutefois que le cas des services en 12 heures ait fait l'objet de développement particulier. C'est cette disposition, acceptée par tous a priori, qui s'est notamment retrouvé au centre du conflit social de début 2009 dit « des Urgences » sur lequel il est revenu à l'annexe 6-5.

### **2.5.2. Une démarche qui reste bloquée s'agissant du personnel médical**

[778] La direction des affaires médicales a initié dès 2006 un groupe de travail chargé de réfléchir à l'élaboration d'un guide du temps de travail médical.

---

<sup>186</sup> Guide du travail – Edition 1<sup>er</sup> janvier 2009 – Introduction p4

- [779] Les divers comptes-rendus de la commission de l'organisation et de la permanence des soins (COPS) témoignent des difficultés à définir des règles claires et partagées par tous de décompte du temps du travail : modalités de décompte des congés annuels, des RTT, du temps de travail additionnel (TTA). La direction défend le principe de ne considérer comme TTA que ce qui l'est juridiquement, et d'équilibrer, lors des absences des médecins, la codification entre congés annuels, RTT et récupération, pour éviter de faire croître le TTA de manière exponentielle.
- [780] La difficulté à avancer en interne sur ce sujet difficile, lié à l'accroissement constaté des jours épargnés (la valorisation en est alors estimée à 7M€) conduit l'établissement à faire appel en 2007 à un prestataire extérieur : le cabinet Hommes et Technologies.
- [781] Ce travail, fondé à la fois sur des entretiens avec tous les chefs de service, un diagnostic réalisé sur la base des données retournées par les services (un taux de retour de 72%), fait l'objet d'une restitution en conseil exécutif le 28 mars 2008 et en COPS le 1<sup>er</sup> avril 2008. Il souligne :
- La distorsion entre les sujétions et leur rétribution d'un service à l'autre (d'où des marges de réorganisation importantes) ;
  - La disparité du temps consacré à l'activité selon les services ; l'absence de lien entre le temps personnel et les règles de mise sur le CET ;
  - Une très forte disparité dans les moyennes individuelles des déplacements des praticiens d'astreinte ;
  - L'absence d'un cadre de fonctionnement commun.
- [782] De fait, aucune règle commune n'est clairement posée dans l'établissement sur le temps de soins, les temps de repas, la présence le week-end, la notion de seuil pour l'astreinte, la répartition des gardes à l'intérieur d'un service, etc.
- [783] Si le conseil exécutif de l'établissement se prononce favorablement sur le principe de la rédaction d'une charte de fonctionnement commun, préparée par la COPS (vote favorable à l'unanimité), la COPS est plus critique à la fois sur la fiabilité des données (qui reposent sur la déclaration des services), la façon de définir la nature et le temps consacré aux activités personnelles, les formations que doivent suivre les praticiens et dont on voit mal comment on pourrait les réduire.
- [784] La COPS convient néanmoins qu'un groupe de travail, constitué du bureau de la COPS et d'autres praticiens volontaires, étudiera la rédaction d'une charte de fonctionnement commun.
- [785] Une première et dernière réunion de ce groupe s'est tenue le 13 mai 2008, sur la base d'un pré-projet de charte de gestion du temps médical. Les réactions des participants à ce groupe<sup>187</sup> traduisent dans l'ensemble la méfiance des médecins face à une démarche qu'ils considèrent comme visant à encadrer leur activité (« *les médecins ne sont pas des employés de l'hôpital comme les autres* »), la crainte que le TTA ne soit pas payé, le refus de faire passer l'organisation médicale « *sous la coupe de l'administration* ». Cette réaction très défensive sonne le glas à ce jour de la réflexion sur le temps de travail médical.
- [786] Les seules dispositions concernent aujourd'hui celles sur lesquelles la COPS du 29 janvier 2008 et la CME du 31 janvier 2008 ont donné un avis favorable à savoir :
- un calcul identique pour tous les médecins de l'hôpital des règles relatives à la codification des absences (application des textes et prise au minimum de 20 jours de congés annuels ; au-delà des 20 jours « légaux », prise de journées de récupération et possibilité de mettre plus de 30 jours/an sur le CET pour les praticiens effectuant beaucoup d'heures supplémentaires) ;

---

<sup>187</sup> CR de la réunion temps de travail médical du 13 mai 2008

- le refus de prolonger l'activité pour écouler un CET : tout praticien, un an avant ses 65 ans, doit faire part de son projet (retraite ou renouvellement) et contractualiser l'écoulement de ses jours épargnés avant qu'une décision n'intervienne quant à sa situation ;
- les médecins « associés » peuvent participer aux astreintes opérationnelles et sont indemnisés à hauteur de 238€bruts.

[787] Nous ne pouvons que déplorer cette approche limitée, d'autant que les entretiens que nous avons menés démontrent qu'elle n'est pas totalement partagée ; les constats des organisations et plannings par pôle en fonction des différents services attestent de la disparité déjà constatée par le consultant.

[788] Nous voyons mal, en outre, comment la réflexion sur le projet médical et le périmètre des activités peut s'engager sans qu'une réflexion le soit aussi sur l'adéquation des effectifs médicaux et non médicaux à l'optimisation de ces activités, ce qui passe à la fois par une connaissance plus fine des temps de travail médicaux et une harmonisation des règles de décompte ; nous constatons enfin que la formalisation d'effectifs cibles dans la perspective de 2014 n'a pas à ce jour abouti.

[789] La faible productivité médicale globale, qui décroît en outre entre 2005 et 2008<sup>188</sup>, montre également qu'une réelle connaissance des secteurs où des gains d'efficience sont possibles est indispensable.

[790] S'agissant des mesures actuellement « applicables », elle relève enfin qu'aucune décision n'est formellement intervenue suite aux différents avis de la COPS et des CME, lesquelles sont des instances consultatives et non décisionnelles.

**Recommandation n°49 : Relancer la réflexion en vue d'adopter dans les deux ans un guide du temps de travail médical.**

**3. LES OUTILS ET METHODES DE SUIVI DES DEPENSES DE PERSONNELS : UNE MISE EN PLACE PROGRESSIVE ENCORE INSUFFISAMMENT PARTAGE AU SEIN DE LA COMMUNAUTE HOSPITALIERE**

**3.1. *Un suivi initialement basé sur le volume des effectifs et la charge de travail***

**3.1.1. Un suivi centré initialement sur le nombre d'ETP**

[791] Compte tenu des difficultés financières de l'établissement, une attention réelle est portée dès avant 2005, au suivi des effectifs de l'hôpital. Des tableaux de suivi mensuels existent, diffusés aux services, qui permettent de visualiser l'évolution des ETP par catégories, par corps et par budgets.

[792] Ce suivi se fait dans un contexte de diminution voulue des effectifs de l'établissement dont le directeur d'établissement rappelle à de nombreuses reprises et dans plusieurs instances qu'ils doivent diminuer compte tenu du poids trop important des dépenses de personnel au CHIPS par rapport à des établissements comparables et à la moyenne nationale.

[793] Ce n'est toutefois qu'à compter de 2008 que des éléments plus précis, relatifs à l'intérim et aux vacataires à compter d'avril 2008 sont introduits dans les tableaux de suivi des effectifs.

---

<sup>188</sup> Diagnostic Flash 2008

[794] A compter de 2009, des données relatives aux pôles cliniques et administratifs ainsi qu'aux heures supplémentaires consommées par chaque pôle figurent dans ces tableaux de suivi.

[795] **Aucun élément financier n'est pourtant associé à ces données en ETP avant 2009**, si bien que la simple perception à la fois du coût du travail mais également des gains réalisés n'est pas partagée.

### **3.1.2. Le SIPPS : mesurer l'activité soignante pour ajuster les effectifs à la charge de travail**

[796] Le déploiement des indicateurs SIIPS remonte à 2005, dans le cadre d'une réflexion initiée bien antérieurement par la direction des soins (cf. §2.1.2).

[797] Cette méthode qui s'intéresse au temps de travail infirmier et d'aide-soignant pour un patient donné, est fondée sur le calcul d'un point d'équilibre (entre 0,80 et 1,20) ; dès lors que le service donné se situe en deçà ou au-dessus de ce point d'équilibre, un ajustement à la hausse ou à la baisse permet d'optimiser le fonctionnement du service.

[798] Si l'objectif premier est bien l'optimisation de l'effectif, il peut en découler un gain direct en cas de sureffectif constaté.

[799] C'est d'ailleurs les résultats de ces indicateurs SIIPS qui ont été utilisés pour valider les hypothèses de prédéfinition des effectifs cibles pour le personnel paramédical.

[800] S'il est intéressant d'insister sur cette approche, c'est qu'elle porte en germe les éléments de réussite d'un travail vraiment partagé, entre direction administrative et communauté soignante :

- L'intérêt majeur de cette démarche est qu'elle émane de la direction des soins et que les personnels soignants se l'approprient d'autant mieux qu'elle n'émane pas d'un constat de sureffectif fait par la seule « Direction » et qu'il faut réduire par principe, mais bien d'un constat fait par les personnels et les cadres de l'activité du service ;
- Une des raisons également de son relatif succès auprès des soignants est lié à sa nature : optimiser la charge de travail dans l'intérêt du patient, dans le cadre d'une démarche qualitative en premier lieu, et non pas, d'abord, pour diminuer les coûts.

[801] L'un des objectifs du projet de soins pour la période 2009-2013 est d'ailleurs d'étendre cette « cotation » qui concerne, fin 2008, 80% des unités de soins en routine pour tous les types de prises en charge (ambulatoire / HS /HC) soit 39 unités sur les 49 concernées<sup>189</sup>.

[802] Or cette appropriation par les services, après deux ans de travail de la nouvelle équipe, est loin d'être évidente s'agissant des nouveaux outils de suivi.

### **3.1.3. Des effectifs théoriques aux effectifs cibles : vers une gestion prospective des effectifs**

[803] Ce travail de finalisation d'effectifs-cibles, adaptés à la fois à l'activité mais aussi au constat de certains sureffectifs sur la base de l'audit réalisé par Cap Gemini, a permis de déboucher sur des documents finalisés à la direction des soins et pour le personnel administratif (direction et personnels des écoles)

[804] S'agissant de la direction des soins, un état des lieux initial est réalisé en novembre 2008.

---

<sup>189</sup> Projet médical 2009-2013 – p32

- [805] La démarche vise sur cette base, par pôle et par service :
- à mettre en adéquation les effectifs, le nombre de lits et l'activité ;
  - à prévoir les évolutions : révision des quotas pour les activités encadrés, mutualisation, externalisation de certaines activités, développement d'autres, en lien avec les objectifs du PREF.
- [806] Des effectifs cibles à fin 2008 ont ainsi été définis par rapport aux effectifs théoriques, tenant compte également des effectifs présents. Cette première approche a permis de déterminer un gain potentiel de 119,55ETP par rapport aux effectifs théoriques au 1<sup>er</sup> octobre 2008 (soit 75,5ETP par rapport aux effectifs réellement présents)
- [807] Un suivi trimestriel est depuis mis en place, avec des ajustements possibles des effectifs cibles à la baisse (fermeture de la structure d'accueil de personnes âgées de Bon Repos en septembre 2009) ou à la hausse si de nouvelles activités le justifient (ouverture du court séjour gériatrique en mai 2009), ou en fonction du redéploiement de certaines activités : cet ajustement se fait donc en continue, au plus près de la réalité des activités.
- [808] La même démarche a prévalu pour l'ensemble des personnels administratifs des directions, avec un objectif de baisse globale tout en rééquilibrant notamment les Finances, sous-dotées, et en maintenant ou en envisageant l'externalisation d'autres activités (tri du linge, espaces verts). L'effectif cible 2014 est ainsi affiché à 530,10 ETP, à rapprocher des 794,20ETP de l'effectif de pôles administratifs fin 2009. Cette réflexion sur la volumétrie des effectifs doit toutefois s'accompagner aussi d'une analyse des compétences nécessaires ; nos travaux démontrent, par ailleurs, que certains domaines administratifs sont en effet sous dotés pour assumer correctement les tâches qui leur incombent (cf. notamment annexe 10-2 et 14 sur la direction des achats et les travaux pour leur gestion administrative).
- [809] Cette formalisation d'effectifs-cibles ne concerne en revanche pas les effectifs médicaux, ce que l'on peut déplorer : dès lors qu'une approche par pôle a été concertée entre la direction des soins et les cadres de santé, l'intégration du personnel médical dans la réflexion paraît logique et doit être articulée avec la démarche de préparation du projet médical 2009-2014.

### **3.2. *Le remplacement des outils informatiques à compter de fin 2008***

#### **3.2.1. De nouveaux systèmes d'information pour la gestion des ressources humaines et de la paye**

##### 3.2.1.1. Le choix d'un éditeur unique : le MIPIH

- [810] L'établissement, qui adhère en MIPIH en 2008, adopte :
- pour la gestion des ressources humaines son logiciel AGIRH, déployé depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009 ;
  - pour la gestion de la paye le logiciel PH7, également déployé depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009.
- [811] Le choix de ces deux outils apparaît moins lié à une mauvaise qualité des outils précédents - les nouveaux sont assez classiques et fondamentalement assez peu différents (Action S de Symphonie-on-Line pour les RH, Graph 2 du CRIH Tours pour la paye)- qu'à la décision prise par la nouvelle direction de passer, suite aux difficultés constatées sur la facturation, l'ensemble de ses logiciels à la solution intégrée proposée par le MIPIH. La motivation de ce choix pour les logiciels de la filière administrative est d'ailleurs extrêmement succincte devant le conseil d'administration du 24 juin 2008.

[812] Ce changement nécessitera une phase complexe de migration débutée à l'été 2008 et achevée en fin d'année.

### 3.2.1.2. Le retard pris dans l'informatiser la gestion du temps de travail

[813] En parallèle à la démarche de refonte du guide du temps de travail, le dossier de la gestion informatisée est revu par la nouvelle direction.

[814] La gestion informatisée du temps de travail repose en 2005 sur un outil Excel Tempus, mis en place à l'occasion des mesures relatives à l'ARTT, mais peu maniable et peu convivial.

[815] Un projet est donc validé en décembre 2005 dans le cadre du schéma directeur, et un groupe de travail constitué en mars 2006, la publication d'un appel d'offres en juillet 2006 et la signature fin décembre 2006 d'un marché négocié avec GFI (appel d'offres infructueux).

[816] Ce projet est mis en sommeil à compter de septembre 2007 durant 18 mois par la nouvelle direction au motif de la refonte de l'accord sur le temps de travail.

[817] Le projet E-Gestor de GFI est abandonné en avril 2009 et la direction porte son choix dès mai 2009 sur AgilTime, produit du MIPIH.

[818] Le nouvel outil AgilTime est déployé depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2010 sur 6 sites pilotes (urgences, radio pédiatrie, blocs pédiatrie, médecine oncologique St Germain, DRH, pôle Périnatalité - sages femmes)

[819] Cet outil est à l'évidence un réel progrès par rapport à Tempus ; ses fonctionnalités permettent non seulement un suivi individuel du temps de travail, mais également faciliteront la mise en place de leurs plannings par les cadres de santé.

[820] Pour autant, la gestion de ce dossier illustre les difficultés du CHIPS dans la mise en œuvre de ses projets, un retard d'autant plus dommageable qu'il paraît difficilement explicable (quelle que soit au final la décision prise) et qu'il se solde par un règlement à faire au prestataire GFI.

### 3.2.1.3. L'informatisation des procédures d'évaluation

[821] Aucun outil n'existait jusqu'en 2009 ; l'évaluation se faisant de manière classique, sur formulaires papier, avec un retard important dans les campagnes d'évaluation.

[822] Le choix en 2009 d'informatiser la procédure répond à deux préoccupations :

- Le souhait de faire de l'évaluation un véritable outil d'optimisation de la GRH, qui doit servir de support à une politique de valorisation des agents plus performants tout en contribuant à influencer sur l'absentéisme ;
- La nécessité pour atteindre cet objectif de disposer d'un outil fiable, qui permettent de revenir à des calendriers à la fois resserrés et homogènes pour l'ensemble de l'hôpital, et de mettre en place une harmonisation des évaluations.

[823] Cet outil ADEN<sup>190</sup>, développé en interne à l'hôpital, est totalement déployé fin 2009 et a permis, de disposer au 31 décembre 2009 et pour la première fois de l'ensemble des évaluations et de disposer d'une comparaison des pratiques de notations. La démarche est positive et l'outil convivial.

---

<sup>190</sup> Ce fichier a fait l'objet d'une déclaration auprès de la CNIL le 23 juillet 2009

- [824] On peut toutefois regretter :
- l'absence de rôle du pôle dans le processus : l'ensemble des évaluations remonte à la DRH, si bien que des pratiques hétérogènes, au sein d'un même pôle, ne sont ni détectées, ni discutées à ce niveau ; les cas de « sur notation » par rapport à la moyenne en service de radiologie n'ont ainsi pu être détectés, voire amorties au niveau du pôle et la gestion en direct par la DRH a provoqué quelques crispations ;
  - l'absence de véritable concertation sur la façon dont est envisagée et conduite la péréquation.

[825] La mise en place de cet outil est certes récente ; son développement et son appropriation par l'ensemble des évaluateurs, dans un objectif d'optimisation de la gestion des ressources, devront veiller à intégrer ces éléments dans la démarche.

[826] Un outil de même nature est en test pour les personnels vacataires (ADRT), afin d'objectiver là aussi une évaluation qui repose aujourd'hui sur un avis très informel des services d'accueil. Si un tel outil présentera pour la cellule Remplacements l'avantage de pouvoir disposer d'avis formalisé (notamment en cas de service jugé non satisfaisant) ; pour les personnel donnant en revanche plus ou moins satisfaction, la limite viendra de la relative pénurie de personnels sur certains secteurs, qui place l'hôpital dans une situation de demandeur plus que d'offreur (« *certain vacataires font leur marché parmi les services* » ).

**Recommandation n°50 : Poursuivre la mise en place partagée de l'outil d'évaluation**

**Recommandation n°51 : Donner un rôle de coordination aux pôles en la matière**

**3.3. *La construction et le suivi des actions du PREF dans le domaine des ressources humaines : une approche volontariste mais pas toujours suffisamment partagée***

**3.3.1. Le choix des actions à privilégier ne s'est pas fait de manière véritablement conjointe**

[827] Le directeur arrivé fin 2007 l'a exprimé à de nombreuses reprises lors des instances et à la mission, avec une conviction forte : la réduction du déficit passait par deux axes :

- une forte diminution des dépenses et notamment des dépenses de personnel;
- une augmentation des recettes : par une valorisation optimale de l'activité et le développement de nouvelles activités.

[828] Sur la base d'un audit des forces-faiblesses financé par l'ARH (Cap Gemini), les grandes fiches d'action ont donc fait l'objet certes d'échanges avec les services et les pôles, mais sans qu'une procédure de validation très claire soit mise en place. L'échange avec les pôles et les services a plus porté sur le volant activité, certes plus valorisant, que le volet RH et les ajustements nécessaires.

[829] La présentation de certaines mesures a été relativement mal perçue.

[830] C'est le cas des secrétariats médicaux, dont la réorganisation s'est appuyée, d'une part sur la reconfiguration du poste et l'adjonction d'une tâche de facturation, d'autre part, sur l'ajustement en nombre d'ETP des secrétariats médicaux. L'analyse des tâches faites par les auditeurs, aux termes d'entretiens avec les secrétariats de 39 services sur 45, a conclu que 42% des tâches effectuées ne l'étaient pas en rapport direct avec le volume d'activité du service.

- [831] Sans doute cette estimation était-elle un peu grossière, de l'aveu même de la responsable des secrétaires médicales à la DRH, qui indique que les entretiens avec le consultant ont été brefs, le plus souvent par téléphone ; en outre, la présentation de ces 40% lors de la réunion de restitution avec les personnels a été assez brutale, d'autant qu'elle recouvrait une grande disparité de situations entre les secrétariats. Enfin, ce pourcentage a été perçu comme par certaines secrétaires et médecins comme un temps jugé « inutile », alors même que les personnels concernés avaient une activité bien réelle sur ce temps.
- [832] L'existence d'activités qui ne sont pas en lien direct avec le volume d'activité du service est réelle, et la direction était légitime dans sa recherche d'optimisation des fonctionnements ; le rapprochement de la tâche de facturation au plus près des services (un surcroît d'activité que certaines secrétaires ont trouvé difficile à accepter) est un axe qui semble aujourd'hui faire consensus, à la fois s'agissant de la satisfaction du patient, de l'optimisation de la facturation et de l'encaissement pour l'hôpital. L'optimisation de la masse salariale est effective puisque au 31 décembre 2008, l'effectif global des secrétaires médicales étaient de 151,62 ETP soit 9,06 ETP de moins qu'en 2007 et 11,14 de moins qu'en 2005.
- [833] Pour autant, la réalité des tâches présentées dans l'audit comme « annexes au service » n'a pas été véritablement prise en compte. Or ces tâches n'ont pas fondamentalement diminué, même si l'on peut penser que la facturation s'est développé au détriment de certaines. Il ressort notamment des entretiens que la recherche des dossiers patients, dans un contexte où l'archivage semble a connu et connaît encore de réelles difficultés, compte des faibles avancées sur le dossier informatisé du patient, prend une part non négligeable du temps de secrétariat. D'où le sentiment de surchauffe dans certains services et des démissions ou congés de maladie qui rendent la situation encore plus difficile (cas du service de pneumologie).
- [834] Cette difficulté a d'ailleurs été reconnue par la direction, qui après avoir supprimé mi 2008 le pool de remplacement des secrétaires, l'a finalement rétabli début 2009 (3,44 ETP fin 2009). Une décision dont les cadres de pôles semblent n'avoir pas connaissance puisque certaines d'entre elles ont évoqué la suppression de ce pool auprès de la mission.
- [835] Plus globalement, la mission s'interroge sur la gestion extrêmement centralisée de ces secrétariats, source, si l'on en croit les très nombreux entretiens au cours desquels cette question a été évoquée, de difficultés fréquentes entre la DRH et les pôles ou services. Le positionnement insuffisant de la secrétaire référente est également peu satisfaisant ; la fiche de poste actuelle parle de tâche de coordination, d'harmonisation des pratiques, de liaison avec la clientèle. Cette référente n'est donc pas véritablement une secrétaire de pôle : elle n'est pas positionnée par rapport à ses collègues, elle ne l'est pas non plus par rapport au cadre de pôle.
- [836] Dès lors que les pôles sont désormais en place, on devrait envisager de confier à chaque pôle la gestion des secrétariats, en donnant à la secrétaire référente un positionnement hiérarchique clair, et en ne maintenant à la DRH qu'un rôle d'appui méthodologique à l'organisation des secrétariats et au recrutement. Un cadrage en nombre d'ETP ou mieux par la masse salariale cadrerait l'action du pôle. Cette mesure circonscrite, et qui mettrait les personnels médicaux en responsabilité, peut être décidée sans attendre que les outils de comptabilité analytique soient totalement déployés ; elle permettrait de donner un peu de chair au pôle dans sa composante de gestion et de tester leurs capacités et leur volonté à s'impliquer dans cette démarche.

**Recommandation n°52 : Confier aux pôles la gestion des secrétariats médicaux**

**Recommandation n°53 : Repositionner en conséquence le cadre et la secrétaire de pôle**

### **3.3.2. Le suivi du PREF n'est pas véritablement organisé et partagé en 2009**

- [837] Après un début d'année 2009 où le directeur, appuyé par les consultants de Cap Gemini, réunit trois comités de suivi élargis à la communauté médicale (février-mars-avril), aucune réunion de suivi n'aura lieu, hormis des réunions de point d'étape à la DDASS et l'ARH, sans évidemment la même implication des personnels médicaux et des cadres.
- [838] Un comité de suivi du PREF sera finalement mis en place fin janvier 2010 par le directeur, suite aux demandes répétées de la présente mission d'obtenir la mise à jour des fiches PREF, un travail également initié seulement en février 2010 et qui n'est pas encore abouti.
- [839] Dès lors, l'implication des pôles a sans doute pâti de ce manque d'implication de l'ensemble de la communauté hospitalière non seulement dans le PREF stricto sensu mais plus globalement dans ce qu'il est porteur d'une stratégie plus large pour l'établissement et son projet. Le PREF a entre avril et décembre 2009, été le sujet de la direction des finances, une approche trop réductrice pour être réellement mobilisatrice, quelle que soit par ailleurs la légitimité de cette approche financière.

### **3.3.3. Des outils encore à s'appropriier par l'ensemble de la communauté hospitalière**

- [840] Parallèlement à la refonte en 2008 du fichier commun des structures et à la refonte du système informatique, de nouveaux outils ont été mis en place pour suivre les activités, le PREF et l'évolution des ressources humaines.

#### **3.3.3.1. Les tableaux de bord de la direction des finances et les CREA**

- [841] La nomination en 2008 d'un contrôleur de gestion auprès de la DAF a conduit celle-ci, dans le cadre du suivi du plan de retour à l'équilibre, à construire, par pôle des tableaux de suivi intégrant les principales données d'activité et financières.
- [842] S'agissant du personnel, les données sont celles relatives aux effectifs (en ETP) du personnel médical et non médical, le coût de celui-ci, le montant des gardes et astreintes pour chaque service du pôle, et un récapitulatif des charges de personnel.
- [843] Force est de constater que ces données sont imbriquées dans un ensemble de données beaucoup plus nombreuses relatives à l'activité de chaque pôle et unité fonctionnelle ; l'année 2009 a surtout consisté en un échange parfois difficile entre direction financière et pôles, du fait à la fois de l'absence de fiabilité des premières données présentées, d'un manque de disponibilité du côté du contrôle de gestion compte tenu de l'ampleur de la tâche de mise en forme, d'un manque d'intérêt de certains pôles aussi.
- [844] Plus fondamentalement, la méthode retenue, justifiée par l'urgence du point de vue de la direction, a consisté à bâtir des tableaux qui permettaient, avant tout, de répondre à ses exigences de suivi financiers, alors que les pôles cliniques, bien que ne se désintéressant pas de cet aspect, avaient besoin de retrouver leur activité.
- [845] C'est en cela qu'à l'inverse de la méthode SIIPS, ces tableaux de bord, au demeurant très touffus, lisibles à l'écran seulement, et nécessitant de toute façon des explications du contrôleur de gestion, ont pu ne pas être très bien perçus par une communauté soignante non impliquée dans leur construction.

- [846] Cette posture est globalement assez révélatrice de l'attitude de la direction, qui en voulant s'affirmer comme seule responsable du suivi du PREF, au motif répété à longueur d'instances de l'urgence à rétablir la situation, s'est un peu coupée de la communauté soignante : cette dernière, de même que nombre de cadres des services, l'a nettement perçue comme volontaire dans ces engagements, mais très convaincue de sa vérité et peu encline au dialogue : les nombreux entretiens témoignent ainsi de ce manque de concertation et d'échanges.
- [847] La mise en place de tableaux de suivi doit néanmoins être soulignée comme une amélioration indéniable, dont l'appropriation par les pôles doit être plus complètement intégrée à la stratégie de la direction.

### 3.3.3.2. Le suivi quadrimestriel des effectifs par pôle

- [848] Il s'agit d'un ensemble d'indicateurs formatés par la DRH à destination des pôles et qui sont alimentés sur la base de leurs données. Ces tableaux de bord sont structurés autour de quatre indicateurs : la situation des effectifs par statuts et grades, le turn-over, l'absentéisme, et l'évolution des remplacements (intérim, vacataires et heures supplémentaires). Les cadres de pôles jugent ces tableaux intéressants, lisibles et « communicants ».

### 3.3.3.3. Le suivi de la dépense des personnels médicaux par la DAM

- [849] Cette nouvelle orientation s'est clairement dessinée, d'une part avec la mise en place du PREF, d'autre part avec la réorganisation interne souhaitée par la nouvelle directrice des affaires médicales<sup>191</sup> lors de son arrivée.
- [850] La direction des affaires médicales s'est structurée autour d'une équipe centrée sur le suivi des carrières des médecins (cellule Carrières et Paye), et d'un positionnement de l'adjointe à la directrice sur à la fois la coordination du travail de cette équipe et le suivi de la masse salariale du pôle et son pilotage.
- [851] La mise en place récente (juillet 2009) de tableaux de bord permet un suivi à la fois des rémunérations et des gardes et astreintes qui alimentent les tableaux de bord de la direction des finances sur le volet RH du personnel médical. Sur la base des comptes ordonnateurs de dépenses du personnel, la direction des affaires médicales établit mensuellement ces tableaux qui retracent : les dépenses réalisées, une projection des dépenses en année pleine et le calcul de l'écart avec l'enveloppe budgétaire définie à l'EPRD.
- [852] Il s'agit toutefois là plus de pilotage interne à la direction des affaires médicales, ils ne font pas l'objet d'échanges avec la communauté médicale et si nombre de praticiens se sentent plus ou moins concernés par ce sujet du coût du travail médical, leur préoccupation première – et légitime – reste de soigner.
- [853] Il paraît d'autant plus indispensable que le projet médical transitoire et le travail sur le projet de nouvel hôpital puissent réaliser la synthèse de ces approches complémentaires : bien soigner, au meilleur coût pour la collectivité. Ce qui passe, pour les personnels médicaux comme cela s'est fait pour les autres personnels, par une réflexion sur la définition fine des organisations optimales et des effectifs pour faire fonctionner ces organisations, en lien avec la réflexion sur le temps de travail médical.

**Recommandation n°54 : Impliquer, selon des modalités à définir, les pôles cliniques dans le suivi de l'ensemble des axes du PREF**

<sup>191</sup> Elle assume alors cette charge par intérim ; elle est également la directrice générale adjointe de l'établissement.

#### 4. LA DIFFICILE GESTION DES COMPTES EPARGNE TEMPS MEDICAUX

##### 4.1. Une tendance positive s'agissant des personnels non médicaux

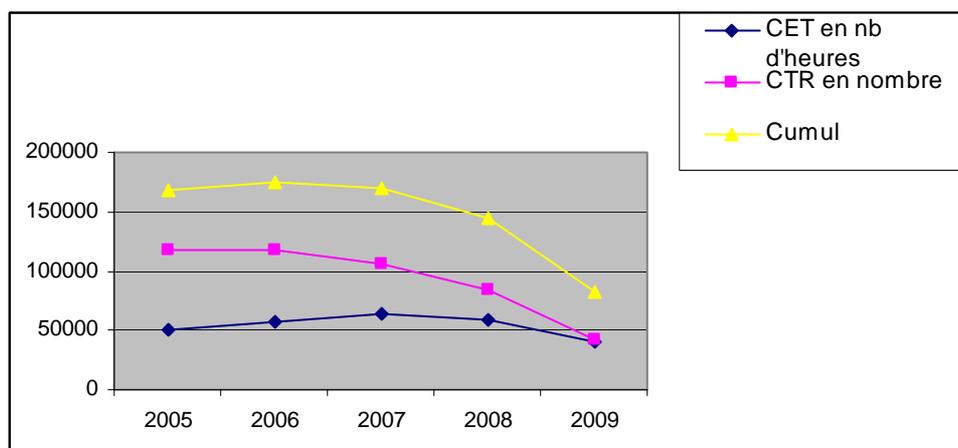
##### 4.1.1. La diminution du nombre d'heures cumulées sur les comptes-épargne temps et les comptes-réserves temps à compter de 2008

[854] La tendance à l'augmentation des comptes, très nette sur 2005-2007, s'inverse à compter de 2008 sous l'effet conjugué de plusieurs mesures :

- une gestion plus encadrée du temps de travail, la suppression de certains forfaits d'heures supplémentaires,
- la mise en place d'un paiement plus régulier des heures supplémentaires ;
- un appui de l'ARH à la mise en place d'un rachat des jours épargnés sur les CET ;
- la suppression du CRT, sorte de CET bis, à compter de 2009.

[855] Le cumul des heures épargnées, qui croît sur la période 2005-2006 passant de 168 833 à 175 162 heures (soit l'équivalent de plus de 25 000 journées), baisse à compte de 2007, une baisse qui s'accroît sur 2008 et 2009 pour atteindre au 31 décembre 2009 un total de 83 188 heures (soit 11884 jours).

Graphique 22 : Evolution des heures épargnées – 2005-2009



Source : Données CHIPS

[856] Cette baisse en volume de plus de 50% sur la période 2005-2009 s'accompagne d'une diminution correspondante de la valorisation financière de ces heures épargnées de 2,8M€ à 1,4M€

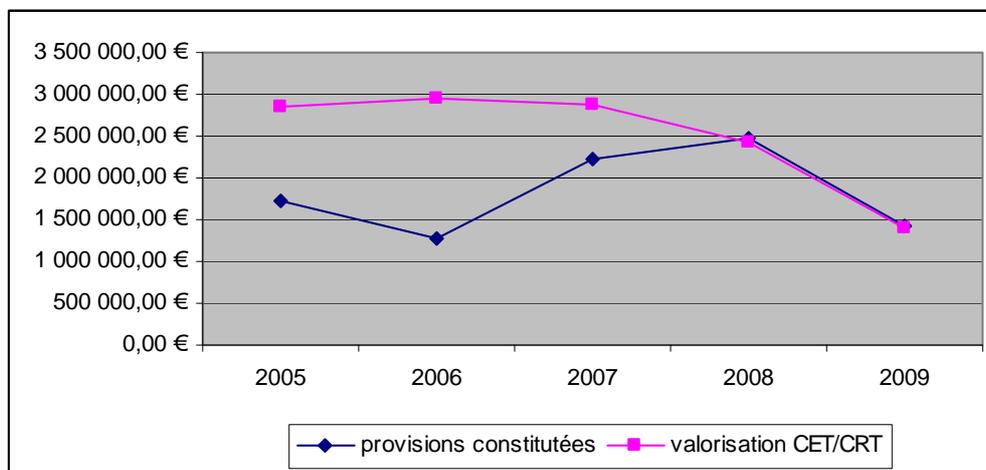
##### 4.1.2. Un risque mieux assumé par l'établissement via un provisionnement adapté

[857] L'établissement constitue dès 2004 des provisions pour couvrir le risque CET, dans des proportions toutefois très inférieures à la réalité de leur valorisation financière. Les crédits sont de 2004 à 2006 des crédits fléchés alloués par l'ARH.

[858] A compter de 2007, l'établissement complète ces sommes sur ses fonds propres, sans toutefois que la somme provisionnée ne couvre la totalité du « risque ».

[859] La couverture du risque est assurée à partir de 2008, avec une aide indirecte de l'ARH non pour couvrir le risque mais pour racheter des jours épargnés.

Graphique 23 : Couverture du « risque » financier CET/CTR



Source : Données CHIPS

## 4.2. La dérive des CET du personnel médical

### 4.2.1. Un volume de jours qui croît de manière importante

[860] Le souhait affiché de la direction de mieux maîtriser l'évolution des CET de personnel médicaux reste à ce jour un vœu pieux.

Tableau 56 : Evolution des CET et du temps additionnel annuel sur 2005-2009

	2005	2006	2007	2008	2009 (*)
CET (nb de jrs)	11631	15749	13097	16222	18919
Dont TTA annuel	1122	1302	908	651	3323

Source : Données CHIPS – (\*) données provisoires pour 2009

[861] L'évolution du nombre de jours épargnés par les personnels médicaux est à la hausse sur la période 2005-2009 de +38,5%, dont 0,8% sur la seule période 2007-2009. Le nombre cumulé de jours représente fin 2009 l'équivalent de 98,5ETP sur un an.

[862] Plus inquiétante est la reprise de l'augmentation du temps additionnel en 2009 après deux années de diminution.

[863] Cette tendance est à rapprocher de l'augmentation du nombre de jours CET effectivement pris par les médecins : on peut penser que ceux qui ne sont pas en congés assument pour partie l'activité des absents, accumulant par là-même du temps additionnel.

[864] Le développement de nouvelles activités, dans le cadre du PREF, à effectif constant voire en diminution, génère également du temps additionnel.

- [865] Cette évolution doit d'autant plus inquiéter l'établissement qu'une partie de son effectif médical, âgé de plus de 55 ans, pourrait être amenée dans les toutes prochaines années, en vue soit d'une retraite soit d'une demande de renouvellement, à faire valoir ses droits à prendre son CET pour des périodes fort longues : c'est l'organisation même des services et leur capacité à répondre aux besoins des patients, alors même que se préparerait le projet de nouvel hôpital, qui pourrait être en danger.
- [866] Au-delà de cette charge de travail potentiellement supplémentaire, la démarche initiée sur la gestion du temps de travail médical, cela a été soulignée, est actuellement bloquée et la gestion du problème ne se fait donc qu'à minima, sans réflexion harmonisée à ce stade sur les organisations propres à chaque service.
- [867] Les mutualisations et les regroupements de service ont sans doute été aussi une forme de réponse à ce qui peut s'analyser comme une pénurie de praticiens dans certains secteurs, que l'éclatement sur deux sites tend à faire ressortir de manière plus criante en imposant des gardes et astreintes doubles. On voit mal que le projet médical 2009-2014 ne propose pas de nouvelles organisations compte tenu du constat.
- [868] Au total, une démarche globale qui permettrait à la fois de mieux cerner la réalité du temps médical, de déterminer plus clairement les besoins en effectifs médicaux pour tendre à la formalisation d'effectifs cibles, en lien étroit avec le projet médical en cours de finalisation, est inévitable si l'on veut éviter ce qui paraît aujourd'hui sur le sujet une évolution totalement subie.

#### **4.2.2. Une sous-provision des CET médicaux à hauteur de 5M€**

- [869] La situation de l'établissement implique évidemment de provisionner de manière raisonnable.
- [870] C'est ce qui est fait, depuis 2007 seulement, par l'établissement, à un niveau toutefois bien inférieur à la valorisation financière de ces CET.
- [871] Fin 2009, la valorisation des jours cumulés depuis 2002 est de 8 329 200€ pour un solde de provision à 2009 de 3 413 236 €. Le différentiel restant à provisionner est donc de 4 915 964 €, qui, d'une certaine manière s'ajoutent au déficit constaté de l'établissement.
- [872] En matière d'organisation des services, c'est une énorme difficulté qui peut obérer le développement d'activités dès lors que l'on cherche, en faisant prendre les jours CET, à soulager leur poids financier pour l'établissement.

**Recommandation n°55 : Adopter une politique de provision à la hauteur du risque pour les CET médicaux**

**Recommandation n°56 : Intégrer la réflexion sur la gestion des CET dans la démarche à initier sur le temps de travail médical**

## Annexe 6.4 : Les mises à disposition sur la période 2005-2009

### 1. UN COUT INDU POUR L'ETABLISSEMENT ET UNE PRISE EN CHARGE RECENTE PAR L'ARH QUI DEMEURE IRRÉGULIÈRE

[873] Le tableau ci-dessous retrace l'ensemble des opérations et des agents concernés pour la période 2005-2009.

Tableau 57 : Coûts et prise en charge des mises à disposition - XXX



Source : CHIPS – DRH/DAF – avril 2010

[874] Sur la période 2005-2007, l'établissement est encore pour partie en dotation globale et cette dotation est donc censée être abondée du montant des charges et salaires correspondant pour partie aux mises à dispositions, pour d'autre à la prise en charge des vacations ou autre remplacement autorisé par la tutelle pour compenser le temps.

[875] La totalité du coût de ces mises à disposition n'a pas fait l'objet ni de remboursement via l'émission de titres de recettes ni de compensation par l'ARH (sur des fonds assurance maladie) au profit de l'établissement ; lors du passage progressif à la T2A et en particulier en 2007 (T2A à 50%), aucune demande n'est faite par l'établissement auprès de l'ARH et/ou du ministère

[876] Ce n'est qu'à compter de 2008 et suite à la demande du chef d'établissement (courrier du 4 mars 2008 à la DDASS) que la tendance s'inverse.

[877] Selon les données fournies par l'établissement, l'Etat est débiteur au maximum de 1 182 116,15 € envers l'établissement. La DGOS a quant à elle précisé avoir demandé à l'ARH le versement de MIGAC pour couvrir les rémunérations de deux agents. Un versement dont l'établissement ne semble pas avoir eu trace (mèl du 20 avril 2010 à l'établissement en réponse à la mission).

[878] Cette prise en charge désormais totale via des crédits fléchés en MIG est, *pour l'établissement*, la solution la moins mauvaise au sens où elle fait disparaître la charge indue.

[879] Elle n'est absolument pas satisfaisante réglementairement, puisque ce sont des fonds assurance maladie qui financent des agents mis à la disposition de l'Etat ; la DHOS, notamment dans un courrier récent à la DREES<sup>192</sup> sur le cas d'un des agents concernés, rappelle pourtant la nécessité de procéder à la régularisation des mises à dispositions hospitalières pour qu'elles soient désormais financées sur des crédits d'Etat.

[880] Ce n'est pas le cas des agents actuellement mis à disposition par le CHIPS, si ce n'est pour un agent exerçant à mi-temps pour le compte de la mutuelle nationale des hospitaliers (MNH) et dont le salaire, sur la base d'une convention signée le 1<sup>er</sup> juillet 2009, fait l'objet du remboursement par la MHN.

## 2. LES DOSSIERS

[881] 

[882] 

[883] 

[884] 

[885] 

[886] 

---

<sup>192</sup> Courrier du 29 juillet 2009

[887]

[REDACTED]

193

[888]

[REDACTED]

[889]

[REDACTED]

---

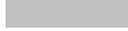
<sup>193</sup> [REDACTED] a depuis saisi le haut-commissaire aux solidarités actives le 4 février 2010

[890]



### 3. CONSTATS

[891] L'analyse des dossiers des agents mis à disposition sur la période 2005-2009 amène les remarques suivantes :

- Ces mises à dispositions ont concernées respectivement huit agents (2005 à 2007), puis sept (2008) et **cinq agents au 31 décembre 2009**.
- Au 31/12/2009, seuls deux des cinq personnels sont titulaires de la fonction publique hospitalière : l'un comme adjoint des cadres hospitaliers, l'autre en tant que praticien hospitalier ; les trois autres cas concernent **des agents contractuels**, qui de surcroît n'ont jamais exercé au CHIPS : les trois recrutements (en 1992, 1993 et 2004) ont été faits à la demande de la DHOS pour une mise à disposition immédiate du ministère ; l'établissement n'est clairement qu'un support pour permettre le recrutement par l'Etat de contractuels en catégories B et C ; les instructions écrites et autres interventions auprès du chef d'établissement pour revaloriser périodiquement la situation des intéressés en témoignent.
- La DHOS, saisie par la DREES auprès de laquelle un de ces agents est mis à disposition, a rappelé son souhait d'une régularisation de ses situations, pour permettre une prise en charge effective sur les budgets de l'Etat ; la titularisation n'implique toutefois pas toujours acceptation du détachement.
- Le cas de , au-delà de la nécessité de mettre fin cette pratique peu transparente, montre également que laisser perdurer ces situations peut s'avérer contraire à l'intérêt des agents eux-mêmes ; il illustre l'ambiguïté du discours de l'Etat qui d'un côté indique vouloir revenir à plus de transparence dans ses pratiques en appelant à une régularisation de la situation des agents mis à disposition, et de l'autre intervient pour demander à l'établissement de régler une situation que celui-ci n'a pas pouvoir de régler seul, et ce d'autant moins qu'il fait l'objet d'un contrôle sur sa gestion.

[892] Sur la période 2005-2008 ce sont (au maximum) près de 1,2 M€ qui ont été à la charge de l'établissement sans compensation à cette hauteur, dans une période où son déficit se creuse.

[893] Par ailleurs, la mise à disposition ne peut concerner que des agents titulaires de la fonction publique hospitalière

[894] Enfin, si pour l'établissement, le financement via une MIG est certes préférable à pas de financement, ce n'est pas là le financement normal de ces personnels, qui doivent être pris en charge par l'organisme d'emploi.

**Recommandation n°57 : Appliquer la réglementation relative aux mises à disposition de personnels de la fonction publique hospitalière**

Observations



**Observation DREES** [879], [886] t [890]:



**Observation de la mission :** *Le chiffre annoncé résulte des données fournies par l'établissement, sollicité à plusieurs reprises sur ce sujet. La mission avait noté dans des échanges de courriers la mention de demandes de versements en MIGAC via l'ARH. Elle a sollicité sur ce point l'établissement qui lui a confirmé sans ambiguïté l'absence de tout autre versement (message du 20 avril 2010 CHIPS). Compte tenu de l'expertise en cours, L'annexe sera ajustée pour faire mention d'un montant maximum. La confirmation de versement de fonds en MIGAC pour deux agents ne modifierait pas sur le fond l'observation. L'annexe souligne au demeurant que les demandes d'abondement n'ont été faites qu'imparfaitement jusqu'en 2008.*

*La mission, qui prend acte des raisons invoquées par la DGOS pour expliquer le recours à ces mises à disposition, ne peut qu'en constater le caractère non fondé, quelle que soit par ailleurs la qualité du travail personnel rendu par ces agents et que souligne la DREES pour la personne employée par elle. Elle prend acte également des diverses démarches engagées par la DGOS, et auxquelles l'annexe fait d'ailleurs allusion pour certaines, pour régulariser la situation au regard de l'établissement et plus généralement des mises à disposition par les hôpitaux.*

*La mission ne peut pour autant que rappeler que la non-conformité du financement par l'assurance maladie de personnels employés par l'Etat.*

## Annexe 6.5 : Dialogue social, conditions de travail et communication

[895] Le dialogue apparaît globalement insuffisamment convaincant alors qu'il est plus que jamais nécessaire

### 1. LE DIALOGUE INSTITUTIONNEL : LES INSTANCES ET LA RELATION AVEC LES ORGANISATIONS SYNDICALES

#### 1.1. *Un formalisme globalement respecté s'agissant des instances*

[896] Au terme des élections professionnelles du 23 octobre 2007, les organisations syndicales représentatives du personnel sont dans l'établissement au nombre de cinq : CFDT, Sud Santé, FO, SCNCH et CGT.

Tableau 58 : Résultats des organisations syndicales 2007.

	CTE		CAPL		CAPD	CHSCT
	% suffrages	sièges	% suffrages	sièges	% suffrages	Sièges
<b>CFDT</b>	46,1	10	44,5	12	39	6
<b>Sud</b>	24,3	5	25,2	4	22,2	4
<b>FO</b>	22	3	23,1	4	25,3	3
<b>SNCH</b>	7,3	2	7,2	4	0,9	
<b>CGT</b>					5,8	1
<b>CFTC</b>					4,5	
<b>UFAS</b>					2,3	

Source : Données CHIPS - DRH

[897] FO cède donc sa place à SUD qui était la seconde organisation dans l'établissement de 2005 à 2007

[898] Outre le comité technique d'établissement, le comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail, les commissions administratives paritaires locales (et départementales), ces organisations sont membres de la commission de la formation permanente.

[899] La CFDT et SUD représentent les personnels au conseil d'administration ; un représentant du CTE (SUD) siège à la commission médicale d'établissement avec voix consultative.

[900] Sur l'ensemble de la période, les textes et le formalisme (hormis le sujet des délais d'envoi des ordres du jour, de remise des procès-verbaux et surtout des documents, évoqué infra) sont respectés.

[901] Les instances se réunissent et sont informées et/ou consultées.

Tableau 59 : Réunions entre la direction et les représentants du personnel  
(instances- 2005-2009)

	2005	2006	2007	2008	2009
<b>Comité technique d'établissement</b>	7	5	7	8	5
<b>Commission de formation permanente</b>	7	7	5	2	1
<b>Commission administrative paritaire</b>	5	3	4	2	5
<b>CHSCT</b>	4	5	5	6	5

Source : Données CHIPS + PV instances y compris 3 jours de séminaire de la commission de 2005 à 2007

### ***1.2. Un travail avec les organisations syndicales en dehors des instances***

[902] Le dialogue avec les organisations syndicales ne se résume pas à la tenue des instances.

[903] Des informations recueillies par la mission, il ressort que 8 réunions se sont tenues en 2008 avec les organisations syndicales, à la fois au sein du COSAL (comité des organisations syndicales représentatives) et en intersyndicale sur le sujet des crèches et la gestion du temps de travail.

[904] En 2009 14 réunions se sont tenues, en COSAL (3) sur la prime de service (1), la refonte de l'évaluation-notation (1), la préparation des CAPL (6), le Document unique d'évaluation des risques professionnels (2), le suivi ARTT (1).

[905] 9 réunions en 2008 et 4 en 2009 ont se sont en outre été tenues en bilatéral entre le DRH et la CFDT sur divers sujets transversaux ou plus ciblés sur des cas individuels.

### ***1.3. Une relative crispation du dialogue institutionnel sur la période 2008-2009***

[906] Les difficultés financières de l'établissement, l'évolution du poids respectifs des organisations syndicales, la pression de l'ARH à compter de 2008 et le changement d'équipe de direction ont contribué à une crispation des relations, sensible dans la tonalité des comptes-rendus d'instance comme à l'occasion des entretiens menés par la mission avec les organisations syndicales, mais aussi avec les différents professionnels de l'établissement rencontrés ainsi que le collectif créé fin 2009.

[907] L'analyse de cette relation avec les organisations syndicales s'est faite principalement au travers des comptes-rendus comités techniques d'établissement, lieu d'échange privilégié entre la directeur et les représentants du personnels, des CHSCT et des réunions hors instances, quel qu'en soit l'initiateur, ainsi que des entretiens avec les organisations syndicales et le collectif des personnels.

### 1.3.1. L'envoi tardif des documents ou leur absence rendent difficile la préparation des instances par les représentants du personnels des instances

[908] C'est en particulier le cas des comités techniques d'établissement.

[909] Les comptes rendus témoignent d'un envoi tardif des dossiers; les dossiers sont même parfois remis sur table. Cette pratique n'est pas nouvelle avec l'arrivée de la nouvelle direction, mais elle n'a en tous les cas pas progressé du tout, que ce soit pour les procès-verbaux des réunions des instances ou pour les documents destinés à l'étude en séances.

[910] C'est ainsi le cas par exemple pour les documents relatifs au CPOM lors du CTE du 15 avril 2008, à la partition entre champ sanitaire et médico-social des capacités d'accueil des structures pour les personnes âgées en CTE du 20 octobre 2008, le cas de la DM2 en CTE du 11 décembre 2008 le cas également pour la restitution de l'audit de Cap Gemini en CTE du 13 mai 2009 sur les secrétariats médicaux.

[911] Les procès-verbaux sont transmis très tardivement : ainsi ceux des CTE d'octobre et de novembre 2009 n'ont-ils toujours pas été envoyés à la date du 18 mars 2010.

#### **Recommandation n°58 : Veiller à l'envoi dans les délais réglementaires des comptes-rendus et documents préparatoires aux instances**

### 1.3.2. Une évidente pression de la nouvelle direction autour du PREF

[912] Dès son arrivée, toutes les mesures présentées ont été justifiées par l'impérieuse nécessité du retour à l'équilibre financier.

[913] La direction souhaite que le comité technique d'établissement valide le PREF dans sa globalité, et s'engage sur le résultat total escompté ; la discussion sur les mesures et notamment sur celle qui s'avèreraient difficiles ou impossibles à mettre en œuvre, interviendra après (cf. CTE du 29 septembre 2008).

[914] Or on voit bien là dans la démarche ce qui pose difficulté aux organisations syndicales, qui peuvent avoir le sentiment de donner un chèque en blanc à la direction. Un des représentants le formule d'ailleurs lors de ce CTE en trouvant « *un peu contradictoire la méthode annoncée : le projet sera voté puis la négociation s'organisera par la suite. L'inverse est préférable* ».

[915] Et de fait, on est déjà, lors de ce CTE, un an après l'arrivée du nouveau directeur, et on peut penser que l'échange autour des différentes mesures, qui s'est d'une certaine manière, faite entre les services et le consultant Cap Gemini pour la construction progressive des fiches du PREF, aurait également pu se faire parallèlement de manière plus précise avec le CTE.

[916] Ce sentiment d'être considéré comme un « passage obligé » purement formel est sans doute renforcé par un discours de l'urgence permanent de la direction :

- C'est ainsi l'urgence et la remontée tardive des éléments par la tutelle et le conseil général qui impose un examen sans document des modalités de partition pour ne pas bloquer le processus de signature des conventions tripartites avec le conseil général et l'Etat ;
- C'est encore l'urgence qu'invoque le directeur pour expliquer (CTE du 11 septembre 2008) que les documents relatifs au PREF ne seront pas reçus dans les délais réglementaires ;
- Toujours l'urgence à répondre à la mise en demeure de l'ARH (CTE du 25 septembre 2008) qui rend indispensable un vote favorable du CTE ;
- C'est cette urgence qui fait que la direction avance, passant outre certaines demandes des instances : ainsi par exemple la demande de passage des diverses mesures du PREF en

CHSCT compte tenu de leur évidente implication sur les conditions de travail lors du CTE du 20 octobre 2008, validé dans son principe par le directeur mais repoussé dans le temps du fait de l'impossibilité de réunir un CHST avant le conseil d'administration prévu le 23 octobre ; cette consultation du CHSCT n'a toujours jours pas eu lieu le 14 mai 2009, ce que rappelle alors la CFDT lors du conseil d'administration.

- [917] A ce sentiment d'urgence s'ajoute une dramatisation par la direction qui, bien qu'elle s'en défende (« *La situation est grave, mais il ne faut pas jouer à se faire peur* » - [REDACTED], CTE du 25 septembre 2008), brandit à plusieurs reprises la menace de l'administration provisoire :
- « *Le CHPIS sera bientôt en pré-administration provisoire* » ([REDACTED], CTE du 25/09/2008) ;
  - « *Nous sommes quasiment en situation d'administration provisoire* » ([REDACTED], CTE du 20 octobre 2008)
- [918] Car la méthode a changé. L'ancienne direction par exemple, lorsqu'elle veut rationaliser le paiement de la prime de travaux insalubres et salissants, évoque le sujet à de multiples reprises avec les organisations syndicales au sein de groupes de travail ; lorsque le sujet est finalement soumis au CTE et que celui-ci se prononce défavorablement, celui-ci est retiré jusqu'à trouver un accord, qui consistera au final en l'extension progressive au fil des CET des personnels pouvant bénéficier de cette prime. La nouvelle direction, à l'inverse, annonce une mesure liée au PREF (la refonte des conditions d'attribution des congés bonifiés par exemple), pose un principe puis accepte de regarder certains cas individuels s'il s'avère que l'application du principe pose problème, voire revient en arrière si la mesure ne « passe pas ».
- [919] L'arrivée de la nouvelle équipe marque « *un total changement de culture* ». La situation de l'hôpital, les attentes de l'ARH, la nécessité de ne plus tarder dans la mise en œuvre des actions correctrices expliquent ce volontarisme de la direction ; portée par la culture du résultat que rappelle volontiers le nouveau directeur, elle a pu froisser les susceptibilités, donnant l'impression qu'elle ne considère par les organisations syndicales comme des interlocuteurs à part entière.
- [920] La direction a bien tenu cinq réunions du CET dans le dernier trimestre 2008 avec chaque fois des points d'échanges sur le PREF ; on ne peut nier la volonté du directeur de convaincre de l'ardente obligation de réussir le PREF, mais on n'est moins là dans le dialogue que dans de l'information de type descendant que l'on souhaite voir valider.
- [921] Le projet social acté fin 2005 pour la période 2006-2010, par ailleurs fortement impacté par les différentes mesures du PREF, n'a pas été remis à jour, confortant les représentants du personnels dans la vision d'un PREF uniquement financière et qui n'intègre pas la dimension sociale du fonctionnement d'un hôpital.
- [922] Les organisations syndicales refusent de cautionner ce qu'elles considèrent comme un désengagement du service public et une précarisation des emplois ; ceci n'empêche certes pas les échanges, mais ceux-ci bloquent très vite d'une part sur les diminutions d'emplois que suppose précisément le PREF, et se concluent généralement par des votes de défiance ou des demandes de report en comité technique d'établissement.

### 1.3.3. Le sentiment d'un manque de disponibilité et d'écoute de la direction

[923] Les organisations syndicales soulignent un comportement en réunions différent entre les deux équipes de direction : le précédent directeur était toujours présent au CTE, les échanges pouvaient être vifs (les comptes-rendus en témoignent), mais l'attention portée était réelle. Le nouveau directeur n'est pas toujours présent, il quitte très souvent les CTE avant leur terme (en particulier lors de l'évocation des points demandés par les syndicats).<sup>194</sup>

[924] Il a pourtant annoncé au CHSCT du 22 février 2008 qu'il désignait M. [REDACTED] alors DRH pour en assurer la présidence, afin de pour se consacrer quant à lui au CTE.

[925]

[REDACTED]

[926] Cette attitude, que ne reflètent évidemment pas des procès-verbaux, s'accompagne d'une approche [REDACTED] qui paraît mal comprise par certains membres du CET et des CAP, qui y voient, un mépris de leur fonction voire un mépris plus personnel. Le directeur des ressources humaines est ainsi présenté par tous comme [REDACTED] et d'un ton souvent méprisant. [REDACTED] (...).

[927] Il est bien évidemment difficile d'objectiver ce ressenti : nous constatons simplement que les témoignages sont, en la matière, très largement convergents, qu'ils viennent des OS comme de nombre d'autres personnels paramédicaux et médicaux entendus lors de nos entretiens et que le mot de « mépris » est constamment revenu.

#### **Recommandation n°59 : Une présence régulière du directeur en CTE pour renouer le dialogue, quitte à faire des séances plus courtes, plus fréquentes ou à les préparer par des réunions intermédiaires**

[928] Est également mise en cause l'annulation jugée fréquente de réunions (pour le seul DRH, cinq réunions annulées et non reportées sur 19 programmées en dehors des instances, soit tout de même plus d'un quart), et l'absence de comptes-rendus.

[929] Sur ce dernier point et sans que toute rencontre doive donner lieu à un compte-rendu détaillé, il est en effet important de souligner que l'absence de relevés de conclusion (et plus généralement de culture de l'écrit sur les positions arrêtées ou les décisions prises dans cet hôpital) contribuent à entretenir parfois une confusion qui ne favorise pas un dialogue de qualité. Ainsi sur les 13 réunions hors instances qui se sont tenues avec la DRH (réunions du comité des OS, préparation aux commissions administratives paritaires locales, réunion sur la prime de service, réunion sur l'évaluation-notation, réunions Document unique), seule une a fait l'objet d'un procès-verbal.

<sup>194</sup> Sur 13 CTE entre son arrivée et le 6 juillet 2009, le directeur est absent à 2 réunions, et présent seulement en partie à 6 et présent en totalité à 4 réunions.

[930] Un exemple de cette confusion est le boycott des CAP du 16 décembre 2009 décidé par l'ensemble des organisations syndicales. Un vrai travail préparatoire avait eu lieu entre la direction et les organisations pour revoir les critères de changement de grades et d'échelon et un accord avait été trouvé pour les progressions d'échelon, accord qui n'incluait ni les progressions de grades ni les faisant-fonction. En l'absence de formalisation, le DRH « volontairement ou non » a appliqué une procédure identique pour l'ensemble, ce qui n'était, pour les organisations syndicales, pas conforme à l'accord. Une nouvelle réunion a permis de clarifier les choses et la CAP s'est finalement tenue le 22 décembre.

**Recommandation n°60 : Faire des relevés de conclusion, brefs mais validés par tous, de toute réunion où une position – fût-elle intermédiaire – est arrêtée**

#### **1.3.4. Le conflit des Urgences (janvier- mai 2009)**

[931] Le conflit dits « des Urgences », qui concernait en fait les services en 12 heures, dont notamment les Urgences est un autre exemple d'une gestion qui n'apparaît pas optimale. Ce conflit débute en janvier 2009, à l'initiative d'un collectif qui rassemble des agents de ces services en 12 heures, d'agents de l'hôpital et de sympathisants contestant plus globalement le plan de rigueur appliqué à l'hôpital et la politique relative aux hôpitaux publics. Le catalyseur en est une disposition du nouveau guide du temps de travail qui implique une stricte application de la pause de 30 minutes prise en charge par l'hôpital (laquelle pause inclut les temps de repas, de pause « cigarette » ou autres, de déshabillage-rhabillage et de transmission). Les personnels contestent aussi des évolutions s'agissant de la politique de primes ; d'autres revendications viendront se greffer à ces demandes à mesure que le conflit va s'installer dans la durée (notamment sur les retenues sur salaires et les assignations).

[932] S'agissant du temps de travail, le nouveau guide du temps de travail a été signé par les organisations syndicales représentatives du personnel le 21 novembre 2008 ; la plupart, dans leurs entretiens avec la mission, ont considéré qu'il fallait en effet éviter les dérives dans les diverses pauses d'où l'accord sur cette disposition. Pour 7h effectivement travaillées, l'hôpital en rémunère en fait 7H30, soit une demi-heure de temps de pause maximum. Tout dépassement de ce temps est décompté sur le temps personnel de l'agent, de façon forfaitaire et journalière (30 minutes par jour). Le principe est strict, l'application se veut raisonnable puisque toute application de ce décompte ne se fait qu'après entretien avec le cadre.

[933] Les services en 12 heures ne font l'objet d'aucune mention spécifique, et la direction considère qu'ils sont bien inclus dans l'accord, ce qui paraît logique, d'autant que l'un des exemples mentionné dans le guide concerne précisément un service en 12 heures.

[934] Une partie des organisations syndicales soutiendront le conflit a posteriori (FO, SUD et CGT), estimant notamment pour certaines qu'en effet, cet accord ne visait pas les services en 12 heures, pour lesquelles on restait sur les errements antérieurs.

[935] Sur le fond, la direction peut légitimement se prévaloir d'un accord signé par tous. Sur la forme, dès lors qu'il y a conflit et que celui-ci se durcit, il est important de pouvoir maintenir un dialogue.

[936] Or plusieurs témoignages émanant de divers personnels (médecins, cadres, personnel administratif convergent pour confirmer, dans les premières semaines du conflit, pour le moins un manque d'habileté, pour le plus une certaine forme de provocation qui cadre mal avec les responsabilités d'un gestionnaire de ressources humaines.

- [937] Le directeur des ressources humaines aurait ainsi déclaré qu'il a « *adore les conflits car il gagne toujours* » ; son attitude lors d'un piquet de grève a également été rapportée par plusieurs personnes à la mission, lorsqu'il fait un achat à la « buvette » tenue par les grévistes en commentant la modicité de la somme dans le contexte général de la baisse des primes, une provocation mal perçue par certains personnels présents.
- [938] La durée du conflit et son durcissement conduisent la direction, pour assurer l'accueil et la continuité du service, à procéder à des assignations, mesure qui ne contribue pas à apaiser la situation.
- [939] Le sous-préfet de Saint-Germain impute cette durée (fin janvier – début mai) à la fois :
- à la difficulté des organisations syndicales, qui rejoignent un conflit déclenché par la base et le suivent plus qu'elles ne le précèdent, à l'encadrer;
  - à une attitude de la communauté médicale (notamment du service des Urgences) très en défense des agents ;
  - à un blocage de la direction qui se crispe de manière qu'il estime « *outrancière* » sur « *son PREF* » et s'avère incapable de débloquer la situation.
- [940] C'est donc ce contexte qu'il organise une table-ronde en sous-préfecture début avril 2009, qui, à défaut de déboucher sur un accord immédiat, permet de renouer le dialogue.
- [941] Pour autant, le conflit va durer jusqu'au 6 mai 2009 ; le directeur y a mis fin en parvenant à cette date à un accord avec le collectif et les organisations syndicales impliquées, en l'absence du DRH parti en vacances. Force est de constater que ce conflit a laissé des traces, entre direction et personnel soignant, entre personnels eux-mêmes.

#### **1.4. L'irruption d'un nouvel acteur et l'attitude ambiguë de la direction**

- [942] Les informations ci-après émanent à la fois des entretiens avec le sous-préfet de Saint-Germain, les organisations syndicales et le nouveau collectif. La consultation du blog du collectif et des échanges par messagerie entre la direction et les organisations syndicales donnent également un éclairage.
- [943] Il est à noter que les représentants du Collectif, contactée le 19 février par la mission qui n'a pu les rencontrer que le 19 mars, ont refusé de remettre un quelconque document à la mission sur la création du Collectif, ses objectifs, les réunions organisées, arguant d'un traitement différencié avec les organisations syndicales.
- [944] Nous souhaitons rappeler que le collectif n'est pas une organisation syndicale représentative ; pour celles-ci, l'histoire de leur présence sur l'hôpital et leur poids respectif est tout à fait traçable au travers des diverses élections professionnelles, dont les dernières se sont déroulées en octobre 2007 ; leurs positions s'expriment lors des instances. Ce n'est le cas du collectif, d'où la demande de la mission.
- [945] Lors de l'entretien, les trois membres ont indiqué que l'idée du collectif avait émergé fin 2009 sur la base de l'estimation suivante de la situation :
- L'établissement souffrirait d'une forme de malaise consécutif au conflit des Urgences au 1<sup>er</sup> semestre, conflit jugé très localisé et contesté, selon le collectif, par le reste de l'établissement ;
  - Les organisations syndicales s'avèreraient incapables d'inscrire leur action autrement que dans la confrontation (via une intersyndicale faisant entendre une voix unique et radicale) ;
  - Elles ne représenteraient pas le sentiment de la majorité des personnels.

- [946] C'est donc pour « *impulser à nouveau* » le dialogue social dans l'établissement que se crée le collectif.
- [947] Ce collectif compte en majorité des contractuels, mais a, selon ce qui nous a été précisé lors de l'entretien, une vocation plus large à rassembler d'autres personnels.
- [948] Les objectifs plus immédiats avoués sont la défense des contractuels en effet, mais aussi une négociation sur la prime de service, et le développement d'une communication positive, les OS ne relayant pas les résultats positifs obtenus ces derniers mois.
- [949] Une première AG s'est tenue le 18 janvier ; des réunions bilatérales se sont tenues avec le directeur et le DRH sur la prime de service, la communication et le projet médical.
- [950] A moyen terme, aucune décision n'est prise quant à la structuration de ce collectif, qui n'a aucune forme juridique pour l'heure.
- [951] Le collectif indique ne pas comprendre l'indignation des OS sur leur communication par Lotus en diffusion générale, non plus que leur refus de participer avec le collectif à une réunion organisée le 25 février 2010 par le directeur.
- [952] Les organisations syndicales ont en effet refusé cette réunion conjointe, considérant que leur représentativité n'était pas de même nature, si tant est que le collectif ait une représentativité quelconque.
- [953] Elles ont clairement exprimé (sauf la CFDT qui ne s'est pas prononcé sur le sujet) que l'irruption de ce collectif leur paraissait une manipulation de la direction qui souhaite créer un interlocuteur « fiable » et que l'information diffusée sur le blog dépasse très largement le cadre d'une information prétendument impartiale.
- [954] Nous n'avons pu documenter ces accusations de manipulation.
- [955] Nous constatons en revanche une attitude ambiguë de la direction ou de certains de ces membres :
- L'information sur la création de ce collectif et la tenue de son assemblée a fait l'objet d'une information de certains cadres par le DRH et l'attaché chargé de mission Gériatrie, dont il s'est avéré qu'il était partie au Collectif, [REDACTED] ;
  - La direction, alors qu'elle avait restreint l'usage de la diffusion générale en supprimant notamment cette faculté pour les organisations représentatives du personnel, diffuse elle-même puis autorise ce collectif à utiliser la diffusion générale pour informer sur la tenue de l'assemblée générale ;
  - La direction choisit de tenir une réunion conjointe sur les grands sujets de l'établissement avec les OS et le Collectif, pouvant donner à croire implicitement qu'elle place ces différents organismes sur un même plan.
- [956] Le sous-préfet de Saint-Germain nous a indiqué être intervenu, suite au refus des OS de participer à la réunion du 25 février, [REDACTED] : il lui paraissait plus que maladroit, compte tenu du climat général et fort de l'expérience du conflit de 2009 de demander, sans leur accord, à des représentants élus de se réunir avec des personnels non représentatifs, au sens où non issus d'élections professionnelles, en prétendant réunir les représentants du personnels.

[957] Nous relevons, en outre, que le ressenti d'un discours radicalisé des organisations syndicales ou l'appréciation portée sur le conflit des urgences, sont des opinions que le collectif peut parfaitement exprimer. Quant à la non représentativité des OS toutefois, elle n'est pas étayée. Ces représentants sont issus d'élections régulièrement tenues, en application d'un dispositif réglementaire garantissant l'expression des salariés. SUD, dont le discours radical est évoqué, a recueilli un quart des voix exprimées. [REDACTED].

[958] Nous constatons enfin que le blog très nourri du collectif, va très largement au-delà de l'information sur les résultats de l'hôpital ou le statut des contractuels, s'impliquant clairement dans une appréciation des différents acteurs de ce qu'il nomme « l'affaire de Poissy Saint-germain », allant jusqu'à expliquer au directeur de cabinet de la ministre qu'il était bien mal informé, en novembre 2009, lorsqu'il évoquait la situation financière de l'hôpital. C'est oublier que l'établissement lui-même et ce jusqu'en janvier 2010 lors du conseil d'administration, annonçait un déficit de plus de 24 M€ Le même site poursuit en s'interrogeant sur la neutralité du directeur de cabinet, n'hésitant pas à faire le lien entre sa « démission » depuis et la parution de l'article du Canard Enchaîné sur l'hôpital

[959] Nous partageons en revanche globalement la vision qui est commune aux organisations syndicales et au collectif qu'il y a bien un malaise dans l'établissement.

### ***1.5. Un contexte syndical national qui retentit sur le dialogue social institutionnel interne***

[960] Le directeur actuel est en effet au moment de sa nomination adhérent à la CFDT (confédération française des travailleurs) ; il est membre de la CAP nationale. C'est d'ailleurs également le cas d'autres directeurs, dont le nouveau directeur des ressources, la directrice de la DAHLB et la directrice des travaux. Ces deux dernières quitteront la CFDT pour rejoindre le SNCH courant 2008, estimant n'avoir pas été défendues par leur syndicat.

[961] Le directeur des ressources humaines est adhérent au SNCH. Dès début 2008, il est en constante liaison avec le CNG, tantôt sur le registre personnel, tantôt de manière plus officielle, les messages dont a eu connaissance la mission démontrant à l'évidence des relations amicales pour le moins avec la présidente du CNG.

***Réponse de [REDACTED] § 1.5 - 960 :*** « en revanche » ? *Quel est le contexte ? La mission dispose aussi d'échanges de messages sur un ton amical entre le directeur du CHIPS en vacances aux Antilles du 01 au 20- 02 -2008 et moi, en charge de son intérim. Les termes « pour le moins » appliqués à « relations amicales avec la D.G. du CNG » doivent être explicités ou supprimés, car sujet à interprétation.*

***Observation de la mission :*** « En revanche », simplement car le chef d'établissement mentionné précédemment n'est lui pas adhérent du même syndicat. Pour éviter toute tentative d'interprétation, l'adverbe est supprimé dans le rapport définitif. S'agissant de la seconde partie de l'observation, la teneur des nombreux messages électroniques auxquels il est fait allusion, comme la formulation de ce paragraphe sont sans équivoque. L'observation est maintenue.

- [962] Le SNCH intervient dès mars 2008 auprès de [REDACTED] [REDACTED] pour demander des explications sur la situation de [REDACTED]. Celui-ci bénéficie à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2008 d'une décharge syndicale de 60% au titre du SNCH.
- [963] Après le départ de [REDACTED] en mai 2009 et alors même que la situation semble apaisée, l'audition par la MECSS de l'équipe de direction du CHIPS et l'incident survenu à l'issue relance, à l'initiative de [REDACTED], le débat sur les « méthodes » du chef d'établissement.
- [964] Il paraît peu contestable que la forte implication de [REDACTED], comme directeur certes mais aussi comme membre du SNCH, a contribué à donner à cette affaire un ton particulier. Son témoignage dans le dernier « journal des cadres hospitaliers » du SNCH (n° 65 de décembre 2009) l'illustre, tout comme la nouvelle saisine par le SNCH de la directrice générale de l'offre de soins.

***Réponse de [REDACTED], § 1.5 - 961 :** localement, CGT, CFDT, FO SNCH et SUD réagissaient le 29 02, puis le 11 03 2008 (voir pièce jointe N° 1) aux conditions de mon éviction de fonctions le 28 02. Le SNCH national faisait de même. (pièce jointe n°2). (962) : Le grave incident lié à l'audition de la MECSS prouve que rien n'était apaisé. D'où l'intervention du SNCH national (963) : Le SNCH, fait son travail syndical, sur cette affaire comme sur d'autres, y compris en saisissant les autorités ministérielles. La défense individuelle des travailleurs est un fondement essentiel de l'action syndicale.*

***Observation de la mission :** Dont acte des premiers points, qui sont des compléments mais ne modifient pas la teneur globale du propos, qui visent ici le niveau national. L'implication personnelle de l'ancien DRH, au-delà de l'intervention du SNCH, mérite d'être soulignée. Observations maintenues*

- [965] Les confirmations par la direction de l'hôpital relatives à des signalements sur les marchés publics notamment ont alimenté le débat, tout comme les multiples articles<sup>195</sup> dans la presse locale comme nationale relatives aux anciens responsables et à leur affiliation au même syndicat, le SNCH, articles dont ce syndicat n'est à l'évidence pas à l'initiative.
- [966] Le tout nouveau collectif s'oppose quant à lui sur son blog à l'immobilisme des organisations syndicales, et dénonce largement l'intervention du SNCH dans l'affaire, donnant son explication de la genèse de ce qu'il nomme « l'affaire de Poissy Saint-Germain ».
- [967] La tonalité enfin du sujet passé au journal télévisé de 20 heures sur TF1 le 30 mars dernier, axé pour l'essentiel sur le sujet de la régularité des marchés publics antérieurs, mais qui ne donne à voir qu'une partie de la gestion de l'hôpital, n'aura sans doute pas apaisé le malaise.

## **2. LE DIALOGUE ET LA COMMUNICATION AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT SONT PERFECTIBLES**

- [968] Au-delà des seules relations via les instances, le climat social dans l'établissement repose également sur les relations de travail avec l'ensemble de la communauté hospitalière et la capacité de la direction à mobiliser tous les acteurs autour de ces projets, par ses méthodes et plus globalement une communication interne adaptée.
- [969] Or le constat reste celui d'un fonctionnement de type [REDACTED], où chacun d'une certaine façon a ses affidés, avec des méthodes témoignant pour le moins d'une défiance entre les uns et les autres.

<sup>195</sup> Bakkchich info 25 novembre 2009- Libération 8 décembre 2009 – Le Canard Enchaîné 3 février 2010

## **2.1. Les relations de travail**

### **2.1.1. Des malaises subsistent au sein de l'équipe administrative**

- [970] Le constat est certes, avec le départ [REDACTED] en décembre 2009, d'une situation qui s'est relativement stabilisée.
- [971] La situation n'est pour autant pas totalement clarifiée et « pacifiée » ; il est revenu sur ces difficultés plus précisément dans l'annexe consacré au management du directeur.
- [972] De manière schématique, il y a eu à l'arrivée de la nouvelle équipe (dont une partie venant de St Denis), une opposition entre anciens et nouveaux ; celle-ci est aujourd'hui plus subtile, mais le fonctionnement est moins celui d'une équipe que d'individus, menant chacun dans le cadre de la délégation plus ou moins largement consenti par le directeur, ses actions dans son domaine, avec une tendance à ne regarder l'activité du voisin qu'au travers de son seul prisme (celui des finances pour la DAF, de la masse salariale pour le DRH, ...).

### **2.1.2. La relation entre direction et encadrement**

- [973] La mise en place des pôles, la mobilisation via le PREF et les tableaux de bord ont modifié l'implication de l'encadrement, en accentuant son rôle de relais de la direction : c'est l'encadrement, au contact direct des personnels soignants, qui informe, fait passer les messages relatifs aux évolutions dans les organisations, les modes de travail, c'est l'encadrement qui est mobilisé pour planifier, contrôler, ajuster.
- [974] Une nouvelle relation s'est mise progressivement en place notamment autour du suivi des activités des pôles. Mais elle valorise encore trop peu l'action des pôles : ainsi les efforts, justifiés, demandés en matière de codage par exemple, ne font-ils pas l'objet d'un retour d'information à leur destination ; ces derniers savent qu'ils codent mieux ; on leur dit que la facturation est désormais totale, mais ils ne peuvent obtenir d'information quant à ce que cet effort a « rapporté » financièrement.
- [975] Subsistent certains malaises, qui ne se réduisent pas à une seule opposition anciens-nouveaux, entre ceux qui seraient pour le PREF et ceux qui seraient contre.
- [976] Ce sont souvent moins le fond que les méthodes qui sont mises en cause.
- [977] Plusieurs exemples illustrent cette qualité de la relation, qui amènent certains cadres, y compris arrivés récemment dans l'établissement et donc eu suspects de parti-pris, à parler de problème de confiance entre direction et encadrement :
- Le pilotage centralisé des secrétariats médicaux est perçu comme un manque de confiance, alors même que les cadres de pôles et les secrétaires référentes pourraient être un appui ; le système est aujourd'hui « *illisible entre des médecins qui ne veulent pas bouger, une DRH qui ne veut que réduire et la DAM qui fait le lien avec les médecins quand sa coince trop* » : tel est le résumé d'un cadre déçu du manque d'implication des pôles sur ce sujet ;
  - S'agissant des travaux, les calendriers ne sont pas toujours connus de l'encadrement, et lorsqu'ils le sont, ils ont parfois évolué sans qu'ils en soient informés : ainsi tel cadre découvre un vendredi qu'il faut très vite débarrasser certains locaux du fait de travaux débutant le lundi (chirurgie ambulatoire), alors qu'il pensait le projet sinon abandonné du moins reporté. Les travaux n'auront finalement lieu qu'une semaine après, et leur réception par l'ingénieur se fait sans recours aux cadres ; telle autre cadre dont les lits ont besoin d'être réparés et qui les remet au service des travaux le 16 novembre 2009 découvre le 26

janvier 2010 après plusieurs semaines sans nouvelles que les lits ont été jetés ; autre exemple cité à la mission : celui de l'USINV, pour le démarrage de laquelle aucune rencontre quant aux prévisions de travaux n'a été faite avec la cadre de pôle, qui ne participe pas aux réunions de travaux ;

- Certaines informations sont simplement diffusés par note de service de la DRH, sans aucun échange ni information lors de l'AG des cadres, alors qu'elle impacte le directement le travail des cadres (gardes de crépuscule – note DRH 2010/18) quitte à être reportée peu après par le même canal (note 2010/24 DRH), et après qu'une organisation syndicale a fait état par courrier de sa surprise devant ce mode de fonctionnement ;
- Le manque de soutien et de suivi sur certains dossiers délicats : ainsi du dossier des Laboratoires - attention appelée par le canal de la psychologue du travail<sup>196</sup> sur certaines pratiques de facturation par les médecins par courrier du 6 octobre 2008 sans qu'aucune suite n'ait été donnée par le directeur (il a confirmé cette absence de réaction, notamment au motif du prochain départ en retraite du praticien incriminé) (cf. annexe 5-4).

[978] Un courrier, signé de près de 70 cadres (soit plus de la moitié) de l'établissement nous a été remis qui souligne à la fois le climat délétère entretenu par les articles de presse, les dysfonctionnements dans les unités de soins liés à la non concertation avec les personnels soignants, la rupture des approvisionnements dans des matériels indispensables au fonctionnement des services, les reproches et l'absence de reconnaissance pour le travail accompli<sup>197</sup> et appellent à retrouver des « *relations professionnelles respectueuses entre la direction et l'encadrement* » et « *à rompre l'isolement où ils évoluent depuis des mois* ».

[979] Plus globalement le directeur apparaît comme insuffisamment présent et l'équipe de direction comme enfermée dans sa tour d'ivoire, celle du PREF, sans toujours savoir comment fonctionnent en réalité les services. La seule personne citée par la quasi-totalité des personnes rencontrées par la mission (personnel soignant, cadres et médecins) est la directrice-adjointe, aussi directrice des affaires médicales et en charge du projet médical.

**Recommandation n°61 : Communiquer aux pôles à l'avance le planning des diverses interventions/travaux**

**Recommandation n°62 : Associer systématiquement les cadres concernés (pôle + service) à la réception des travaux**

### 2.1.3. La relation de la direction avec la communauté soignante

[980] La relation entre l'équipe de M. [REDACTED] et les médecins de St Germain étaient dégradées, la communauté médicale de Saint-Germain, soutenu en cela par le maire de Saint-Germain, ayant toujours considéré que l'objectif du directeur et du président de la CME, étaient de vider Saint-Germain au profit de Poissy.

[981] Cette opposition s'est cristallisée dans la création du groupe SAGEeSSE, rassemblant 34 médecins<sup>198</sup> du site de Saint-Germain.

[982] La situation, un temps calmée après le départ de M.BUISSON, s'est à nouveau tendue autour de trois dossiers importants pour l'établissement :

- Celui de la radiothérapie, dont l'activité a été suspendue en octobre 2009 dans des conditions là aussi difficiles, sur fond de mise en cause de l'ancienne direction quant au

<sup>196</sup> Le sujet avait été évoqué par des cadres auprès de la mission, dans le cadre de ce qu'il pensait un contrôle de la tutelle, contrôle que nos recherches n'ont pu retrouver, en l'absence de toute action du chef d'établissement.

<sup>197</sup> Sur ce point, la non mention des cadres dans les remerciements du directeur suite à la visite de la HAS a été très mal perçue

<sup>198</sup> Adhérents au 6 novembre 2003

matériel acquis, ce que le rapport de l'expert désigné par l'ARH ne permet pas, techniquement, de confirmer ;

- Celui de la réanimation, pour lequel toute suppression envisagé du service sur Saint-Germain provoque de vives réactions d'une partie de la communauté médicale qui y voit une atteinte à la sécurité même du patient, sans pourtant qu'il y ait accord des médecins entre eux sur ce point ;
- Celui de la chirurgie, avec le départ reporté d'un des chirurgiens, dont les responsables de pôle et de service comme la CME n'étaient pas initialement favorables au prolongement d'activité<sup>199</sup>.

[983] Ces trois sujets font l'objet de développements plus complets dans les annexes 5.

[984] Dans ces trois cas, la position d'attente de la direction, censée calmer les tensions, sans parvenir à diminuer les oppositions des uns a surtout contribué à alimenter le malaise des uns et les interrogations des autres quant à la capacité à prendre faire avancer les dossiers difficiles dans l'intérêt conjoint de l'hôpital et des patients.

[985] Quelques « petits » dossiers sont venus en outre crispier la relation, parmi lesquels :

- Les secrétariats médicaux : la restructuration décidée par la nouvelle direction était nécessaire à la fois du fait du constat d'un nombre d'agents plus important que dans des établissements comparables, et de la volonté d'optimiser la facturation, particulièrement déficiente, en modifiant l'organisation. L'option prise doit pourtant aussi être mise en regard :
  - de l'absence de résolution d'autres problèmes d'organisation qui impactent fortement le fonctionnement et la charge de travail de ces secrétariats (recherche et gestion des dossiers des patients alors que l'archivage ne fonctionne pas bien) ;
  - de la situation particulière de certains services, où l'effectif réellement présent peut être sans rapport avec l'effectif rémunéré (ainsi de la pneumologie, qui se retrouve entre décembre 2008 et septembre 2009 selon les mois avec de 0,8 à 1,8 ETP en secrétariat médical et une secrétaire d'accueil issue d'un reclassement, du fait de congé maladie, départ en retraite et congés de maternité, ou de personnel ne donnant pas satisfaction) ;
  - de la centralisation extrême de la gestion des secrétariats et de la difficulté à discuter avec la DRH sur le sujet (absence de réponse aux questions posées soulignée lors de très nombreux entretiens, à la fois par les médecins et les cadres), la perception à l'inverse par la DRH que les médecins n'ont dans cette affaire en vue que la défense de leur secrétariat particulier ;

Sur ce sujet, direction, encadrement et communauté médicale se parlent sans toujours s'entendre.

### **Recommandation n°63 : Déléguer aux pôles la gestion des secrétariats médicaux**

- Le réseau Association Ville Hôpital 78 et le refus opposé par la direction de poursuivre la prise en charge du coordonnateur. La décision s'appuie sur le constat, tout à fait correct, que ce financement n'a pas été transformé lors du passage à la T2A en mission d'intérêt général (MIG) et se fait donc sans base juridique. Il est donc légitime de trouver à terme une autre solution. Sur la méthode en revanche, on comprend mal pourquoi la direction a attendu le tout dernier moment informer le médecin; celui-ci a fait sa demande le 19 mai en envoyant son dossier à la direction, il n'aura de réponse que le 2 octobre, soit après l'expiration du contrat de la coordonnatrice. Ce n'est que le 11 février que la direction formalisera sa position auprès du médecin qui anime ce réseau. Tout se passe comme s'il n'y avait aucune anticipation des difficultés, pourtant prévisibles sur ce dossier, dès lors que le réseau, bien implanté sur le département, est perçu comme rendu de réels services à

<sup>199</sup> La mission se réjouit que ce dossier ait finalement été traité en majeure partie avec la constitution, en mars 2010, d'un seul service de chirurgie et des décisions prises quant à l'engagement de programmation des activités. IL faudrait toutefois veiller à la mise en oeuvre des options retenues.

la population. Cela qui obligera finalement la direction à discuter a posteriori et sous la pression.

#### **2.1.4. Les dissensions fortes qui perdurent au sien de la communauté médicale.**

[986] Le contexte bisite demeure très prégnant, et les oppositions personnelles ne parviennent pas à trouver d'issue dans un projet commun autre que le site unique, dont la réalisation ne pourra pourtant pas se faire dans un avenir immédiat.

- Les oppositions entre les communautés médicales de Saint-Germain et de Poissy n'ont jamais véritablement désarmé, en lien avec la confusion entretenue depuis la décision de fusion sur ce que devait être cette fusion, et sur fond d'une approche de la médecine prétendue ou vécue comme différente.
- Le dossier de la réanimation cristallise aujourd'hui ces oppositions entre les deux sites, avec des prises de position très radicales de certains médecins, allant même jusqu'à la menace entre eux par messagerie interposée.

[987] Mais ces relations médiocres peuvent également exister au sein d'un même site. La chirurgie orthopédique est un exemple. Le service de St Germain fonctionne plutôt bien, sur fond pourtant d'annonces, reportées maintes fois, de départ de praticiens vers la clinique privée installée dans l'emprise de l'hôpital. A Poissy, à l'inverse, le chef de pôle souligne les grosses difficultés, pour l'essentiel interpersonnelles, et qui nuisent à l'activité.

[988] Demeure aussi un vieux fond d'opposition, que l'on retrouve dans d'autres établissements mais qui ne contribue pas, dans le contexte local, à pacifier les choses, entre les hospitaliers et les universitaires, supposés s'intéresser moins aux patients qu'à leurs publications.

## **2.2. La communication sur la situation de l'hôpital**

### **2.2.1. La communication institutionnelle qui explique peu les grands enjeux et valorise mal les forces de l'établissement**

#### 2.2.1.1. Les plans de communication

[989] Le plan de communication pluriannuel 2004-2008 affiche comme ambition de :

- Valoriser l'image du CHIPS
- Lancer et faire vivre le projet de l'institution dans une dynamique globale
- Accompagner le quotidien des hospitaliers et des patients
- Gérer les relations avec la presse.

[990] Ces axes ont été maintenus pour 2009 dans l'attente de l'élaboration d'un nouveau plan.

[991] Les actions sont portées par une équipe qui a évolué depuis 2005, comptant une chargée de communication, un webmestre depuis 2006, du temps d'assistante (en baisse depuis 2009) et l'appui du photographe de l'établissement depuis 2008. En Equivalent temps-plein, il s'agit d'une équipe réduite, puisqu'elle compte *en 2009 1,79 ETP*, auxquels s'ajoute le temps de travail du photographe et le temps du directeur (Directrice de la qualité) qui a autorité sur la Communication.

- [992] L'établissement s'appuie également sur un prestataire extérieur, MEDIAL SARL, chargé de développer des actions d'assistance à la communication d'information et à la communication de crise et de former l'équipe de direction à la communication en gestion de crise<sup>200</sup>. La réalisation des prestations est par ailleurs analysée en annexe 11-1.
- [993] Les actions consistent pour l'essentiel :
- En des actions de communication interne : notes ou communiqués sur la vie de l'hôpital (livret des usagers, accueil de nouveaux arrivants, journées portes ouvertes, les visites HAS, les conseils de pôles, les nouvelles activités...), l'hôpital et son environnement (le classement des hôpitaux, les animations en lien avec les collectivités,...), les sujets de santé publique (grippe, SIDA) ;
  - Des actions de communication externe : communication autour d'opérations de relations publiques ou d'animations menées par ou avec le CHIPS (participation à la journée mondiale de sensibilisation à l'hygiène, à la journée mondiale de lutte contre la douleur, etc.), communiqués de presse transmis aux quotidiens, informations sur le site internet.
- [994] Le service de la communication prépare également une rétrospective annuelle pour le directeur pour la cérémonie des vœux, et tient une revue de presse.
- [995] Ces actions, assez classiques, et leur contenu illustrent la difficulté de la communication dans une période difficile pour l'établissement : il faut à la fois communiquer sur la vie quotidienne de l'établissement, donner parfois de l'information pratique, diffuser les informations valorisantes (le classement du CHIPS par l'hebdomadaire l'Express en septembre 2009 ou du Nouvel Observateur en décembre 2009), mettre en exergue les activités entreprises sur certains secteurs, donner aussi une information pédagogique sur les enjeux des réformes en cours en traçant l'avenir.
- [996] Les supports en sont l'intranet et la lettre d'information « Brèves », ainsi que divers supports papiers (affiches et prospectus) pour les campagnes d'affichage et les journées de mobilisation (thème de la qualité par exemple).
- [997] S'agissant des activités de l'hôpital et des réformes en cours, la communication de l'établissement reste limitée, y compris en interne.
- [998] Sur les activités, les communiqués portent surtout soit sur des animations ponctuelles, soit sur l'ouverture de nouvelles activités, présentées rapidement et de manière assez descriptive. Il est dommage que nombre de secteurs médicaux, performants et dont l'excellence est reconnue au-delà de l'établissement, ne soient pas plus valorisés en interne ;
- [999] Sur la réforme en cours, les grandes priorités arrêtées, les efforts exigés et les perspectives pour le futur, rien n'y est véritablement consacré dans la communication interne ; les cérémonies des vœux sont l'occasion d'évocation qui restent plutôt lapidaires. Sans doute considère-t-on que le passage en instances, en CME et conseil d'administration fait office de communication en la matière.
- [1000] Paradoxalement, alors même que l'intranet a été lancé pour faciliter l'information de l'ensemble des personnels, la communication interne n'a pas véritablement profité de cette mise en place :
- La totalité du personnel n'a pas accès à un PC, si bien qu'on ne peut considérer que cette information est complètement accessible à tous ; le CHIPS dispose (cf. Annexe 9) d'un peu moins de 1400 postes, pour 4000 agents (personnes physiques) ;
  - Les contenus sont à ce stade assez minces, parfois inexistant pour nombre de pôles ; l'information est en outre très sectorisée et on ne trouve que peu d'information transversale, si ce n'est au travers des articles sur les cérémonies, dont les power-points de

---

<sup>200</sup> CCTP mai 2008

présentation sont mis en ligne. Mais il s'agit là d'une information très « photographique », sans véritable mise en perspective. Il manque à ce site un message de la direction sur l'établissement, une vision des grands enjeux, des grands chantiers et de leur suivi. Les tableaux de bord financiers sont depuis la fin 2009 diffusés sur l'intranet, mais sans mise en contexte, ils sont d'un abord malaisé pour une information « tout public ».

[1001] Avec l'appui du consultant Cap Gemini, deux forums d'information ont été organisés sur chacun des sites, Poissy et Saint-Germain, pour expliquer le PREF. Cette action, lourde à organiser, n'a pu être reconduite. Ce sont dès lors les vecteurs plus classiques qui servent de support à cette information en direction de l'ensemble des personnels, dont les diverses cérémonies (Vœux, galette des Rois, remise de médaille).

[1002] La Lettre d'information Brèves, dont les contenus permettaient des ébauches d'analyse, a été suspendue en avril 2009 du fait des arbitrages budgétaires, tout comme d'ailleurs la refonte du livret des usagers.

[1003] La retenue de la direction est parfois surprenante d'autant que d'autres acteurs n'ont pas les mêmes hésitations. Ainsi alors que deux projets de communiqués l'un sur le PREF, les premiers résultats et les perspectives, l'autre sur l'ouverture de l'USINV sont en préparation en interne<sup>201</sup>, le service de la communication est informé par le journal Le Parisien que des communiqués lui ont été envoyés sur ces sujets par le collectif du personnel. La responsable de la communication dénonce alors auprès du directeur « *le mélange des genres et des acteurs [qui] décrédibilise la communication de l'établissement, en interne comme en externe.* »

[1004] Cette relative frilosité de communication interne est d'autant plus dommageable que les médias et notamment la presse ont été particulièrement diserts sur la fin de la période du contrôle, créant souvent le trouble chez les personnels qui découvriraient la situation difficile de l'hôpital et ont assisté, par articles de journaux interposés, à des échanges qu'ils ont eu du mal à comprendre.

[1005] Certes on peut comprendre la volonté de ne pas surenchérir, mais les mêmes hésitations ne semblent pas avoir prévalu lorsqu'on été évoqués les marchés publics de l'hôpital sous l'ancienne équipe. Valoriser une action collective (et non celle d'une équipe administrative, avant-garde éclairée et agissante) pourrait être une façon de remobiliser des personnels dont beaucoup s'interrogent. Ce serait également l'occasion de faire produire le consultant, choisi pour aider l'établissement dans sa communication en temps de crise, et dont les livrables remis par l'établissement restent modestes (cf. annexe 11-1).

**Recommandation n°64 : Mettre en place rapidement une réelle communication interne, reposant à la fois sur la direction de la communication mais s'appuyant aussi sur les relais que sont les organisations syndicales et les pôles, sur les enjeux des évolutions en cours**

**Recommandation n°65 : Valoriser dans cette communication le travail accompli par les différents pôles, dans le cadre du PREF et plus largement**

### **2.2.2. Une couverture Média de l'établissement déstabilisante pour ses personnels**

[1006] C'est particulièrement le cas en 2009 et 2010. L'actualité des quotidiens locaux consacré au CHIPS aura ainsi été essentiellement marquée par le conflit de janvier à mai 2009, puis à partir de novembre par de nombreux articles et dépêches, locales et nationales, à la fois suite à la fermeture de la radiothérapie et des informations relatives à de possibles irrégularités et aux responsabilités des uns et des autres.

<sup>201</sup> Projets non validés au 25 février 2010

- [1007] La présence de l'IGAS dans l'établissement a probablement contribué à alimenter les interrogations, d'autant qu'aucune information claire n'a été donnée par la direction à l'ensemble des personnels sur les grands objectifs et la méthode proposée par la mission, malgré la demande formulée en réunion de restitution de la phase 1 au directeur le 9 décembre 2009. Si bien que lors de l'immense majorité des entretiens (sauf quelques membres de l'administration), la mission a dû réexpliquer complètement dans quels cadres elle intervenait et pourquoi elle menait les entretiens.
- [1008] Au total, il est constaté un malaise réel dans l'établissement, des interrogations sur son avenir mais aussi son projet, qui ne cadre d'ailleurs pas avec l'enquête Climat social piloté par la DRH et qui conclut plutôt à une relative satisfaction des personnels.
- [1009] Cet écart est d'autant plus à souligner que les entretiens de la mission l'ont été notamment avec les responsables administratifs et de pôles et l'encadrement intermédiaire qui devraient, au contraire, être porteurs d'un message collectif positif ; ces entretiens témoignent en outre d'un décalage manifeste entre la vision des responsables administratifs d'une part, et les médecins et personnels d'encadrement et soignants d'autre part.
- [1010] Le développement d'un sentiment de souffrance au travail en sont aussi une traduction ; la psychologue du travail nous indique avoir constaté en 2009 une augmentation en lien avec les divers articles parus sur l'hôpital.

Tableau 60 : Consultations « Souffrance au travail » 2005-2009

	2005	2006	2007	2008	2009
<b>Agent des Services Hospitaliers</b>	11	28	14	23	22
<b>Aide-soignante</b>	13	23	20	31	35
<b>Infirmier</b>	7	8	7	17	28
<b>Auxiliaire de Puériculture</b>	4	4	7	12	15
<b>Educatrice de jeunes enfants</b>	0	0	0	1	2
<b>Technicien de laboratoire</b>	1	2	1	1	5
<b>Manipulateur en radiologie</b>	2	1	2	2	2
<b>Psychologue</b>	0	0	1	1	2
<b>Ergothérapeute</b>	0	0	0	1	0
<b>Kinésithérapeute</b>	0	1	0	0	0
<b>Sage femme</b>	2	3	1	1	1
<b>Médecin</b>	1	0	0	1	1
<b>Adjoint-administratif</b>	6	6	10	18	9
<b>Secrétaire médicale</b>	5	9	8	6	5
<b>Adjoint des cadres</b>	3	3	1	1	1
<b>Assistante sociale</b>	0	0	0	1	1
<b>Cadres de santé</b>	11	9	5	10	10
<b>Directeur</b>	0	0	2	2	1
<b>Autres métiers</b>	5	9	18	20	28
<b>TOTAUX</b>	<b>71</b>	<b>106</b>	<b>97</b>	<b>149</b>	<b>168</b>

Source : Psychologue du travail CHIPS

- [1011] Il faut relativiser le constat puisque la psychologue du travail n'exerçait qu'à mi-temps de 2005 à 2007, même si, d'après ses dires, la réalité de son activité était plus proche de 70%.

- [1012] Elle ne voit, à l'inverse, pas tous les agents en difficulté puisque la consultation repose sur une démarche volontaire des agents, et que certains peuvent choisir de consulter en dehors de leur lieu de travail.
- [1013] On note néanmoins *une tendance à l'augmentation des consultations depuis 2007*, en particulier chez le personnel infirmier, les aides soignantes et les aides de puériculture, augmentation confirmée selon la psychologue du travail en fin d'année et début d'année 2010, en lien, selon ses dires, avec la médiatisation dont l'hôpital a fait l'objet et qui est souvent citée lors de ses consultations. Ces trois catégories représentent la moitié des consultations.

### **3. LA PREVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS : UN SUJET TRES EN RETARD**

- [1014] L'obligation pour tout employeur d'élaborer du document unique d'évaluation des risques professionnels, désormais inscrite dans les articles L4121-3 et R4121-1 du code du travail résulte initialement de la loi n°91-1414 du 31 décembre 1991, et du décret du 2001-1016 du 5 novembre 2001.
- [1015] L'établissement aurait déjà dû depuis terminer cette élaboration pour 2003. Un groupe de travail a été constitué sur le sujet en 2005 et un agent contractuel est recruté à mi-temps au 1<sup>er</sup> janvier pour coordonner l'élaboration et la mise à jour de ce travail.
- [1016] Un point précis fait lors du CHSCT du 7 décembre 2007 sur l'avancée des travaux témoigne des difficultés de la démarche et de l'avancée très lente des travaux, imputable selon le coordonateur à un travail très lourd de saisie des données compte tenu de leur précision et complexité, et une participation très inégale des membres du groupe de travail.
- [1017] Une nouvelle présentation au CHSCT du 3 juillet 2008 laisse entendre que le document pourrait être prêt au premier trimestre 2009, après achèvement des recueils en fin d'année 2008. L'intervention d'une des représentantes du personnel, infirmière, qui se demande « ce qu'est au juste ce document unique », rend perplexe quant à la qualité de la communication en interne à l'établissement sur un sujet sensé concerner l'ensemble des personnels.
- [1018] Ce point de la communication est à nouveau évoqué lors du CHSCT du 9 octobre 2008, au cours duquel le directeur des ressources humaines et de la formation s'inquiète du retard pris, une inquiétude réaffirmée le 29 juin 2009 où il est proposé une remise à plat du groupe de travail, l'octroi d'un crédit d'heures par mois pour chaque membre pour faire avancer le sujet.
- [1019] Ce dossier est repris directement en compte par la DRH à compter de décembre 2009, l'agent affecté à mi-temps à cette mission étant déchargé de cette mission et affecté à temps plein, au département de santé publique, au suivi des risques cliniques.
- [1020] Au 31 décembre 2009, l'établissement n'est toujours pas doté du document unique d'évaluation des risques, préalable à la mise en place d'un plan de prévention.

**Recommandation n°66 : Produire sans délai le document unique**

## Annexe 6.6 :

[1021] [REDACTED] :

- [REDACTED] ;

[1022] [REDACTED]

1. [REDACTED]

[1023] [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[1024] [REDACTED]

[1025] [REDACTED]

[1026] [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[1027] [REDACTED]

2. [REDACTED]

[1028] [REDACTED]

[1029] [REDACTED]

[1030] [REDACTED]

[1031] [REDACTED]

[1032] [REDACTED]

[1033] [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[1034] [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[1035] [REDACTED]

3. [REDACTED]

[1036] [REDACTED]

[1037] [REDACTED]

[1038] [REDACTED]

[1039] [REDACTED]

[1040] [REDACTED]

[1041] [REDACTED]

[1042] [REDACTED]

---

<sup>202</sup> Dans le cadre d'une mise à disposition du CH de Paimpol



## Annexe 6.7 : La gestion des ressources humaines – la politique de formation

### 1. L'EVOLUTION DES ACTIONS DE FORMATIONS SUR 2005-2008

#### 1.1. La gestion des fonds par l'ANFH

- [1043] Le financement des actions de formation professionnelle s'inscrit dans le cadre fixé par les versements de l'établissement à l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH).
- [1044] L'établissement verse chaque année une cotisation dont le montant est fondé sur la masse salariale et repartit selon trois grands pôles : le plan de formation (formation continue et études promotionnelles), une part obligatoire réservée aux études promotionnelles, et une part pour les congés de formations/professionnelles/bilans de compétence/validations des acquis de l'expérience (CFP/BC/VAE)
- [1045] L'établissement choisit les prestataires pour assurer la formation ; l'ANFH, sur la base d'une facture et d'une attestation de service fait de l'établissement, rétribue le prestataire.
- [1046] La cotisation à l'ANFH a crû sur la période 2005-2009, en raison de l'extension du champ de compétence de l'ANFH puisqu'elle gère depuis le 1er janvier 2007 la totalité de la contribution obligatoire au titre du plan de formation professionnelle.

Tableau 61 : Evolution des cotisations obligatoires 2005-2009  
(en % de la masse salariale)

	2005	2006	2007	2008	2009
<b>Plan de formation</b>	1,6	1,6	2,1	2,1	2,1
<b>FMEP</b>	0,2	0,2	0,2	0,4	0,6
<b>CFP-BC-VAE</b>	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2

Source : ANFH

#### 1.2. Un développement des actions de formation sur la période 2006-2008

- [1047] Il est précisé que l'établissement n'a pas été en mesure de fournir à ce jour la totalité des données 2009 à la mission, qui ne peut donc pour 2009 que dégager des tendances sur la base des versements effectués, des listes de prestataires, des dossiers de marchés consultés et des entretiens réalisés.

### 1.2.1. L'enveloppe financière dédiée à la formation croît régulièrement sur la période 2006-2008

Tableau 62 : Dépenses de formation CHIPS 2005-2009

	2005	2006	2007	2008	2009
Etude promotionnelles	1 341 821 €	1 139 131 €	1 231 859 €	1 364 339 €	1 490 986 €
Formation continue	1 495 707 €	1 470 415 €	1 621 013 €	1 706 172 €	NC
Total	2 837 528 €	2 609 546 €	2 852 872 €	3 070 511 €	NC

Source : Données CHIPS

[1048] Cette croissance de 460 965 € entre 2006 et 2008, après une légère baisse en 2006, est constatée à la fois pour les actions de formation continue et pour les études promotionnelles.

[1049] Elle est à rapprocher de la masse salariale correspondante, qui croît également sur cette période, mais de manière comparativement moindre et notamment en 2008, ce qui tend à démontrer que, pour 2008 tout au moins, la place de la formation est plus importante dans l'établissement.

### 1.2.2. L'augmentation significative du nombre de journées de formation

Tableau 63 : Nombre de journées de formations 2005-2008

	2005	2006	2007	2008	2009
<b>Etude promotionnelles</b>	NC	7694	NC	6449	NC
<b>Formation continue</b>	4461	4142	4876	9436	NC
<b>Total</b>		11836		15885	NC

Source : Données CHIPS

[1050] Cette croissance, sensible entre 2006 et 2008 nonobstant l'absence de certaines données, porte pour l'essentiel sur les actions de formation continue.

[1051] Ce plus grand nombre de journées (74%), s'accompagne d'une hausse correspondante du nombre de départs, hausse qui porte exclusivement sur les actions de formation continue, qui passe en 2006 de 1524 départs en formation à 2632 en 2008 (soit + 41%).

[1052] On constate donc qu'il y a plus de départs en formation, pour des actions plus longues et principalement en formation continue, ce qui tend à indiquer une volonté plus forte de l'établissement d'adapter les personnels aux postes de travail et à leur évolution.

### 1.2.3. Un effort particulier en direction des personnel administratifs

Tableau 64 : Journées de formation continue par types de personnels 2005-2009

		2005	2006	2007	2008	2009
Formation continue	Administratif	249	163	293	757	NC
	soignants	1068	1024	1315	1449	NC
	sociaux-éducatifs	27	51	53	60	NC
	médico-techni	163	85	127	178	NC
	techniques	104	201	41	188	NC

Source : Données CHIPS

[1053] Le nombre de personnels administratifs concernés par des actions de formation continue augmente de 78,5% entre 2006 et 2008, ce qui correspond à la mise en place d'actions de formations à la fois dans les domaines de l'informatique, mais aussi de formations liés à la réorganisation de certains secteurs (secrétariats médicaux, standards), ainsi qu'à des actions spécifiques sur la connaissance des marchés publics par exemple.

[1054] On note également une participation en hausse des personnel médico-techniques, et, après une chute en 2007, un retour en formation des personnels techniques dont il faudra voir s'il se confirme avec l'arrivée entre l'automne 2008 et l'automne 2009 de nouveaux responsables à la restauration et aux Transports –logistiques (Central courses) après plusieurs moins de flottement.

[1055] S'agissant enfin des catégories de personnels, la croissance 2006-2008 est également répartie sur les trois catégories A, B et C.

### 1.3. Un taux de retour proche de 90%

[1056] L'établissement utilise globalement de manière satisfaisante sur la période les fonds gérés par l'ANFH. Ce constat à d'ailleurs conduit le service de formation à faire évoluer à la hausse en 2009 ses estimations pour l'élaboration du plan de formation (estimation sur un taux de retour à 87% contre 85%) ce qui permet de gonfler l'enveloppe prévisionnelle et donc de programmer un nombre supérieur d'actions de formations.

### 1.4. La valorisation du recours accru à l'expertise interne

[1057] L'établissement a de tout temps recouru à des formateurs en internes à l'établissement, entendu largement, y compris les écoles (sages-femmes, institut de soins infirmiers, aides-soignants, IAD, Manipulateurs d'électroradiologie médicale), qui fournissent une prestation « in-house ».

[1058] Cette internalisation a néanmoins tendance à croître sur la période 2005-2009.

[1059] Par ailleurs et surtout, ces interventions sont désormais facturées au profit de chaque entité dispensatrice.

[1060] L'établissement y trouve le double intérêt de s'appuyer sur la compétence interne, limitant ainsi le recours à des prestataires extérieurs, tout en identifiant des produits nouveaux pour ces écoles, dont les comptes affichent pour l'institut de soins infirmiers notamment, un gros déficit.

### **1.5. Des insuffisances ou des difficultés soulignées par le service de la formation**

- [1061] L'action en direction des publics les plus éloignés de la formation (ASH notamment) doit être développée, en lien avec l'encadrement. Ces personnels prennent plus rarement que les autres l'initiative de demander une formation ; ils viennent lorsqu'ils sont convoqués (notamment dans le cas de formations transversales).
- [1062] Le taux de présence à certaines formations transversales doit être amélioré (gestes d'urgence, sécurité). Ainsi pour 2009, la lecture des listes d'émargement aux formations aux gestes d'urgences montre qu'aucune des formations n'a réuni la totalité des personnes convoquées, avec des taux de présence d'1/3 à 2/3 dans la majorité des cas.
- [1063] Il serait souhaitable de parvenir, pour certaines formations, à mélanger les publics paramédicaux et médicaux. Une sollicitation a été tentée en ce sens pour une formation aux gestes d'urgence par le médecin formateur, sans succès à ce jour.

## **2. LES ACTIONS DE FORMATION S'INSCRIVENT DANS UN CADRE APPELE A EVOLUER**

- [1064] Les actions de formations menées pendant la période du contrôle 2005-2009 le sont dans le cadre :
- Du plan pluriannuel de formation 2004-2006
  - Du plan de formation 2007, rompant avec la tradition de plans triennaux : il s'agissait alors de marquer une pause pour réfléchir, à la lumière des résultats du CREF, à l'évolution future de l'hôpital et aux besoins subséquents de formation ; l'année 2007 a ainsi vu la tenue d'un séminaire de la commission de formation destiné à déterminer, dans un contexte en évolution, les objectifs de la politique de formation ; l'objectif était alors de préparer un plan 2008-2010 ;
  - Du plan 2008, l'arrivée d'une nouvelle direction et la préparation du PREF ayant fait opter pour un nouveau plan annuel ;
  - Du plan 2009, marqué par un commencement d'évolution méthodologique dans la construction même du plan.

### **2.1. Le rôle du service de la formation qui mêle le pilotage transversal, l'appui individualisé, et la gestion opérationnelle**

- [1065] Le service de la formation a actuellement une triple mission :
- Définir sous le contrôle du DRH et en lien avec la commission de la formation les grands axes stratégiques du plan de formation et élaborer sur ces bases le plan de formation ;
  - En suivre la mise en place : c'est à ce titre notamment
    - Qu'il sélectionne les prestataires,
    - Qu'il encadre les formations à des degrés divers
    - Qu'il gère plus directement les formations transversales,
    - Qu'il en propose de nouvelles formations (exemples des formations d'accueil des nouveaux arrivants)
    - Qu'il développe des formations communes
    - Qu'il évalue les formations
  - Conseiller les agents sur une possible évolution de carrière, dans le cadre ou non du CFP.

[1066] Or le constat est que ces missions d'une part sont de nature assez différente, certaines de pilotage et d'appui, d'autres de gestion plus directe, et dont certaines sont par ailleurs mal ou insuffisamment remplies par ce service.

**2.1.1. La sélection des prestataires est plus subie que choisie sur la période 2005-2009, avec une inflexion en 2009**

[1067] Le choix se fonde sur les propositions des services sans qu'il n'y ait ni publicité, ni mise en concurrence.

[1068] Certes il est indiqué, à l'occasion d'une réunion de CTE du 5 décembre 2005 sur le plan 2006, que l'on fait attention aux coûts des prestations, sans toutefois que cette « attention » apparaisse très formalisée. Pour les formations externes individuelles, c'est sur la base des propositions des services, issues des catalogues de formation, que l'organisme est retenu.

[1069] Le code des marchés publics prévoit l'obligation de publicité et de mise en concurrence au dessus d'un seuil de 4000,00€ jusqu'en 2008, puis de 20 000€ du 1<sup>er</sup> janvier 2009 au 30 avril 2010<sup>203</sup>, avec un libre choix des modalités de publicité en fonction des caractéristiques du marché, s'agissant de marchés de l'article 30.

[1070] Aucun marché de formation n'est passé avant 2008, et l'établissement n'a pas pu fournir avant cette date de trace, ni de publicité, ni de mise en concurrence.

[1071] L'engagement se traduit par la signature de conventions avec chaque organisme de formation.

[1072] Nombre de paiements à des organismes de formation ou prestataires de formation excèdent ce seuil de 4000,00€ sur 2005-2008, et trois prestataires (en dehors du CHIPS lui-même et de ses instituts de formation) également le seuil de 20 000€ pour l'année 2009.

[1073] Le nombre de formations payées au MIPIH est important et représente 96 887,00€ en 2009 sur les 170 000€ alloués par le service de formation à la direction informatique, qui choisit les prestataires. Le choix du MIPIH comme nouveau prestataire informatique sur l'ensemble de l'établissement limite considérablement le choix, le CHIPS et ses agents instituant une clientèle « captive » dès lors qu'il faut bien se former aux nouveaux outils.

[1074] Deux évolutions sont constatées :

- La décision de passer à compter de 2008 des appels d'offres pour certaines formations particulières. Trois appels d'offres en procédure adaptée ont ainsi été publiés pour sélectionner trois prestataires :
  - En mai 2009 pour une formation « Accueil téléphonique » (n°8714 – prestataire Obea – montant 2230,00€)
  - En septembre 2009 pour une formation Marchés publics ; (n°09/127 prestataire AXES Management – montant 8132,80€)
  - En mai 2009 pour une formation Management (n°081/09 et n° 115/09 – prestataire Inforelec – montants 3300,00€ et 4400,00€)
- Celle d'adhérer au RESAH afin de s'appuyer à compter de 2010 sur les marchés de ce réseau en Ile-de-France.

<sup>203</sup> Ce relèvement du seuil, prévu par le décret 2008-1356 du 19 décembre 2008, a été annulé par le Conseil d'Etat (décision n°329100 du 10 février 2010) ; cette annulation prend effet le 1<sup>er</sup> mai 2010, avec un retour au seuil de 4000,00€ à compter de cette date

### **2.1.2. Un développement très modeste des formations communes**

[1075] Il s'agit là de formations conjointes avec d'autres établissements, afin de mutualiser la formation et de réduire les coûts ainsi partagés.

[1076] A ce stade, le développement est en projet et très limité :

- Formation au recrutement : trois sessions avec Versailles et Meulan ;
- Formation à la posture d'accouchement : cinq places réservées à d'autres hôpitaux (Versailles et Rambouillet sont sollicitées) ;
- Formation bureautique : trois agents de Montfort-L'Amaury

### **2.1.3. Une évaluation des formations qui peut être améliorée**

[1077] Cette évaluation suit deux procédures différentes :

- pour les formations réalisées dans l'établissement, la clôture est faite par la responsable Formation dans toute la mesure du possible, avec une évaluation à chaud ; une grille est également envoyée avec la convocation, et retournée par les agents ; mais les retours sont peu nombreux, sauf s'il y a un mécontentement manifeste ;
- Pour les formations externes, on se fonde sur l'auto-évaluation par les prestataires, mais aussi les mêmes retours par les agents de la grille d'évaluation, plus difficile encore toutefois à récupérer que pour les formations internes.

[1078] L'évaluation n'est donc pas inexistante ; l'exemple récent d'une formation en neurologie sur communication non verbale avec les patients, où un décalage constaté entre la formation et les attentes des agents a permis une renégociation avec l'organisme en témoigne. Mais elle reste insuffisamment structurée, compte tenu par ailleurs de l'importance en volume financier et en journées de formation de la formation pour l'hôpital.

## **2.2. Un début d'évolution pour le plan de formation 2010**

### **2.2.1. Une méthodologie d'élaboration du plan qui évolue à compter de juin 2009**

[1079] Les plans de formation de l'établissement se sont traditionnellement inscrits à la fois :

- dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre, puis du PREF à compter de 2009 ;
- et des grandes orientations nationales édictées annuellement par la DHOS.

[1080] Les actions se déclinent selon plusieurs grands axes stratégiques transversaux (neuf axes jusqu'en 2007, année qui voit l'ajout d'un dixième axe dédié à l'accompagnement des réformes hospitalières)

[1081] Jusqu'en 2008 l'élaboration, à l'intérieur de ces cadres généraux, se fonde sur un recueil des besoins auprès de chaque agent. Ces demandes individuelles, faites notamment à l'occasion de l'entretien d'évaluation, sont collationnées, classées par priorité, avec un choix définitif validé par la commission de la Formation, dans le cadre de l'enveloppe budgétaire prédéfinie. C'est au niveau de cette commission que se font les grands arbitrages, les services ne sont pas véritablement impliqués dans la prise en compte de la contrainte financière : on leur demande de prioriser les demandes, d'évaluer le coût de la formation, mais l'enveloppe reste globalisée et centralisée.

[1082] La mise en place des pôles en juin 2007 ne modifie pas la démarche.

[1083] L'implication des pôles est décidée pour le plan de formation 2009 par le DRH qui l'annonce le 9 juin 2009 lors de la commission de la formation. Il y indique son souhait de faire évoluer le fonctionnement de cette commission en bureau et commission restreinte, mais également de réfléchir à sa taille qui ne permet pas un travail vraiment efficace, et des réunions suffisamment fréquentes. Cette proposition ne rencontre pas d'écho enthousiaste des organisations syndicales, d'une part parce que la commission est la seule instance où elles sont présentes (ce n'est pas le cas des conseils de pôles), d'autre part par ce qu'elles craignent un appauvrissement du débat.

[1084] Le sujet de l'évolution du fonctionnement de la commission n'a pas évolué depuis.

[1085] En revanche, l'implication des pôles a été initiée :

- Un premier recueil des demandes et besoins des services est lancé en juin 2009, qui fait l'objet d'une validation intermédiaire par les cadres de pôles ;
- Les cadres de pôles sont ensuite réunis le 6 novembre 2009 par la DRH qui leur présente, sur table et sans information préalable, un tableau de répartition de l'enveloppe incluant :
  - Les sommes allouées pôle/pôle
  - Les actions pluri annuelles validées en 2008 et reconduites de facto
  - Les actions liées au schéma directeur de l'information
  - Les salaires
  - Les actions transversales de formation (formations inter pôles)
  - Les actions collectives ou individuelles, spécifiques à chaque pôle,

Chaque cadre de pôle étant invité à argumenter et défendre ses priorités.

- Une enveloppe inter-pôles est par ailleurs destinée aux actions transversales (sécurité, démarche qualité, accompagnement de projet, formation aux gestes d'urgence, etc...)

[1086] Si l'objectif est non seulement louable mais répond totalement à la logique de mise en place et de responsabilisation des pôles, la méthode, justifiée par l'urgence et l'absence de préparation préalable d'enveloppes, a de quoi surprendre.

[1087] Les cadres de pôles, qui appellent toutes et tous de leurs vœux cette implication plus grande, se sont sentis « piégés », mis au pied du mur sans avoir tous les éléments qui leur auraient permis de préparer l'exercice et l'ont dit à la mission.

[1088] Plusieurs d'entre eux ont craint de voir dans cette précipitation à les réunir une volonté de manipulation, afin de s'appuyer sur leur accord – qui ne leur a d'ailleurs pas été demandé- pour d'une certaine façon court-circuiter la commission de la formation.

[1089] L'autre difficulté tient au calendrier respectif des évaluations, durant lesquelles se font l'expression des besoins ou demandes de formations, et de la collecte par le service de la formation de ses besoins. L'évaluation se fait au dernier trimestre de l'année, alors que le recueil de la DRH a été réalisé pour fin août en 2009, pour des contraintes liées essentiellement à la nécessité de faire valider le plan avant la fin de l'année.

[1090] Ces difficultés de mise en place et ce défaut de dialogue en 2009, liées comme dans d'autres domaines (primes, grilles de notation, ...) à un fort volontarisme, que la direction justifie a priori par l'urgence et la situation de l'hôpital, n'ôte rien à l'intérêt de la démarche, qui aurait d'ailleurs pu être préparée plus rapidement après la mise en place des pôles.

### **2.2.2. Un encadrement souple de la DRH, le choix des candidatures restant à l'appréciation des services**

[1091] Au-delà des axes stratégiques du plan de formation, il n'y a pas de critères imposés, mais quelques grands principes :

- Pour les études promotionnelles, sont privilégiés les métiers en pénurie ou en difficulté de recrutement (IADE, cadres, Puéricultrices notamment) ; les AS sont depuis juillet 2008 a priori exclus de ces études. Un engagement de retour dans l'établissement pour 3 ans est prévu.
- Plus généralement, le service de la formation vérifie qu'un agent ne parte pas deux fois dans la même année sur une formation individuelle.

[1092] Le principe peut toutefois être infléchi à la lumière à la fois des besoins ponctuels de l'établissement dans un secteur particulier et du profil des candidats à la formation : c'est ainsi qu'a été accordée une formation pour un baccalauréat professionnel pour un AS, à la fois du fait de sa motivation et de son orientation de carrière (gériatrie), qui correspond à un besoin dans l'hôpital.

[1093] Ce sont, dans ce cadre général, les services et les pôles qui proposent et définissent les priorités en fonction de leurs besoins et des demandes des agents.

### **3. UNE EVOLUTION A AMPLIFIER ET STRUCTURER DANS LE CADRE DE LA NOUVELLE GOUVERNANCE HOSPITALIERE**

[1094] Cette nécessaire amplification résulte à la fois de la nécessité de mieux porter les missions de pilotage transversal et d'évaluation, en les distinguant autant que possible de la gestion qui doit revenir aux pôles.

#### ***3.1. Positionner plus clairement le service de formation (et la DRH) sur le pilotage transversal, le contrôle et l'évaluation***

[1095] Celui-ci, compte tenu par ailleurs de sa taille modeste puisqu'il compte au 31 décembre 2009 4,6 ETP (1 responsable, une formatrice bureautique, 3 agents représentant 2,6 ETP) doit se concentrer sur un rôle de pilotage et d'appui, qu'il assume déjà en partie, mais pas toujours de manière suffisante.

[1096] Il doit avant tout se recentrer sur :

- un rôle de définition de grands axes et des orientations stratégiques, à savoir le choix des grandes thématiques, mais aussi de la politique de VAE et des CFP, en dialogue avec la commission de la formation.

Le rôle de cette commission et son positionnement sont à analyser et revoir dans ce cadre : ce n'est pas dans cette instance que doivent se gérer les cas individuels, si ce n'est à être une « instance d'appel » en cas de difficulté particulière. En revanche, et comme le principe en avait été initié lors d'un séminaire de mars 2007, elle doit, avec le service de la formation et la DRH, contribuer à la définition de la stratégie de formation de l'établissement et des cadres dans lesquels s'inscriront les actions de formation, menés par les pôles pour l'essentiel.

- un rôle de coordination de l'élaboration du plan, en laissant aux pôles une large latitude dans la construction des actions ; c'est ce qui est envisagé pour le plan de formation 2011, qu'il faut préparer et accentuer ;
- la mise en place d'une véritable démarche de choix des prestataires et d'évaluation de leur prestation (pas nécessairement en direct mais en élaborant des outils au bénéfice des pôles et services) ; l'adhésion au RESAH va de facto entraîner un investissement accru du service de la formation sur cette mission ;
- une mission d'appui méthodologique aux pôles (méthodes d'évaluation, catalogue de prestataires ;
- une mission d'appui-conseil à l'évolution de carrière, qui implique une certaine spécialisation et donc une expertise qu'il paraît difficile d'éclater entre les pôles.

[1097] Il faut enfin réfléchir à la gestion des formations dites transversales, gérées aujourd'hui plus directement par le service de la formation ; cette organisation est sans doute intéressante, notamment vis-à-vis des publics les plus éloignées de la formation et qui sont directement « convoqués » par ce service ; mais on peut envisager pour ces formations aussi, d'évoluer vers plus de décentralisation. Le service de la formation pourrait alors intervenir en contrôle – évaluation.

### **3.2. *Aller vers une délégation plus grande aux pôles***

[1098] Comme pour la gestion des secrétariats médicaux, la formation est l'un des secteurs où il est possible d'envisager sans tarder une délégation plus large aux pôles, sans qu'il soit besoin d'attendre d'avoir stabilisé l'ensemble de la comptabilité analytique.

[1099] Le mouvement initié timidement en 2009, et qui se poursuivra en 2010 pour la construction du plan de formation 2011, l'organisation même de la formation qui permet d'ores et déjà de distinguer assez clairement des missions de natures diverses, militent clairement pour cette délégation.

[1100] Il y a, en outre, pour la formation comme la gestion des secrétariats, une demande des pôles, et il pourrait être intéressant de « tester » ainsi plus concrètement leur fonctionnement, quitte à n'initier la démarche qu'avec les volontaires avant de l'étendre et d'avancer dans d'autres délégations.

[1101] Ce serait aussi une forme de réponse à certains personnels soignants et médicaux qui estiment, à juste titre aujourd'hui, que ces pôles n'ont d'existence que virtuelle, et une forme de confiance affichée dans leur capacité à prendre en charge leur fonctionnement dans un contexte où le rétablissement non seulement de la situation, mais également de la confiance au sein de l'hôpital est primordial.

**Recommandation n°67 : Appliquer le code des marchés publics**

**Recommandation n°68 : Recentrer le rôle du service de formation sur le pilotage, l'appui, et le contrôle**

**Recommandation n°69 : Recentrer le rôle de la commission de la formation et de la DRH sur la définition des orientations stratégiques**

**Recommandation n°70 : Confier plus largement aux pôles la gestion de la formation**



## Annexe 6.8 : Logement

[1102] L'établissement est propriétaire et locataire de logements qui accueillent deux grandes catégories de personnels :

- sont logés par nécessité absolue de service les directeurs d'hôpitaux et cadres de l'équipe administrative qui participent au tour de gardes administratives ;
- d'autres personnels sont logés à titre onéreux par l'établissement, dans un parc constitué pour l'essentiel de chambres de 10 à 11 m<sup>2</sup> sur Saint Germain en Laye, mais également de quelques appartements, à Saint-Germain pour l'essentiel.

### 1. LES PERSONNES LOGEES PAR NECESSITE ABSOLUE DE SERVICE

[1103] Sous l'empire de la réglementation applicable pendant la période du contrôle<sup>204</sup> (décret du 17 avril 1943 portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics), cet avantage est inhérent au statut de directeur d'hôpital.

[1104] C'est « *en contrepartie des gardes et astreintes* » que les directeurs d'hôpitaux sont bénéficiaires d'un logement de fonction (circulaire 2000-476 du 15 septembre 2000 article 3) Ce bénéfice est étendu aux cadres de l'équipe administrative qui participent au tour de garde.

[1105] Six des personnels de direction et assimilés sont logés à Poissy ( [REDACTED] ), sept à Saint-Germain.

[1106] Ces logements sont la propriété de l'hôpital sauf pour deux d'entre eux :

- Celui occupé par [REDACTED], loué depuis de nombreuses années par l'établissement ;
- Celui occupé par [REDACTED], également loué depuis de nombreuses années.

[1107] Le chef d'établissement *pour la période février 2008-septembre 2009*, a également été logé dans un appartement loué par l'établissement. Cette décision a été validée par le conseil d'administration du 19 décembre 2007, au motif que tous les logements sur Saint Germain étaient occupés et que ceux sur Poissy l'étaient partiellement mais le seraient totalement dans les mois à venir, et compte tenu du souhait du directeur de résider sur Saint-Germain « pour des raisons professionnelles »<sup>205</sup> ; l'appartement de l'ancien directeur à Poissy était libre, mais le nouveau directeur justifie notamment son souhait de loger sur Saint-Germain par la volonté d'afficher une rupture avec une gestion précédente perçue comme très orientée vers Poissy ; son bureau « principal » étant à Poissy, son logement à Saint Germain serait selon lui de nature, symboliquement, à rassurer la communauté hospitalière saint-germanoise. Il occupe depuis octobre 2009 l'appartement libéré sur Saint Germain par la directrice des affaires médicales qui a quitté l'établissement, et qui est la propriété de l'établissement.

[1108] Le tableau ci-après récapitule sur la période 2005-2007 la liste des personnes logées et leur qualité de locataire (gratuit ou payant en fonction de leur situation dans l'établissement).

<sup>204</sup> De nouvelles dispositions résultent désormais du décret n°2010-30 du 8 janvier 2010 – Journal officiel du 10 janvier 2010

<sup>205</sup> Procès-verbal du CA du 19 décembre 2007

Tableau 65 : Evolution de l'occupation 2005-2009


Source : CHIPS – DRH

[1109] Les cadres et directeurs logés, en tenant compte des entrants et sortants, sont plus nombreux sur la période 2008-2009 que pendant la période précédente, puisqu'on été intégrés au tour de garde le nouvel attaché en charge de la gériatrie, le nouveau directeur des travaux, et le nouveau coordonnateur des soins. D'autres personnels participent au tour de gardes mais ne sont pas logés ; ils bénéficient d'une indemnité au titre de ses gardes.

[1110] [REDACTED] est le seul personnel ayant le statut d'attaché logé par nécessité absolue de service et inscrit sur la liste des gardes administratives. [REDACTED], attaché et également « directeur », ne l'est pas.

[1111] Les directeurs partants sont, à leur départ, maintenus dans leur logement pour préparer leur départ et déménagement, dans des conditions toutefois différentes :

- pour un temps plus ou moins long allant de 1 à 6 mois pour le plus long, durée qui paraît excessive;
- à titre gratuit pour deux d'entre eux, moyennant paiement d'un loyer pour les deux autres.

[1112] Il serait nécessaire, pour plus de lisibilité, d'homogénéiser les pratiques, sur la base d'une durée acceptable de 3 mois qui est d'ailleurs l'usage habituel, moyennant paiement d'un loyer et de charges par l'intéressé s'il quitte ses fonctions de directeur d'hôpital.

[1113] L'étude du calendrier des permanences administratives et du cahier de gardes sur 2005-2009 fait apparaître les éléments suivants :

- Les gardes et astreintes sont assez peu nombreuses par personne dans ce type d'établissement de taille déjà importante (moyenne de 6 par personne par an) ;
- Le cahier de garde est tenu de manière très inégale à quelques exceptions notables ; il ne se passe même rien pendant certaines gardes si l'on considère l'absence de toute mention,

parfois pendant plusieurs semaines de gardes successives ; dans de nombreux cas, la transcription des événements ne donne pas lieu à mention de l'action entreprise pour remédier au problème ; les feuilles volantes sont légion (ainsi toutes les gardes de l'une des directrices sont-elle hors cahier, agrafées ensemble pour toute la période 2005-2009, d'où une interrogation sur la date réelle de rédaction).

[1114] Si c'est la contrainte particulière du métier de directeur et la participation au tour de garde qui justifie l'attribution d'un logement de fonction, il faut sans aucun doute s'attacher à un formalisme plus convaincant.

**Recommandation n°71 : Tenir un cahier de gardes (éventuellement dématérialisé) qui permettent de tracer la réalité des gardes.**

## 2. LES AUTRES PERSONNELS LOGES

[1115] D'autres personnels sont logés, moyennant le paiement d'un loyer, par l'hôpital. La nouvelle équipe a remonté l'évaluation pour le loyer de 3 à 10€/m<sup>2</sup>, ce qui tout en restant inférieur aux loyers du parc social, s'en rapproche.

[1116] Le directeur des ressources humaines nous a précisé qu'il n'y a pas véritablement de critères pour l'attribution de ces logements ; il y a une approche sociale pour certains, notamment pour les chambres<sup>206</sup>, dont un grand nombre sont occupées par des agents de faibles revenus (ouvrier, ASH,...). Plusieurs sont en colocation ; quelques appartements sont occupés depuis très longtemps sur des critères initiaux « à orientation sociale » ; la situation a ensuite perduré, et le coût des loyers, sur Saint-Germain notamment, ne facilite pas la sortie. D'autres appartements servent de tampons ( ) ; mais certains appartements sont occupés par des cadres ou ingénieurs.

[1117] Cette absence de critères bien affichés pénalise au final l'établissement, qui ne maîtrise qu'imparfaitement son parc immobilier, tout en donnant l'impression d'un manque de lisibilité dans l'attribution.

[1118] En ces périodes de pénurie de personnel notamment infirmier, l'hôpital devrait s'engager sur une formalisation de critères d'attribution des logements avec une double entrée :

- La prise en compte de situations sociales,
- L'attractivité de l'établissement, en étant capable de proposer, dans des conditions à définir et pour de périodes limitées dans le temps, des logements aux personnels soignants,

Tout en poursuivant une politique de progression raisonnable et négociée de loyers.

**Recommandation n°72 : Mettre en place une véritable politique d'attribution des logements.**

---

<sup>206</sup> En dehors des chambres étudiantes

## Pièce jointe n°1 Récapitulatif du parc de logement

POISSY		
<i>Adresses</i>	<i>Type</i>	<i>surface habitable</i>
	T6	237,5
	T6	237,5
	T4	150,5
	T4	150,5
	T3	71
	T4	99
	T4	138,25
	T4	139,45
	T3	65,85
	garages	
	T2	
	T3	
	T4	
	NC	61
	T5	
SAINT-GERMAIN		
<i>Adresses</i>	<i>Type</i>	<i>surface habitable</i>
	T4	132
	<b>T4</b>	<b>116</b>
	T4	108
	T7	180
	T6	164
	12 chambres	
	3 T3	61
	2T4	75
	T5	126
	T4+2 caves	89,25
	T3+1cave	59,1
	studio	29,45
	T3	59,3
	studio	29,45
	T5+2caves	89,25
	T5+1 cave	89,25
	T2	49,15
	T3	60,7
	T3	60,7
	T4	71
	19 chambres	17,2
	T4	90,4
	19 chambres	12,45
	<b>T4</b>	<b>75</b>

Source : CHIPS – DAF décembre 2009 – en *italique* gras les logements loués par l'établissement

**Pièce jointe n°2 Logements occupés (hors directeurs et cadres)**

<b>NOMBRE DE PIECES</b>	<b>SUPERFICIE LOGEMENT</b>	<b>PRIX DU LOYER</b>
Chambre étudiante Infirmière	10 m <sup>2</sup>	100.00 €
Chambre	11 m <sup>2</sup>	82.82 €
Chambre	11 m <sup>2</sup>	88.63 €
Chambre	11 m <sup>2</sup>	88.63 €
Chambre	11 m <sup>2</sup>	82.82 €
Appartement en Colocation (F4)	75 m <sup>2</sup>	403.13 €
Appartement (studio)	30,40 m <sup>2</sup>	136.49 €
Chambre	11 m <sup>2</sup>	88.63 €
Chambre	11 m <sup>2</sup>	88.63 €
Chambre	11 m <sup>2</sup>	88.63 €
Appartement (studio)	30,40 m <sup>2</sup>	577.60 €
F5		328 €+ charges
Chambre	11 m <sup>2</sup>	82.82 €
Chambre	11 m <sup>2</sup>	88.63 €
F2		300,36 €+ charges
Chambre étudiante Infirmière	10 m <sup>2</sup>	100.00 €
Appartement (F4)	91,50 m <sup>2</sup>	293.75 €
Chambre	11 m <sup>2</sup>	88.63 €
Appartement (F3)	61,20 m <sup>2</sup>	367.20 €
Chambre	11 m <sup>2</sup>	82.82 €
Chambre	11 m <sup>2</sup>	88.63 €
Chambre	11 m <sup>2</sup>	88.63 €
Appartement (F3)	62 m <sup>2</sup>	637.57 €
Chambre étudiante Infirmière	10 m <sup>2</sup>	100.00 €
Appartement en Colocation (F3) - Elève Sage-Femme	61 m <sup>2</sup>	103,37 €+ charges
F4	75 m <sup>2</sup>	269.12 €
Chambre	11 m <sup>2</sup>	91.00 €
Chambre	11 m <sup>2</sup>	91.00 €
Chambre	11 m <sup>2</sup>	91.00 €
Chambre étudiante Infirmière	10 m <sup>2</sup>	100.00 €
Chambre	11 m <sup>2</sup>	88.63 €
Chambre	11 m <sup>2</sup>	88.63 €
Chambre	11 m <sup>2</sup>	88.63 €
Chambre étudiante Infirmière	10 m <sup>2</sup>	100.00 €
Pavillon		301,21 €
Chambre	11 m <sup>2</sup>	88.63 €
Chambre étudiante Infirmière	10 m <sup>2</sup>	100.00 €
Chambre	11 m <sup>2</sup>	88.63 €
Chambre étudiante Infirmière	10 m <sup>2</sup>	100.00 €
F4		463,19 €Charges Comprises
Chambre	11 m <sup>2</sup>	91.00 €
Appartement (studio)	27,73 m <sup>2</sup>	277.65 €
Chambre étudiante Infirmière	10 m <sup>2</sup>	100.00 €
Chambre	11 m <sup>2</sup>	88.63 €
Chambre	11 m <sup>2</sup>	88.63 €
Chambre	11 m <sup>2</sup>	88.63 €

Appartement (studio)	27,73 m <sup>2</sup>	277.65 €
Appartement (F3)	62 m <sup>2</sup>	637.57 €
Appartement (F4)	92,65 m <sup>2</sup>	741.20 €
Chambre	11 m <sup>2</sup>	88.63 €
Appartement en Colocation (F3) - Elève Sage-Femme	61 m <sup>2</sup>	103,37 €+ charges
Chambre	11 m <sup>2</sup>	82.82 €
Chambre étudiante Infirmière	10 m <sup>2</sup>	100.00 €
Chambre	11 m <sup>2</sup>	88.63 €
Chambre	11 m <sup>2</sup>	82.82 €
Chambre étudiante Infirmière	10 m <sup>2</sup>	100.00 €
Chambre	11 m <sup>2</sup>	88.63 €
Appartement en Colocation (F3)	61 m <sup>2</sup>	403.13 €
Chambre étudiante Infirmière	10 m <sup>2</sup>	100.00 €
Appartement en Colocation (F4)	80 m <sup>2</sup>	309.77 €
Chambre étudiante Infirmière	10 m <sup>2</sup>	100.00 €
Chambre	11 m <sup>2</sup>	82.82 €
Chambre	11 m <sup>2</sup>	88.63 €
F5		536,58 €Charges Comprises
Appartement (F4)	71 m <sup>2</sup>	230.28 €
Chambre	11 m <sup>2</sup>	88.63 €

Source : CHIPS - DRH- «février 2010)

## Annexe 7 : Analyse des comptes et de la situation financière de 2005 à 2009

<b>1. INTRODUCTION.....</b>	<b>268</b>
<b>2. LA PERIODE 2005-2007 : UN DEFICIT STRUCTUREL ANCIEN MASQUE PAR LE CREF ET DES DERIVES BUDGETAIRES CROISSANTES .....</b>	<b>270</b>
2.1. <i>Un CREF défaillant qui participe à l'aggravation de la situation financière de l'établissement.....</i>	<i>270</i>
2.2. <i>Des dérives budgétaires croissantes masquant la réalité du déficit.....</i>	<i>278</i>
<b>3. UNE DIRECTION PEU INVESTIE FACE A LA SITUATION FINANCIERE DEGRADEE DE L'ETABLISSEMENT.....</b>	<b>286</b>
3.1. <i>Une direction des affaires financières défaillante.....</i>	<i>286</i>
3.2. <i>Un chef d'établissement qui n'a pas investi et soutenu la direction des finances à la hauteur des enjeux financiers .....</i>	<i>290</i>
<b>4. UNE PRODUCTIVITE GLOBALE MEDIOCRE ET UNE SITUATION FINANCIERE MASQUEE ET FORTEMENT DEGRADEE AU 31 DECEMBRE 2007 .....</b>	<b>292</b>
4.1. <i>Un établissement mal positionné, une productivité globale faible .....</i>	<i>292</i>
4.2. <i>Un bilan à fin 2007 qui ne permet plus à l'établissement de financer l'investissement....</i>	<i>292</i>
<b>5. LA PERIODE 2007-2009 : UNE AMELIORATION INCONTESTABLE MAIS EGALEMENT FRAGILE DU DEFICIT REEL .....</b>	<b>296</b>
5.1. <i>Le nouveau directeur arrive dans un contexte de grande tension et évoluant financièrement au jour le jour.....</i>	<i>296</i>
5.2. <i>2008 : une année consacrée à l'élaboration du PREF et à la mise en place des outils de pilotage médico-économique.....</i>	<i>298</i>
5.3. <i>2009 : des résultats financiers très encourageants mais exclusivement fondés sur la régularisation de la valorisation de l'activité et la maîtrise des dépenses de personnels, l'établissement ne respectant qu'en partie les engagements du PREF pour l'exercice 2009... 308</i>	<i>308</i>
5.4. <i>L'absence d'un véritable suivi du PREF : un suivi exclusivement financier.....</i>	<i>322</i>
5.5. <i>Un déficit respecté mais qui reste fragile .....</i>	<i>323</i>
5.6. <i>Une situation patrimoniale très précaire.....</i>	<i>324</i>
<b>6. DES INCERTITUDES SUR LA FAISABILITE DU PREF .....</b>	<b>327</b>
6.1. <i>La diminution des recettes d'activité entre 2007 et 2009 est préoccupante pour la poursuite du PREF .....</i>	<i>327</i>
6.2. <i>L'axe 2 du PREF n'est pas mis en œuvre en 2009.....</i>	<i>329</i>
6.3. <i>De forts doutes sur la faisabilité du PREF à horizon 2011 .....</i>	<i>331</i>
<b>7. RECOMMANDATIONS .....</b>	<b>335</b>

## 1. INTRODUCTION

[1119] Les centres hospitaliers de Poissy et de Saint Germain en Laye ont fusionné juridiquement le 1er mai 1997. Les fusions juridique et financière ont été achevées le 1er janvier 1998.

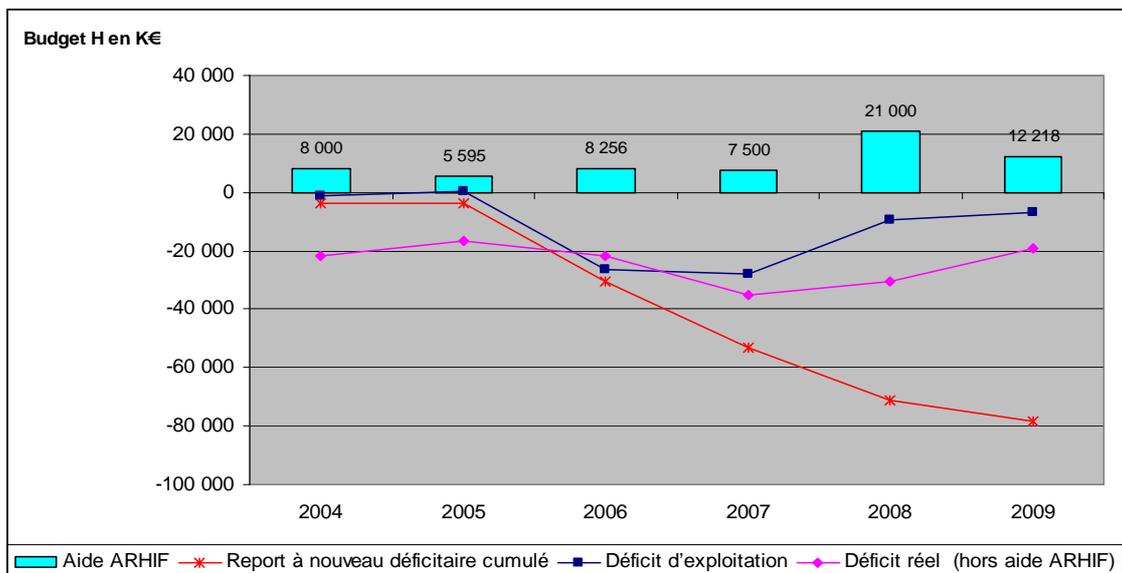
[1120] Le centre hospitalier intercommunal de Poissy-Saint Germain (CHIPS) est actuellement l'établissement public de santé (hors AP-HP) le plus important de la région Ile-de-France en terme de budget (avec 242,8 M€ en 2009) ; mais aussi l'un des établissements de la région qui connaît les plus grandes difficultés financières : 9,6M€ de déficit en 2008 et 6,9M€ estimés en 2009<sup>207</sup>, 30,6M€ de déficit structurel c'est-à-dire hors aides contractuelles de l'ARHIF en 2008 et 19,2M€ estimés en 2009, enfin un déficit cumulé de 78,5M€ estimés à fin 2009.

Tableau 66 : Evolution du résultat et du report à nouveau déficitaire sur la période 2004-2009

Budget H (en €)	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Déficit d'exploitation	-1 378 903	128 851	-26 172 099	-27 739 334	-9 611 088	-6 941 369
Déficit réel (hors aide ARHIF)	-21 578 490	-16 421 624	-21 772 674	-35 299 519	-30 611 088	-19 159 374
Report à nouveau déficitaire cumulé	-3 710 694	-3 546 911	-30 410 181	-53 159 047	-71 375 116	-78 544 676
Aide ARHIF	8 000 000	5 595 400	8 256 500	7 500 000	21 000 000	12 218 005

Source : IGAS - Comptes financiers 2004 à 2008. Pour l'année 2009, données de l'établissement au 15/02/2010 – données retraitées par la mission.

Graphique 24 : Evolution du déficit d'exploitation et du déficit réel (hors aide ARHIF) sur la période 2004-2009 (en K€)



Source : IGAS - Comptes financiers 2004 à 2008 et données CHIPS 2009 traités par la mission

<sup>207</sup> Estimation du déficit 2009 sur la base des données actualisées de l'établissement au 15/02/2010. Ces chiffres ont été présentés en conférence budgétaire à l'ARHIF le 2 février 2010.

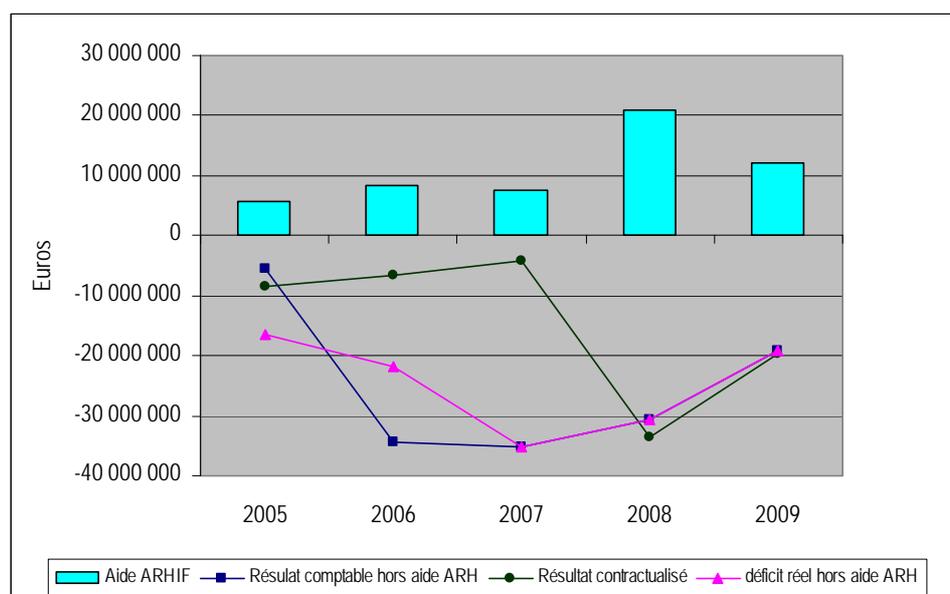
Tableau 67 : Evolution de la structure des charges et recettes et du résultat hors aide ARHIF comparé au résultat contractualisé avec la tutelle

En €	2005	2006	2007	2008	2009
Total charges	224 010 211	253 149 101	249 107 615	253 580 805	249 809 167
Total produits hors aides	218 543 662	218 720 502	213 868 281	222 969 717	230 649 793
Aides ARHIF	5 595 400	8 256 500	7 500 000	21 000 000	12 218 005
<b>Résultat hors aide</b>	<b>-5 466 549</b>	<b>-34 428 599</b>	<b>-35 239 334</b>	<b>-30 611 088</b>	<b>-19 159 374</b>
Résultat contractualisé	-8 559 000	-6 526 000	-4 191 000	-33 663 341	-19 572 703

Source : Données CHIPS (comptes financiers 2005 à 2008 et données de la DFI au 15/02/2010 pour l'exercice 2009)

[1121] Nous avons établi la structure des charges et produits du CHIPS sur la période 2005-2009 sur la base des comptes financiers 2005 à 2008 et des données financières 2009 du CHIPS à la date du 15/02/2010. Celle-ci est présentée en pièce jointe 7-1 « comptes financiers 2005-2009 ».

Graphique 25 : Comparaison du résultat comptable hors aide ARHIF/ déficit réel hors aide ARHIF/ résultat contractualisé dans les plans de retour à l'équilibre financier



Source : IGAS

[1122] La présente annexe présente l'évolution de la situation budgétaire et financière du CHIPS sur la période 2005-2009 sachant :

- que la direction des affaires financières (DAF) a été dirigée par deux directrices successives sur la période : [ ] de 1997 au 1<sup>er</sup> novembre 2007 et [ ] depuis le 1<sup>er</sup> avril 2008, cette dernière ayant été mise à disposition du CHIPS entre le 1<sup>er</sup> octobre 2007 et sa date de prise de fonction;
- que l'établissement a connu un changement de direction le 15 octobre 2007, M. [ ] remplaçant M. [ ]. A noter qu'entre le départ de M. [ ] le 1<sup>er</sup> mai 2007 et l'affectation officielle de M. [ ], l'intérim a été effectué par M. [ ], directeur du CH [ ] ;

- que M. [REDACTED] a continué, sur sa demande et en accord avec l'agence régionale de l'hospitalisation de l'Ile de France (ARHIF), à effectuer l'intérim de son ancien établissement, le centre hospitalier de Saint Denis, jusqu'au 1<sup>er</sup> juin 2008 ;
- que le CHIPS a fait l'objet d'un contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) pour la période 2004-2008, signé le 3 décembre 2004, puis d'un plan de retour à l'équilibre financier (PREF) pour la période 2008-2011, signé le 16 décembre 2008.

[1123] C'est pourquoi, compte tenu de la conjonction entre les périodes de contractualisation financière de l'établissement avec la tutelle et les changements à la fois de direction et de réorganisation de la direction des finances, cette annexe analysera successivement la situation budgétaire et financière de l'établissement :

- sur la période 2005-2007, caractérisée par une dégradation progressive et relativement masquée du résultat et de la situation patrimoniale,
- sur la période 2007-2009, caractérisée par une forte diminution du déficit de 46%.

[1124] Par ailleurs, seul le budget principal de l'hôpital (budget H) sera examiné, les neuf budgets annexes de l'hôpital<sup>208</sup> représentant des montants marginaux au regard du budget de l'hôpital. En effet, le budget H représente 92% des produits et des charges et plus de 98% du déficit.

## **2. LA PERIODE 2005-2007 : UN DEFICIT STRUCTUREL ANCIEN MASQUE PAR LE CREF ET DES DERIVES BUDGETAIRES CROISSANTES**

### ***2.1. Un CREF défaillant qui participe à l'aggravation de la situation financière de l'établissement***

#### **2.1.1. La situation financière au 1<sup>er</sup> janvier 2005**

[1125] La baisse continue de l'activité de l'établissement depuis 2001, qui allait de fait accentuer le manque à gagner de l'établissement lors de la mise en place de la tarification à l'activité (T2A), et sa situation financière très dégradée (cumul des déficits et des reports de charges de 18,9M€ à la fin de l'année 2003) ont conduit le CHIPS à conclure avec l'ARHIF un contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) en décembre 2004, en lien avec le projet médical de deuxième génération voté par l'établissement en juillet 2004.

[1126] Ainsi, dès la fin de l'année 2004, la situation financière très difficile de l'établissement est précisément connue de la direction et de la tutelle. Le diagnostic financier préalable à la signature du CREF faisait état d'une part, d'un déficit cumulé de 4,8M€ et surtout d'autre part, d'un report de charges à hauteur de 14,1M€ constitué à 100% du non paiement de la taxe sur les salaires depuis 2002.

[1127] Lors de sa signature le 3 décembre 2004, la réussite du CREF reposait alors sur une restructuration du site de Saint-Germain-en-Laye et la reconstruction du site de Poissy dans les meilleurs délais, ce qui devait permettre aux acteurs hospitaliers de se mobiliser, et à l'outil de production de connaître une rationalisation effective.

[1128] Les simulations de l'époque incluant les mesures de productivité de l'établissement et une aide de la tutelle à hauteur de 19M€ indiquaient un quasi retour à l'équilibre de l'établissement en 2008 avec un déficit résiduel de l'ordre de -1,2M€. L'apurement du report à nouveau déficitaire (stock des déficits cumulés depuis 2003) restant à la charge de l'établissement.

---

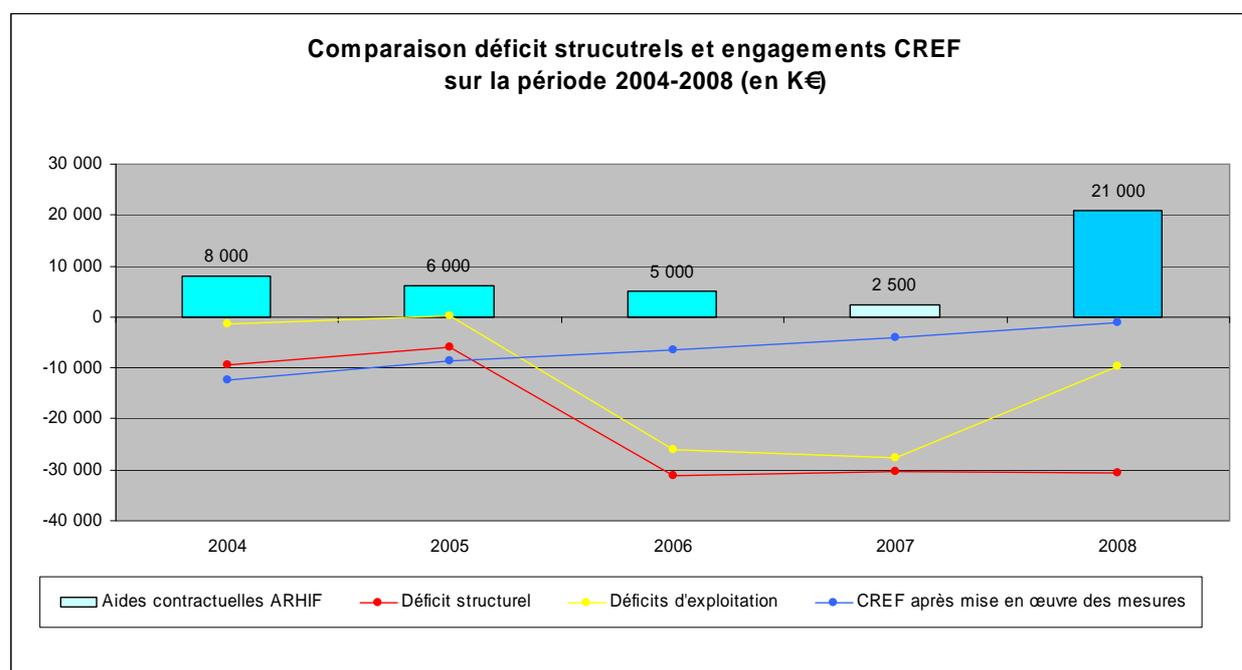
<sup>208</sup> Les budgets annexes sont : la dotation non affectée, le budget regroupant l'ensemble des écoles et instituts de formation des professionnels paramédicaux et sages femmes et sept structures pour personnes âgées.

Tableau 68 : Simulation financière pluriannuelle avant et après mise en œuvre du CREF

En K€	Fin 2003	2004	2005	2006	2007	2008
Résultats d'exploitation avant plan		-12 259	-12 744	-14 130	-15 522	-16 920
Résultat d'exploitation après plan		-12 259	-8 559	-6 526	-4 191	-1 113
Engagements de l'ARHIF		+ 8 000	+ 6 000	+ 5 000		
Résultat cumulé final	-18 914	-23 173	-25 732	-27 258	-31 449	-32 562

Source : CREF 2004-2008

Graphique 26 : Plan de financement du CREF



Source : ARHIF

### 2.1.2. Le contrat de retour à l'équilibre financier est construit sur des hypothèses très favorables :

[1129] Le CREF 2004-2008 comprend 8 mesures générales reposant sur un plan d'économies durables d'une part et une amélioration de la performance des services d'autre part, dont les déterminants financiers sont détaillés en PJ 7-2. Le CREF étant signé en décembre 2004, l'année 2004 est une année « blanche » en terme d'impact financier, sauf en ce qui concerne l'aide de l'ARHIF à hauteur de 8M€. Sur la période 2005 à 2008, le CHIPS s'est essentiellement engagé à :

1. augmenter ses recettes de groupe 1 de +21,9M€ en valeur cumulée sur la totalité de la période, en partant d'une hypothèse d'une reprise puis d'une **augmentation d'activité de +15% en 4 ans.**
2. diminuer ses dépenses de -15,5M€ en valeur cumulée sur la totalité de la période, notamment en diminuant drastiquement ses dépenses de gardes et astreintes de -1,5M€, ses dépenses de personnel médical de -3,2M€ et de personnel non médical de -4,2M€. Est également prévu un effort de rationalisation de la politique d'achats pour un montant de -1,8M€

### 2.1.3. La réussite apparente du CREF est due à une pratique intensive des reports de charges jusqu'en 2006.

[1130] En apparence et dans sa globalité, le CREF est suivi et réalisé en 2004 et 2005, puisque le résultat « contractualisé » est respecté et atteint même un léger excédent de 128K€ en 2005 alors que le déficit contractualisé est de - 8,6M€

Tableau 69 : Comparaison des simulations financières du CREF et des résultats effectifs sur la période 2005-2007

En K€		2004	2005	2006	2007
CREF	Résultats d'exploitation avant plan	-12 259	-12 744	-14 130	-15 522
	<b>Résultat d'exploitation contractualisé</b>	<b>-12 259</b>	<b>-8 559</b>	<b>-6 526</b>	<b>-4 191</b>
	<i>Aide ARHIF</i>	+ 8 000	+ 6 000	+ 5 000	
	Résultat cumulé	-23 173	-25 732	-27 258	-31 449
Comptes financiers	<b>Résultat d'exploitation réalisé hors aide ARHIF</b>	<b>- 9 378</b>	<b>- 5 466</b>	<b>-34 429</b>	<b>-35 239</b>
	<i>Aide ARHIF</i>	+8 000	+ 5 595	+ 8 256	+ 7 500
	<b>Résultat d'exploitation comptable</b>	<b>-1 379</b>	<b>+128</b>	<b>-26 172</b>	<b>-27 739</b>
	Résultat cumulé	-23 173	-23 045	-49 217	-76 956

Source : CREF 2004-2008 et comptes financiers 2004 à 2007

[1131] En réalité, alors que le CREF avait été mis en place en partie pour supprimer progressivement les reports de charges<sup>209</sup> et déficits cumulés par l'établissement<sup>210</sup> et permettre d'assainir sa gestion financière, le CHIPS a maintenu, au contraire de tout principe de bonne gestion et de sincérité des comptes, sa pratique des reports de charge.

[1132] Ainsi, la taxe sur les salaires des exercices 2003, 2004 et 2005 du budget principal (budget H de l'hôpital) n'a pas été mandatée sur les exercices correspondants mais systématiquement reportée pour un montant atteignant 23,3M€ fin 2006. Le CHIPS a alors un taux de report de charges sur exercices antérieurs de 4,2%<sup>211</sup> le plaçant dans les 10% des hôpitaux publics les moins performants, la médiane étant à 0,3%. Certes, la pratique des reports de charges était tolérée à la marge pour les établissements publics de santé avant 2006. Néanmoins, cette pratique intensive des reports de charge et le montant atteint (plus de 10% des dépenses en 2006) démontrent d'une part l'incapacité de la direction à équilibrer son budget et à maîtriser ses dépenses, et mettent nettement en cause d'autre part la sincérité de la gestion du directeur<sup>212</sup>.

<sup>209</sup> Les charges ainsi engagées mais non mandatées ne faisaient pas l'objet de rattachement budgétaire et comptable à l'exercice en cours

<sup>210</sup> L'aide de 8M€ de l'ARHIF fin 2004 vient ainsi aider à l'apurement des reports de charges portant sur la taxe sur les salaires à hauteur de 57%. Le rapport de présentation du compte administratif 2005 par la direction des affaires financières examiné lors du conseil d'administration du 28 juin 2006 indique très explicitement que l'aide ARH reçue est destinée à l'apurement des arriérés de taxes sur les salaires. On ne peut que constater que cette aide financée par l'ARH a été détournée de son affectation.

<sup>211</sup> Le taux de report de charges est un indicateur du « diagnostic flash », outil développé par la DHOS qui permet d'obtenir grâce à une série d'indicateurs une représentation de la situation d'un établissement et d'en détecter les principales difficultés. Cet indicateur est le % des reports de charges sur les charges d'exploitation de l'année.

<sup>212</sup> Il paraît surprenant que cette constance dans le report n'ait pas alerté les autorités de tutelle ou de contrôle.

Tableau 70 : Report de charges de la taxe sur les salaires sur la période 2001-2006

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
TS non mandatées sur l'ex.	1 424 174 €	7 465 940 €	10 287 223 €	10 299 587 €	9 350 929 €	
Taxes sur salaires 2001		-1 424 174 €				
Taxes sur salaires 2002				-7 465 940 €		
Taxes sur salaires 2003				-534 060 €	-6 091 254 €	-3 661 909 €
Taxes sur salaires 2004						-10 299 587 €
Taxes sur salaires 2005						-9 350 929 €
<b>Effet sur l'exercice concerné</b>	<b>1 424 174 €</b>	<b>6 041 766 €</b>	<b>10 287 223 €</b>	<b>2 299 587 €</b>	<b>3 259 675 €</b>	<b>-23 312 425 €</b>

Source : Données CHIPS

- [1133] A la décharge de la direction des affaires financières, celle-ci faisait état de ces reports de charges dans ses rapports de présentation du compte administratif devant le conseil d'administration<sup>213</sup> et lors des réunions de suivi du CREF à l'ARHIF. Pour l'exercice 2005, l'établissement fait ainsi état d'un solde déficitaire réel, taxes incluses, de -9,4M€ et d'un écart au déficit contractualisé de 538K€<sup>214</sup>.
- [1134] Pour autant, cette « transparence » n'apparaît pas dans les comptes financiers qui restent le premier outil de pilotage budgétaire et financier tant pour la direction que la tutelle. Les comptes du CHIPS s'en trouvaient artificiellement améliorés, notamment pour ce qui concerne le résultat et la trésorerie.
- [1135] La réforme du régime budgétaire et comptable des établissements de santé et la mise en place de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) en 2006, a eu pour conséquence d'interdire cette pratique, obligeant le CHIPS à faire apparaître la totalité de ses charges. Ainsi, le montant de la taxe sur les salaires non mandatée - 23,3M€- est-il imputé dans sa totalité sur l'exercice comptable 2006, révélant l'ampleur du déficit réel qui atteint -26M€alors que le déficit contractualisé est fixé à -6,5M€
- [1136] La brusque dégradation du résultat entre 2005 et 2006 passant d'un excédent de 128K€ à un déficit de -26M€n'est donc pas dû à un évènement inhérent à l'exercice 2006 mais à une dégradation progressive du rapport entre charges et produits depuis 2002, atténuée par l'aide conjoncturelle du CREF.
- [1137] A cet égard, les résultats d'exploitation 2004 et surtout 2005, totalement déconnectés des prévisions du CREF, auraient dû alerter sur l'incongruité des montants atteints dans les comptes financiers. **Mais la direction du CHIPS comme la tutelle se félicitent en conseil d'administration ou en réunion de suivi du CREF du fait que les objectifs financiers sont atteints de manière globale, essentiellement grâce à une reprise d'activité<sup>215</sup> déclarée par l'établissement.**

<sup>213</sup> Extrait du rapport de présentation du compte administratif 2005 présenté en CA du 28/06/06 : « cette année aussi, le CH n'a pas mandaté l'ensemble de ses dépenses, et c'est encore au détriment de la taxe sur les salaires de l'exercice que la restriction s'est portée. L'hôpital, au titre d'une année, doit plus de 10M€de taxes sur salaires. Malgré un acompte de 800K€ c'est donc 9M€qu'il doit encore au titre de 2005. Diverses raisons, malgré les efforts de tous, ont contribué à cet état de fait. »

<sup>214</sup> Document de présentation du CHIPS « Réunion CREF/ARH » du 14 décembre 2005. Un compte rendu interne de la DDASS en date du 5 mai 2006 constate la réalité de ces montants.

<sup>215</sup> Source : comptes rendus des réunions de suivi du CREF du 8 novembre 2005 et du 18 octobre 2006.

[1138] Pour 2006, l'argument souvent réitéré, notamment auprès de la tutelle, consiste à dire que le retraitement de l'exercice - en supprimant le paiement de la taxe sur les salaires due au titre des exercices antérieurs estimé alors à 19,6M€ - conduit à un résultat déficitaire respectant le CREF : cet argument ne tient pas. En effet, même en retraitant l'exercice 2006, le résultat déficitaire reste de -11,1M€ hors aide ARHIF (34,4-19,6), loin de l'objectif de -6,5M€

[1139] **A cet égard, le compte financier 2006 présenté par la DAF, qui fait état d'un déficit retraité de - 6,521M€** (en soustrayant au déficit comptable de -26,17M€ les 19,6M€ de taxes sur les salaires 2004 et 2005) **respectant le** déficit contractualisé de -6,526M€, est manifestement            faussé dans ses conclusions, en ce qu'il compare un résultat comptable comprenant l'aide CREF et les aides supplémentaires de l'ARH avec un résultat contractualisé hors aide CREF.

[1140] Et en tout état de cause, cela ne modifie pas le déficit cumulé qui atteint -49,2M€, soit 22M€ de plus que l'objectif inscrit au CREF. **L'exercice 2006 n'échappe donc pas, malgré la charge exceptionnelle qui pèse sur cet exercice, à l'absence de mise en œuvre des mesures du CREF.**

[1141] L'examen détaillé, mesure par mesure, de l'exécution du CREF démontre très vite l'incapacité de l'établissement à suivre le plan financier contractualisé avec la tutelle. Les recettes supplémentaires et les économies de dépenses attendues ne sont pas respectées. L'établissement ne fournit aucun effort réel, ni en matière de dépenses de personnel qui augmentent de +4,9M€ entre 2005 et 2007, ni en matière de développement d'activité dont les recettes diminuent de -3,5M€ sur cette même période.

#### 2.1.4. Malgré un réel accompagnement par la tutelle, la direction du CHIPS n'a pas mis en œuvre les mesures du CREF

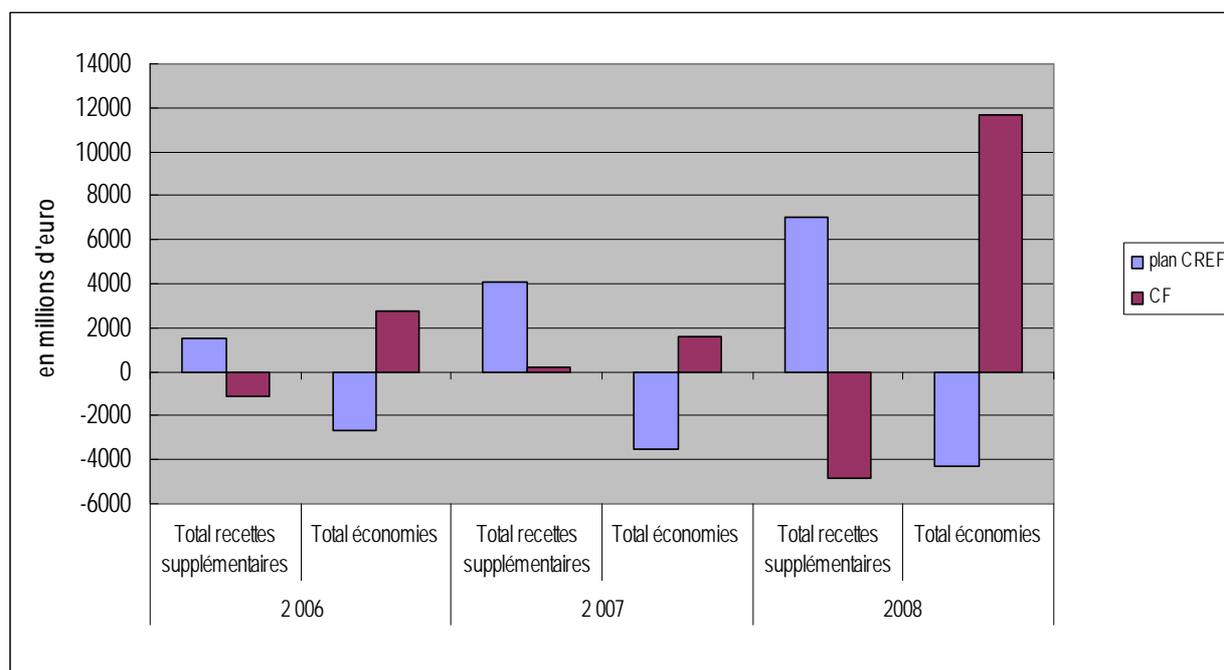
[1142] Les objectifs financiers du CREF en termes de reprise d'activité ou de rationalisation des dépenses (cf. PJ 7-2) ne sont quasiment jamais respectés exercice après exercice comme le montre le tableau suivant.

Tableau 71 : Comparaison entre le plan financier du CREF en termes de recettes supplémentaires et d'économies attendues et les résultats effectifs par titre issus des comptes financiers

	2005/2004		2006/2005		2007/2006	
	plan CREF	gains/économies réalisés	plan CREF	gains/économies réalisés	plan CREF	gains/économies réalisés
<b>Gains de recettes attendues</b>						
Produits de groupe 1	+1 369	+1 694	+3 695	- 1 464	+6 570	-3 689
Produits de groupe 2	0	+1 181	+156	+3 339	+156	-200
Produits de groupe 3	+175	-4 013	+235	-1 699	+298	-963
<b>Total recettes supplémentaires</b>	<b>+1 544</b>	<b>-1 138</b>	<b>+4 086</b>	<b>176</b>	<b>+7 024</b>	<b>-4 852</b>
<b>Ecart à l'objectif</b>		<b>2 682</b>		<b>3 910</b>		<b>11 876</b>
<b>Economies de dépenses attendues</b>						
Dépenses de groupe 1	-2 412	-1 660	-3 114	1 125	-3 768	5 468
dépenses de groupe 2	-34	2 003	-209	894	-344	1 129
dépenses de groupe 3	-195	2 433	-195	-431	-195	5 072
<b>Total économies</b>	<b>-2 641</b>	<b>2 776</b>	<b>-3 518</b>	<b>1 588</b>	<b>-4 307</b>	<b>11 669</b>
<b>Ecart à l'objectif</b>		<b>5 417</b>		<b>5 106</b>		<b>15 976</b>

Source : CREF 2004-2008 et comptes financiers 2004 à 2008

Graphique 27 : Comparaison CREF/ réalisé CHIPS sur la base des comptes financiers (CF)



[1143] Les mesures correspondantes à ces objectifs financiers, telles que la diminution des gardes et astreintes, le gel d'ETP, la rationalisation des dépenses alimentaires... sont peu ou pas appliquées. Elles sont systématiquement reportées ou revues à la baisse lors des réunions de suivi du CREF.

[1144] En outre, lorsque certaines mesures sont lancées, l'établissement n'a pas une vision précise de leur réalisation et ne sait pas, en particulier, quel est le niveau réel des économies réalisées.

[1145] Certaines atypies, remarquables dès 2005, telles que un surplus non prévu de recettes de groupe 2 de +1,2M€ par rapport à 2004 ou un déficit de recettes de groupe 3 de -4M€ alors que le gain contractualisé dans le plan financier est de +175K€, démontrent sans aller plus loin que **le CREF 2004-2008 a été établi sur des bases peu travaillées et étayées.**

[1146] Ainsi, il est remarquable de constater que :

1. les gains de recettes attendues par une reprise de l'activité et contractualisés dans le CREF à hauteur de +12,6M€ sur la période 2005-2007 donnent lieu en fait à une perte de recettes de -5,8M€;
2. la politique de rationalisation des dépenses de personnel et des achats qui devaient permettre une économie de -10,4M€ sur la période 2005 à 2007 aboutit en réalité à une augmentation des dépenses de +16M€

[1147] La situation est connue de la tutelle qui tente d'apporter les corrections nécessaires, sans jamais réellement imposer, en contrepartie de l'aide financière versée, les économies et réorganisations qui ont été contractualisées. Ainsi, dès juillet 2005, l'ARH déplore que les objectifs en matière d'ajustement des effectifs médicaux ne soient pas réalisés. Elle demande à l'établissement « *de mettre en place des outils de planification et une démarche stratégique, ainsi qu'une étude globale sur l'absentéisme et des propositions de solutions* », recommandations qui ne seront pas suivies par le CHIPS. En novembre 2005, l'ARH rappelle encore que « *la philosophie du CREF impose... de pouvoir étudier l'évolution du budget dans sa globalité* » et déplore « *qu'à défaut de données chiffrées, cet examen n'ait pu être effectué* ». En mars 2006, l'ARH regrette également que « *les propositions présentées par l'établissement ne soient jamais discutées préalablement en interne* »<sup>216</sup>.

<sup>216</sup> Cf. notes de comptes rendus de suivi du CREF du 21 juillet 2005, du 8 novembre 2005 et du 14 mars 2006

[1148] **De ce point de vue, la DDASS semble avoir davantage conscience de la situation réelle de l'établissement.** Elle indique dans ses comptes rendus internes ainsi que dans une note adressée à l'ARH<sup>217</sup> la réalité de la situation financière de l'établissement, la DDASS semble ainsi être la seule à prendre en compte le montant, outre la taxe sur les salaires, les créances irrécouvrables admises en non valeur et non apurées. Toutefois, comme l'ARH et la direction de l'établissement, elle reste dans une position relativement « optimiste ».

### 2.1.5. Un CREF inefficace et extrêmement dispendieux

[1149] Il apparaît évident que le CHIPS n'a respecté facialement le CREF, alors même qu'il n'a pas ou peu lancé les mesures prévues au contrat, qu'en ayant des pratiques budgétaires douteuses, à la limite de la sincérité.

[1150] Le CHIPS faisait état régulièrement lors des réunions de suivi du CREF d'une hausse constante de l'activité fondée sur les seuls chiffres du nombre d'entrées MCO en augmentation, sans faire la corrélation avec les montants de recettes valorisées. Les données en volume, +15,43% des entrées MCO entre 2004 et 2006, étaient dissociées de leur valeur en montant<sup>218</sup>. De même, le CHIPS se targue encore en 2007 de dépasser les objectifs du CREF en termes de reprise d'activité, comme le montre l'extrait suivant du rapport préliminaire de l'EPRD 2007 en date du 19 octobre 2006 :

*« S'il y a un domaine où le Centre Hospitalier peut se targuer d'avoir atteint voire dépassé les objectifs du CREF, c'est bien l'activité.*

*Le CREF signé le 03.12.2004 prévoyait une augmentation d'activité en valeur v9 de +14% fin 2008.*

*Dès 2005, l'activité valorisée hospitalisés & externes (hors MO-DMI) de l'établissement enregistrait une hausse de +12.1%.*

*En 2006, compte tenu des réalisations du 1er semestre, la croissance cumulée serait de +16.3% sur le CREF.*

*La visualisation de l'activité hospitalisée au travers des entrées, permet de conforter cette progression :*

	2004	2005	2006	
<i>Entrées MCO à fin</i>	30 308	34 500	35 455	
		4 192	955	5 147
		13,83%	2,77%	16,98%
<i>dont entrées directes</i>	26 216	29 373	29 963	
		3 157	590	3 747
		12,04%	2,01%	14,29%

[1151] En réalité, les données E PMSI montre que l'activité en nombre de RSA n'augmente en réalité que +2,51% et les montants valorisés 100% T2A de +1,76% entre 2005 et 2006.

[1152] Ce qui démontre le retard de l'établissement dans la compréhension et la mise en œuvre de la T2A et des outils de pilotage médico-économiques.

[1153] La direction de l'établissement, et particulièrement le directeur du CHIPS, ne s'est manifestement pas investie dans le CREF à la hauteur des enjeux financiers qu'il représentait. Pire, la direction a toujours affiché, à l'encontre de toute analyse objective et simple des résultats financiers, que les réorganisations, les économies de dépenses de personnels ou la rationalisation des achats étaient mis en œuvre et portaient leurs effets.

<sup>217</sup> Note DDASS à l'ARHIF en date du 27 octobre 2006.

<sup>218</sup> Cf. rapports de présentation du CHIPS : réunion CREF avec l'ARH du 18 octobre 2006

- [1154] A titre d'exemple, la direction des ressources humaines annonce systématiquement dans ses rapports de présentation du suivi du CREF une baisse des ETP en déconnectant ce suivi des ETP de la masse salariale en constante augmentation. Le suivi des ETP ainsi que le montant de la masse salariale par exercice ne sont à aucun moment détaillés ou expliqués par la direction des ressources humaines à la tutelle.
- [1155] De manière générale, si le CHIPS fournit des rapports de présentation de suivi du CREF à la demande de l'ARH, ces documents ne comportent ni chiffrage par mesure, ni analyse détaillée des comptes, ni description précise des actions qui seront mises en œuvre.
- [1156] Encore en octobre 2006, alors que l'EPRD initial prévoyait un déficit de -13,2M€ la direction du CHIPS indique à l'ARH<sup>219</sup> que l'objectif d'un déficit à -6,5M€ serait respecté fin 2006. Ceci ne peut s'expliquer que par une méconnaissance voire un aveuglement de l'équipe de direction sur la réalité des dépenses et des recettes issues d'une activité sous-valorisée, ou par une volonté délibérée de masquer la dégradation financière de l'établissement.
- [1157] **L'établissement a, en réalité, toujours compté sur une aide supplémentaire de l'ARH pour respecter le déficit contractualisé.** En 2006, lors de la présentation de l'EPRD en conseil d'administration, Mme [REDACTED], directrice des finances, propose pour respecter le déficit contractualisé, d'une part, de façon totalement irréaliste, une rationalisation des dépenses de -3,8M€ en un an et d'autre part, de façon étonnamment naturelle, d'obtenir une « rallonge » de l'ARH dans le cadre de l'enveloppe MIGAC à hauteur +2,7M€ au-delà des 5M€ d'aide déjà prévus. L'EPRD sera exécuté tout au long de l'exercice 2006 sur cette base, mettant la tutelle devant le fait accompli.
- [1158] Suivant une logique complètement renversée, ce sont donc des aides supplémentaires de l'ARH qui doivent aider l'établissement à respecter le CREF et non le respect a priori du CREF qui pourrait conditionner celles-ci.
- [1159] **L'ARH a versé en 2006 et 2007 des aides supplémentaires aux aides initiales du CREF (19M€) à hauteur de 10,4 M€** pour apurement du passif, aide exceptionnelle de fin d'année, apurement des créances irrécouvrables et soutien financier. L'ARH a financé une aide de 29,4M€ en trois ans, entre décembre 2004 et décembre 2007.
- [1160] Les aides versées par l'ARH dont l'objectif était clairement de permettre l'assainissement des reports de charges et des déficits cumulés<sup>220</sup> ont été détournées de leur affectation par l'établissement. Ces aides ont simplement permis au CHIPS d'éviter de prendre les mesures drastiques prévues par le CREF notamment en matière de diminution de la masse salariale.
- [1161] Ainsi, bien que la tutelle ait mis en place un réel suivi du CREF<sup>221</sup>, la mise en œuvre du contrat par le CHIPS n'échappe pas aux constats effectués par la mission IGAS réalisée en 2007 relative au contrôle des mesures prises dans le cadre des contrats de retour à l'équilibre (CRE) par des hôpitaux "perdants" à la T2A, à savoir :
1. de façon globale, le CREF a davantage servi à faire face à une crise financière de court terme qu'à engager l'établissement dans une démarche durable d'amélioration de l'efficacité,
  2. le diagnostic pré-CREF est largement handicapé par l'absence d'analyse de la performance médico-économique,

<sup>219</sup> Document de présentation du CHIPS de suivi du CREF pour la réunion CREF/ARH du 18 octobre 2006.

<sup>220</sup> Extrait du rapport préliminaire de présentation de l'EPRD 2006 : « Un Contrat de Retour à l'Equilibre Financier a été souscrit avec l'ARH le 3 décembre 2004 pour 19 millions d'€ Ce contrat avait comme but d'éponger les reports de charges relatifs aux exercices 2001 à 2003 pour 17 248 145 € et pour 1 665 908 € de résultats déficitaires restant à couvrir »

<sup>221</sup> Demande de [REDACTED], secrétaire générale de l'ARHIF qui suit personnellement le dossier, dès la 1<sup>ère</sup> réunion de suivi du CREF le 4 février 2005, que les réunions de suivi se tiennent suivant un rythme bimestriel. Objectif qui sera en grande partie respecté avec 4 réunions en 2005, 5 en 2006 mais une seule en 2007 en date du 31 janvier 2007. Ces réunions de suivi du CREF donnent lieu par ailleurs à des rapports de présentation du CHIPS et à un certain nombre de comptes rendus écrits.

3. les simulations financières sont basées sur des hypothèses trop favorables (exemple : +15% d'activité en 4 ans),
4. les mesures prévues dans le CREF sont peu ou pas mises en œuvre, régulièrement reportées ou revues à la baisse,
5. les deux mesures les plus déterminantes du CREF, la diminution des personnels médicaux et non médicaux et l'augmentation de l'activité, n'ont pas été entamées,
6. l'aide versée a été détournée de son objet, ce qui a dissimulé d'autant plus la réalité du déficit structurel,
7. l'établissement n'a ainsi respecté le CREF que facialement, masquant des dérives budgétaires croissantes et obligeant la tutelle à accroître son aide sans contrepartie,
8. la tutelle est en partie défaillante dans le sens où elle n'a jamais pu imposer à l'établissement de réelles obligations de mise en œuvre des mesures du contrat ou de corrections de celui-ci, alors même que la réalité du déficit et ses déterminants financiers étaient connus,
9. au final, les défaillances du CREF se sont traduites par une aggravation des déficits.

[1162] L'échec du CREF traduit essentiellement une absence de régulation des dépenses par la direction de l'établissement, notamment des dépenses de personnel, et une absence d'anticipation de la mise en œuvre de la tarification à l'activité qui a pesé sur les recettes.

[1163] Il est à noter cependant à la décharge du CHIPS que ce dernier - et seule la DDASS semble l'avoir souligné par écrit dans ses comptes rendus et notes à l'ARH - « *reste une ligne de cible politique, ce qui dessert l'établissement* » et que le « *projet médical de 2004 est retardé du fait de résistances fortes d'ordre culturel et politique* »<sup>222</sup>. **Enfin, la réussite du projet médical de 2004 comme le CREF étaient conditionnés pour une large part à la reconstruction du site de Poissy, qui ne sera finalement pas mise en œuvre.**

## 2.2. Des dérives budgétaires croissantes masquant la réalité du déficit

[1164] L'évolution de la structure de la dépense et des recettes sur la période 2005-2007 est la suivante :

Tableau 72 : Evolution de la structure des dépenses et des recettes sur la période 2005-2007 :

En €	2005	2006	2007	évolution en % 2007/2005	Evolution moyenne annuelle en %	Part dans l'évolution en %
<b>Dépenses</b>						
Titre 1	150 248 475	161 493 757	166 961 280	11,1%	3,7%	67%
Titre 2	32 862 588	33 756 896	34 886 255	6,2%	2,1%	8%
Titre 3	24 239 144	23 807 730	28 879 799	19,1%	6,4%	18%
Titre 4	16 660 004	34 090 717	18 380 281	10,3%	3,4%	7%
Total dépenses	224 010 211	253 149 101	249 107 615	11,2%	3,7%	100%
<b>Recettes hors aide ARHIF</b>						
Titre 1	183 647 387	182 183 728	178 495 020	-2,8%	-0,9%	106%
Titre 2	12 996 884	16 336 110	16 135 291	24,1%	8,0%	-67%
Titre 3	22 090 034	20 200 663	19 237 970	-12,9%	-4,3%	61%
Total recettes	218 543 662	218 720 502	213 868 281	-2,1%	-0,7%	100%
<b>Déficit hors aide ARHIF</b>						
Résultat	-5 466 549	-34 428 599	-35 239 334	544,6%	181,5%	
Taux de déficit*	2,50%	15,74%	16,48%			

\*taux de déficit structurel = déficit hors aides ARHIF/recettes hors aides ARHIF

Source : Comptes financiers du CHIPS, traités par la mission

<sup>222</sup> CR interne de la DDASS en date du 5 mai 2006 et note DDASS à l'ARH en date du 27 octobre 2007.

[1165] On peut constater :

- **une diminution des recettes (hors aide CREF et aides supplémentaires de l'ARH) de -2,1%**, ceci malgré les déclarations récurrentes d'augmentation de l'activité par la direction de l'établissement et l'augmentation significative des recettes de titre 2,
- **couplée à une nette augmentation des dépenses (+11,2%)**, qui s'explique pour les deux tiers par une forte croissance des dépenses de personnel et pour près d'un cinquième de l'augmentation par les dépenses à caractère général et hôtelier,
- sachant en outre que les charges du titre 4 sont nettement inférieures à la moyenne nationale selon les références de la FHF,
- et que la charge de la taxe sur les salaires est neutralisée sur la totalité de la période puisque les arriérés sont imputés sur 2006 puis qu'elle est mandatée régulièrement.
- Ainsi, le taux de déficit passe de 2,5% en 2005 à 16,5% en 2007.

#### 2.2.1. La dérive des dépenses sur le budget hospitalier : des reports de charges et des créances irrécouvrables en constante augmentation

[1166] Pour faciliter la lecture, une liste des titres, chapitres et comptes de la comptabilité hospitalière est jointe en PJ 7-3.

[1167] Le déficit par titres de dépenses sur la période 2005-2007 se décompose comme suit :

Tableau 73 : Evolution des dépenses sur la période 2005-2007

En M€	2005	2006	2007	évolution en % 2007/2005	Evolution moyenne annuelle en %	Part dans l'évolution en %
Titre 1	150 248 475	161 493 757	166 961 280	11%	4%	67%
Titre 2	32 862 588	33 756 896	34 886 255	6%	2%	8%
Titre 3	24 239 144	23 807 730	28 879 799	19%	6%	18%
Titre 4	16 660 004	34 090 717	18 380 281	10%	3%	7%
<b>Total dépenses</b>	<b>224 010 211</b>	<b>253 149 101</b>	<b>249 107 615</b>	<b>11%</b>	<b>4%</b>	<b>100%</b>

Source : Comptes financiers du CHIPS et traitement par la mission

[1168] Il apparaît, au vu de ce tableau, que **l'augmentation des charges a été conséquente, +11,2% en trois ans**. Facialement, cette augmentation apparaît à compter de 2006 mais il convient de ne pas oublier que le report de charges sur la taxe sur les salaires n'a été imputé de façon sincère qu'à compter de l'exercice 2006, gonflant artificiellement le titre 4.

[1169] Contrairement aux préconisations du CREF qui contractualisait une forte diminution des dépenses de personnels (-9,2M€ sur la période), celles-ci ont fortement crues de 16,7M€ soit +11%. **La forte croissance des dépenses de personnels est due pour 61% au paiement de la taxe sur les salaires (compte 631) mais également pour 20% aux dépenses de personnel non médical (compte 641)** comme le montre le tableau ci-dessous.

[1170] En outre les dépenses de gardes et astreintes, contrairement aux engagements du CREF, ont augmenté de +18,5%. Les dépenses de personnel médical sont globalement d'ailleurs très au-dessus de la moyenne nationale pendant cette période<sup>223</sup>.

<sup>223</sup> Base de données FHF

[1171] Enfin, l'accroissement de ces dépenses de personnels n'a pas empêché un recours plus important aux personnels intérimaires (compte 621) qui augmente de +27% sur la période (562K€) malgré un net effort de diminution des montants affectés à ce poste en 2006.

Tableau 74 : Evolution des dépenses de personnels de 2005 à 2007

En M€	2005	2006	2007	évolution en % 2007/2005	part en % de l'augmentation
621	2 049 518	1 890 707	2 611 436	27%	3%
<b>631</b>	<b>800 000</b>	<b>10 466 700</b>	<b>11 041 210</b>	<b>1280%</b>	<b>61%</b>
633	3 540 398	3 647 665	4 184 020	18%	4%
<b>641</b>	<b>80 815 890</b>	<b>82 963 877</b>	<b>84 209 333</b>	<b>4%</b>	<b>20%</b>
642	25 936 503	25 162 736	26 301 946	1%	2%
<i>Dont 6425</i>	<i>3 484 072</i>	<i>3 767 436</i>	<i>4 127 741</i>	<i>18%</i>	
645	35 655 266	35 904 146	36 912 819	3%	7%
647	1 404 507	1 399 114	1 638 571	17%	1%
648	46 393	58 813	61 944	33%	0,1%
<b>Total titre 1</b>	<b>150 248 475</b>	<b>161 493 757</b>	<b>166 961 280</b>	<b>11%</b>	<b>100,0%</b>

Source : Comptes financiers du CHIPS et traitement par la mission

[1172] De la même manière les dépenses à caractère hôtelier et général ont augmenté de 4,6M€ soit +19%. Cette forte croissance, comme le montre le tableau suivant, est due quasiment aux seules « autres charges de gestion courante » (compte 65) qui comprend les pertes sur créances irrécouvrables.

Tableau 75 : Evolution des dépenses à caractère hôtelier et général entre 2005 et 2007

En M€	2005	2006	2007	évolution en % 2007/2005	part en % de l'augmentation
602	5 493 456	5 525 818	5 712 581	4%	5%
606	2 716 193	3 195 198	2 784 219	2%	1%
603	371 111	401 461	452 657	22%	2%
61	6 147 559	6 080 820	6 220 973	1%	2%
<b>62</b>	<b>7 157 217</b>	<b>7 298 637</b>	<b>8 061 739</b>	<b>13%</b>	<b>19%</b>
63	29 991	26 993	47 057	57%	0%
<b>65</b>	<b>2 323 617</b>	<b>1 278 804</b>	<b>5 600 574</b>	<b>141%</b>	<b>71%</b>
<b>Total Titre 3</b>	<b>24 239 144</b>	<b>23 807 730</b>	<b>28 879 799</b>	<b>19%</b>	<b>100%</b>

Source : Comptes financiers du CHIPS et traitement par la mission

[1173] Le poste 65 (pertes sur créances irrécouvrables admises en non valeur) représente 71% de l'écart 2007/2005. Les créances jugées irrécouvrables sont régulièrement admises en non-valeur par le conseil d'administration. Ces créances n'ont jamais été provisionnées ni apurées par une dépense correspondante par le CHIPS (seuls 20 244 € ont été provisionnés sur ce compte en 2006) alors même qu'elles s'élevaient au 31 décembre 2006 à 12,6M€. Au 31 décembre 2007, elles ont été ramenées à 8,2M€ après apurement pour un montant de 5M€ enregistré en charges d'exploitation, au compte 65, grâce à une aide exceptionnelle de l'ARH du même montant. **Contre tout principe de sincérité et de régularité, l'établissement n'a jamais provisionné ni apuré les créances admises en non valeur par ses propres moyens avant l'arrivée de la nouvelle direction fin 2007.**

[1174] Par ailleurs, les dépenses de services extérieurs (compte 62), qui ont progressé de +12,6%, représentant 20% de l'augmentation des dépenses à caractère hôtelier et général, auraient mérité une attention particulière de la direction et de la DAF (tout en sachant que celle-ci n'avait qu'une visibilité a posteriori et donc annuelle des dépenses de groupe 3). Il s'agit notamment :

- des frais de transports qui se sont accrus de +13% (202K€),
- des frais de déplacements, missions et réceptions qui ont progressé de +63% (83K€)
- des frais de nettoyage à l'extérieur qui ont augmenté de +13% (141K€)

[1175] A l'inverse, on peut noter un réel effort sur les dépenses d'alimentation, de fournitures et de consommables qui augmentent raisonnablement respectivement de +4% et de +2,5%, cela restant évidemment largement insuffisant vis-à-vis des engagements du CREF qui prévoyaient une nette diminution des montants affectés à ces postes.

[1176] Les dépenses à caractère médical ont augmenté de 2M€ soit +6,2%, essentiellement en raison des dépenses de fournitures médicales qui représentent la moitié de la croissance des charges de titre 2. Ces dernières ont cru de +1M€ entre 2005 et 2007.

[1177] Le titre 4 (charges d'amortissements, de provisions et dépréciations, financières et exceptionnelles) a augmenté quant à lui de 1,7M€ soit +10,3%. Comme le montre le tableau ci-dessous, ce pourcentage global reflète mal les diverses orientations prises par le CHIPS qui ont impacté de façon très peu linéaire ce titre de dépenses.

Tableau 76 : Evolution des charges d'amortissements, de provisions et dépréciations, financières et exceptionnelles entre 2005 et 2007

En M€	2005	2006	2007	évolution en %	part en % de l'augmentation
66	1 258 565	1 223 716	1 980 583	57%	42%
67	7 822 835	25 263 848	3 492 314	-55%	-252%
68	7 578 604	7 603 153	12 910 308	70%	310%
<b>Total Titre 4</b>	<b>16 660 004</b>	<b>34 090 717</b>	<b>18 380 281</b>	<b>10%</b>	<b>100%</b>

Source : Comptes financiers du CHIPS et traitement par la mission

[1178] En effet, si l'arriéré de taxe sur les salaires impacte de façon non reconductible le compte 67 (charges exceptionnelles) à hauteur de 23,3M€ en 2006, **c'est le compte 68 qui est fortement impacté en 2007 montrant un changement de stratégie du CHIPS concernant les dotations aux amortissements, dépréciations et provisions.**

[1179] Comme pour les créances admises en non valeur, les charges de personnel liées au CET n'ont jamais été provisionnées à la hauteur du « risque » qu'elles représentaient. Ainsi, entre 2002 et 2007 une seule provision est enregistrée en 2004 à hauteur de 2,2M€ suite à l'allocation par l'ARH de crédits spécifiques fléchés pour la mise en œuvre de la RTT. Pire, en 2006, alors que le « risque » augmente, la DAF effectue une reprise de provision pour CET à hauteur de 460K€ masquant encore davantage les charges et le déficit réel.

[1180] Ainsi, en 2007, le montant initial des provisions pour CET s'élevaient à 1,7M€ à l'EPRD, alors que la valorisation des CET fin 2006, effectuée par la DAF de l'établissement, atteignait 8,57M€. La nouvelle direction financière (fin 2007) découvrant la situation décide très rapidement de revoir sa politique de provisions et augmente immédiatement ce poste afin de provisionner une partie du risque après arbitrage avec l'ARH. C'est pourquoi les charges du compte 68 augmentent de +5,3M€ (dont 2,9M€ de provisions pour CET), aggravant dans un premier temps le déficit 2007.

[1181] Les comptes de dépenses 2005 à 2007 sont manifestement entachés d'un certain nombre d'irrégularités dont une partie a été rectifiée en 2006 (mandatement de la taxe sur les salaires) puis 2007 (début d'une réelle politique de provisionnement par la nouvelle direction). Par sa pratique intensive des reports de charges pour la taxe sur les salaires, la non prise en compte des pertes sur créances irrécouvrables et sa politique minimaliste de dotations aux amortissements, dépréciations et risques, le CHIPS a masqué facialement l'ampleur réelle de son déficit.

[1182] Alors que le CHIPS était suivi de façon régulière en raison du CREF, l'alerte aurait dû être déclenchée par les responsables de l'établissement, ce qui ne s'est pas produit en l'absence de pratique élémentaire de contrôle budgétaire.

[1183] Aucune mesure réelle de régulation des dépenses n'a été prise à l'initiative de la direction.

[1184] Les tableaux présentés à l'appui de ce constat, l'évolution des charges nettes du CHIPS sur trois exercices, prouvent qu'une telle démonstration était largement à la portée des responsables de l'établissement mais aussi de la tutelle. Le montant de la taxe sur les salaires non mandaté, le niveau des créances irrécouvrables étaient facilement appréhendables.

### 2.2.2. Des recettes en baisse résultant d'une absence d'anticipation à la mise en œuvre de la tarification à l'activité

[1185] L'évolution des produits par titre sur la période 2005 à 2007 évolue comme suit :

Tableau 77 : Evolution des recettes sur la période 2005 à 2007

En M€(hors aides ARHIF)	2005	2006	2007	évolution en % 2007/2005	Evolution moyenne annuelle en %	part en % de l'augmentation
Titre 1	183 647 387	182 183 728	178 495 020	-3%	-1%	110%
Titre 2	12 996 884	16 336 110	16 135 291	24%	8%	-67%
Titre 3	22 090 034	20 200 663	19 237 970	-13%	-4%	61%
<b>total recettes</b>	<b>218 543 662</b>	<b>218 720 502</b>	<b>213 868 281</b>	<b>-2%</b>	<b>-1%</b>	<b>100%</b>

Source : Comptes financiers du CHIPS et traitement par la mission

[1186] Les recettes ont globalement diminué de -2% soit -4,7M€ sur la période, confirmant d'une part le caractère d'établissement perdant à la T2A du CHIPS mais aussi son manque d'anticipation à la mise en œuvre de ce nouveau financement des établissements de santé. La diminution progressive de la dotation annuelle complémentaire (DAC) n'étant pas compensée par une hausse à la même hauteur du montant des produits de la tarification comme le montre le tableau suivant.

Tableau 78 : Evolution des recettes de titre 1 de 2005 à 2007

	En €	2005	2006	2007	évolution en montants 2007/2005	Evolution en % 2007/2005
<b>Titre 1</b>	<b>Produits versés par l'assurance maladie (hors aide CREF)</b>	<b>183 647 387</b>	<b>182 183 728</b>	<b>178 495 020</b>	<b>-5 152 367</b>	<b>-2,8%</b>
73111	Produits de la tarification des séjours	27 146 107	38 970 316	56 670 464	29 524 357	108,8%
73112	Produits des médicaments [MO] facturés en sus des séjours	3 178 865	3 791 489	3 836 588	657 723	20,7%
73113	Produits des dispositifs médicaux [DMI] facturés en sus des séjours	1 545 266	1 441 686	1 402 412	-142 855	-9,2%
73114	Forfaits annuels	6 384 042	6 106 292	6 289 666	-94 376	-1,5%
73116	Dotations annuelles complémentaires (DAC)	104 136 977	88 056 800	65 188 321	-38 948 656	-37,4%
73117	Dotations annuelles de financement (hors Aide CREF)	26 061 356	26 022 082	26 295 584	234 228	0,9%
73118	Dotations MIGAC (hors Aide CREF)	9 809 403	10 066 972	12 645 647	2 836 244	28,9%
7312	Produits des prestations faisant l'objet d'une tarification spécifique	5 385 371	7 728 091	6 166 339	780 968	14,5%

Source : Comptes financiers du CHIPS et traitement par la mission

[1187] Ainsi, les produits de l'activité hospitalière ont diminué de -5,1M€ entre 2005 et 2007 alors même que l'activité hospitalière n'a pas diminué pendant cette période en volume.

[1188] En effet, en analysant l'évolution de l'activité MCO en nombre de RSA valorisés ainsi qu'en montants valorisés à 100% de T2A sur la base des données E PMSI, on constate que **l'activité hospitalière est restée quasiment stable entre 2005 et 2007** comme le montrent les deux tableaux suivants (Cf. Annexe 3-1 sur la présentation de l'établissement et l'activité).

Tableau 79 : Evolution de l'activité MCO en volume sur la période 2005-2007

ACTIVITE MCO (données E PMSI ATIH)	2005	2006	écart 2006/2005	2007	Ecart 2007/2006	écart 2007/2005
Nbre de journées (effectif)	201 864	202 471	0,30%	190 798	-5,77%	-5,48%
TOTAL RSA MCO transmis	56 868	58 172	0,00%	58 002	1,96%	
<b>Nbre de RSA valorisés*</b>	<b>55 273</b>	<b>56 661</b>	<b>2,51%</b>	<b>55 414</b>	<b>-2,20%</b>	<b>0,26%</b>

\* hors problème de chainage et séjours non facturables à l'AM

Source : Données E PMSI (ATIH) et traitement par la mission

Tableau 80 : Evolution de l'activité MCO en montants valorisés 100% T2A

ACTIVITE MCO en montants valorisés 100% T2A (en M€)	2005	2006	écart 2006/2005	2007	écart 2007/2006	écart 2007/2005
<b>GHS et suppl.</b>	<b>115 231 056</b>	<b>117 861 557</b>	<b>2,28%</b>	<b>117 254 138</b>	<b>-0,52%</b>	<b>1,76%</b>
Prélèvement d'organe	-	-		72 288		
Nbre d'IVG valorisés	368 889	406 108	10,09%	418 687	3,10%	13,50%
MO (valorisation effective)	-	-		3 930 934		
DMI (valorisation effective)	-	-		1 402 792		
ATU	2 086 152	2 205 538	5,72%	2 207 195	0,08%	5,80%
<b>Actes et consult externes</b>	<b>20 962 727</b>	<b>21 398 129</b>	<b>2,08%</b>	<b>12 369 013</b>	<b>-42,20%</b>	<b>-41,00%</b>
<b>Total montant MCO (100%T2A)</b>	<b>138 648 824</b>	<b>141 871 332</b>	<b>2,32%</b>	<b>137 655 047</b>	<b>-2,97%</b>	<b>-0,72%</b>

Source : Données E PMSI (ATIH) et traitement par la mission

[1189] Concernant l'activité MCO, le nombre de RSA transmis et valorisés augmente légèrement sur la période de +0,26% et le montant total des recettes MCO valorisées en 100% T2A diminuent de -0,72%. Ici encore les hypothèses très favorables d'augmentation d'activité du CREF ne sont pas atteintes. **L'activité est globalement stable tant en volume qu'en recettes valorisées 100% T2A.**

[1190] Le CHIPS est d'ailleurs assez loin en termes d'activité de la moyenne des hôpitaux de l'Ile de France et de la moyenne nationale comme le montre le tableau suivant.

Tableau 81 : Indices d'évolution du volume d'activité pondérée - Années 2000 à 2008 et indice 2008/2007

type	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2008 /2007
CHIPS	100,0	101,8	101,8	98,1	98,6	103,0	104,6	104,3	105,3	100,9
ILE DE FRANCE	100,0	100,1	99,1	100,2	103,0	106,8	109,1	109,7	113,7	103,7
CENTRES HOSPITALIERS	100,0	101,2	101,5	103,0	106,2	109,8	111,7	112,8	116,3	103,1
ENSEMBLE	100,0	101,1	101,0	102,1	105,4	108,9	110,9	111,8	115,8	103,5

Source : SNATIH (données 2008)

[1191] On peut noter une très forte baisse des recettes des actes et consultations externes en 2007 avec un montant valorisé de 12M€ contre 21M€ en 2006 soit une baisse de -42%. Ceci s'explique par le changement en 2007 de la méthode de valorisation des actes et consultations externes. Jusqu'en 2006, la valorisation s'effectuait sur la base des données déclaratives agrégées des établissements, celle-ci s'effectue depuis 2007 à l'acte et sur la base d'une facturation individuelle. Ainsi, la majorité des établissements ont connu une baisse de leurs recettes relatives aux actes et consultations externes entre 2006 et 2007 à hauteur, selon l'ATIH, de 20 à 30% en moyenne, en raison de leur difficulté à facturer de façon exhaustive et au fil de l'eau. La baisse de plus de 40% des recettes d'actes et de consultations externes est bien supérieure à la moyenne nationale, en raison d'une probable surévaluation par le CHIPS des données agrégées en la matière jusqu'en 2006.

[1192] Concernant les recettes de titre 2 (autres produits de l'activité hospitalière), celles-ci ont progressé fortement entre 2005 et 2007 de 12,9M€ à 16,3M€ soit +3,1M€ (+24,1%). Cette augmentation est essentiellement due à un effet prix : l'augmentation du prix de journée de +30% fin 2006 et du forfait journalier hospitalier entre 2006 et 2007 (+7% en moyenne pour l'activité MCO).

Tableau 82 : Evolution des recettes de titre 2 (autres produits de l'activité hospitalière) de 2005 à 2007

	2005	2006	2007	évolution en % 2007/2005
Total Titre 2	12 996 884	16 336 110	16 135 291	24,1%

Source : Comptes financiers du CHIPS et traitement par la mission

[1193] **Concernant les recettes de titre 3** (autres produits) qui comprennent notamment les produits des rétrocessions de médicaments (compte 7071), les reprises sur amortissements, dépréciations et provisions et les variations de stocks, **leur diminution globale de 12,9% ne reflète pas la réalité de la baisse structurelle de ces recettes.**

[1194] En 2005 le CHIPS bénéficie d'une plus value de recettes pour 1,5M€ sur le compte 77 correspondant à un rappel d'activité, des MO et DMI 2004.

[1195] Et, à deux reprises en 2006 et 2007, le CHIPS a bénéficié de recettes exceptionnelles avec des remboursements sur rémunérations de personnel non médical à hauteur de 1,7M€ Sans ces recettes exceptionnelles, les produits de titre 3 auraient atteint 17,5M€ en 2007 entraînant une diminution structurelle des recettes de -4,6M€, soit -21% entre 2005 et 2007.

Tableau 83 : Evolution des recettes de titre 3

En M€	Comptes de titre 3	2005	2006	2007	évolution en % 2007/2005
70	Ventes de produits, prestations de services...	1 439 883	1 564 636	1 840 912	27,9%
7071	Rétrocession de médicaments	5 217 345	4 925 542	4 275 122	-18,1%
7087	Remboursement de frais par les CRPA	3 448 860	3 329 896	3 217 625	-6,7%
74	Subventions	1 096 701	1 622 727	1 291 553	17,8%
75	Autres produits de gestion courante	3 983 599	1 872 536	1 838 275	-53,9%
76	Produits financiers	129 894	86 837	55 201	-57,5%
77	Produits exceptionnels	4 271 988	1 321 021	2 437 449	-42,9%
78	Reprises sur amortissements, dépréciations et provisions	356 899	1 206 201	52 500	-85,3%
603	Variations de stocks (crédits)	2 144 864	2 218 743	2 075 945	-3,2%
	Remboursements sur rémunérations, charges sociales ou taxes	0	2 099 079	2 208 849	
	<b>Total titre 3</b>	<b>22 090 034</b>	<b>20 200 663</b>	<b>19 237 970</b>	<b>-12,9%</b>

Source : Comptes financiers du CHIPS et traitement par la mission

[1196] La diminution des recettes de groupe 3 est en grande partie due à la diminution des produits issus :

- de la rétrocession des médicaments (suite à la mise en vente en officine de ville de certaines molécules et de la diminution de la marge accordée aux hôpitaux)
- du compte 75, notamment les produits des frais de scolarité dont le montant passe de 1,2M€ en 2005 à 650K€ en 2006 et des recettes de co-utilisation des équipements lourds qui diminuent de 1M€ à 538K€

- [1197] A noter également la reprise sur provisions de 1,2M€ en 2006 qui augmente artificiellement les recettes de l'exercice.
- [1198] **Ainsi, de 2005 à 2007, la montée en charge de la tarification à l'activité a été défavorable à l'établissement.** Le CHIPS connaissait en outre de nombreux dysfonctionnements relatifs à la facturation (cf. annexe 8) qui permettait d'entrevoir de réelles marges de manœuvre sur le titre 2.
- [1199] En conclusion : non seulement l'établissement n'a pas mis en œuvre les mesures du CREF et n'a engagé aucune réelle régulation des dépenses, mais il a de plus maintenu des pratiques comptables contestables et accentué les dérives budgétaires, à un moment particulièrement sensible de mise en œuvre de la T2A. C'est donc une stratégie de « fuite en avant » camouflant la réalité du déficit qui caractérise la gestion budgétaire de l'établissement pendant la période 2005-2007.
- [1200] Ces constats établis, la mission a analysé la chaîne des responsabilités dans la survenue des problèmes budgétaires de l'établissement pendant cette période.

### 3. UNE DIRECTION PEU INVESTIE FACE A LA SITUATION FINANCIERE DEGRADEE DE L'ETABLISSEMENT

#### 3.1. *Une direction des affaires financières défaillante*

##### 3.1.1. **La prévision budgétaire est déconnectée de la réalité de la dépense**

- [1201] Entre 2005 et 2007, le budget primitif puis l'EPRD sont établis par la direction des finances de manière incrémentale en reconduction/mesures nouvelles. **Les directions fonctionnelles ne sont pas associées à sa préparation.** D'après l'établissement, cette absence d'association était imputable au peu de marges de manœuvre existantes compte tenu du niveau des reports de charges.
- [1202] Le budget N de l'établissement était construit par référence au budget N-1 adopté. La DAF appliquait simplement les taux d'évolution de la FHF pour les mesures de reconduction et ajoutait les mesures nouvelles, sans tenir compte de la réalité de l'exécution budgétaire, telle que présentée dans le compte administratif de l'établissement.
- [1203] En outre, si le non paiement de la taxe sur les salaires apparaît plus ou moins clairement dans les rapports de présentation des comptes financiers (cf. infra 2.1.3), a posteriori donc, cela n'apparaît jamais dans les rapports préliminaires des budgets primitifs. **Aucune mention ou explication n'est faite de façon transparente au conseil d'administration, qui ne peut donc en débattre lors de l'approbation du budget<sup>224</sup>. De manière générale, les rapports de présentation du budget primitif ou de l'EPRD approuvé comportaient très peu d'explications sur la stratégie financière de l'établissement.** Cette absence de transparence est également vraie pour le montant des créances irrécouvrables qui est mentionné pour la première fois lors du vote de l'EPRD 2006, sans pour autant proposer une solution quelconque.
- [1204] Cette méthode de construction du budget et cette absence d'explication détaillée devant le conseil d'administration conduit à élaborer et à faire approuver un budget dont la sincérité ne peut être que questionnée.

<sup>224</sup> Cf. PV des Conseils d'administration des 10 mai 2005, 10 novembre 2005 et 19 octobre 2006.

- [1205] Cela ne permet pas en outre de présenter un budget équilibré. Ce qui conduit la direction des finances à émettre des hypothèses volontaristes de prévision de croissance de son activité MCO (ex : +9,5% en 2005/2004, supérieure à l'hypothèse du CREF) ou à combler le déficit prévisionnel par des aides supplémentaires de l'ARH comme cela a été le cas en 2006 et 2007, et non par une réflexion réaliste sur les économies à réaliser ou les activités à développer.
- [1206] Les modalités de construction du budget sont telles qu'il est peu probable que les réalisations de dépenses et de recettes concordent avec les prévisions. Comme le montre le tableau ci-dessous, les écarts entre le budget proposé et adopté et le budget exécuté sont importants.

Tableau 84 : Ecart prévision budgétaire/ exécution budgétaire sur la période 2005-2007

En M€		2005			2006			2007		
		Budget initial	Budget réalisé	Ecart	Budget initial	Budget réalisé	Ecart	Budget initial	Budget réalisé	Ecart
Titre 1	Charges de personnel	149,7	150,2	0,3%	161,4	161,5	0,1%	158,1	166,9	5,6%
Titre 2	Charges à caractère médical	20,3	32,9	61,8%	32,9 0	33,8	2,7%	32,9	34,9	5,8%
Titre 3	Charges à caractère hôtelier et général	20	24,2	21,1%	24,2	23,8	-1,4%	23,7	28,9	21,7%
Titre 4	Charges d'amortissements, de provisions et dépréciations, financières et exceptionnelles	12	16,7	39,2%	24	34	41,6%	10,8	18,4	70,5%
<b>TOTAL DES CHARGES</b>		<b>202</b>	<b>224</b>	<b>10,9%</b>	<b>229,7</b>	<b>253,1</b>	<b>10,2%</b>	<b>225,6</b>	<b>249,1</b>	<b>10,4%</b>
Titre 1	Produits versés par l'assurance maladie	183,7	189,2	3,0%	188,9	190,4	0,8%	191,3	185,9	-2,8%
Titre 2	Autres produits de l'activité hospitalière	12	13	8,9%	16,5	16,3	-1,3%	19	16,1	-15,0%
Titre 3	Autres produits	12	22	84,5%	19,2	20,2	5,2%	18,6	19,2	3,2%
<b>TOTAL DES PRODUITS (aide CREF comprise)</b>		<b>207,6</b>	<b>224,3</b>	<b>8,1%</b>	<b>224,7</b>	<b>227</b>	<b>1,0%</b>	<b>228,9</b>	<b>221,3</b>	<b>-3,3%</b>
<b>RESULTAT (aide CREF comprise)</b>		<b>5,6</b>	<b>0,32</b>	<b>-94,3%</b>	<b>-4,9</b>	<b>-26,1</b>	<b>427,4%</b>	<b>3,3</b>	<b>-27,7</b>	<b>-938,3%</b>

Source : Budget primitif et EPRD adoptés et comptes financiers sur la période 2005-2007.

[1207] Malgré certaines alertes de la DDASS lors de la soumission de l'approbation des EPRD<sup>225</sup>, la direction des finances sous-estime systématiquement d'environ 10% (soit environ 20M€) les charges sur l'exercice à venir.

[1208] Dans ces conditions, le budget de l'établissement pouvait difficilement constituer un outil de pilotage de la dépense de l'établissement.

### **3.1.2. La direction des affaires financières n'utilise aucun outil de contrôle et de pilotage budgétaire**

[1209] Le suivi de l'exécution budgétaire est réalisé par la direction des affaires financières (DAF). Entre 2005 et 2007, elle transmettait mensuellement aux directions gestionnaires un point de situation des dépenses engagées (uniquement pour les dépenses de groupe 1 et 2) et leur demande de commenter les évolutions relevées. Cette pratique était peu suivie d'effet (absence de réponses ou réponses superficielles). En outre, il ne s'agissait que de rechercher les explications aux évolutions constatées et non de proposer sur ces bases, en cours d'année, des mesures correctrices, notamment dans le cadre du suivi du CREF.

[1210] **A la décharge de la DAF, la lisibilité sur l'engagement des dépenses est très réduite.** Les dépenses de groupe 3 sont régulièrement engagées et liquidées dans le même temps en fin d'année ne permettant pas un suivi infra annuel. De même, concernant les dépenses de personnel, les charges relatives à l'intérim ou la formation ne sont portées à la connaissance de la DAF qu'en fin d'année. De manière générale, la faiblesse de la communication entre la DRH et la DAF nuisait clairement au suivi budgétaire infra annuel.

[1211] **Le suivi des recettes n'était pas davantage fiable.** Le codage était très centralisé au niveau du DIM et de son équipe, d'où des délais de codage à plus de 55 jours, des codages faits sur papier avant d'être transmis au DIM occasionnant des pertes d'informations, des erreurs de saisie par manque de formation. Toutes ces défaillances occasionnaient des pertes de recettes en raison de la non valorisation exhaustive de l'activité. Par défaut, la DAF a dû mettre en place parallèlement au suivi de l'activité par le DIM des tableaux de bord assez frustrés, remplis sur papier par les services, reportant simplement l'activité en volume : nombre de journées, nombre d'entrées, taux d'occupation des lits. Cet outil très empirique, afin d'évaluer le delta entre l'activité telle qu'elle remontait des services et le suivi des bordereaux de recettes émis issus du système d'information de la clientèle (Hexagone : suivi de la facturation et des recettes) ne permettait toutefois pas une évaluation précise des recettes à la fin de l'exercice.

[1212] Il n'y a pas de coordination par le directeur de l'équipe de direction sur le plan financier. Chaque direction évolue en autarcie concernant l'engagement des dépenses. Dans ce contexte, la direction des affaires financières peine à obtenir de l'information de la part des directions fonctionnelles et ne peut qu'enregistrer les charges constatées.

[1213] **Les outils de pilotage et de contrôle budgétaire centralisés qui devraient être à disposition du directeur font donc défaut.** Ce n'est qu'à l'été 2007 que le directeur par intérim a demandé l'établissement un tableau annuel des recettes et dépenses 2006 afin d'engager l'établissement dans une logique de gestion financière.

[1214] L'absence de suivi budgétaire est révélatrice de l'inexistence de toute réelle démarche de régulation des dépenses.

---

<sup>225</sup> Notamment note DDASS au CHIPS relative à l'approbation de l'EPRD 2007 en date du 3 juillet 2007 (EPRD 2007 transmis seulement le 4 juin 2007)

### 3.2. Une direction qui n'a pas investi et soutenu la direction des finances à la hauteur des enjeux financiers

[1215] A la décharge de la DAF, l'ancienne direction, [REDACTED], ne s'est pas investie pendant cette période dans le secteur financier à la hauteur du déficit en constante dégradation et des enjeux à venir telle que la mise en œuvre de la tarification à l'activité. Ainsi, on constate pendant cette période :

- une direction qui n'a pas donné tous les moyens de réussite à la direction des finances en l'absence de renforcement de ses effectifs, notamment en ce qui concerne le contrôle de gestion,
- une direction qui n'est pas réellement impliquée dans le pilotage médico-économique de l'établissement, qui n'anticipe pas la mise en place de la T2A, ce qui pèsera lourdement sur les déficits et le bilan de l'établissement.

#### 3.2.1. La direction n'a pas fourni à la DAF les moyens de réussir le CREF

##### Une direction des finances peu étoffée et mal positionnée

[1216] La direction des finances au 1<sup>er</sup> janvier 2005 est composée de 12,45 ETP, effectif qui diminue en 2007 à 10 ETP puis en 2008 à 8,34. Alors qu'il s'agit d'un secteur clé compte tenu de la situation financière de l'établissement, la DAF n'est pas renforcée à la hauteur de sa charge de travail et des différents outils de pilotage à mettre en place.

[1217] L'analyse de la base d'Angers 2008 (cf. annexe 3-4) montre que le secteur « finances et comptabilité » a un coût de 0,67 par unité d'œuvre (budgets) alors que le coût moyen est de 2,42 et le coût maximum de 4,51. Ce qui représente une économie potentielle de 522K€ alors que ce département nécessitait manifestement un renforcement, notamment au niveau du contrôle de gestion.

Tableau 85 : Base d'Angers 2008

Activité	UO	Dépenses CHIPS	Nb UO	cout chips	cout moyen	cout max	Marge d'action*
Finances et comptabilité	budgets	200 712	297 732	0,6741	2,4285	4,513	-522 330

\*La marge d'action correspond à l'écart calculé entre les dépenses du CHIPS et le nombre d'UO du CHIPS \* par le coût moyen par UO, ce qui traduit en montant l'importance de l'écart à la moyenne.

Source : Base d'Angers 2008 et traitement par la mission

[1218] A cela s'ajoute la décision du directeur de fusionner au 1<sup>er</sup> octobre 2006 la direction de la clientèle (117 ETP) et la direction des finances (12 ETP). Cette décision peu opportune a fait peser sur la seule personne de la directrice des finances deux directions stratégiques pour le retour à l'équilibre financier de l'établissement, l'obligeant à se disperser au lieu de se concentrer sur les affaires financières et l'analyse de gestion.

[1219] L'absence de contrôle de gestion et de comptabilité analytique

[1220] Il n'y a pas de contrôleur de gestion recruté comme tel au sein de la DAF. Il existe une cellule d'analyse de gestion comprenant 3 agents dont l'activité essentielle est consacrée au recensement de l'activité de l'établissement par service, sans analyse de celle-ci.

- [1221] Comme l'indique déjà le rapport de la chambre régionale des comptes d'Ile de France de mai 2009<sup>226</sup>, le contrôle de gestion n'est pas du tout développé au sein de l'établissement.
- [1222] Comme il n'existe pas de suivi budgétaire, il n'y a pas non plus de comptabilité analytique. Ainsi le CHIPS est-il incapable d'analyser ses prix de revient et de comparer son efficacité avec celle d'autres établissements de même catégorie.
- [1223] La comptabilité analytique mise en place ne sert que pour effectuer les retraitements comptables annuels. Elle n'est pas utilisée pour la gestion de l'établissement. Il n'existe aucune articulation entre ce début de comptabilité analytique et la procédure budgétaire ni aucune action correctrice prise sur cette base. En outre, nous n'avons trouvé aucune trace d'un examen des données en dehors de la sphère de la direction des affaires financières
- [1224] Ainsi, en l'absence de correspondants du contrôle de gestion au sein des services et de réels tableaux de bord mettant en regard les coûts et la production PMSI valorisée par service, il n'existe aucun dialogue de gestion effectif.
- [1225] Cette situation explique, mais pas uniquement, l'absence de toute réelle pédagogie interne de la part de la direction sur la nécessité de maîtriser les dépenses.
- [1226] Enfin, le fichier structure, qui relève d'une simple juxtaposition des deux fichiers structures issus des anciens établissements de Poissy et St Germain, est constitué au fur et à mesure de la création des nouvelles entités. Il ne présentait donc plus la moindre cohérence de 2005 à 2007.

### **3.2.2. La direction ne s'est pas impliquée dans le pilotage médico-économique de l'établissement**

- [1227] Il y a pendant la période considéré et jusqu'à très récemment une très faible intégration entre le DIM et la direction des affaires financières, voire une volonté délibérée du DIM de conserver pour sa seule direction l'information médico-économique, d'où une totale déconnexion entre l'activité suivie en volume par la DAF et les données PMSI valorisées.
- [1228] Outre le fait qu'il existait alors un réel problème d'articulation au sein du système d'information – il existait d'importantes discordances entre les données relatives aux entrées produites par le DIM et le logiciel administratif -, les informations issues du PMSI n'étaient pas exploitées par la direction et donc par la DAF pour la gestion de l'établissement et l'élaboration de la stratégie financière. Aucune réflexion n'est menée en termes de parts de marchés, d'évolution du case-mix ou de la valorisation des activités.
- [1229] La direction de l'établissement n'a ainsi pas organisé le dialogue indispensable entre la DAF et le DIM, ni de ce fait anticipé l'impact de la T2A sur les ressources tant au niveau de la facturation, du recouvrement et de la valorisation des actes.
- [1230] La direction ne s'est en outre pas impliquée dans la refonte du SIH malgré son caractère éminemment stratégique, ni dans le recueil exhaustif de l'activité sous toutes ses formes, entraînant des pertes de recettes d'autant plus dommageables compte tenu du contexte financier.

---

<sup>226</sup> Rapport de la chambre régionale des comptes d'Ile-de-France sur les exercices 2002 et suivants de mai 2009.

#### **4. UNE PRODUCTIVITE GLOBALE MEDIOCRE ET UNE SITUATION FINANCIERE MASQUEE ET FORTEMENT DEGRADEE AU 31 DECEMBRE 2007**

##### ***4.1. Un établissement mal positionné, une productivité globale faible***

- [1231] Ces différentes défaillances, ainsi que le difficile contexte de rationalisation de l'organisation du CHIPS, ont conduit à une productivité médiocre de l'établissement comme le démontre le « diagnostic flash »<sup>227</sup> de l'établissement établi en 2007<sup>228</sup> ainsi que la mission réalisée en septembre 2007 à la demande de la DHOS par le conseil général des établissements de santé<sup>229</sup> (CGES).
- [1232] Ainsi, l'indice de productivité MCO qui a pour numérateur les recettes d'activité T2A valorisées à 100% et au dénominateur les charges nettes MCO est de 0,971. Seulement 20% des centres hospitaliers sont dans une situation plus défavorable.
- [1233] La durée moyenne de séjour standardisée est moyenne : avec un indice de 1, elle est très proche de la médiane.
- [1234] La productivité du personnel non médical, exprimée en ETP pour 5M€ de recettes de T2A à 100% est relativement bonne pour le personnel des services cliniques (39,6 pour une médiane à 44,2) et pour le personnel des services logistiques et administratifs (24,6 pour une médiane à 20,7) mais très mauvaise pour le personnel des services médico-techniques (15,7 pour une médiane à 9,7).
- [1235] La productivité du personnel médical est en revanche très faible avec 560K€ de recettes T2A par médecin contre 768K€ pour un établissement en position médiane. Ce qui situe le CHIPS parmi les 10% des centres hospitaliers pour lesquels elle est la plus faible.
- [1236] S'il était difficile d'appréhender l'activité et la productivité des médecins sous la dotation globale, la montée en charge progressive de la T2A entre 2004 et 2008 a révélé la sous-productivité médicale et le niveau excessif des dépenses.

##### ***4.2. Un bilan à fin 2007 qui ne permet plus à l'établissement de financer l'investissement***

###### ***4.2.1. Un déficit qui se dégrade en réalité de façon conséquente depuis 2002***

- [1237] Compte tenu de l'insincérité des comptes depuis au moins 2002, nous avons tenté de reconstituer, par correction des charges et produits, la réalité du déficit comptable et du déficit hors aide ARHIF sur la période 2002-2007 comme le montrent le tableau et le graphique ci-après, en ré-imputant sur chaque exercice la réalité des charges qui auraient dû être mandatées (taxe sur les salaires) ou provisionnées et des recettes hors aide ARHIF.

<sup>227</sup> Il s'agit d'un outil développé par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins dont l'objectif est de mettre en évidence par un certain nombre d'indicateurs les points clés de la situation de l'établissement.

<sup>228</sup> Source : SNATIH (2007)

<sup>229</sup> Mission d'appui et conseil réalisé par P. BROUDIC, conseiller général des établissements de santé, Dr P. FEIGEL, responsable du département d'information médicale du CH Loire-Vendée-Océan et T. LEFEBVRE, directeur des finances du CHRU de Poitiers réalisée sur site du 4 au 6 septembre 2007.

[1238] Le déficit réel hors aide ARHIF s'est en fait dégradé progressivement depuis 2002 pour atteindre -35M€ à la fin 2007. Cette dégradation qui débute dès 2002 a été largement masquée :

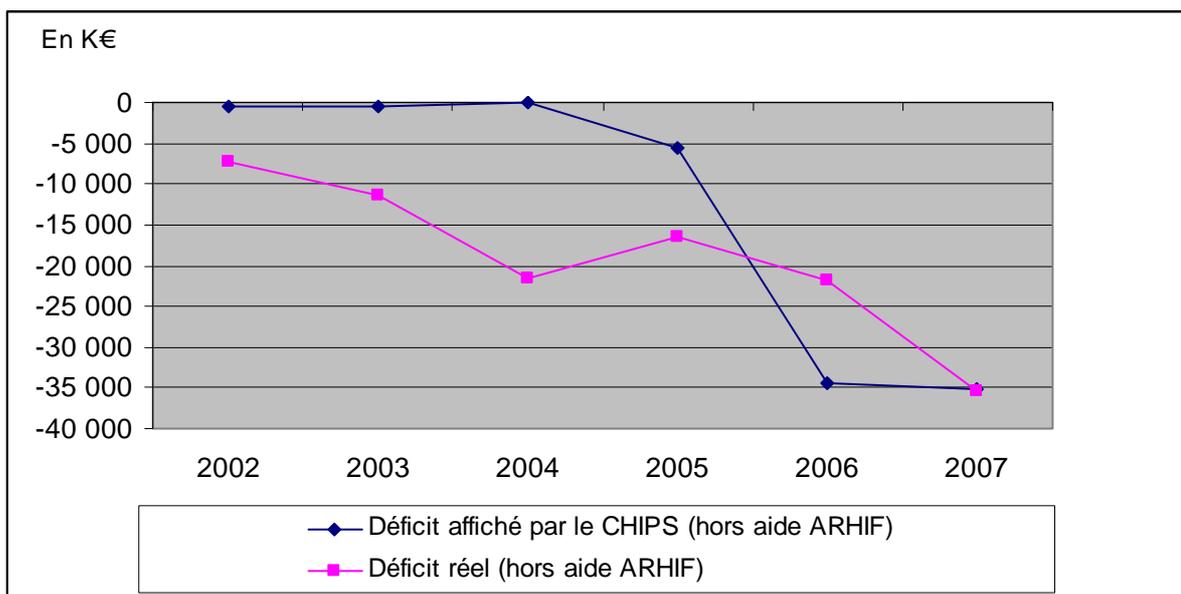
- en dépenses : par le non mandatement de la taxe sur les salaires sur l'exercice concerné, l'absence de provisions à la hauteur du « risque » CET (dont le montant annuel oscille entre 1,2 et 1,7M€) et des créances admises en valeur (dont le montant annuel est estimé en moyenne à environ à 700K€ par an par le comptable),
- en recettes : par les aides liées au CREF et les aides supplémentaires accordées par l'ARHIF ainsi que par une reprise de provision CET de 460K€ en 2006 alors même que le risque CET augmentait de 200K€

Tableau 86 : Compte de résultat retraité par la mission  
(évolution du déficit réel hors aides sur la période 2002-2007)

En €	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Total Charges	202 440 787	206 968 356	224 600 610	224 010 211	253 149 101	249 107 615
Total Produits	201 879 884	206 463 830	223 221 707	224 139 062	226 977 002	221 368 281
<b>Résultat comptable</b>	<b>-560 903</b>	<b>-504 526</b>	<b>-1 378 903</b>	<b>128 851</b>	<b>-26 172 099</b>	<b>-27 739 334</b>
<b>Déficit affiché par le CHIPS (hors aide ARHIF)</b>	<b>-560 903</b>	<b>-504 526</b>	<b>- 9 378 903</b>	<b>-5 466 549</b>	<b>-34 428 599</b>	<b>-35 239 334</b>
<i>Corrections dépenses</i>						
Taxe sur les salaires	-7 465 940	-10 287 223	-10 299 587	-9 350 929		
Dotations provisions créances irrécouvrables	-700 000	-700 000	-700 000	-700 000	-700 000	-700 000
Dotations provisions CET			-1 200 000	-1 400 000	-1 700 000	
aides ARHIF			-8 000 000	-5 595 400	-8 256 500	-7 500 000
Total corrections dépenses	-8 165 940	-10 987 223	-20 199 587	-17 046 329	-10 656 500	-8 200 000
<i>Corrections recettes</i>						
Taxe sur les salaires	1 424 174		8 000 000	6 091 254	23 312 425	
Perte sur créance irrécouvrables						5 300 000
CET						2 839 815
Total corrections recettes	1 424 174	0	8 000 000	6 091 254	23 312 425	8 139 815
<b>Résultat comptable retraité</b>	<b>-7 302 669</b>	<b>-11 491 749</b>	<b>-13 578 490</b>	<b>-10 826 224</b>	<b>-13 516 174</b>	<b>-27 799 519</b>
Aides ARHIF	0	0	8 000 000	5 595 400	8 256 500	7 500 000
<b>Déficit réel (hors aide ARHIF)</b>	<b>-7 302 669</b>	<b>-11 491 749</b>	<b>-21 578 490</b>	<b>-16 421 624</b>	<b>-21 772 674</b>	<b>-35 299 519</b>

Source : IGAS- Données CHIPS retraitées par la mission

Graphique 28 : Comparaison déficit affiché (hors aide ARHIF) par le CHIPS / déficit réel (hors aide ARHIF) entre 2002 et 2007



Source : IGAS

[1239] Il convient d'ajouter que le budget H a supporté jusqu'en 2007 inclus certaines charges de personnels et de matériels qui auraient dû être supportées par les budgets annexes. Cette surcharge qui n'aurait pas dû être imputée au résultat du budget hospitalier se monte progressivement à 1M€ (476 K€ en 2003 et 2004, 730K€ en 2005, 867K€ en 2006 et 1,1M€ en 2007). La DAF soulignait régulièrement cet état de fait dans les rapports de présentation des comptes financiers 2004 à 2006. Ces dépenses qui grevaient indûment le budget H faisaient également peser sur l'assurance maladie des dépenses inéligibles.

[1240] L'hôpital était donc dès 2002 structurellement en déficit chronique, aggravé par la mise en œuvre de la tarification à l'activité. Le cycle d'exploitation ne permettait pas de générer des ressources qui auraient permis à l'établissement d'investir pour se restructurer puisqu'il est en insuffisance d'autofinancement.

#### 4.2.2. Le CHIPS est obligé d'emprunter pour rembourser les emprunts existants et couvrir ses charges

##### 4.2.2.1. Une insuffisance d'autofinancement à partir de 2006

[1241] En effet, la CAF, qui représente les ressources financières dégagées par l'activité de l'établissement, sans tenir compte des opérations que sont les amortissements et les provisions, est positive jusqu'en 2005 compte tenu de la pratique des reports de charge qui conduit à sous-estimer le déficit réel. L'opération de sincérité des comptes en 2006 avec la mise en œuvre de l'EPRD dégrade immédiatement la CAF et l'établissement est alors en insuffisance d'autofinancement.

Tableau 87 : Evolution de la CAF de 2005 à 2007

CAF budget H	2005	2006	2007
Résultat du budget H (y compris aide PREF)	128 851	-26 172 099	-27 739 334
Résultat du budget H (hors aide PREF)	-5 466 549	-34 428 599	-35 239 334
+ Dotations aux amortissements, dépréciations et provisions (C68)	7 578 604	7 603 153	<b>12 910 308</b>
+ Valeur comptable des éléments d'actifs cédés (C675)	0	0	2 924
- Reprises sur dépréciations et provisions (C 78)	356 899	1 206 201	52 500
- Produits des cessions d'éléments d'actifs (C775)	0	0	6 900
- Quote-part des subventions d'investissement virée au résultat de l'exercice (C777)	190 643	46 555	48 559
<b>Capacité d'autofinancement (CAF) / insuffisance d'autofinancement (IAF) de l'exercice (y compris aide PREF)</b>	<b>7 159 913</b>	<b>-19 821 702</b>	<b>-14 934 060</b>
Capacité d'autofinancement (CAF) / insuffisance d'autofinancement (IAF) de l'exercice (hors aide PREF)	1 564 513	-28 078 202	-22 434 060

Source : Comptes financiers 2005 à 2007, traités par la mission

[1242] En 2007, la CAF gagne 5 329 K€ mais reste négative en raison de l'effondrement de l'excédent brut d'exploitation. Les produits réels sont inférieurs aux charges réelles. L'insuffisance de la CAF est la conséquence du déséquilibre structurel de l'exploitation de l'établissement. Ce qui ne permet plus de couvrir le remboursement en capital de la dette et, plus largement, de financer une partie des investissements à venir.

4.2.2.2. Des grandeurs bilancielles qui se dégradent fortement entre 2005 et 2007

[1243] Le fonds de roulement net global de l'hôpital, indicateur de sécurité financière de l'établissement, différence entre les ressources stables et les emplois stables, est passé de +21M€ en 2005 à -141K€ Le prélèvement sur le FRNG en 2006 pour apurer les reports de charges intensifs pratiqués depuis 2002 a réduit à néant la capacité à investir de l'établissement alors même que le taux de vétusté de celui-ci est important (80%)

Tableau 88 : Evolution du FRNG

	2003	2004	2005	2006	2007
FONDS DE ROULEMENT D'INVESTISSEMENT ( FRI )	13 574	15 135	16 985	22 552	43 185
+ FONDS DE ROULEMENT D'EXPLOITATION ( FRE )	4 556	4 929	4 795	- 23 171	- 43 326
FONDS DE ROULEMENT NET GLOBAL ( FRNG )	18 130	20 064	21 780	- 619	-141

Source : Comptable public du CHIPS

[1244] Le non apurement des créances irrécouvrables biaise le résultat, il affecte également la sincérité du bilan qui comporte des actifs sans valeur. Si l'intégralité des créances irrécouvrables avait été apurée, le FRNG s'établirait fin 2007 à -8,5M€

[1245] Parallèlement, le besoin en fonds de roulement qui représente le besoin de financement né du décalage entre le paiement des charges et l'encaissement des produits, est positif sur l'ensemble de la période, en raison d'un niveau des créances d'exploitation supérieur à celui des dettes de même nature. Toutefois, le CHIPS connaît en 2006 un BFR négatif en raison de la forte augmentation des dettes (apurement de la taxe sur les salaires) qui se trouvent alors, de manière exceptionnelle, supérieures aux créances. Cela coïncide avec une forte diminution du FRNG la même année en raison de l'insuffisance d'autofinancement. Le CHIPS a alors joué sur les délais de paiement des fournisseurs pour payer ses dépenses courantes.

Tableau 89 : Evolution du BFR

En K€	2005	2006	2007
BFR	14 675	- 6 112	910

Source : Comptes financiers 2005-2007 traités par la mission

[1246] Le tableau de financement 2007 montre que le volume des emprunts a dépassé le montant des immobilisations effectuées.

[1247] Pour assurer le financement du remboursement des dettes financières et pour couvrir ses dépenses courantes, l'établissement a été contraint de s'endetter. Il a recouru à l'emprunt en 2007 à hauteur de 42,75M€

[1248] **Le niveau d'endettement de l'hôpital dépasse alors toutes les références communes.** Ainsi l'indicateur de durée apparente de sa dette qui correspond à l'encours de sa dette sur le montant net des provisions et amortissements de l'année est de 4 955 années, dépassant de loin la valeur maximale de cet indice qui est 52,6 années<sup>230</sup>.

## 5. LA PERIODE 2007-2009 : UNE AMELIORATION INCONTESTABLE MAIS EGALEMENT FRAGILE DU DEFICIT REEL

### 5.1. *Le nouveau directeur arrive dans un contexte de grande tension et évoluant financièrement au jour le jour*

[1249] A la date d'arrivée du nouveau directeur, M. [REDACTED], le 15 octobre 2007, le déficit 2007 était largement sous-évalué. Le 2<sup>ème</sup> rapport trimestriel 2007 faisait état d'un déficit prévisionnel à la fin de l'année de -15M€

[1250] Le nouveau directeur a fait appel dès son arrivée à [REDACTED], affectée à l'ATIH et mise à disposition du CHIPS dès octobre 2007, pour effectuer un audit financier de l'établissement. Cet audit finalisé en novembre 2007, sur la base d'un déficit prévisionnel 2007 de -15M€, met en exergue :

- la nécessité de provisionner rapidement les risques qu'impliquent les problématiques des créances admises en non valeur et des CET déjà examinés supra. Fin 2007, le stock de créances irrécouvrables non apurées est en effet encore de 8,2M€ et les provisions réglementées « CET » s'élèvent à 1,7M€ alors que le montant valorisé des CET est de 8,57M€ sans tenir compte des CET qui ont été générés en 2007. **Ce sont autant de charges dues à la gestion antérieure insincère qui pèseront sur la nouvelle direction pour les exercices suivants ;**

<sup>230</sup> Indicateur « diagnostic flash 2008 ».

- le déséquilibre de la structure du bilan avec une évolution négative du rapport entre fonds de roulement et besoin de fonds de roulement ;
- les difficultés de perception des recettes en 2007 faisant suite aux problèmes de remontée de l'activité et de la facturation (cf. annexe 8 « facturation ») ;
- une absence de politique d'investissement stratégique et la nécessité de restituer « la santé » du cycle d'exploitation en rétablissant le fonds de roulement de l'établissement et en réamorçant l'autofinancement par une politique d'investissement volontariste permettant de générer des dotations aux amortissements.

[1251] Mais l'absence de pilotage financier et les retards dans l'engagement et le mandatement des dépenses masque l'explosion entre 2006 et 2007 des dépenses de personnel (+5,6M€) ainsi que la forte dégradation des recettes d'activité (-3,7M€). Comme l'a indiqué le directeur de l'établissement à la mission, le déficit comptable de l'établissement (+12M€ par rapport aux prévisions) était revu jour après jour entre septembre 2007 et mars 2008. En outre le déficit à fin 2007 de 27,7M€ pouvait potentiellement être encore aggravé de 21M€: 8,5M€ de CET non provisionnés alors qu'il s'agit d'une provision réglementaire et 13M€ de créances admises en non valeur non apurées.

[1252] Par ailleurs, les tergiversations sur l'avenir de l'établissement concernant la reconstruction du site de Poissy et la rénovation du site de St Germain, ont contribué à durcir le climat au sein du CHIPS. Au printemps 2007 a donc été relancée la perspective d'un site unique sur une commune tierce comme seule voie permettant de sortir le CHIPS de ses difficultés de réorganisation et financières. Ce projet a été avalisé par la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports, Mme Roselyne BACHELOT, le 15 novembre 2007. Le choix du site tiers, la commune de Chambourcy, sera décidé plus tard, le 7 juillet 2008.

[1253] La période transitoire s'avère donc primordiale et particulièrement délicate. L'établissement doit alors entreprendre de véritables réformes et engager un plan drastique de retour à l'équilibre sous le contrôle de l'ARHIF. L'ARH a transmis un courrier d'injonction en date du 19 mai 2008 demandant au président du conseil d'administration de présenter avant le 15 septembre 2008 un plan détaillé de mesures de gestion à court et moyen terme propre à redresser la situation financière de l'établissement, à défaut duquel le CHIPS serait placé sous administration provisoire.

[1254] Il faut encore rappeler que les défaillances relevées précédemment, de même que les mesures à mettre en œuvre qui ont pris du retard, sous l'ancienne direction, sont très nombreuses : absence d'outils de pilotage financier, de comptabilité analytique et de contrôle de gestion, de coordination entre le DIM et la DAF, pratiques de codage hétérogènes, facturation et recouvrement défaillants, systèmes d'information incompatibles, des fusions et des regroupements stratégiques à organiser pour préparer le transfert et l'implantation sur un nouvel hôpital, une gouvernance non aboutie....

[1255] C'est dans ce contexte, et afin de relever le défi considérable qui s'impose à lui, que le nouveau directeur réorganise la direction, et notamment la direction des affaires financières, recrute de nouveaux collaborateurs, en écarte d'autres et se focalise quasi exclusivement sur le secteur financier et l'élaboration du PREF.

## 5.2. *2008 : une année consacrée à l'élaboration du PREF et à la mise en place des outils de pilotage médico-économique*

### 5.2.1. **La construction du PREF 2008-2011 : une construction matricielle par titre et mesure qui doit conduire à un gain net de recettes de 46M€cumulés en trois ans.**

[1256] Le nouveau plan de retour à l'équilibre financier 2008-2011, annexe financière du CPOM signé en avril 2007 (cf. PJ 7-4), est conclu avec l'ARH le 16 décembre 2008. Pour la construction de ce PREF, l'établissement a fait appel à un consultant extérieur, Cap Gemini Consulting (Cf. annexe 11-6) qui a établi un nouveau diagnostic médico-économique et financier partagé avec l'ARH et cadré les modalités de retour à l'équilibre financier.

[1257] Cap Gemini Consulting a ainsi travaillé de juin 2008 à décembre 2008 en collaboration avec l'équipe de direction afin d'établir quatre diagnostics relatifs à l'analyse de l'attractivité de l'établissement sur son bassin d'implantation, à sa situation financière en partie fondé sur le diagnostic flash 2007 et à la gestion des ressources humaines.

[1258] L'analyse de l'attractivité du CHIPS fait les constats suivants<sup>231</sup> :

- Avec 12,5% de part de marché, le CHIPS est l'établissement de santé qui satisfait le plus les besoins des habitants des Yvelines. Il est également l'établissement qui a accueilli le plus de patients en 2007 (16,6%) ;
- Bien que 26 établissements de santé soient implantés dans les Yvelines, le taux de fuite n'est que de 27% en 2007.
- Les principaux concurrents du CHIPS, que ce soit en terme d'offre ou de demande, sont les CH de Versailles et de Mantes la Jolie.
- Le CHIPS est fortement implanté sur son bassin (Poissy-St Germain) sur lequel il attire 41% des patients loin devant ses concurrents : la clinique de l'Europe (16,8%) et le CH Meulan (10%). Cela est d'autant plus vrai pour certains secteurs comme l'obstétrique (73% de parts de marché) et la médecine (46% de parts de marché), la chirurgie étant davantage concurrencée.

[1259] Le diagnostic flash reprend les constats déjà indiqués sur la situation financière et patrimoniale très dégradée et la productivité médicale relativement faible bien que la durée moyenne de séjour (DMS) soit dans la moyenne. Il insiste néanmoins sur les points suivants :

- Une DMS nettement inférieure à la moyenne en chirurgie et obstétrique mais qui se dégrade en médecine,
- Un taux de transfert depuis les urgences très fort plaçant l'établissement dans le dernier décile,
- Des fonctions médico-techniques insuffisamment optimisés (notamment productivité moyenne de l'IRM),
- En matière de ressources humaines, un turn over important des IDE, un absentéisme élevé sans être critique, un taux de recours à l'intérim très important positionnant l'établissement dans le dernier décile et une faible densité de l'encadrement qui grève l'efficacité des services,
- Des fonctions logistiques et administratives surdimensionnées : le potentiel d'optimisation des fonctions supports est estimé à plus de 9,7 M€ ce qui correspond à 256 ETP au salaire moyen de 38 000€ pour les personnels de ces fonctions.
- Des recettes par médecin insuffisantes.

---

<sup>231</sup> Source : données Cap Gemini Consulting

[1260] Ces différents diagnostics faisaient ainsi ressortir les principales pistes d'amélioration suivantes :

- **pour l'activité** : augmenter l'activité en SSR et améliorer l'articulation entre le SSR et les unités de soins de longue durée. En MCO, améliorer la productivité de l'ensemble des services et mener des actions sur les durées moyennes de séjour.
- **pour l'organisation interne** : développer le contrôle de gestion et s'approprier les outils de pilotage médico-économiques. Optimiser le système d'information pour améliorer la qualité du codage (en termes de facilitation, de rapidité et d'exhaustivité) et permettre la réalisation d'un contrôle de gestion intégré. Supprimer les doublons liés aux deux sites notamment en logistique. Améliorer le circuit de recouvrement.
- **pour le personnel** : améliorer l'efficacité par une rationalisation des fonctions supports et une diminution du nombre d'ETP.

[1261] A l'issue de ses travaux, Cap Gemini propose de retenir 5 axes :

- Axe 1 : la régularisation de la valorisation de l'activité existante qui doit permettre un gain de 12,8 M€ grâce à la réalisation de 23 pistes recouvrant la maîtrise du processus de recueil, de valorisation, de facturation et de recouvrement de l'activité,
- Axe 2 : le développement d'activités bénéficiaires qui doit permettre un gain net de 16,2M€ via la réalisation de 36 pistes décrites dans le PREF,
- Axe 3 : la restructuration et le redimensionnement d'unités de production qui doit permettre un gain de 5 M€ via la réalisation de 18 pistes,
- Axe 4 : la réorganisation et le redimensionnement des fonctions support qui doit permettre un gain de 5M€ via la réalisation de 8 pistes,
- Axe 5 : l'optimisation de la gestion des ressources humaines et de la masse salariale qui doit permettre un gain de 6,9 M€ via la réalisation de 10 pistes.

Tableau 90 : Axes du PREF 2008-2011

Axes du PREF		Nombre d'actions/axe	Gains nets attendus en M€
Axe 1	régularisation de la valorisation de l'activité existante	23	12,8
Axe 2	développement d'activités bénéficiaires	36	16,2
Axe 3	restructuration et redimensionnement d'unités de production	18	5
Axe 4	réorganisation et redimensionnement des fonctions support	8	5
Axe 5	optimisation de la gestion des ressources humaines et de la masse salariale	10	6,9
<b>Total</b>		<b>95</b>	<b>46</b>

Source : PREF 2008-2011 (documents Cap Gemini Consulting)

[1262] Chacune des 95 pistes/actions retenues (cf. PJ 7-10) a fait l'objet d'une fiche (cf. PJ 7-11 pour un exemple de fiche établie par Cap Gemini Consulting), qui décrit par pôle les mesures à mettre en œuvre et chiffre les gains de recettes ou les économies de dépenses attendues. Le total des gains net est ainsi évalué sur la période 2008-2011 à 46 M€ comme le montre le tableau ci-dessous.

Tableau 91 : Chiffrage des axes du PREF par pôle (présentation de Cap Gemini Consulting en CME du 20/10/2008)

Consolidation des gains (K€)		Pôle 1	Pôle 2	Pôle 3	Pôle 4	Pôle 5	Pôle 6	Pôle 7	Pôle 8	Pôle 9	Pôle 10	Pôle 11	Pôle 12	Total
		Périnatalité	Psychiatrie	Urgences - Réanimation - Pédiatrie	Logistiques - Médico- techniques	Anesthésie Blocs Opératoires	Médecine interne & Cardio- vasculaire	Gériatrie - Neurologie - Rééducation	Oncologie médicale & Infectiologie	Imagerie	Projet	Activité	Ressources	
<b>Axe 1</b>	Valorisation	247	887	8	1 283	78	180	1 727	0	0	0	8 418	0	<b>12 828</b>
<b>Axe 2</b>	Développement d'activités bénéficiaires	2 298	0	1 493	409	1 400	3 375	1 752	1 858	2 746	0	903	0	<b>16 234</b>
<b>Axe 3</b>	Restructurations	495	0	254	1 085	868	529	0	0	-54	163	582	1 107	<b>5 027</b>
<b>Axe 4</b>	Réorganisations Fonctions Support	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4 982	<b>4 982</b>
<b>Axe 5</b>	GRH	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6 922	<b>6 922</b>
<b>Total</b>		<b>3 040</b>	<b>887</b>	<b>1 755</b>	<b>2 777</b>	<b>2 346</b>	<b>4 083</b>	<b>3 479</b>	<b>1 858</b>	<b>2 692</b>	<b>163</b>	<b>9 903</b>	<b>13 011</b>	<b>45 993</b>

[1263] Les pistes retenues de ces 5 axes, faisant chacune l'objet d'une fiche, forment le PREF 2008-2011 tel qu'il ressort du contrat conclu avec l'ARH reproduit ci-dessous :

Tableau 92 : Actions retenus dans le PREF 2008-2011 conclu avec l'ARH le 16 décembre 2008

Gestion active du personnel
Optimisation des fonctions logistiques (externalisation ou mutualisation)
Optimisation des fonctions médico-techniques (externalisation ou mutualisation) Réorganiser la gestion des blocs opératoires et leur dimensionnement par site en tenant compte de la problématique du nombre d'anesthésistes et des activités ciblées sur chaque site Rationalisation de l'utilisation du bloc obstétrical Rationalisation des services de Réanimation Regroupement des laboratoires Regrouper l'activité de stérilisation Maîtriser les commandes de réactifs Limiter les examens envoyés à l'extérieur
Rationalisation des achats (sous traitance, médicaments)
Maîtrise du titre 4
Création d'une activité nouvelle Création d'une Unité kangourou Création d'une Unité de Surveillance continue en obstétrique Création d'un court séjour gériatrique Création d'une unité de prise en charge des AVC Création de l'activité d'écho-endo et CPRE
Développement ou relance d'une activité Développer les capacités d'accueil en obstétrique pour augmenter le nombre d'accouchements Développer l'activité de prélèvement Développer l'activité de cytogénétique Développer l'activité d'empreintes génétiques Développement de l'ophtalmologie (vacation supplémentaire au bloc) + activité de diagnostic ophtalmo. Développer la sénologie et sénologie interventionnelle Développer la prise en charge des endoscopies Développement de la rythmologie interventionnelle Augmenter les capacités d'accueil en médecine interne (dont accueil post-urgences pour les moins de 75 ans) Développer l'activité de diabétologie Développer l'activité de pneumologie Accompagner le développement de l'oncologie Accompagner la mise en place des deux nouveaux scanners en ajustant le dimensionnement des équipes Développer l'activité de radiothérapie Remplacer l'IRM 1T par l'IRM 1,5 T Développer l'activité d'écho doppler transcrânien Développer l'activité de colonoscopie
Réduction ou suppression d'une activité Rationnaliser les consultations de psychologues Passage en 12h des IDE aux urgences de SGL Regrouper la cardiologie à Poissy
Amélioration du codage et exhaustivité
Optimisation des recettes de titre 2 (émission et recouvrement des titres de recettes) : Amélioration de l'encaissement, de l'ouverture de droits et du recouvrement
Augmentation des recettes de titre 3 - Augmentation du prix des repas - Obtenir une revalorisation des tarifs des USLD et EHPAD (conventions tripartites)
Autres mesures : Amélioration de la DMS et de la gestion des lits

Source : PREF 2008-2011 – Annexe 4-4 du CPOM

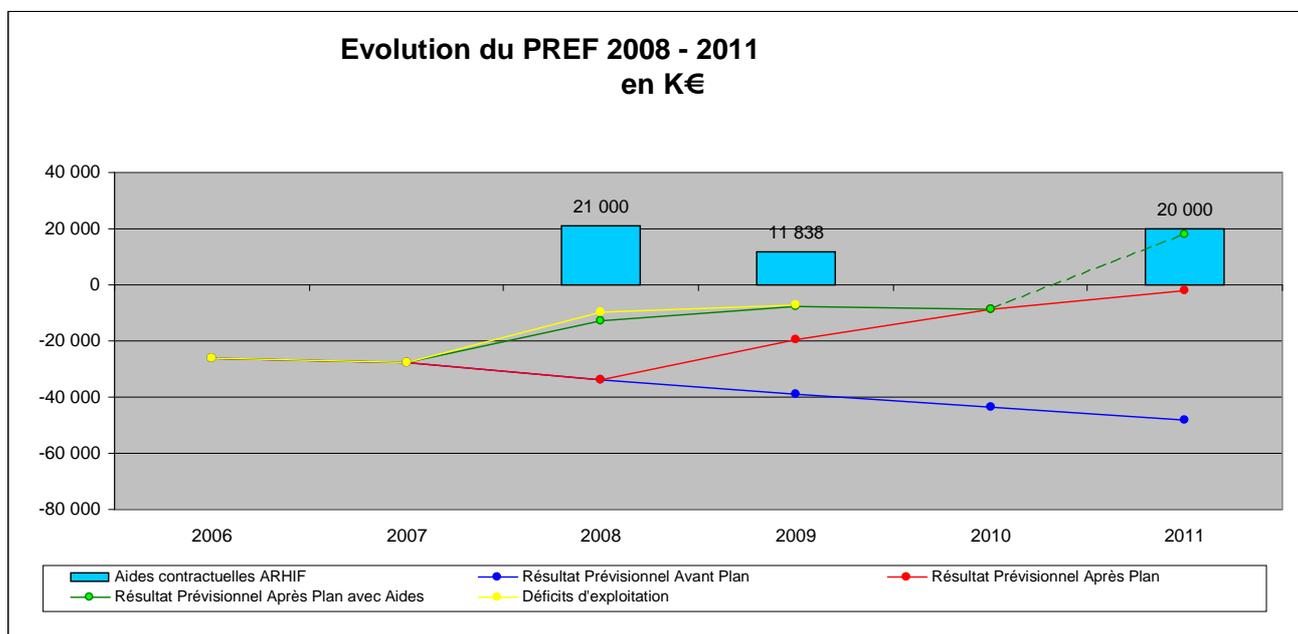
[1264] Le diagnostic financier après plan de financement (PGFP), qui repose d'une part sur un engagement de l'établissement de mettre en œuvre des mesures pour 46M€ de gains nets et d'autre part sur une aide contractualisée de la tutelle de 62M€ (dont 31M€ conditionnées), prévoit un quasi retour à l'équilibre de l'établissement en 2011 avec un déficit résiduel de l'ordre de -1,8M€. L'équilibre général du plan s'établit à 1,3€ d'aide pour 1€ d'économie ou d'amélioration de recettes. Le lecteur pourra se reporter à la PJ 7-5.

Tableau 93 : Simulation financière pluriannuelle avant et après mise en œuvre du PEF (PGFP)

En K€	2008	2009	2010	2011
Résultats d'exploitation avant plan	-33 663 341	-38 801 321	-43 573 449	-48 181 823
Mesures à mettre en œuvre par le CHIPS (solde net des recettes suppl. et économies)		19 228 617	34 663 470	46 331 088
Résultat d'exploitation après plan	-33 663 341	-19 572 703	-8 909 978	-1 850 735
Engagements de l'ARHIF	21 000 000	10 000 000	20 000 000	11 000 000
Résultat cumulé final hors aide	-61 402 675	-80 975 378	-89 885 357	-91 736 092

Source : PEF 2008-2010 (annexe 4-4 du CPOM)

Graphique 29 : Evolution du PEF 2008-2011



Source : ARHIF

[1265] Comme pour le CREF, le PEF ayant été signé en fin d'année 2008, celui-ci ne prend effet en réalité qu'à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2009. L'impact financier pour l'exercice 2008 est l'apport conséquent d'une aide de 21M€ de l'ARH fin 2008.

[1266] **Le PREF est construit de façon matricielle** en prévoyant des mesures chiffrées par pôle (PJ 7-8) et par grand axe d'activité (cf. infra tableau 26) mais aussi par type de mesure (PJ 7-7) et par titre (PJ 7-9) comme le détaillent les tableaux ci-dessous.

Tableau 94 : Mesures financières détaillées du PREF 2009-2011 par type de mesures

	Mesures du PREF	2009	2010	2011
G	Création d'une activité nouvelle	2 570 143	3 923 306	4 643 074
H	Développement ou relance d'une activité	1 636 902	4 490 553	6 740 626
I	Développement de l'alternative à l'hospitalisation complète (ambulatoire,...)	0	0	0
J	Réduction ou suppression d'une activité	-128 045	366 720	948 720
K	Amélioration du codage et exhaustivité	3 386 899	6 098 263	7 243 942
L	Optimisation des recettes de titre 2 (émission et recouvrement des titres de recettes)	2 483 269	3 663 408	4 348 058
M	Augmentation des recettes de titre 3	0	0	599 000
N	Autres mesures	2 225 056	4 186 656	5 272 500
	Total gains	12 174 223	22 728 906	29 795 920
A	Gestion active du personnel	-3 654 668	-6 339 221	-8 579 700
B	Optimisation des fonctions logistiques (externalisation ou mutualisation)	-2 124 000	-3 488 400	-3 731 500
C	Optimisation des fonctions médico-techniques (externalisation ou mutualisation)	-208 905	-303 100	-1 542 000
D	Rationalisation des achats (sous traitance, médicaments)	-412 500	-825 000	-1 250 000
E	Maîtrise du titre 4	-654 321	-978 843	-1 431 968
	Total économies	-7 054 394	-11 934 564	-16 535 168
	<b>Solde mesures</b>	<b>19 228 617</b>	<b>34 663 470</b>	<b>46 331 088</b>

Source : PREF 2008-2011

[1267] A noter que les montants sont cumulés d'une année sur l'autre. L'objectif de l'année N+1 comprend donc le montant de l'année N.

Tableau 95 : Mesures financières détaillées (recettes supplémentaires et économies) du PREF 2009-2011 par titre

		2009	2010	2011	Total cumulé
Titre 1	Produits versés par l'assurance maladie	13 752 419	10 969 303	7 048 040	31 769 762
Titre 2	Autres produits de l'activité hospitalière	3 345 072	2 512 940	1 273 770	7 131 782
Titre 3	Autres produits	0	0	599 000	599 000
	Total gains de recettes	17 097 491	13 482 244	8 920 810	39 500 544
Titre 1	Charges de personnel	-3 708 087	-2 731 048	-3 168 358	-9 607 492
Titre 2	Charges à caractère médical	1 179 985	918 613	908 432	3 007 030
Titre 3	Charges à caractère hôtelier et général	463 660	207 839	-125 418	546 081
Titre 4	Charges d'amortissements, de provisions,	-66 685	-348 013	-361 465	-776 163
	Total économies de dépenses	-2 131 127	-1 952 609	-2 746 808	-6 830 544
	<b>Solde net (gains de recettes + économies)</b>	<b>19 228 617</b>	<b>15 434 853</b>	<b>11 667 618</b>	<b>46 331 088</b>

Source : PREF 2008-2011 retraité par la mission

[1268] La combinaison matricielle de ces deux tableaux peut ainsi donner pour un titre donné les mesures PREF suivantes :

Tableau 96 : Suivi des mesures financières PREF pour les dépenses de personnel par type d'action (en cumulé d'une année sur l'autre)

		2009	2010	2011
Titre 1	Charges de personnel	-3 708 087	-6 439 134	-9 607 492
Mesure Maîtrise des dépenses A		-3 654 668	-6 339 221	-8 579 700
Mesure Maîtrise des dépenses B		-2 286 000	-3 711 400	-3 955 500
Mesure Maîtrise des dépenses C		-119 083	-166 550	-1 088 601
Mesure Maîtrise des dépenses D		0	0	0
Mesure Maîtrise des dépenses E		0	0	0
Mesure Maîtrise des dépenses F		0	0	0
Mesures activité G		1 447 019	2 077 038	2 323 300
Mesure activité H		1 054 646	1 850 999	2 425 009
Mesure activité I		0	0	0
Mesure activité J		-150 000	-150 000	-732 000
Mesure activité K		0	0	0
Mesure activité L		0	0	0
Mesure activité M		0	0	0
Mesure activité N		0	0	0

Source : PREF 2008-2011 retraité par la mission

[1269] **Cette construction matricielle rend très précis le PREF** qui prend en compte à la fois des mesures financières de gains de recettes ou d'économies par titre de produits ou de charges mais également par type d'action contractualisée dans le PREF pour chaque pôle. Cela peut cependant impliquer des difficultés à le mettre en œuvre dans le cadre de la construction de l'EPRD et à le suivre mesure par mesure.

### 5.2.2. La réorganisation de la direction des affaires financières

[1270] M. [REDACTÉ] a nommé [REDACTÉ] comme directrice des finances et du contrôle de gestion le 12 novembre 2007, scindant ainsi la direction de la clientèle qui restait dirigée par [REDACTÉ] et la direction des affaires financières. Les modalités, peu appropriés de cette réorganisation interne, sont évoqués en annexe 6-1 ; celle-ci était toutefois nécessaire pour parvenir à un meilleur suivi financier et à une régularisation de la valorisation de l'activité existante en termes de recettes, s'agissant de deux secteurs clés pour le retour à l'équilibre.

[1271] Si les pôles administratifs apparaissent parfois comme des constructions quelque peu artificielles, l'idée de regrouper au sein du même pôle les directions des finances, de la clientèle et de l'information médicale ne pouvait être que bénéfique à une meilleure voire à la mise en place, enfin, d'une communication entre la facturation et le suivi des recettes d'une part et le suivi médico-économique de l'activité d'autre part.

[1272] **Il s'agissait donc de reconstituer une véritable direction des affaires financières.** Dans un premier temps, en raison de la dé-fusion avec la direction de la clientèle, la nouvelle direction des finances (DFI) a connu un effectif très restreint alors même qu'elle était déjà en sous-effectif : elle passe de 10 ETP en 2007 (12,45 en 2005) à 8,34 en 2008. L'équipe est renouvelée, des recrutements sont initiés courant 2008, pour atteindre 10 effectifs (9,37 ETP) avec le recrutement notamment :

- d'un contrôle de gestion expérimenté, en septembre 2008,
- d'une contrôleuse de gestion « junior »,
- d'un adjoint des cadres sur la partie finances, positionné sur la partie « suivi des dépenses »,
- d'une adjointe des cadres, responsable de la gestion de la base de données pour la partie « comptabilité analytique ».

[1273] La volonté de constituer une véritable direction des finances, de mettre en place un contrôle de gestion et une comptabilité analytique apparaît clairement assez vite.

### **5.2.3. Le contrôle de gestion et la mise en place d'outils de pilotage médico-économique**

[1274] Le contrôleur de gestion fait le constat à son arrivée en septembre 2008 de l'absence totale de contrôle de gestion et de dialogue de gestion avec les pôles et services médicaux et médico-techniques. Sa feuille de route est très claire :

- la refonte du fichier structure (FICOM),
- la mise en place d'une comptabilité analytique et notamment des comptes de résultats analytiques par pôle et service (CREA), qui doivent permettre d'affecter le plus précisément possible à chaque pôle puis, éventuellement à l'intérieur de ces derniers, à chaque discipline, les produits reçus de l'assurance maladie et les produits issus des redistributions internes à l'établissement ainsi que les charges directes et indirectes,
- la mise en place de tableaux de bord de suivi de l'activité et des principaux indicateurs médico-économiques par pôle.

[1275] La refonte du fichier structure est réalisé entre septembre et décembre 2008 de sorte que l'année 2009 démarre sur la base d'un nouveau FICOM. Ce qui a permis :

- de diminuer le nombre pléthorique d'unités fonctionnelles (UF) de 800 en 2008 à 400 au 1<sup>er</sup> janvier 2009. Auparavant, la création d'UF se faisait au fur et à mesure de façon assez anarchique et sans véritable réflexion ou pilotage, ces UF s'ajoutant aux deux ex-fichiers structures simplement juxtaposés de Poissy et Saint Germain. Aucune réflexion n'avait donc été réellement menée depuis 1997 sur ce point,
- de revoir l'affectation des ETP par UF. En effet, le changement d'affectation d'un personnel n'était pas répercuté dans le FICOM, ce qui biaisait la répartition des coûts de personnel par pôle,
- et de manière générale, de rationaliser le FICOM de sorte que les coûts soient correctement imputés et qu'une comptabilité analytique puisse être mise en place.

[1276] Concernant le dialogue de gestion, le contrôleur de gestion a d'abord mis en place des tableaux de bord par pôle qui ont été expérimentés dans un premier temps courant mars 2009 avec les 3 pôles suivants : femme-nouveau né, médecine interne et cardiovasculaire et onco-médicale et infectiologie. Ces tableaux de bord au départ fondés sur quelques indicateurs fiabilisés se sont progressivement enrichis pour décomposer par pôle le suivi de l'activité en volume et en recettes valorisées, les dépenses de personnel, les consommations et la répartition des charges directes. Ils existent aujourd'hui pour 7 des 9 pôles médicaux.

[1277] Destinés à devenir mensuels, les tableaux de bord ont été diffusés pour la première fois par courriel à l'ensemble des chefs de pôle en octobre 2009. Ils sont disponibles sur l'intranet de l'établissement depuis janvier 2010.

[1278] Concernant les CREA, le contrôleur de gestion a pris pour base les comptes administratifs retraités et a élaboré, seul, les premiers CREA en mars 2009 avec des clés de répartition élaborées par la seule direction des finances, voire par le contrôleur de gestion lui-même.

- [1279] Ces CREA ont été présentés à la direction, puis au conseil exécutif courant juin 2009, puis progressivement à certains pôles et services qui pouvaient être réceptifs à la mise en place d'un dialogue de gestion. Les réactions à la présentation des CREA ont été diverses. Si le principe est largement accepté à l'exception de certains praticiens, certaines réactions ont été relativement négatives notamment sur les clés de répartition qui n'étaient pas comprises faute de concertation préalable sur les critères de choix faits.
- [1280] Le contrôle de gestion a tenté en outre de mettre en place des tableaux de coûts case-mix mais sans succès. Ce sera un des chantiers 2010.
- [1281] Compte tenu de la nécessité absolue de mettre en place un véritable dispositif de contrôle de gestion déjà soulignée par le rapport du CGES, la mise en œuvre de ces premiers outils de contrôle et de dialogue de gestion est un incontestable point positif. Cependant les modalités de mise en œuvre et de suivi ne sont pas exemptes de toute critique :
- ces travaux ont été menés « en chambre » au sein de la DAF, voire de la cellule du contrôle de gestion, sans réelle concertation avec les chefs de pôle et de services. Il est vrai que certains semblent encore refuser ce type de dispositif et ne souhaitent pas réunir leur pôle sur ces thèmes,
  - ce qui démontre en outre l'insuffisante mobilisation de la direction dans la construction de ces outils indispensables au pilotage médico-économique et au dialogue de gestion dans la perspective de la contractualisation,
  - **nos entretiens montrent que le contrôleur de gestion a été assez isolé sur ce travail** alors même que le rapport du CGES insistait déjà sur la nécessité pour le conseil exécutif de s'investir « *essentiellement, sinon exclusivement, sur la mise en place du dispositif de contrôle de gestion afin de discuter et valider à la fois le plan d'action et les outils* »
  - **de la même manière, ce travail aurait du être mené en coordination étroite avec le DIM, ce qui n'a pas été le cas.** Ici encore, le contrôleur de gestion s'est retrouvé assez seul face aux chefs de pôle, allant jusqu'à endosser parfois grâce à ses connaissances en matière de pilotage médico-économique le rôle de DIM pour expliquer les modifications de tarification, le passage de la V10 à la V11 et ses conséquences, intervenant sur les problématiques de codage...On peut espérer que l'arrivée du nouveau DIM améliorera cette situation.
- [1282] L'absence d'implication forte de la direction, la relative solitude du contrôle de gestion dans cette mise en place d'outils qui doivent être partagés, l'absence d'explication en amont et d'appropriation de la démarche par les pôles ont globalement conduit ces derniers à ne pas s'impliquer dans ce qui aurait du être une véritable conduite de projet, en partie déléguable aux pôles. Ce n'est que depuis le début de l'année 2010, soit plus de deux ans après l'arrivée du nouveau directeur, que le contrôleur de gestion, malheureusement de nouveau seul, rencontre chaque semaine deux chefs de service pour diffuser cette culture et faire le point sur le suivi du PREF.
- [1283] **On peut en outre se poser la question de l'utilisation effective de ces tableaux de bord et CREA.** A notre connaissance, ceux-ci ne sont pas diffusés au sein des pôles afin d'expliquer plus largement aux personnels soignants la situation du pôle au regard des objectifs stratégiques de l'établissement et du projet médical. Ils sont diffusés sur l'intranet mais font peu l'objet de débat jusqu'ici. Au final ces tableaux de bord et CREA qui comportent des données très intéressantes, ont été confectionnés par la DAF et sont utilisés par la DAF pour la construction de l'EPRD ou le contrôle de gestion. Il est réellement dommage que ces outils ne constituent pas encore à ce stade des outils de pilotage partagé.

#### 5.2.4. La rénovation du système d'informations de suivi des recettes et des dépenses

- [1284] De 2002 à 2007, la DAF disposait d'un logiciel commun pour le suivi des dépenses et des recettes : la suite Agfa avec Hexagone pour les recettes et Gef pour les dépenses. Mais ce logiciel comme nous l'avons indiqué posait des problèmes de compatibilité avec le logiciel médical du patient (Crosway) qui permet entre autres le codage des actes et qui dépend d'un autre éditeur Mc Kesson.
- [1285] Pensant résoudre ces difficultés, le choix a été fait en juin 2007, pour application au 1<sup>er</sup> janvier 2008, de changer le logiciel de suivi des recettes pour GAM fourni par le même éditeur que le logiciel patient médical, Mc Kesson. Ce choix, conforme au schéma directeur, semble avoir été pris contre l'avis des utilisateurs (clientèle et finance). Les difficultés de compatibilité des logiciels masquant d'autres difficultés d'origine organisationnelle, ce changement de logiciel a en réalité pénalisé l'ensemble de l'exercice 2008 tant pour le suivi des recettes que la tenue des tableaux de bord. D'autant que le logiciel de suivi des dépenses avait été maintenu et dépendait donc de l'éditeur Agfa.
- [1286] Devant la difficulté d'utilisation et le manque d'accompagnement du logiciel GAM, le choix est fait de changer, de nouveau, de logiciel de suivi des dépenses et des recettes. Est ainsi retenu courant de l'été 2008, pour application au 1<sup>er</sup> janvier 2009, les logiciels **Pastel** pour les recettes et **Magh2** pour les dépenses, tous deux dépendant de la même filière « Convergence » du MIPIH.
- [1287] Le changement de logiciel de suivi des recettes et des dépenses par deux fois en deux ans n'a pas facilité le pilotage budgétaire et financier. **Il apparaît cependant qu'après une période transitoire très difficile en 2008, la situation soit désormais assainie depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009 avec une filière informatique cohérente pour les deux logiciels de suivi des dépenses et des recettes et une compatibilité entre Pastel (dossier administratif patient) et Crosway, le logiciel patient médical, permettant enfin une meilleure facturation, au fil de l'eau, de l'activité, au moins pour les consultations externes.**
- [1288] Ainsi, le suivi des dépenses et des recettes peut se faire désormais en temps réel par le biais de MAGH2. Pour le suivi des dépenses, un travail important, encore en cours, est effectué en lien avec la direction des achats pour mieux suivre les engagements de dépenses. Le suivi infra annuel des dépenses s'améliore lentement. D'autant qu'il n'y avait pas jusqu'à récemment de personne dédiée au sein de la DAF à ce suivi qui manque encore de lisibilité. **Il n'existe pas encore à ce stade de tableau de bord global de suivi de la dépense pour l'ensemble de l'établissement.** Seule la DRH tient ce type de suivi pour les dépenses de personnels non médicaux. Pour les personnels médicaux, les données sont transmises par la DAM à la DFI qui effectue ainsi la collation des données relatives à la masse salariale.
- [1289] A noter cependant comme avancée positive, le suivi mensuel de l'EPRD et la mise en place d'un système d'alertes et de blocage sur MAGH2 si le niveau des dépenses engagées dépasse le seuil des dépenses prévues à l'EPRD.
- [1290] Concernant les recettes, il y a également un travail de rapprochement en cours entre les données issues des logiciels patient administratif (PASTEL) et médical (CROSWAY) car il existe encore, même fin 2009, de nombreux retraitements de séjours en retard de codage ou de facturation. **Les recettes, contrairement aux dépenses, font ainsi l'objet de tableaux de synthèse de suivi de l'activité en volume et en recettes valorisées. Malgré tout, il reste des zones d'ombre, la DFI a toujours des difficultés à obtenir les données de dépenses du titre 3.**
- [1291] Le CHIPS est donc en train de développer les outils et processus de suivi de la dépense et des recettes qui existent en principe dans tout établissement afin de pouvoir piloter la dépense et éventuellement réaliser des corrections infra annuelles.

[1292] Les avancées en termes de pilotage financier ont déjà un effet positif : une meilleure prévision budgétaire lors de la construction de l'EPRD comme le montre le tableau ci-dessous, notamment pour les dépenses.

Tableau 97 : Ecart compte financier 2009/ EPRD 2009 initial

En M€	EPRD initial 2009	CF 2009: projections au 15.02.2010	Ecart Projection 2009 / EPRD	
Titre 1	162 558 581	161 992 841	-565 740	-0,35%
Titre 2	38 787 016	38 074 962	-712 054	-1,84%
Titre 3	27 751 828	27 500 890	-250 938	-0,90%
Titre 4	21 453 987	22 240 474	786 486	3,67%
<b>Total charges</b>	<b>250 551 412</b>	<b>249 809 167</b>	<b>-742 245</b>	<b>-0,30%</b>
Titre 1 (hors aide ARH)	181 231 060	183 332 976	2 101 916	1,16%
Titre 2	18 554 529	18 418 281	-136 248	-0,73%
Titre 3	27 195 261	28 898 535	1 703 275	6,26%
<b>Total produits</b>	<b>226 980 850</b>	<b>230 649 792</b>	<b>3 668 943</b>	<b>1,62%</b>
<b>Résultat</b>	<b>-23 570 562</b>	<b>-19 159 375</b>	<b>4 411 188</b>	<b>-18,71%</b>

Source : IGAS

**5.3. 2009 : des résultats financiers très encourageants mais exclusivement fondés sur la régularisation de la valorisation de l'activité et la maîtrise des dépenses de personnels, l'établissement ne respectant qu'en partie les engagements du PREF pour l'exercice 2009**

[1293] L'évolution de la structure de la dépense et des recettes sur la période 2007-2009 est la suivante :

Tableau 98 : Evolution de la structure des dépenses et des recettes sur la période 2007-2009 :

En €	2007	2008	2009	Ecart 2009/2007	Part en % de l'écart	
<i>Dépenses</i>						
Titre 1	166 961 280	167 628 347	161 992 841	-4 968 439	-3,0%	-708,2%
<i>Personnel Non Médical</i>	<i>129 356 755</i>	<i>128 447 534</i>	<i>123 704 727</i>	<i>-5 652 029</i>	<i>-4,4%</i>	<i>-805,6%</i>
<i>Personnel Médical</i>	<i>37 604 525</i>	<i>39 180 813</i>	<i>38 288 114</i>	<i>683 590</i>	<i>1,8%</i>	<i>97,4%</i>
Titre 2	34 886 255	36 806 056	38 074 962	3 188 707	9,1%	454,5%
Titre 3	28 879 799	26 275 368	27 500 890	-1 378 910	-4,8%	-196,6%
Titre 4	18 380 281	22 871 034	22 240 474	3 860 193	21,0%	550,2%
<b>Total des charges</b>	<b>249 107 615</b>	<b>253 580 805</b>	<b>249 809 167</b>	<b>701 552</b>	<b>0,3%</b>	<b>100,0%</b>
<i>Recettes hors aide PREF</i>						
Titre 1	178 495 020	172 988 903	183 332 976	4 837 956	2,7%	28,8%
Titre 2	16 135 291	18 668 120	18 418 281	2 282 991	14,1%	13,6%
Titre 3	19 237 970	31 312 694	28 898 535	9 660 565	50,2%	57,6%
<b>Total des produits</b>	<b>213 868 281</b>	<b>222 969 717</b>	<b>230 649 793</b>	<b>16 781 511</b>	<b>7,8%</b>	<b>100,0%</b>
<i>Déficit hors aide PREF (déficit réel)</i>						
<b>Résultat</b>	<b>-35 239 334</b>	<b>-30 611 088</b>	<b>-19 159 374</b>	<b>- 16 079 960</b>	<b>45,6%</b>	
Taux de déficit*	16,5%	13,7%	8,3%			

Source : Comptes financiers du CHIPS et données de la DFI pour l'année 2009 au 15/02/2010 traités par la mission \* taux de déficit structurel = déficit hors aides ARHIF/recettes hors aides ARHIF

**On peut constater :**

- une stabilisation des charges qui reflète mal l'évolution de la structure des dépenses. En effet, les dépenses de personnel (titre 1) ont significativement diminué de près de 5M€ soit -3%, ainsi que les dépenses à caractère général et hôtelier (titre 3), alors que les dépenses à caractère médical (titre 2) et les dotations aux amortissements et provisions (titre 4) ont augmenté respectivement de +9% et +21% ;
- Ce dernier point (augmentation du titre 4 de +21%) est significatif d'une politique d'assainissement de la gestion antérieure, avec un rattrapage du sous provisionnement des risques « créances irrécouvrables » et « CET » qui avait masqué avant 2007 la réalité des charges et du déficit ;
- une augmentation significative des recettes de 16,8M€ (soit +7,8%) qui peut traduire à ce stade soit une augmentation de l'activité, soit une meilleure valorisation de celle-ci, soit une amélioration des recettes hors T2A (MIG AC) ;
- Un déficit hors aide ARHIF qui diminue fortement de 16M€, soit 46%, entre 2007 (-35M€) et 2009 (-19M€) ;
- un taux de déficit qui passe de ce fait de 16,5% en 2007 à 8,3% en 2009 mais demeure élevé ;
- La situation financière de l'établissement, en termes de réduction du déficit et d'amélioration de l'autofinancement s'est donc améliorée en 2 ans ;
- L'effort se concrétise en réalité en 2009, l'année 2008 étant une année « blanche » consacrée à la mise en œuvre des outils de pilotage et du PREF ;
- A l'exception notable du titre 2 (autres recettes d'hospitalisation que celles versées par l'assurance maladie) pour lequel l'effort est porté entre 2007 et 2008, en raison de l'effort de rattrapage sur le codage et la facturation de l'activité effectué au cours de cet exercice (rationalisation des processus, effort volontariste de facturer à 100% - cf. annexe 8 Facturation).

[1294] Le déficit 2009 hors aide du CHIPS (-19,2M€) respecte le déficit contractualisé dans le PREF (-19,6M€) et même dépasse l'objectif de 400K€. Cependant, ce bon résultat masque une mise en œuvre très partielle du PREF et des résultats très contrastés selon les titres de charges et de produits comme le montrent les tableaux ci-dessous. Ce qui soulève certaines interrogations quant à la fragilité du bon résultat obtenu en termes de réduction du déficit.

Tableau 99 : Ecart entre les résultats titre par titre du compte financier 2009 (budget exécuté) et les engagements prévus au PREF 2009

	PREF 2009	Dont gains nets prévus au PREF*	CF 2009	Ecart réalisé 2009/engagements PREFER2009
<b>CHARGES</b>				
Titre 1 - Charges de personnel	167 250 515	-3 708 087	161 992 841	-5 257 674
Titre 2 - Charges à caractère médical	38 439 941	1 179 985	38 074 962	-364 979
Titre 3 - Charges à caractère hôtelier & général	24 582 300	463 660	27 500 890	2 918 590
Titre 4 - Charges d'amortissements, de provisions et dépréciations, financières, exceptionnelles	15 038 118	-66 685	22 240 474	7 202 356
<i>Dont dotations aux provisions</i>		0	14 868 140	
<b>TOTAL DES CHARGES</b>	<b>245 310 873</b>	<b>-2 131 127</b>	<b>249 809 167</b>	<b>4 498 293</b>
<b>PRODUITS</b>				
Titre 1 - Produits versés par l'assurance maladie	188 668 872	13 752 419	183 332 976	-5 335 896
Titre 2 - Autres produits de l'activité hospitalière	19 229 404	3 345 072	18 418 281	-811 123
Titre 3 - Autres produits	17 839 894	0	28 898 535	11 058 641
<i>Dont reprises sur provisions</i>		0	5 345 879	
<b>TOTAL DES PRODUITS</b>	<b>225 738 170</b>	<b>17 097 491</b>	<b>230 649 793</b>	<b>4 911 623</b>
<b>RESULTAT D'EXPLOITATION</b>	<b>-19 572 703</b>	<b>-19 228 617</b>	<b>-19 159 374</b>	<b>413 329</b>

Source : PREF 2008-2011 et données DFI sur le CF 2009, traités par la mission

Tableau 100 : Comparaison mesures PREF 2009 mises en œuvre par rapport aux mesures d'économies ou de recettes supplémentaires contractualisées dans le PREF 2009

	Mesures contractualisées PREF 2009	CF 2009 Mesures réalisées	Ecart mesures réalisées/ Mesures prévues au PREF 2009
<b>CHARGES</b>			
Titre 1 - Charges de personnel			
Total des mesures maîtrise des dépenses	-6 059 751		
Total des surcoûts liés aux mesures activité	2 351 665		
<b>Solde mesures titre 1</b>	<b>-3 708 087</b>	<b>-8 965 760</b>	<b>-5 257 674</b>
Titre 2 - Charges à caractère médical			
Total des mesures maîtrise des dépenses	-131 250		
Total des surcoûts liés aux mesures activité	1 311 235		
<b>Solde mesures titre 2</b>	<b>1 179 985</b>	<b>815 006</b>	<b>-364 979</b>
Titre 3 - Charges à caractère hôtelier & général			
Total des mesures maîtrise des dépenses	-257 972		
Total des surcoûts liés aux mesures activité	721 631		
<b>Solde mesures titre 3</b>	<b>463 660</b>	<b>3 382 249</b>	<b>2 918 590</b>
Titre 4 - Charges d'amortissements, de provisions et dépréciations, financières et exceptionnelles			
Total des mesures maîtrise des dépenses	-605 421		
Total des surcoûts liés aux mesures activité	538 736		
<i>Dont dotations</i>	0	14 868 140	
<b>Solde mesures titre 4</b>	<b>-66 685</b>	<b>7 135 671</b>	<b>7 202 356</b>
<b>Total des mesures sur les charges</b>	<b>-2 131 127</b>	<b>2 367 167</b>	<b>4 498 293</b>
<b>PRODUITS</b>			
Titre 1 - Produits versés par l'assurance maladie			
Produits générés par les mesures activité	13 752 419	8 416 523	-5 335 896
Titre 2 - Autres produits de l'activité hospitalière			
Produits générés par les mesures activité	3 345 072	2 533 949	-811 123
Total mesures titre 1+2	17 097 491	10 950 472	-6 147 019
Titre 3 - Autres produits			
Produits générés par les mesures activité	0	11 058 641	11 058 641
<i>Dont reprises sur provisions</i>	0	5 345 879	
<b>Total des mesures sur les produits</b>	<b>17 097 491</b>	<b>22 009 113</b>	<b>4 911 623</b>
<b>Impact de toutes les mesures</b>	<b>19 228 617</b>	<b>19 641 947</b>	<b>413 329</b>

Source : Données CHIPS traitées par la mission

[1295] L'analyse comparative du compte financier 2009 (données CHIPS au 15/02/2010) et des engagements contractualisés dans le PREF pour l'exercice 2009 par titre de dépenses et de recettes montre que :

1. les économies de dépenses contractualisées ne sont pas respectées. Les charges qui devaient diminuer de -2,1M€ augmentent en réalité de +2,3M€. L'écart est ainsi de 4,5M€ par rapport à l'engagement du PREF pour 2009.
2. les recettes supplémentaires contractualisées ne sont pas respectées non plus. Elles sont de +22M€ au lieu de +17M€, soit un écart positif de +5M€ par rapport à l'objectif du PREF.

[1296] **Mais il faut souligner que le PREF n'a pas intégré le coût des charges induit par la nécessaire politique d'assainissement de la gestion antérieure. Ce qui explique les écarts aberrants entre le réalisé 2009 et les engagements du PREF, concernant les titres 3 et 4 en dépenses et le titre 3 en produits.** En effet, 8,3M€ de dotations aux provisions, notamment pour dépréciations de créances, CET et heures supplémentaires, impactent le titre 4 ; sachant que ces charges font par ailleurs l'objet de reprises sur provisions à la même hauteur sur le titre 3 en produits puisque le solde fin 2009 des dotations/reprises est de 0,1M€ (Cf. infra).

[1297] Les charges d'heures supplémentaires et de CET se sont imputées au final sur les dépenses de personnels et les charges de pertes sur créances irrécouvrables sur le titre 3 relatif aux dépenses à caractère général et hôtelier à hauteur de 4,5M€ entre 2007 et 2009.

[1298] Si on neutralise ces évolutions qui ne sont pas liées aux « fondamentaux » de l'activité de l'établissement pendant la période pour évaluer l'impact pérenne du PREF, trois points permettent de comparer la situation de l'établissement fin 2009 par rapport à ce qui était prévu au PREF à cette date :

- la diminution drastique de la masse salariale des personnels non médicaux dépasse largement les objectifs du PREF 2009 qui sont atteints dès 2008 (167M€ de dépenses de personnels – cf. PJ 7-5 « PGFP du PREF »). **Le CHIPS a réduit en deux ans le montant net de sa masse salariale de 8,9M€ au lieu des 3,7M€ prévus au PREF pour fin 2009. En particulier, le CHIPS n'a pas réalisé les recrutements prévus pour relancer l'activité et estimés dans le PREF à 2,3M€ pour l'exercice 2009<sup>232</sup>.**
- l'augmentation des charges à caractère médical est relativement maîtrisée. L'objectif du PREF 2009 est respecté, mais uniquement parce que les surcoûts liés aux mesures d'activité prévus au PREF (1,3M€) n'ont pas été mis en œuvre.
- les recettes d'assurance maladie et de facturation augmentent certes de 7,1M€ entre 2007 et 2009 mais cette augmentation est largement insuffisante au regard des objectifs du PREF. **L'écart à l'objectif est de -6,1M€ d'insuffisance de recettes de titre 1 et 2.** Ce qui s'explique par l'absence de mise en œuvre de l'axe 2 du PREF relatif au développement des activités bénéficiaires.

[1299] **Ainsi, la réduction considérable des dépenses de personnel, bien au-delà de l'objectif du plan pour l'exercice 2009, permet au CHIPS de respecter celui-ci dans sa globalité et ainsi le déficit contractualisé.**

### **5.3.1. Une diminution drastique des dépenses de personnel au-delà des mesures PREF**

[1300] Les dépenses de personnel ont été diminuées de façon drastique et au-delà des mesures contractualisées au PREF (cf. supra).

<sup>232</sup> Cf. PJ 7-5 « PGFP après mise en œuvre du PREF » détaillant par année du PREF les mesures d'économies, les surcoûts liés aux mesures de développement de l'activité, et les gains nets d'économies et de recettes ; et PJ 7- 9 relative aux mesures financières du PREF par exercice et par titre.

Tableau 101 : Ecart réalisé 2009/objectif PREF 2009 pour les dépenses de personnel

Titre 1 - Charges de personnel	PREF 2009	Réalisé 2009 (CF 2009)	Ecart réalisé 2009/PREF 2009
Charges de personnel avant plan (cf. PJ 7-5)	170 958 601	170 958 601	
Total des mesures maîtrise des dépenses	-6 059 751		
Total des surcoûts liés aux mesures activité	2 351 665		
Solde net des mesures PREF	-3 708 087	-8 965 760	
Charges de personnel après plan	<b>167 250 515</b>	<b>161 992 841</b>	<b>-5 257 674</b>

Source : Données CHIPS traitées par la mission

[1301] Comme le montre le tableau ci-dessous, l'effort a essentiellement porté sur deux points :

- sur les dépenses de personnels titulaires (compte 6411) qui diminue de -6,3M€ compensé partiellement par une hausse des CDD (compte 6415) et des CDI (compte 6413) qui augmente de +3,7M€ (sur la politique de contractualisation, se reporter à l'annexe relative à la gestion des ressources humaines)
- sur la **baisse structurelle du niveau d'intérim** (compte 621) à hauteur de -1,3M€ soit une diminution de 51%.

[1302] L'effort de diminution de la masse salariale n'a porté que sur le personnel non médical et non sur le personnel médical (compte 642).

[1303] La forte diminution des dépenses de permanence des soins (compte 6425) de -1,2M€ a pour explication un changement de périmètre comptable des gardes et astreintes des internes et des étudiants imputés depuis 2009 sur le compte 642. Ces dépenses diminuent en réalité de 120K€ hors charges entre 2008 et 2009 (3,90M€ en 2008 contre 3,78M€ en 2009) alors même que la revalorisation des tarifs est de 8% en 2009.

[1304] Le lecteur pourra se reporter aux annexes 6-2 et 6-3 pour plus de détails sur l'amélioration du pilotage de la masse salariale et la réduction des effectifs.

Tableau 102 : Evolution des dépenses de personnel (titre 1) entre 2007 et 2009

	2 007	2 008	2009	Ecart 2009/2007	écart en %	part en % dans l'écart
<b>Titre 1</b>	166 961 280	167 628 347	161 992 841	<b>-4 968 439</b>	-3,0%	100,0%
<b>Dont personnel non médical</b>	129 356 755	128 447 534	123 704 727	-5 652 029	-4,4%	113,8%
<b>Dont personnel médical</b>	37 604 525	39 180 813	38 288 114	683 590	1,8%	-13,8%
621	2 611 436	2 555 225	1 271 955	<b>-1 339 481</b>	-51,3%	27,0%
631	11 041 210	10 698 450	9 637 743	-1 403 468	-12,7%	28,2%
633	4 184 020	4 302 104	5 195 439	1 011 419	24,2%	-20,4%
641	413 099	250 736	216 529	-196 570	-47,6%	4,0%
6411	77 027 720	75 283 005	70 724 470	<b>-6 303 250</b>	-8,2%	126,9%
6413	4 822 043	5 963 553	7 279 903	<b>2 457 860</b>	51,0%	-49,5%
6415	1 946 470	2 095 480	3 189 646	<b>1 243 176</b>	63,9%	-25,0%
642	3 048 510	2 850 687	3 717 805	669 296	22,0%	-13,5%
6421	15 452 412	16 551 227	16 161 007	708 595	4,6%	-14,3%
6422	1 145 567	1 139 642	969 267	-176 300	-15,4%	3,5%
6423	2 527 716	2 647 822	2 837 230	309 515	12,2%	-6,2%
6425	4 127 741	3 908 011	2 844 805	<b>-1 282 936</b>	-31,1%	25,8%
6451	29 008 764	29 102 695	28 351 416	-657 347	-2,3%	13,2%
6452	7 904 055	8 447 358	8 092 687	188 632	2,4%	-3,8%
6471	1 557 526	1 642 734	1 393 879	-163 646	-10,5%	3,3%
6472	81 046	136 202	56 187	-24 858	-30,7%	0,5%
648	61 944	53 416	52 871	-9 073	-14,6%	0,2%

Source : Comptes financiers 2007 et 2008 et données CHIPS au 15/02/2010 pour l'exercice 2009 retraités par la mission

[1305] Cette diminution des dépenses de personnel reste cependant fragile en raison d'un très grand nombre de vacances (147 ETP) par rapport aux effectifs cibles.

### 5.3.2. La maîtrise des dépenses à caractère médical

[1306] Le PREF 2009 est respecté, les économies prévues sont légèrement dépassées de 365K€

Tableau 103 : Ecart réalisé 2009/objectif PREF 2009 pour les dépenses à caractère médical

Titre 2 - Charges à caractère médical	PREF 2009	Réalisé 2009 (CF 2009)	Ecart réalisé 2009/PREF 2009
Charges à caractère médical avant plan	37 259 956	37 259 956	
Total des mesures maîtrise des dépenses	-131 250		
Total des surcoûts liés aux mesures activité	1 311 235		
Solde net des mesures PREF	1 179 985	815 006	
Charges à caractère médical après plan	<b>38 439 941</b>	<b>38 074 962</b>	<b>-364 979</b>

Source : Données CHIPS traitées par la mission

[1307] Comme le montre le tableau ci-dessous, on constate :

- une très forte hausse des molécules onéreuses et des dispositifs médicaux implantables: +1 M€ au sein du compte 6021 et +600K€ sur le compte 6022. Cela s'explique par les coûts nationaux élevés et la présence de spécialités coûteuses en MO et DMI au sein du CHIPS avec des pôles comme l'oncologie, la cardiologie ou la chirurgie orthopédique. Ces dépenses sont compensées par des recettes équivalentes de titre 1 relatives à la facturation en sus des GHM/GHS des MO et DMI.
- Une diminution des autres produits pharmaceutiques : -0,3 M€
- Une diminution des dépenses d'autres fournitures (compte 60322)
- Et surtout une stabilité des dépenses d'examen à l'extérieur (compte 611)
- L'entretien et la maintenance sont en hausse, mais une hausse relativement contenue en raison des efforts d'internalisation.

Tableau 104 : Evolution des dépenses à caractère médical entre 2007 et 2009

En M€	2 007	2 008	2009	Ecart 2009/2007	écart en %	part en % dans l'écart
Titre 2	34 886 255	36 806 056	38 074 962	<b>3 188 707</b>	<b>9,1%</b>	100,0%
6021	14 043 093	15 401 909	16 158 210	2 115 117	15,1%	66,3%
6022	12 220 356	12 602 117	12 884 172	663 816	5,4%	20,8%
6066	2 790 021	2 784 723	2 638 490	-151 532	-5,4%	-4,8%
60321	1 208 147	1 184 845	1 376 315	168 168	13,9%	5,3%
60322	557 939	490 503	593 192	35 253	6,3%	1,1%
611	1 572 339	1 611 028	1 551 157	-21 183	-1,3%	-0,7%
6131	425 367	466 312	508 337	82 971	19,5%	2,6%
6151	2 068 993	2 264 620	2 365 089	296 096	14,3%	9,3%

Source : Comptes financiers 2007 et 2008 et données CHIPS au 15/02/2010 pour l'exercice 2009 retraités par la mission

### 5.3.3. Un effort conséquent d'apurement des créances admises en non valeur et un début de rationalisation des dépenses à caractère général et hôtelier

[1308] L'objectif du PREF de limiter à 460K€ l'augmentation des dépenses de titre 3 n'a pas été atteint, mais largement dépassé avec 2,9M€ de dépenses supplémentaires par rapport à l'objectif du PREF.

Tableau 105 : Ecart réalisé 2009/objectif PREF 2009 pour les dépenses à caractère général et hôtelier

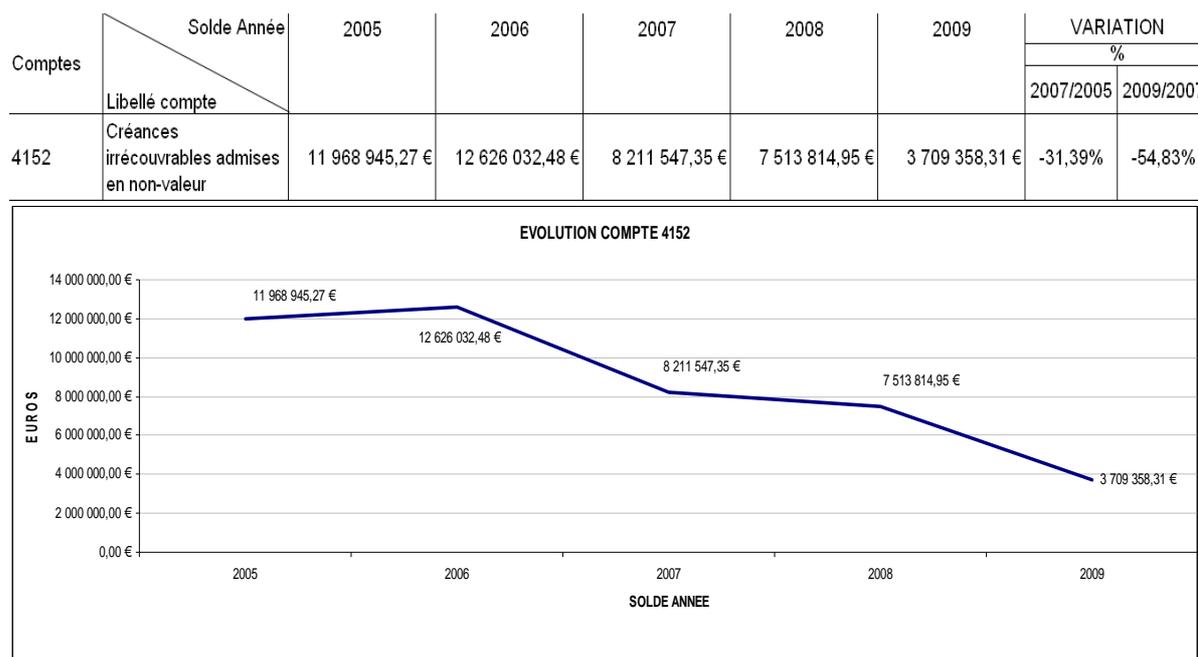
Titre 3 - Charges à caractère hôtelier & général	PREF 2009	Réalisé 2009 (CF 2009)	Ecart réalisé 2009/PREF 2009
Charges avant plan	24 118 640	24 118 640	
Total des mesures maîtrise des dépenses	-257 972		
Total des surcoûts liés aux mesures activité	721 631		
Solde net des mesures PREF	463 660	3 382 249	
Charges après plan	<b>24 582 300</b>	<b>27 500 890</b>	<b>2 918 590</b>

Source : Données CHIPS traitées par la mission

[1309] Ceci s'explique en quasi-totalité par le compte 65 qui permet d'apurer les créances irrécouvrables, problématique non prise en compte dans la construction du PREF (Cf. supra).

[1310] Mettant en place une politique d'assainissement de la gestion comptable, la nouvelle DFI a apuré pour 5,3M€ de créances irrécouvrables en 2007 (aide de l'ARH de 5M€) et 4,1 M€ en 2009 par des dépenses correspondantes imputées au compte 654. Cette politique responsable a permis de ramener le stock des créances admises en non valeur à 3,4 M€ fin 2009 (apurement du stock des créances antérieures à 2006 + apurement du flux annuel, conformément aux recommandations de la trésorerie et de la cour régionale des comptes), afin que celles-ci ne pèsent plus sur le bilan. Pour mémoire, ce stock était de 13M€ fin 2006.

Tableau 106 : Politique d'assainissement des créances irrécouvrables par la nouvelle direction des finances



Source : Données CHIPS- DFI

- [1311] Les dépenses de services extérieurs (compte 62), qui étaient relativement élevées commencent à diminuer.
- [1312] Concernant les dépenses d'achats, celles-ci n'augmentent pas mais ne diminuent pas non plus contrairement aux objectifs du PREF. En effet, si on neutralise le compte 65 (apurement des créances irrécouvrables), les dépenses à caractère général et hôtelier passent de 23 279 K€ à 23 136K€, soit seulement une diminution de 143K€
- [1313] La fiche PREF relative à l'ajustement de la politique d'achats (fiche 4.2) indique que le secteur des achats représente environ 25 millions d'euros par an et met en cause l'absence de pilotage économique du secteur des achats. Le PREF prévoit donc que sur la masse globale, l'objectif doit être de réduire de 5% les dépenses liées aux achats, soit 1.250K€ d'ici 2011 dont 412,5K€ en 2009.
- [1314] **Les objectifs du PREF sont relativement modestes compte tenu de la situation actuelle des achats** (cf. annexe 10-1 relative aux achats). La mise en place d'une réelle direction des achats, la professionnelle de celle-ci, la refonte des processus, le suivi des stocks, et la mise en place d'un SI évitant la circulation de bons papiers devraient en effet permettre pour la mission une réduction des dépenses de 5%/ an en moyenne et non de 5% sur l'ensemble de la période.
- [1315] Malgré ces objectifs modestes, le PREF n'est pas respecté sur ce secteur puisque le gain obtenu ne représente que 35% de l'objectif fixé pour 2009.

Tableau 107 : Evolution des dépenses à caractère général et hôtelier

En M€	2 007	2 008	2009	Ecart 2009/2007	écart en %	part en % dans l'écart
Titre 3	28 879 799	26 275 368	27 500 890	-1 378 910	-4,8%	100,0%
602	5 712 581	5 522 895	4 930 179	-782 402	-13,7%	56,7%
606	2 784 219	3 454 402	3 016 401	232 182	8,3%	-16,8%
603	452 657	400 597	380 075	-72 582	-16,0%	5,3%
61	6 220 973	6 919 670	7 442 667	1 221 694	19,6%	-88,6%
62	8 061 739	8 323 041	7 343 046	-718 693	-8,9%	52,1%
63	47 057	43 872	23 140	-23 917	-50,8%	1,7%
<b>65</b>	<b>5 600 574</b>	<b>1 610 891</b>	<b>4 365 381</b>	<b>-1 235 193</b>	<b>-22,1%</b>	<b>89,6%</b>

Source : Comptes financiers 2007 et 2008 et données CHIPS au 15/02/2010 pour l'exercice 2009 retraités par la mission

#### 5.3.4. Une politique responsable de rattrapage des dotations aux amortissements et aux provisions permettant d'assainir progressivement la gestion de la direction précédente

- [1316] Comme le montre le tableau ci-dessous, la nouvelle direction des finances mène une politique volontariste pour rattraper le retard accumulé par la direction précédente en ce qui concerne les dotations aux amortissements, dépréciations et provisions (compte 68).

Tableau 108 : Evolution des charges d'amortissements, de provisions et dépréciations, financières et exceptionnelles

	2 007	2 008	2009	Ecart 2009/2007	écart en %	part en % dans l'écart
<b>Titre 4</b>	18 380 281	22 871 034	22 240 474	3 860 193	21,0%	100%
<b>66</b>	1 980 583	3 466 623	4 821 120	2 840 537	143,4%	73,6%
<b>67</b>	3 489 390	2 608 608	2 551 214	-938 176	-26,9%	-24,3%
<b>68</b>	12 910 308	16 795 803	14 868 140	1 957 831	15,2%	50,7%

Source : Comptes financiers 2007 et 2008 et données CHIPS au 15/02/2010 pour l'exercice 2009 retraités par la mission

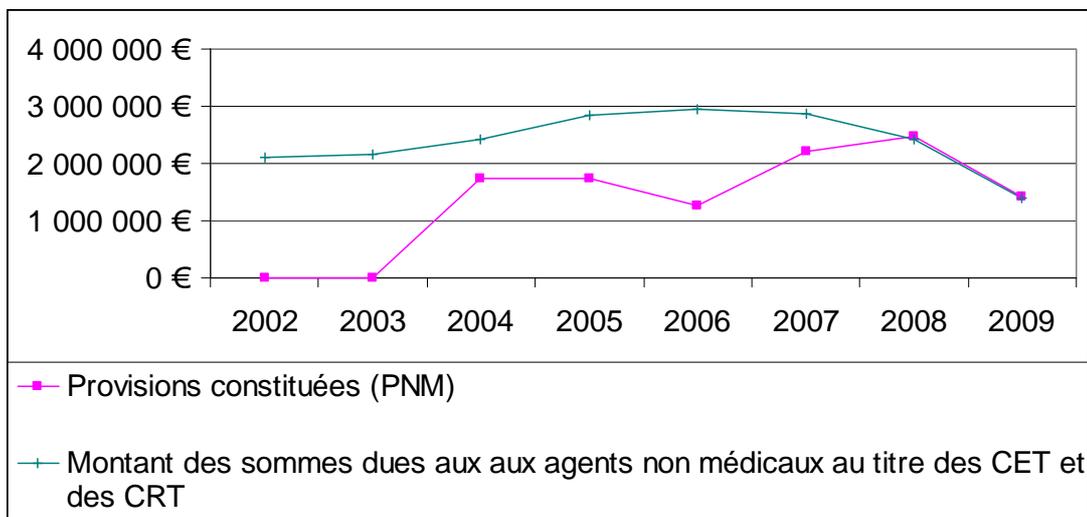
[1317] Ainsi, **les créances admises en non valeur** font désormais l'objet de provisions pour le stock et le flux annuel évalué à 700K€: 3M€ en 2008 et 2,3M€ en 2009. Cette constitution a permis d'apporter des ressources sur l'exercice suivant (reprise sur provisions) afin d'abonder le compte 654 : Pertes sur créances irrécouvrables (Cf. supra). Le CHIPS prévoit de poursuivre cet effort en 2010 en provisionnant à hauteur d'environ 1,4 M€ **Ce qui devrait ramener, fin 2010, le stock de créances admises en non valeur et non apurées à 2,3M€ auxquels il conviendra d'ajouter les créances admises en non valeur de l'année (environ 600 et 700K€). Ici encore, on peut constater que l'absence de gestion de ces créances par l'ancienne direction pèsera encore pendant les deux prochaines années.**

[1318] Concernant les **provisions pour charges de personnel liées au CET des PNM**, celles-ci ont été augmentées chaque année depuis fin 2007, à l'arrivée de la nouvelle directrice des finances. **Alors que fin 2006 elle ne comptait que 1,7 M €, fin 2009 elle a été portée à 7 M€(+5 M€ en trois ans).**

[1319] Depuis la clôture d'exercice 2007, le montant des dotations et reprises annuelle est déterminé par la DRH pour les personnels non médicaux (PNM), et la Direction des Affaires Médicales pour la part des personnels médicaux (PM) :

- la reprise correspond à la valorisation du nombre de jours de CET payés sur l'exercice ;
- la dotation correspond à la valorisation du nombre de jours de CET constitués par les agents sur l'exercice.

[1320] Ainsi, le risque « CET » des personnels non médicaux est aujourd'hui provisionné à la hauteur du risque comme le montre le graphique ci-dessous.



Source : CHIPS

- [1321] Ce graphique permet de mesurer plusieurs périodes :
- 2002 à 2004 : aucune provision n'est réalisée malgré un « risque » important,
  - 2004 à 2006 : une provision est enregistrée (1,7M€). Il s'agit de crédits fléchés alloués spécifiquement par l'ARH. L'établissement n'effectue une reprise sur cette somme qu'en 2006. L'établissement ne complète pas sur ses fonds propres le différentiel de « risque ». Le montant de la provision est notoirement sous évaluée au regard du « risque » réel ;
  - 2007 : l'établissement abonde sur ses fonds propres une partie du risque après un arbitrage avec l'ARH. Le risque demeure encore sous évalué par la politique de provision ;
  - 2008 : La couverture du risque est assurée sur les fonds propres de l'établissement. Parallèlement, des rachats de jours épargnés au titre du CET sont rendus possibles par une enveloppe fléchée de l'ARH<sup>233</sup>.
  - 2009 : Il est mis un terme au CRT<sup>234</sup>. Les personnels ont été invités à reprendre leurs CRT. Malgré cela, le niveau des jours épargnés au titre du CET diminue sensiblement en raison d'un paiement régulier au fil de l'eau des heures supplémentaire et du temps additionnel.
- La politique de provision permet de couvrir le « risque » correspondant au temps épargné.**
- [1322] En ce qui concerne par contre le « **risque CET des personnels médicaux** », celui-ci n'est toujours pas provisionné à la hauteur du risque malgré les efforts de la DFI. En effet, alors que la valorisation des jours cumulés sur les CET des PM depuis 2002 est de 8 329 200 € le solde de provision à fin 2009 est de 3,4M€ **Il reste donc à provisionner 4,9M€ qui pèseront ici aussi sur les deux prochains exercices.**
- [1323] A noter que les dotations aux amortissements seront estimées de façon plus précise puisqu'elles seront calculées à partir de 2010 au prorata temporis et non plus au 1<sup>er</sup> janvier de l'année N+1. Ce qui diminuera d'autant les charges sur l'exercice.

### 5.3.5. Des recettes d'activités insuffisantes au regard du PREF malgré l'effort important mené par l'établissement en matière d'exhaustivité du codage et de facturation

- [1324] Le PREF 2009 prévoyait une augmentation des recettes (hors titre 3 qu'on neutralise compte tenu des explications déjà données sur ce point supra) de +17M€, or celles-ci n'ont augmenté que de 10,9M€, soit un écart à l'objectif de 6,1M€ d'insuffisance de recettes.

Tableau 109 : Ecart réalisé 2009/objectif PREF 2009 pour recettes liées à l'activité hospitalière (titres de recettes 1 et 2)

	Mesures contractualisées PREF 2009	CF 2009 Mesures réalisées	Ecart mesures réalisées/ Mesures prévues au PREF 2009
Titre 1 - Produits versés par l'assurance maladie			
Produits générés par les mesures activité	13 752 419	8 416 523	-5 335 896
Titre 2 - Autres produits de l'activité hospitalière			
Produits générés par les mesures activité	3 345 072	2 533 949	-811 123
Total mesures titre 1+2	17 097 491	10 950 472	-6 147 019

Source : IGAS

<sup>233</sup> Les crédits obtenus en 2008 du Fonds pour l'Emploi Hospitalier portaient sur l'indemnisation de jours épargnés dans les CET et heures supplémentaires fin 2007, suite au protocole d'accord du 06.02.2008 et conformément au Décret n° 2008.454 du 14.05.2008. Cette indemnisation s'est traduite directement sur l'exercice comptable 2008 par des rémunérations supplémentaires aux salariés (titre 1 – charges relatives au personnel) et non par une dotation aux provisions.

<sup>234</sup> Date d'effet début 2010

[1325] Néanmoins, toutes les lignes de produits (hors Aide) sont en hausse par rapport à 2008. En particulier, les recettes de titres 1 et 2 des consultations externes notamment sont en hausse de 4,5 M€ en raison d'un meilleur recueil de l'activité et d'une meilleure facturation (cf. annexe 8).

Tableau 110 : Evolution des recettes sur la période 2007-2009

En M€	2007	2008	2009	Ecart 2009/2007	Ecart en %	Part en % de l'écart
Titre 1	178 495 020	172 988 903	183 332 976	4 837 956	2,7%	28,8%
Titre 2	16 135 291	18 668 120	18 418 281	2 282 991	14,1%	13,6%
Titre 3	19 237 970	31 312 694	28 898 535	9 660 565	50,2%	57,6%
<b>Total</b>	<b>213 868 281</b>	<b>222 969 717</b>	<b>230 649 793</b>	<b>16 781 511</b>	<b>7,8%</b>	<b>100,0%</b>

Source : Comptes financiers 2007 et 2008 et données CHIPS au 15/02/2010 pour l'exercice 2009 retraités par la mission

5.3.5.1. L'amélioration du taux d'exhaustivité du codage de l'activité entraîne une augmentation des recettes de l'assurance maladie

[1326] Comme le montre le tableau ci-dessous, le titre 1 augmente de 4,8M€ soit +2,7%, essentiellement en raison :

- D'une forte hausse des MO et des DMI qui augmentent respectivement entre 2007 et 2009 de 2,5M€(+65%) et de 507K€(+36,2%) (comptes 73112 et 73 113) ;
- De la forte croissance de la dotation MIG AC (compte 73 118) qui augmente de 3,7M€ (+30%) en raison notamment d'une augmentation de la dotation MERRI à hauteur de 900K€ et de l'intégration de la PSDH (permanences des soins) pour 2,5M€ (en contrepartie de la diminution des tarifs GHS). L'augmentation importante de la dotation MIG AC est due donc d'abord un changement de périmètre, intégrant le financement de la permanence des soins, et à un réel effort de négociation de cette dotation avec l'ARH pour un financement juste des activités d'enseignement du CHIPS. Cette augmentation de la dotation MIG AC reste donc globalement neutre compte tenu du changement de périmètre du financement de la permanence des soins ;
- D'une amélioration du taux d'exhaustivité du codage (comptes 73111 et 7312).

Tableau 111 : Evolution des recettes d'assurance maladie

En €		2007	2008	2009	Ecart CF 2009 / CF 2008*		Part en % de l'écart
<b>Total titre 1</b>	<b>Hors Aide</b>	<b>178 495 020</b>	<b>172 988 903</b>	<b>183 332 976</b>	<b>10 344 073</b>	<b>6,0%</b>	100,0%
73111	<b>Séjours</b>	<b>56 670 464</b>	<b>107 019 705</b>	<b>108 511 536</b>	<b>1 491 832</b>	<b>1,4%</b>	<b>14,4%</b>
dont	GHS	55 990 417	106 174 898	107 713 270	1 538 372	1,4%	
dont	G.H.T. HAD	410 976	476 348	460 941	-15 408	-3,2%	
dont	I.V.G.	196 783	313 909	289 092	-24 816	-7,9%	
dont	(P.O.)	72 288	54 550	48 233	-6 316	-11,6%	
73112	<b>MO</b>	<b>3 836 588</b>	<b>5 057 337</b>	<b>6 332 666</b>	<b>1 275 329</b>	<b>25,2%</b>	<b>12,3%</b>
73113	<b>DMI</b>	<b>1 402 412</b>	<b>1 470 657</b>	<b>1 909 528</b>	<b>438 871</b>	<b>29,8%</b>	<b>4,2%</b>
73114	Forfaits	6 289 666	6 379 915	5 463 045	-916 870	-14,4%	-8,9%
73116	DAC	65 188 321					
73117	DAF	26 295 584	26 520 058	27 246 045	725 987	2,7%	7,0%
73118	<b>MIG AC</b>	<b>12 645 647</b>	<b>13 629 387</b>	<b>16 414 347</b>	<b>2 784 960</b>	<b>20,4%</b>	<b>26,9%</b>
7312	<b>Consult ext.</b>	<b>6 166 339</b>	<b>12 404 817</b>	<b>15 706 017</b>	<b>3 301 200</b>	<b>26,6%</b>	<b>31,9%</b>
dont	<i>Actes CCAM, NGAP, FTN</i>	5 128 957	10 559 944	13 665 300	3 105 355	29,4%	
dont	ATU	1 037 382	1 693 260	1 844 031	150 770	8,9%	
dont	SE		151 613	196 687	45 074	29,7%	
	LAMDA		507 027	1 749 792	<b>1 242 765</b>	<b>245,1%</b>	12,0%

\* l'écart est ici calculé entre 2009 et 2008 afin que le périmètre de comparaison soit identique (100%T2A)

Source : Comptes financiers 2007 et 2008 et données CHIPS au 15/02/2010 pour l'exercice 2009 retraités par la mission

[1327] Les recettes MCO d'hospitalisation n'augmentent que très légèrement de +1,5M€(+1,4%). Par contre, les recettes des consultations externes augmentent de 3,3M€ soit +26% entre 2008 et 2009.

[1328] Compte tenu de la stabilité de l'activité en volume et en montants valorisés T2A (cf. annexe 3-1), cette augmentation des recettes est due, non à une augmentation de l'activité, mais aux efforts importants menés sur l'exhaustivité du codage, même si ceux-ci relèvent encore de mécanismes de rattrapage et non d'un processus stabilisé et pérenne optimisant le recueil de l'activité. Le CHIPS déclare d'ailleurs atteindre un taux d'exhaustivité du codage proche de 100%<sup>235</sup>.

[1329] Par ailleurs, les recettes des molécules onéreuses et dispositifs médicaux implantables facturés en sus des séjours ont augmenté entre 2008 et 2009 de +1,7M€ soit 26% ; 970K€ étant imputables en application du PREF (fiche 1.6 du PREF) à l'amélioration de leur recouvrement (mise en place du logiciel PHARMA).

[1330] Ainsi, les gains de recettes de titre 1 (hospitalisation, actes et consultations externes, MO et DMI) liés à l'optimisation du codage et de la facturation à l'assurance maladie, dans le cadre de l'axe 1 du PREF, sont estimés à 5,8M€

<sup>235</sup> Données transmises par le DIM et confirmées par les tableaux de bord de gestion par pôle de février 2010 du contrôle de gestion.

5.3.5.2. La profonde réforme du processus de facturation permet au CHIPS de facturer à 100% son activité

[1331] La facturation a fait l'objet d'un audit de Cap Gemini Consulting puis d'un chantier MEAH en 2008 (cf. annexe 8). Ce qui a conduit à la refonte des processus, des systèmes d'information et à la réorganisation des services. **D'où la très forte augmentation des recettes de titre 2, +2,5M€ entre 2007 et 2008, notamment en ce qui concerne les consultations externes (compte 7324).**

[1332] L'établissement indique d'ailleurs que, pour l'exercice 2009, il a réussi à facturer 100% de l'activité codée<sup>236</sup>. Les marges de manœuvres sur ce titre sont désormais réduites à volume d'activité constant.

[1333] A noter également que la forte augmentation du titre 2 montre une meilleure facturation des patients étrangers (compte 733) et une activité plus importante vis-à-vis de cette population. Ce compte est évidemment très variable d'une année sur l'autre, certaines factures de patients étrangers qui sont des débiteurs à 100% pouvant représenter des montants très élevés jusqu'à 500K€

Tableau 112 : Evolution des recettes de facturation

	2007	2008	2009	Ecart CF 2009 / CF 2007		Part en % de l'écart
Titre 2	16 135 291	18 668 120	18 418 281	2 282 991	14,1%	100,0%
<b>7321</b>	<b>8 725 400</b>	<b>9 922 352</b>	<b>7 025 644</b>	<b>-1 699 756</b>	<b>-19,5%</b>	<b>-74,5%</b>
7322	533 677	559 039	533 523	-154	0,0%	0,0%
7323	10 890	27 040	11 226	337	3,1%	0,0%
<b>7324</b>	<b>3 099 205</b>	<b>4 319 232</b>	<b>4 536 557</b>	<b>1 437 352</b>	<b>46,4%</b>	<b>63,0%</b>
73271	2 279 306	2 274 088	2 121 928	-157 378	-6,9%	-6,9%
73272	401 477	307 679	387 367	-14 110	-3,5%	-0,6%
73273	361 512	380 252	381 468	19 956	5,5%	0,9%
<b>733</b>	<b>207 827</b>	<b>752 530</b>	<b>2 444 656</b>	<b>2 236 828</b>	<b>1076,3%</b>	<b>98,0%</b>
734	515 997	125 907	975 912	459 915	89,1%	20,1%

Source : Comptes financiers 2007 et 2008 et données CHIPS au 15/02/2010 pour l'exercice 2009 retraités par la mission

[1334] Néanmoins, l'objectif du PREF pour 2009 était un supplément de recettes de titre 2 de +3,3M€ L'objectif n'est donc pas atteint.

5.3.5.3. Les reprises sur provisions s'équilibrent avec les dotations

[1335] Les recettes de titre 3 sont en forte augmentation de +50% en raison de fortes reprises de provisions à hauteur de 5M€ (compte 68). L'évolution du compte 68 s'explique comme indiqué précédemment, par le changement radical de la politique de provisions de l'établissement depuis fin 2007 : les mouvements sont de 5,4 à 7,9 M€ en dotations de 2007 à 2009, de 4,8 à 5,3 M€ en 2008 et 2009. Cependant le montant net provisionné (= solde dotations (-) reprises) n'est très élevé que les 2 premières années : +5,3 M€ en 2007, +3 M€ en 2008. En 2009 les montants des dotations et de reprises s'équilibrent.

<sup>236</sup> Tableau de bord de suivi de la facturation de la direction de la clientèle au 31/12/2009 établi le 17/02/2010 (Cf. Annexe 8 PJ 8-3).

Tableau 113 : Tableau récapitulatif de la politique de dotations et de reprises entre 2005 et 2009

		2005	2006	2007	2008	2009	Total 2005-2009
<b>Charges</b>							
H6811	Dotations aux amortissements	7 340 808 €	7 562 571 €	7 533 391 €	8 938 819 €	9 421 679 €	40 797 268 €
H68158	Dotations aux prov. / charges	237 796 €	40 582 €	1 859 523 €	2 025 176 €	1 741 270 €	5 904 347 €
H68174	Dotations aux prov. / dépréciation des créances			677 578 €	3 035 230 €	2 300 000 €	6 012 809 €
H68743	Dotations aux prov. / ch. de personnel au titre du CET			2 839 816 €	2 796 578 €	1 405 191 €	7 041 585 €
	<b>Sous-total Dotations aux prov.</b>	<b>237 796 €</b>	<b>40 582 €</b>	<b>5 376 917 €</b>	<b>7 856 984 €</b>	<b>5 446 461 €</b>	<b>18 958 740 €</b>
	<b>Total Compte H68</b>	<b>7 578 604 €</b>	<b>7 603 153 €</b>	<b>12 910 308 €</b>	<b>16 795 803 €</b>	<b>14 868 140 €</b>	<b>59 756 008 €</b>
<b>Produits</b>							
7811	Reprise sur amortissements				2 063 €		2 063 €
78151	Reprise sur prov. pour risques				923 400 €		923 400 €
78158	Reprise sur autres prov. pour charges	356 899 €	746 201 €	52 500 €	868 803 €	607 100 €	2 631 504 €
78174	Reprise sur prov. Pour dépréc. Créances				1 380 053 €	2 353 000 €	3 733 053 €
78742	Reprise sur prov. pour dépréciations des immo.				85 493 €		85 493 €
78743	Reprise sur prov. pour les C.E.T.		460 000 €		1 555 279 €	2 385 779 €	4 401 058 €
	<b>Sous-total Reprises sur provisions</b>	<b>356 899 €</b>	<b>1 206 201 €</b>	<b>52 500 €</b>	<b>4 813 028 €</b>	<b>5 345 879 €</b>	<b>11 774 507 €</b>
	<b>Total Compte H78</b>	<b>356 899 €</b>	<b>1 206 201 €</b>	<b>52 500 €</b>	<b>4 815 091 €</b>	<b>5 345 879 €</b>	<b>11 776 571 €</b>
<b>Solde</b>							
	Pour Risques & Charges	-119 103 €	-705 619 €	1 807 023 €	232 973 €	1 134 170 €	2 349 443 €
	Pour dépréciation Créances	0 €	0 €	677 578 €	1 655 178 €	-53 000 €	2 279 756 €
	Pour charges au titre des CET	0 €	-460 000 €	2 839 816 €	1 241 299 €	-980 588 €	2 640 527 €
	Autres	0 €	0 €	0 €	-85 493 €	0 €	-85 493 €
	<b>Solde = Dotations (-) Reprises / Provisions</b>	<b>-119 103 €</b>	<b>-1 165 619 €</b>	<b>5 324 417 €</b>	<b>3 043 957 €</b>	<b>100 582 €</b>	<b>7 184 233 €</b>
		<b>8 368 374 €</b>					

Source : CHIPS

### 5.3.6. Un pilotage financier infra-annuel encore défaillant : 4,2M€ de différence entre les projections financières de décembre 2009 et de février 2010

[1336] Il convient de souligner qu'au démarrage de la mission la direction des finances annonçait un déficit prévisionnel de - 23,4M€ hors aide ARH, soit un écart à l'EPRD de +0,2M€ et un écart au déficit contractualisé (-19,6M€) de 3,8M€. Ces projections financières ont d'ailleurs été indiquées lors de la réunion de suivi du PREF avec l'ARHIF le 2 décembre 2009 et maintenus lors de la réunion du conseil d'administration le 22 janvier 2010.

[1337] Or, lors de la conférence budgétaire du 2 février 2010 en présence de l'ARH et de la DDASS, le déficit annoncé n'est plus que de -19,2M€ soit une amélioration par rapport à l'EPRD de 4,4M€ et par rapport au déficit contractualisé de 400K€.

[1338] Si la mission ne peut que se féliciter de cette nette amélioration du résultat final, elle s'interroge également sur les raisons qui ont permis de diminuer le déficit de 4,2M€ entre le 22 janvier et le 2 février.

[1339] Les demandes répétées d'explications de la mission sur les recettes de « dernière minute » qui ont permis ce résultat se sont régulièrement heurtées à des réponses assez vagues tant de la direction que de la direction des finances. Dans un premier temps, il nous a été répondu que les recettes supplémentaires correspondaient au rattrapage du codage et de valorisation de 1500 séjours de chirurgie à 4000€ soit 6M€ suite à l'arrivée du nouveau DIM en septembre 2009 et d'une activité en hausse en fin d'année 2009 qui n'était pas prévisible.

[1340] Or, on constate une activité en volume en baisse entre 2009 (61 698 RSS MCO) et 2008 (62 167 RSS MCO) ainsi qu'une diminution des actes chirurgicaux sous anesthésie générale au bloc (13 630 en 2009 contre 13 722 en 2008, soit une baisse de -0,67%)

- [1341] Dans un second temps, la direction des finances a expliqué qu'à la date du 2 décembre 2009 elle ne disposait pas de données de clôture fiables et que les projections financières de décembre 2009 et janvier 2010 étaient fondées sur des charges de titre 2 et 3 majorées de 5% par prudence. Enfin, un certain nombre de retard de codage sur les derniers mois de l'année ainsi qu'une estimation ici encore prudente de l'activité du mois de décembre l'avait amenée à minorer les produits.
- [1342] La mission ayant renouvelée ses demandes d'explications, le DIM et la DFI ont pu expliquer par écrit les différences de prévision entre décembre 2009 et février 2010. Si une partie des explications fournies (rattrapage d'un codage non réalisé « au fil de l'eau » et sous valorisation de certains séjours, séjours non transmis, sous-prévision d'activité du mois de décembre) sont convaincantes, elles ne justifient pas la totalité des 4,2M€ de différence.
- [1343] L'importance du différentiel entre la prévision à fin 2009 et la projection financière de février 2010, dont on peut se réjouir évidemment, démontre cependant que la coordination entre le DIM et la DFI est encore insuffisante et que le pilotage financier de suivi des dépenses et des recettes doit encore progresser. D'autant que la direction des finances dispose désormais de tous les outils permettant ce suivi, le rapprochement entre les données PASTEL (dossier patient administratif) et les données CROSWAY (dossier patient médical) permet d'alerter sur le nombre de dossiers existants mais non codés ; une prévision des recettes attendues sur la base du PMCT est donc possible. De même, un suivi mensuel des dépenses par le biais de EMAGH2 doit permettre un suivi en temps réel des charges sans qu'il soit besoin de les majorer par sécurité.

#### ***5.4. L'absence d'un véritable suivi du PREF : un suivi exclusivement financier***

- [1344] Le PREF fait l'objet d'une forte implication et d'un suivi financier précis par le directeur. La direction des finances s'appuie également sur le PREF pour la construction de l'EPRD. Cependant il faut noter qu'aucune des 95 fiches-actions du PREF n'a été mise jour entre décembre 2008, date de la signature du PREF avec l'ARH, et janvier 2010. Lors des auditions de la mission, tant le directeur que la DFI, référents officiels des fiches PREF, n'étaient en mesure d'indiquer à la mission de façon précise si telle ou telle mesure avait été mise en œuvre et à quelle date. Le suivi financier du PREF a été très centralisé au niveau de la direction qui en a quasiment fait le seul fondement de sa stratégie. En outre, le suivi du PREF a été en grande partie axé sur le seul résultat comptable final et a été progressivement déconnecté des mesures à mettre en œuvre.
- [1345] La construction du PREF, la définition des actions par pôle, la stratégie de communication et d'accompagnement à la mise en œuvre du plan ont été externalisées à Cap Gemini Consulting, pour un montant de 1,7M€ en grande partie financé par des aides de l'ARH en 2008 et 2009 à hauteur de 1,6M€. **Le consultant avait ainsi initié un comité de pilotage de suivi du PREF qui s'est réuni à quatre reprises les 4 février, 4 mars, 3 avril et 30 avril 2009.** Bien que la direction ait engagé une réflexion pour poursuivre la tenue de ce comité, celui-ci ne s'est plus réuni en tant que tel depuis juin 2009. Le consultant a également proposé un suivi détaillé par pôle avec un kit de déploiement des mesures par pôle. Nous n'avons aucune trace de l'utilisation de ces kits par les pôles, faute probablement de délégation de la mise en œuvre du PREF aux pôles.
- [1346] La mission a pu constater qu'aucun suivi institutionnalisé du PREF impliquant l'ensemble de la direction, le président de CME, les chefs de pôle et autres personnes référentes n'a été mis en place par la direction après le départ de Cap Gemini Consulting, perdant ainsi progressivement l'apport méthodologique établi par le consultant.
- [1347] Quant à la tutelle, elle a organisé un suivi trimestriel du PREF. La mission regrette que ce suivi ne fasse pas l'objet de compte rendu ou de relevé de décisions contrairement au suivi du 1<sup>er</sup> CREF.

[1348] Compte tenu de l'absence de mise à jour régulière des fiches actions du PREF, il est impossible à la mission d'analyser mesure par mesure la réalité de la mise en œuvre des 95 mesures contractualisées. Seule une analyse financière par titre est possible.

### 5.5. Un déficit respecté mais qui reste fragile

[1349] La nouvelle direction obtient incontestablement de bons résultats financiers.

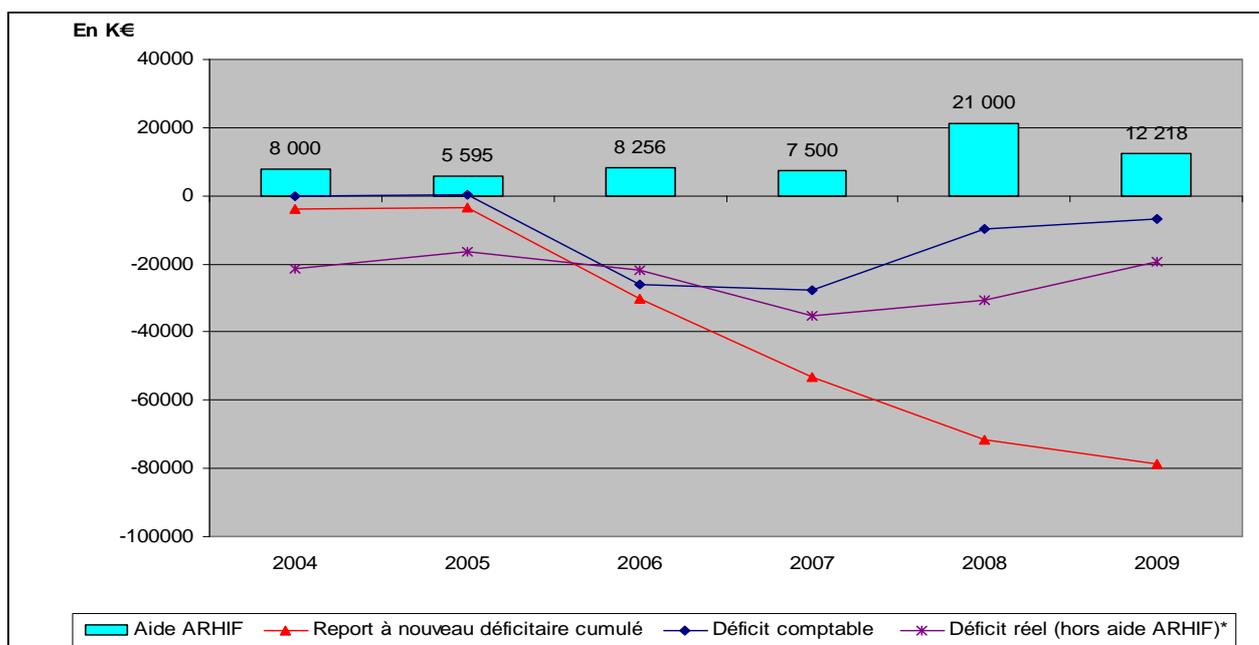
[1350] Le PREF 2009 a été réalisé dans sa globalité, dans le sens où le déficit contractualisé de -19,6M€ est respecté avec un déficit comptable hors aide de -19,1M€. Le déficit hors aide ARHIF a été diminué de 46% entre 2007 et 2009 passant de -35M€ à -19M€. La situation comptable de l'établissement est en cours d'assainissement grâce à une politique de dotations aux amortissements, dépréciations et provisions responsable. Le CHIPS devrait bénéficier en 2010 d'une capacité d'autofinancement positive estimée à 2,6M€ sur le budget H.

Tableau 114 : Evolution du résultat et du report à nouveau déficitaire sur la période 2005-2009

Budget H (en K€)	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Déficit comptable	-1 379	129	-26 172	-27 799	-9 611	-6 941
Déficit réel *	-21 578	-16 422	-21 773	-35 300	-30 611	-19 159
Déficit cumulé	-3 711	-3 547	-30 410	-53 159	-71 375	-78 545
Aide ARHIF	8 000	5 595	8 256	7 500	21 000	12 218

Source : Comptes financiers 2005 à 2008. Pour l'année 2009, données de l'établissement au 15/02/2010. (\* Le déficit réel de 2004 à 2007 est le résultat hors aide corrigé par la mission des charges masquées)

Graphique 30 : Evolution du déficit comptable, du déficit réel hors aide ARHIF et du déficit cumulé sur la période 2004-2009 (en K€)



Source : IGAS - Comptes financiers CHIPS traités par la mission

- [1351] Néanmoins, le déficit comptable cumulé augmente inexorablement atteignant -78,5M€ malgré une aide de la tutelle de 62,6M€ en 5 ans et l'établissement est obligé de recourir à l'emprunt à 100% pour financer son cycle d'investissement mais également couvrir une partie de son besoin de trésorerie.
- [1352] Le résultat financier positif, qui atteint le premier et quasi seul objectif financier fixé au directeur par la tutelle, reste fragile. Les charges de personnel sont artificiellement diminuées en raison de 96 postes d'IDE actuellement vacants par rapport aux effectifs cibles. Si on prend l'hypothèse que l'établissement devra couvrir ces vacances à hauteur de 75%, pour maintenir mais aussi développer l'activité, ce sont 3,6M€ de dépenses de personnels pérennes supplémentaires. Le déficit réel de l'établissement pourrait donc s'élever potentiellement à 23M€
- [1353] Par ailleurs, le CHIPS doit encore apurer un stock de 3,7M€ de créances admises en non valeur et provisionner, à hauteur de leur valorisation, les CET des personnels médicaux pour un montant de 4,9M€
- [1354] Enfin, les premières réflexions de la direction des finances sur l'EPRD 2010 sont caractérisées par les éléments suivants :
- **la modélisation faite par le contrôleur de gestion pour l'EPRD 2010 montre qu'en raison de l'effet tarif 2010, la valorisation de l'activité MCO existante diminuerait de 1M€ à volume constant d'activité,**
  - la poursuite des efforts d'économie sur les charges de personnel, compensée partiellement par la nécessité de recruter davantage de personnel pour le développement des activités prévues au PREF. Solde net prévu : -1,9M€ sur le titre 1,
  - une hausse importante des dépenses à caractère médical en raison du coût des MO et DMI de +3,5M€ compensée par des recettes équivalentes,
  - une hausse des dépenses à caractère général de +327K€ en raison de l'effet de l'inflation, ce qui ne va pas dans le sens d'une volonté pourtant affichée de rationaliser la politique des achats,
  - le CHIPS table donc sur une hausse importante de l'activité, qui augmenterait ses recettes de titre 1 de 9,3M€ et de titre 2 de 830K€
  - le déficit prévisionnel serait ainsi de -12M€ (hors aide PREF désormais conditionnée), largement supérieur au déficit contractualisé initialement de -8,9M€
- [1355] L'amélioration financière de l'établissement reste donc très fragile.

### ***5.6. Une situation patrimoniale très précaire***

- [1356] La structure financière du CHIPS présente un déséquilibre croissant depuis l'année 2005 :
- Les financements de long terme (l'excédent du fonds de roulement net global) sont maintenus artificiellement hauts pour couvrir l'ensemble des besoins nés de l'exploitation,
  - L'établissement dispose d'une trésorerie très réduite, représentant 4 jours d'exploitation en 2008,
  - Le centre hospitalier recourt à des emprunts importants de trésorerie pour financer ses besoins nés du décalage de recouvrement et de paiement et de la couverture de ses déficits cumulés.

Tableau 115 : Evolution des grandes valeurs bilanciell

€	2005	2006	2007	2008	2009
Fonds de roulement d'investissement	16 985 398	22 552 070	43 184 762	83 299 615	
Fonds de roulement d'exploitation	4 794 976	-23 170 693	-43 325 897	-49 972 705	
FRNG	21 780 374	-618 623	-141 135	33 326 910	21 841 902
BFR	14 674 523	-6 111 820	909 687	30 631 912	21 089 941
Trésorerie	7 105 851	5 493 197	-1 050 822	2 694 998	715 962
Classe 6 consolidée	272 889 811	272 889 811	268 176 148	275 181 809	
FRI Jours d'exploitation	22	30	58	109	
FRE Jours d'exploitation	6	-30	-57	-65	
FRNG Jours d'exploitation	28	-1	-0	44	
BFR Jours d'exploitation	19	-8	1	40	
Trésorerie nette Jours d'exploitation	9	7	-1	4	

Source : Analyse financière du CHIPS par l'ARH

### Le fonds de roulement net d'exploitation

[1357] Comme nous l'avons vu (Cf.4.2.2), le FRNG est fortement dégradé fin 2007, suite à l'enregistrement du déficit important de l'année de -26.1 M€ en 2006 obligeant le CHIPS à emprunter pour financer le remboursement de ses dettes financières et couvrir ses dépenses courantes. En 2007, puis 2008, l'établissement augmente ainsi son emprunt respectivement de +30M€ et + 40M€. Ces emprunts permettent d'absorber dans un premier temps le déficit de 2007.

[1358] **Depuis 2008, le FRNG est redevenu positif**, suite à la réduction significative du déficit en 2008 et 2009 (avec l'aide de l'ARH de 31M€) et de l'apurement quasi complet des créances admises en non valeur qui ne pèsent plus sur le bilan.

[1359] Cependant il convient de noter que l'amélioration du FRNG est en partie artificielle en raison du recours à l'emprunt qui progresse de +30 M€ en 2007 et +40 M€ en 2008 (solde entre la mobilisation de nouveaux emprunts et le remboursement en capital des anciens). Ces emprunts sont mobilisés quasi exclusivement pour la couverture de son besoin de trésorerie et non pour investir.

[1360] En conclusion, l'établissement possède une structure de haut de bilan très fortement détériorée depuis 2006. Elle se caractérise :

- **par une structure d'investissement et de financement mal équilibrée** : alors que les investissements ne progressent que de 19% sur la période 2005-2008, les dettes financières à long terme progressent de 255% sur la même période.

Tableau 116 : Rapport investissement/ dettes de long termes

	2005	2006	2007	2008	var 05/08
Immobilisations corporelles brutes	207 542 970	213 553 282	233 853 970	246 068 361	19%
Dettes financières (à long terme)	29 976 609	35 156 198	65 309 010	106 349 286	255%

Source : ARHIF

- **une mobilisation de l'emprunt à long terme non pour financer son cycle d'investissement mais pour faire face à son besoin croissant en trésorerie** (emprunts assortis d'une option de tirage sur ligne de trésorerie).
- **une trésorerie qui continue de se dégrader**

#### Le besoin en fonds de roulement

[1361] En 2008, le BFR s'accroît fortement et représente 40 jours d'exploitation en 2008. Cette évolution inquiétante des besoins à financer pèse d'autant plus sur la trésorerie que l'établissement n'est plus capable de couvrir les besoins avec ses ressources à long terme sauf à recourir à un nouvel emprunt de trésorerie et à allonger ses délais de paiement.

[1362] L'établissement continue ses efforts d'apurement de son report de charges historique en diminuant ses dettes fiscales (-2 M€) et sociales (-9.6 M€). A l'inverse ses dettes fournisseurs progressent de 2.8 M€ traduisant un allongement du délai de paiement de l'établissement.

Tableau 117 : Evolution dettes fournisseurs

	2005	2006	2007	2008
Dettes fournisseurs d'exploitation	8 130 892	8 246 911	11 664 116	14 460 591
Dettes fournisseurs en jours d'exploitation		53	72	85
Total charges Titre 2 et Titre 3 hors (Impôts, taxes et versements assimilés (sauf 631 et 633) et Autres charges de gestion courante)		56 258 830	58 118 424	61 426 661
Total charges en jours d'exploitation		156 275	161 440	170 630

[1363] En 2006, l'établissement règle ses fournisseurs d'exploitation (biens et services) en moyenne en 53 jours, en conformité avec la réglementation du Code des Marchés fixant un délai maximum de délai de paiement à 50 jours (sous peine d'intérêts moratoires). L'évolution en 2007 et 2008 montre une forte dégradation de ses délais de paiement liée à ses problèmes de trésorerie.

[1364] Cette politique a deux conséquences paradoxales :

- une détérioration possible des relations avec ses fournisseurs, et la possibilité pour l'établissement de subir des d'intérêts moratoires.
- une amélioration virtuelle de son besoin en fond de roulement : l'augmentation de 32 jours des délais fournisseurs entre 2006 et 2008 permet un allègement du besoin de trésorerie d'environ 6M€

[1365] La structure financière de l'établissement déjà fragile en 2005 reste très précaire malgré les efforts en matière de réduction du déficit et d'assainissement de la gestion financière. Elle se caractérise par :

- un fond de roulement net global important mais gonflé artificiellement par de lourds emprunts,
- une politique de provisionnement qui redémarre depuis 2008, permettant d'apurer son montant de créances irrécouvrables et d'améliorer sa CAF qui est positive depuis 2008 et devrait atteindre 2,5M€ en 2009,
- une trésorerie à peine positive et qui se dégrade encore en 2009, largement insuffisante pour un établissement de cette envergure, couverte en partie par des emprunts à long terme générateurs de frais financiers en forte augmentation (4,8M€ en 2009 soit + 143% par rapport à 2007)

- un allongement des délais de paiement des fournisseurs qui peuvent entraîner à terme des pénalités moratoires et une dégradation des relations avec les fournisseurs.

[1366] Si l'établissement arrive à résorber son déficit structurel ; il devra s'engager dans une politique de désendettement, associé à des remboursements d'emprunt conséquents.

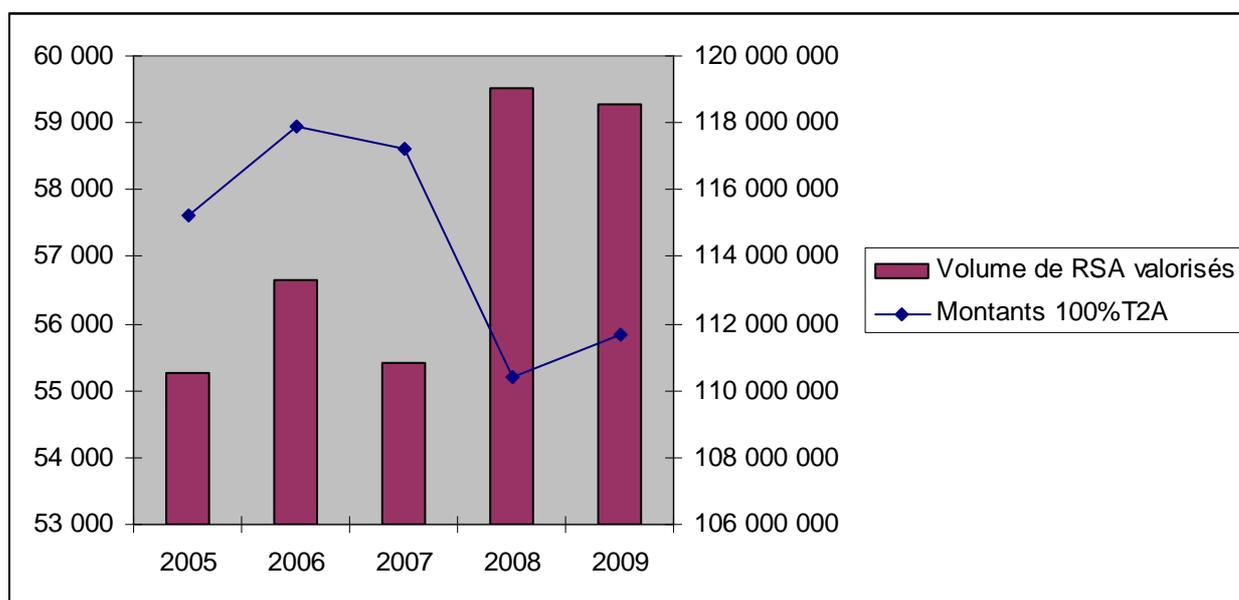
## 6. DES INCERTITUDES SUR LA FAISABILITE DU PREF

### 6.1. La diminution des recettes d'activité entre 2007 et 2009 est préoccupante pour la poursuite du PREF

[1367] L'activité MCO (hors consultations externes) diminue légèrement en volume par rapport à 2008 passant de 59 508 à 59 275 RSA valorisés (-0,39%) et augmente très légèrement en montants valorisés à 100% T2A passant de 110,4M€ à 111,7M€ (+1,18%). En outre, si on compare les mêmes données sur la période 2007/2009, le nombre de RSA (séjours et séances) valorisés augmente en volume de +6,97% alors que les recettes T2A correspondantes diminuent de -4,73%.

Tableau 118 : Evolution de l'activité de séjours et séances

Séjours et séances	2005	2006	2007	2008	2009
Volume de RSA valorisés	<b>55 273</b>	<b>56 661</b>	<b>55 414</b>	<b>59 508</b>	<b>59 274</b>
Montants 100%T2A	115 231 056	117 861 557	117 254 138	110 400 416	111 702 393



A noter une forte baisse des recettes de séjours et séances en montants valorisés entre 2007 et 2008 alors que l'activité augmente de +7,39%. Cela s'explique par :

- une baisse des tarifs de 3,7% en 2008 liée au passage à 100% de T2A
- un PMCT relativement peu élevé du CHIPS par rapport à la moyenne de la région Ile de France (source ATIH)
- l'augmentation en volume de l'activité entre 2007 et 2008 s'explique par l'ouverture de la radiothérapie fin 2007. Mais cette nette augmentation en volume ne s'est pas accompagnée d'une valorisation supplémentaire de recettes à la même hauteur en raison du PMCT relativement faible de cette activité (300€ en moyenne)

[1368] **La diminution des recettes en 2008 et la stagnation de celles-ci en 2009 démontrent qu'il n'y a pas de développement d'activités bénéficiaires par l'établissement.**

[1369] **Pratiquement tous les pôles, à l'exception de la gériatrie, sont concernés par cette baisse de valorisation de leur activité comme le montre les tableaux de bord mis en place par le contrôle de gestion :**

Tableau 119 : Recettes MCO par pôles en 2009

En M€ Pôles	CA MCO	
	2009	Ecart/2008
Femme nouveau-né	28,6	1,51%
Psychiatrie	0,126	
Urgences réanimation pédiatrie	17,8	-0,21%
Chirurgie et blocs anesthésie	28,9	-0,04%
Médecine interne et cardiovasculaire	19,3	-10,71%
onco médicale, infectiologie	15,4	-0,13%
Gériatrie, neurologie, rééducation	4	69,98%
Imagerie	0,618	-45,25%

Source : Tableaux de bord du contrôle de gestion mis à jour en décembre 2009

[1370] **Il convient cependant de nuancer la stagnation de l'activité.** En effet, la fermeture de l'activité de la radiothérapie le 2 octobre 2009 a entraîné une diminution du nombre de séances de 2365 par rapport à 2008 (2951 séances en 2009 contre 5316 en 2008). La fermeture de la radiothérapie aurait donc dû diminuer de 3,9% le volume de la totalité des RSA valorisés en 2009 qui n'a en réalité décré que de 0,36%. **Cette perte d'activité a donc été compensée par une augmentation en volume de l'activité dans d'autres secteurs, qui bénéficient en outre d'un PMCT plus élevé que la radiothérapie, tels que la PMA, la gériatrie, la rhumatologie et la médecine interne de St Germain.**

[1371] En outre, la mise en place de la version V 11 de la tarification a pénalisé l'établissement qui a vu son nombre de séjours « extrêmes bas » augmentés considérablement de 191 à 2184, entraînant une perte de recettes de 3,1M€ en montant « assurance maladie ». La V11 a cependant également entraîné une hausse très importante de la valorisation moyenne par séjour des GHS d'hospitalisation de jour et ambulatoires de +19,89%<sup>237</sup>. Enfin, il est rappelé que l'ATIH considère que la mise en place de la V11 est neutre sur les recettes des établissements de santé. Elle rappelle qu'il n'y a pas forcément de corrélation entre le taux de séjours extrêmes bas et le niveau d'impact de la V11, la nature de l'activité et le niveau de gravité sont déterminants. En outre, la pratique des séjours bas permet de « libérer » les lits plus rapidement et d'augmenter ainsi le nombre de séjours.

[1372] Ainsi, si on neutralise la fermeture de la radiothérapie, l'activité a augmenté de +3,5%. Il reste que la réouverture de cette activité, sous réserve d'ailleurs que celle-ci soit opportune, n'est pas programmée. Et qu'en attendant, sa fermeture a un double coût, une perte de recettes et une augmentation des dépenses de transfert des patients vers d'autres structures (cf. annexe 5-9), sachant que celles-ci ont en outre un coût élevé. Enfin, l'absence de concordance entre la valorisation en montants de recettes et l'augmentation relative de l'activité doit inciter l'établissement à réfléchir rapidement sur la structure de son case mix.

<sup>237</sup> Données CHIPS (contrôle de gestion)

## 6.2. L'axe 2 du PREF n'est pas mis en œuvre en 2009

[1373] **La mission a tenté d'analyser la mise en œuvre de l'axe 2 du PREF relatif au développement d'activités bénéficiaires. Cet axe 2 prévoyait essentiellement :**

- La création d'une filière Périnatalité : 2298K€ avec le développement de capacités d'accueil en Obstétrique (1864K€), d'une Unité Kangourou (320K€) et l'USCO (113K€),
- La mise en place de solution d'aval « Lits Porte » : 3591,3 K€ par l'amélioration de la gestion des lits (1000K€), la maîtrise de la DMS du pôle médecine Interne Cardiovasculaire (1667,7K€) et l'augmentation de la capacité d'accueil (923,6K€),
- Pour la filière gériatrique : 1752 K€ la mise en place du court séjour gériatrique (1366K€), la maîtrise de la DMS en Gériatrie (122,4K€) et l'augmentation des places aux Maisonnées (263,7K€),
- Pour la filière Oncologie médicale et chirurgicale : 1787,25K€ le développement de l'oncologie (415,9K€), de la sénologie et sénologie interventionnelle, de l'activité carcinologique (166,75K€), la maîtrise de la DMS (624,6K€), et le développement de l'activité de radiothérapie (436K€),
- L'augmentation des capacités en Imagerie : 2310,4K€ avec la mise en place de deux scanners (1626K€),
- Le développement des activités ambulatoires : 1031K€ (Coloscopie, Endoscopies, Echo-endos, Ophtalmologie...),
- Autres mesures : 3463,8K€ dont pneumologie (744K€), Rythmologie interventionnelle (264K€),

[1374] **Faute de mise à jour régulière des fiches du PREF et en l'absence de bilan financier de l'établissement sur la mise en œuvre de l'axe 2, notre analyse reste très limitée.** Néanmoins, la première mise à jour (depuis décembre 2008) de 11 des 95 fiches actions par le contrôleur de gestion en janvier 2010 montre que les mesures prévues pour ces seules 11 fiches n'ont pratiquement pas été mises en place.

Tableau 120 : Suivi de 11 mesures de l'axe 2 du PREF

Actions de l'axe 2	PREF	Réalisation fin 2009
Augmenter les capacités d'accueil en Obstétrique	Augmenter le nombre de lit. Hypothèse : la livraison du modulaire était prévue en sept. 2009	<b>Le modulaire n'a pas été livré en 2009.</b> Toutefois l'activité a augmenté de 4,6% partiellement compensée par une baisse de la valorisation moyenne des séjours de 2,8% (effet bornes basses).
Créer une unité Kangourou	Autorisation de deux lits de réa supplémentaires en oct 2008, 3 mois de travaux sont prévus pour l'aménagement de l'UK, lancement de l'activité au 1er juillet 2009	Les travaux ont pris du retard, <b>rien n'a été fait pour 2009</b>
Augmenter l'activité d'ophtalmologie	Ouvrir ½ vacation de bloc opératoire sur St-Germain, à personnel constant La nouvelle organisation du bloc permet d'absorber l'activité d'ophtalmologie opératoire La montée en charge est progressive à partir de 2010 : création des lits d'HDJ + (travaux, visite de conformité, autorisation)	Pas de plage supplémentaire de bloc attribuée sur 2009 faute d'accord entre les chirurgiens et le chef de bloc.

Favoriser les diagnostics d'ophtalmologie	Acquisition d'une machine de diagnostic, 80k€ amortis sur 7 ans, sans frais d'installation Passage diagnostic plutôt que consultation 2*48€ vs 23€ pour la consultation Peuvent faire 600 actes / an Cet outil se développe beaucoup, la clinique Louis XIV est susceptible d'en avoir un. Hypothèse : achat machine début 2009	La machine n'a pas été achetée
Augmenter les capacités d'accueil en médecine interne	Le service de Médecine interne refuse fréquemment des patients venant des Urgences par manque de lits Déménagement de l'oncologie : prévu d'ici mi 2009, après le déménagement de la cardio Recrutement PH en 2009 et Assistant en 2010 Recrutement Patient : prévu à partir de mi 2009	<b>Le déménagement n'a pas eu lieu.</b> Le service a fonctionné avec 6-7 lits en moyenne sur l'année
Créer une activité de rythmologie interventionnelle	Le développement de la rythmologie interventionnelle participera au développement de l'activité du service de cardiologie sur les mêmes lits et avec les mêmes moyens Le développement de cette activité doit rapporter 355K€ en 2009	<b>Les autorisations ont pris du retard.</b> Cependant l'activité s'est développée mais pour 26K€
Mettre en place une filière gériatrique	La mise en place d'une unité de CS permettrait d'accueillir environ 475 patients dans 15 lits par an actuellement pris en charge par divers services de soins. Hypothèse : recrutement avant la fin du 1er trimestre 2009 de 2PH et 1 assistant, les PNM provenant de redéploiements internes	La mise en place du court séjour gériatrique a pris du retard et n'a été ouvert sur 10 lits qu'en juin 2010. 10 lits complémentaires ont été ouverts fin décembre 2010. On comptabilise un total de 238 séjours sur l'unité pour une valorisation de 1237 K€ Le PMCT est de 5200€, soit plus important que prévu.
Développer l'activité de pneumologie	Hypothèse : croissance de l'activité régulière subordonnée au recrutement d'un PH (mi 2009)	Le recrutement d'un demi PH ne s'est pas fait
Développer l'activité d'oncologie	autonomiser le service d'oncologie en créant une structure interne dédiée. Dimensionnement prévu du service d'oncologie : 13 lits d'HC; 5 lits HDS et 3 de soins Palliatifs Hypothèse : déménagement et recrutements d'ici mi 2009	Le recrutement d'un PH ne s'est pas fait. <b>Le déménagement n'a pas eu lieu.</b> Fonctionnement avec 12 lits d'oncologie dont 5 HDS et 2 dédiés soins palliatifs L'activité est en baisse de 1,65% en volume, avec un PMCT relativement stable, d'où une valorisation en baisse de 27K€
Créer une unité d'AVC	650 AVC sont pris en charge par l'hôpital mais ne le sont pas systématiquement par la Neurologie. Une prise en charge unique par la Neurologie semble donner plus de chances aux patients et serait mieux valorisée	Rien n'a été fait en 2009

Source : Données CHIPS issues de la remise à jour de 11 fiches PREF au 22/03/2010.

[1375] **A l'exception de la mise en œuvre du court séjour gériatrique, les autres mesures de l'axe 2 n'ont pas été mises en place.** Certaines activités qui devaient être développées voient même leurs recettes valorisées diminuer (activité d'oncologie).

[1376] **Ainsi, le taux de réalisation de l'axe 2 sur l'exercice 2009 est très faible.**

Tableau 121 : Taux de réalisation de l'axe 2 du PREF en 2009

		Enjeu 2009	Réalisation 2009	Ecart	% de réalisation
Axe 2	Développement d'activités bénéficiaires	4 198	839	- 3 359	20%

Source : Données CHIPS (présentation CHIPS à l'ARH –conférence budgétaire du 2 février 2010)

### 6.3. De forts doutes sur la faisabilité du PREF à horizon 2011

[1377] Le CHIPS lui-même a revu le calendrier de mise en œuvre du PREF, indiquant un retour à l'équilibre non plus pour 2011 mais 2013<sup>238</sup>. En l'absence de comité de pilotage et de mise à jour des 95 fiches actions du PREF (cf. supra), il nous a été très difficile d'établir un premier bilan de la mise en œuvre de ce plan. Cependant, au-delà des retards de calendrier, les fondements mêmes du PREF et la capacité du CHIPS à le mettre en œuvre suscitent d'ores et déjà de profondes interrogations.

#### 6.3.1. La diminution de la masse salariale (qui concerne les axes 3 et 4 mais surtout 5) égale quasiment, dès 2009, le montant total des objectifs 2008-2011 du PREF

[1378] **La réduction drastique des dépenses de personnels non médicaux (titre 1) atteint, dès 2009, -8,9M€ au regard du PGFP, soit pratiquement la totalité des objectifs d'économies du PREF à horizon 2011 sur ce titre (-9,6M€) (Cf. PJ 7-5 « PGFP après mise en œuvre du plan d'action » et PJ 7-9 « Mesures financières PREF 2008-2011 par titre »).**

[1379] Ces premiers résultats s'expliquent par la mise en œuvre déterminée des mesures de maîtrise des dépenses et de restructuration des fonctions support, mais aussi à l'inverse par l'absence des surcoûts de dépenses de personnels liés aux mesures de relance de l'activité prévus dès 2009<sup>239</sup>.

[1380] Il sera donc difficile de s'appuyer à l'avenir sur ce poste de dépenses pour diminuer encore les charges de façon significative, même s'il reste quelques marges de manœuvre sur les fonctions administratives et logistiques (axe 4). Les charges de titre 1 devraient au contraire logiquement augmenter lors des exercices à venir si l'objectif du CHIPS de relancer l'activité se réalise.

<sup>238</sup> Source : EPRD 2009 du CHIPS. La DFI prévoyait dans le PGFP actualisé un retour à l'équilibre fin 2013, alors même qu'elle estimait le résultat d'exploitation pour 2009 à -17,5M€, ce qui n'a pas été réalisé (-19,1M€).

<sup>239</sup> Le PGFP du PREF prévoit en effet pour 2009, certes des mesures de maîtrise des dépenses de personnels à hauteur de 6M€, mais aussi des surcoûts de dépenses de personnels liés aux mesures d'activités à hauteur de 2,3M€ (soit un gain net d'économies de 3,7M€, largement dépassé par l'établissement de 5,2M€ pour atteindre 8,9M€).

**6.3.2. La régularisation de la valorisation à 100% de l'activité existante (axe 1) est quasiment atteinte suite à l'effort de rattrapage mené à la fois sur l'exhaustivité du codage et de la facturation.**

[1381] L'établissement nous a indiqué que son taux d'exhaustivité du codage atteignait 100% à la date de clôture de l'exercice 2009<sup>240</sup>, de même que son taux de facturation de l'activité codée<sup>241</sup>. Ainsi, selon les données de l'établissement, l'axe 1 relatif à la régularisation de la valorisation de l'activité existante est atteint.

[1382] Par conséquent, il reste peu de marge d'action sur cet axe du PREF, sauf à améliorer la qualité du codage au vu des redressements effectués par la CPAM lors de ses contrôles annuels, mettant notamment en exergue le nombre de dossiers non facturables car encore incomplets.

[1383] Les hypothèses financières émises concernant l'axe 1 prévoient un gain net de 12,8M€ en cumulé d'ici 2011, dont 7,2M€ au titre de l'amélioration de l'exhaustivité et de la qualité du codage et 4,3M€ au titre de l'optimisation de la facturation (Mesures K et L du tableau PREF 2008-2011 par type de mesures ; cf. PJ 7-7 « PREF par type de mesures »)

[1384] Or, la valorisation à 100% de l'activité existante, acquise dès 2008/2009, a permis d'augmenter les recettes de titre 1 et 2, respectivement de 5,8M€ et 2,5M€, soit 8,3M€

[1385] **Nous nous interrogeons donc fortement sur la faisabilité de l'axe 1 du PREF.** Nous percevons difficilement comment le CHIPS pourra respecter cet axe, et « gagner » encore 4,5M€ de recettes supplémentaires sur l'optimisation du codage et de la facturation, alors que l'effort de rattrapage a déjà été mené à son terme en 2008 et 2009.

[1386] Les recettes des titres 1 et 2 n'augmenteront désormais que s'il y a à la fois une augmentation en volume de l'activité (suffisante pour compenser aussi les effets tarifs) tout en maîtrisant les coûts fixes, et une valorisation du case-mix de l'établissement.

**6.3.3. Le développement d'activités bénéficiaires (axe 2) pour un gain net de 16,2M€ paraît très ambitieux et peu réaliste**

[1387] Il est rappelé que les 5 axes du PREF qui fondent le retour à l'équilibre financier relèvent de trois grands types de mesures :

- la baisse des dépenses : axe 3 (restructuration et redimensionnement des unités de production), axe 4 (réorganisation des fonctions support) et axe 5 (optimisation de la gestion des ressources humaines et de la masse salariale), pour un gain net de 17M€, représentant 37% des mesures correctrices,
- la régularisation de la valorisation de l'activité existante : axe 1 pour un gain net de 12,8M€ ce qui représente 28% des mesures correctrices,
- **Et le développement d'activités bénéficiaires : axe 2 pour un gain net de 16,2M€, représentant 35% des mesures correctrices.**

[1388] Par conséquent, tel qu'il a été construit par Cap Gemini Consulting et « validé » par la direction puis la tutelle, le retour à l'équilibre financier nécessitant un gain net de recettes de 46M€ d'ici fin 2011, passe de fait par une augmentation de l'activité.

<sup>240</sup> Source : Tableaux de bord de gestion par pôle (contrôle de gestion) et note du DIM à la mission en date du 25 février 2010.

<sup>241</sup> Source : Tableau de bord de suivi de la facturation de la direction de la clientèle n°32 établi le 17/02/2010 -Cf. Annexe 8 « Facturation », PJ-3 « tableau de bord de suivi de la facturation »

- [1389] **Mais d'une part, le CHIPS ne s'est pas vraiment encore engagé dans cette démarche, qui reste éminemment difficile. Ainsi, sur 37 actions prévues, peu ont été mises en place<sup>242</sup>.**
- [1390] La mise en œuvre de l'axe 2 nécessite de faire face aux problèmes structurels de l'établissement, qu'il s'agisse de la réorganisation des activités, de la suppression de doublons, du projet médical ou de la gouvernance des pôles. Ces défis sont évidemment plus difficiles à relever que la stricte diminution de la masse salariale ou la régularisation de la valorisation de l'activité existante, même si les résultats obtenus sont à souligner.
- [1391] Le développement de l'activité implique en effet une stratégie claire, partagée par les acteurs, notamment une plus forte implication de la communauté médicale qu'il faudra fédérer en s'appuyant sur des projets mobilisateurs. Ces points font aujourd'hui relativement défaut comme nous l'avons vu avec un suivi du PREF fortement centralisé et mis en œuvre en « chambre » au sein de la direction.
- [1392] La réussite du PREF nécessite donc d'accélérer rapidement la contractualisation des pôles, de leur déléguer davantage de pouvoir et d'impulser un dialogue non seulement de gestion mais également stratégique avec la communauté médicale.
- [1393] **D'autre part, comme pour beaucoup de contrats et de plans de retour à l'équilibre financier, le PREF du CHIPS est fondé sur des hypothèses d'augmentation d'activité très volontaristes. L'objectif de 16,2M€ de recettes supplémentaires en trois ans par le seul développement d'activités bénéficiaires, tout en maîtrisant les coûts que celui-ci implique, paraît considérable et difficilement atteignable.**
- [1394] L'analyse de l'évolution des produits de la tarification depuis 2005 et plus précisément depuis 2007 amène à douter de la réalisation d'un surcroît important de recettes. En outre, l'augmentation de l'activité en volume ne génère des recettes supplémentaires qu'une fois compensés les effets de l'évolution de la tarification.
- [1395] **Nous exprimons donc de vives réserves sur le réalisme de l'axe 2 du PREF.**

#### **6.3.4. Des marges de progression sont à l'inverse envisageables**

6.3.4.1. Sur les charges à caractère général et hôtelier qui représentent près de 25M€

- [1396] Nous estimons les marges de progression à 5% par an si une démarche de meilleure utilisation du logiciel de gestion économique et financière, de professionnalisation des achats et de rationalisation des procédures internes est mise en œuvre. En neutralisant l'effet d'apurement des créances irrécouvrables de la gestion antérieure, les dépenses à caractère général et hôtelier ont augmenté de 6% entre 2007 et 2008 mais diminué de -6,2% (-1,52M€) entre 2008 et 2009. **Le processus de maîtrise de ces dépenses est donc enclenché et doit absolument être poursuivi, au-delà des objectifs du PREF qui sont relativement modestes sur ce titre.**
- [1397] En effet, les hypothèses financières peu étayées du PREF concernant l'ajustement de la politique des achats (fiche 4.2 du PREF) prévoient une économie 1,2M€ d'ici 2011 alors que la mission estime la potentialité d'économies à 1,2M€ an.

---

<sup>242</sup> Cf. Annexes 5-1 à 5-9 par pôle d'activités.

#### 6.3.4.2. Sur l'axe 3 du PREF relatif au redimensionnement et à la restructuration des services

[1398] Cet axe du PREF a pris un certain retard compte tenu des intérêts particuliers et des freins aux différentes restructurations et suppressions de « doublons », notamment pour les services de réanimation, des urgences et des blocs opératoires<sup>243</sup>.

[1399] En outre, aucun bilan financier précis des opérations réalisées ou en cours (exemple du regroupement des activités de laboratoire) n'a pu nous être transmis<sup>244</sup>. La DFI estime que cet axe n'a été réalisé qu'à hauteur de 58% par rapport aux objectifs fixés pour 2009<sup>245</sup>.

[1400] Néanmoins, si les nécessaires restructurations sont menées à terme pendant la période transitoire, le PREF estime les gains de recettes sur cet axe à 5M€d'ici 2011.

#### 6.3.4.3. Sur des gains de productivité médicale, notamment par l'amélioration des organisations et des pratiques professionnelles

[1401] L'exploitation de la base d'Angers, à laquelle le CHIPS s'est inscrit pour la première fois en 2008, nous a permis de repérer les secteurs dans lesquels le CHIPS apparaît pouvoir faire des progrès (Cf. Annexe 3-4 « Données comparatives Base d'Angers »). **Les blocs opératoires, les laboratoires, la gestion économique et les fonctions support apparaissent comme les secteurs devant faire l'objet d'un intérêt prioritaire.**

[1402] Il convient de prendre les éléments chiffrés de l'annexe avec une grande prudence s'agissant de données 2007 et compte tenu du mode de calcul utilisé. Nous avons en effet chiffré les marges de progression en considérant l'économie que constituerait l'application au volume des UO du CHIPS leur coût moyen dans la base. **Le chiffrage n'est pas une estimation des économies possibles, mais il permet par contre de repérer les domaines dans lesquels le CHIPS a le plus de marge.**

[1403] **On peut enfin s'étonner de l'absence de réflexion collective sur les effectifs médicaux, les organisations de soins, les priorités de remplacement de personnels soignants pour améliorer la productivité médicale globale constatée par les indicateurs du « diagnostic flash » qui positionnent le CHIPS dans le dernier décile.** Il convient bien évidemment d'être également prudent avec cet indicateur qui ne reflète pas les différences de productivité de chaque pôle, service ou praticien individuellement. Nous n'avons pas constaté la mise en débat de telles problématiques dans la préparation du prochain projet médical.

#### 6.3.5. Compte tenu des menaces qui pèsent sur le PREF, il est nécessaire de revoir rapidement les fondements même du plan en lien direct l'ARS

[1404] Ainsi, l'analyse des premiers résultats du PREF - au vue de ses fondements - montre de réelles menaces :

- sur l'axe 1, les marges d'action sont très limitées et l'on peut douter que le CHIPS réussira à obtenir les recettes encore manquantes au titre de cet axe (soit 4,5M€sur 12,8M€) ;
- sur l'axe 2, les hypothèses très volontaristes d'augmentation de l'activité apparaissent comme pour un grand nombre de CREF/PREF, peu réalistes. Les recettes attendues de 16,2M€sont donc peu envisageables ;

<sup>243</sup> Il est rappelé, à titre d'exemple, que le maintien sur deux sites de la réanimation dans un contexte de baisse d'activité et de départ de praticiens pèse sur le déficit de l'établissement. En 2008, les coûts de fonctionnement étaient estimés à 14,7M€ et les recettes à 9,4M€ soit un déficit annuel de 5,3M€. Cf. Annexes 5-3 « Pôle Urgences-Réanimation-Pédiatrie », Annexe 5-5 « Anesthésie, bloc opératoire, chirurgie ».

<sup>244</sup> Cf. Annexe 5-4 « Pôle logistiques médico-techniques »

<sup>245</sup> Présentation des projections financières par le CHIPS lors de la conférence budgétaire à l'ARHIF du 2 février 2010.

- sur les axes 4 et 5, le redimensionnement des fonctions support et l'optimisation de la gestion des ressources humaines reposant tous deux en grande partie sur la réduction des ETP et de la masse salariale, les marges d'action sont aujourd'hui réduites puisque les dépenses de personnel ont diminué de 8,9M€ sur 9,8M€ pour la totalité du plan à horizon 2011. Il reste donc 1M€ de marge de manœuvre.

[1405] **Le PREF comporte ainsi des hypothèses fondamentales sur lesquelles nous exprimons de profondes réserves.** Nous nous interrogeons à cet égard sur les modalités de concertation des pôles et de validation par la direction de telles hypothèses de hausse d'activité émises par le consultant.

[1406] En outre, il faut souligner que le PREF n'a pas intégré les charges masquées de la gestion précédente qui continuent de peser sur la gestion actuelle, celles-ci étaient pourtant connues aux dates d'intervention [REDACTED] et de la signature du PREF. Ce dernier n'a pas davantage été construit en lien avec le financement du nouvel hôpital qui nécessite des emprunts et investissements conséquents. **Ces éléments « oubliés » biaisent le PREF qui n'est pas complet en termes de dépenses à assumer par le CHIPS.**

[1407] **Enfin, des éléments nouveaux imposent a minima une actualisation régulière du PREF.** Ainsi, par exemple, la fermeture en octobre 2009 de la radiothérapie et les interrogations sur l'avenir de cette activité auront un impact non négligeable sur les recettes de l'établissement. Les pertes de recettes annuelles sont évaluées à 1,6M€<sup>246</sup> auxquelles il convient d'ajouter, dans l'attente de la décision à prendre, les surcoûts liés à la maintenance des équipements et aux actes et transports des patients du CHIPS réorientés vers d'autres structures ; sans oublier que le PREF prévoyait de développer cette activité et d'en améliorer la rentabilité pour un gain net de 436K€

[1408] Le PREF, bien que réalisé avec l'aide d'un consultant extérieur sur une longue durée, proposant un diagnostic financier détaillé et 95 mesures, toutes faisant l'objet d'une fiche, n'échappe pas pour autant aux constats habituels d'un plan de retour à l'équilibre financier fondé sur des hypothèses trop favorables.

[1409] La mission exprime par conséquent ses plus grands doutes quant à la faisabilité du PREF à l'horizon 2011 et recommande d'en revoir très rapidement les hypothèses financières, en particulier celles de l'axe 2.

[1410] **Cette revue générale du PREF doit s'effectuer avec un appui spécifique de l'ARS et en lien direct avec la communauté médicale.** Des études permettant de mieux cerner les gains en efficacité des réorganisations, de la productivité médicale, de la diminution de la DMS dans les secteurs où elle dépasse la moyenne nationale et de la relance réaliste de l'activité à moyens constants ou en maîtrisant les coûts, doivent être entreprises rapidement en coordination effective avec les chefs de pôle et après analyse de la production de chaque pôle et service. D'autant que les 16,2M€ de recettes supplémentaires prévues par le développement d'activités bénéficiaires doivent participer au financement du nouvel hôpital.

## 7. RECOMMANDATIONS

**Recommandation n°73 : Continuer à améliorer le contrôle de gestion et impliquer davantage la communauté médicale à la construction et au débat sur les outils de pilotage médico-économiques indispensables à la contractualisation des pôles**

<sup>246</sup> 5300 séances annuelles avec un PMCT de 300€(chiffres 2008 E PMSI et données CHIPS)

- [1411] **Le contrôle de gestion et le DIM doivent fonctionner à l'avenir en étroite collaboration, au sein d'une direction davantage mobilisée sur le contrôle de gestion et les outils qui y concourent.** Une cellule de gestion pourrait être créée, constituée du DIM, de la DAF et du contrôleur de gestion ainsi que des éventuels référents du contrôle de gestion dans chaque pôle.
- [1412] Beaucoup d'établissements ont mis en place un ANADIM, c'est-à-dire une fusion, dans une même direction du contrôle de gestion et du DIM. Le CHU de Toulouse en a été le promoteur avec le Pr Fernay. L'idée est de rattacher cet ANADIM au Directoire de façon à éviter les conflits de pouvoirs et de détacher le contrôle de gestion des DAF et le DIM du président de CME. Cette solution pourrait être envisagée à moyen terme mais ne semble pas devoir être mise en place compte tenu de la réorganisation récente de la direction qui débouche d'ores et déjà sur un rapprochement de ces deux directions au sein d'un même pôle. Néanmoins, il serait utile de réfléchir à une approche de ce type à terme, pour améliorer le pilotage médico-économique qui reste très difficile (cf. les différences importantes de prévision entre décembre 2009 et février 2010).
- [1413] **Les tableaux de bords par pôle puis unité doivent être largement diffusés aux personnels de ces derniers et faire l'objet d'une véritable pédagogie.** La diffusion de ceux-ci accompagnés d'un simple guide de lecture méthodologique sur l'intranet est largement insuffisante pour que les équipes médicales qui en ont le plus besoin se les approprient. **Il faut faciliter l'appropriation des outils.**
- [1414] **La direction doit, pour cela, s'investir davantage qu'elle ne le fait actuellement,** afin que la culture du contrôle de gestion se diffuse plus rapidement au sein de l'établissement. **Il apparaît nécessaire que la direction établisse rapidement une stratégie et un plan de communication sur les objectifs poursuivis et les outils existants.**
- [1415] Ce sera une des conditions indispensable de la réussite de la contractualisation.

**Recommandation n°74 : Améliorer les tableaux de bord de suivi médico-économique par pôle en intégrant le suivi de l'activité « consultations externes ».**

**Recommandation n°75 : Examiner la possibilité de mettre en place au sein de chaque pôle un référent du contrôle et du dialogue de gestion.**

**Recommandation n°76 : Améliorer le suivi des engagements de la dépense, mettre en place des tableaux de bord de suivi des dépenses.**

- [1416] Il est impératif pour un établissement de cette taille que la dépense, comme les recettes, soit suivie en temps réel et qu'il y ait des tableaux de bord au moins mensuels afin de connaître précisément la situation de l'établissement, de piloter la dépense et d'apporter d'éventuelles corrections en cours d'exercice.

**Recommandation n°77 : Institutionnaliser le dialogue entre le département de l'information médicale et la direction des finances afin d'assurer un suivi plus précis des recettes.**

- [1417] Les incertitudes de prévision des recettes à fin d'exercice ne sont pas acceptables lorsque celles-ci sont évaluées en décembre et janvier et aboutissent à des écarts conséquents de plus de 4M€ sur le résultat. **Le pilotage financier de l'établissement doit encore être fortement amélioré, notamment par un renforcement du dialogue entre le DIM et la DFI, et du dialogue de gestion avec les pôles, sous la coordination du directeur qui doit disposer et utiliser les outils de pilotage financier mis à sa disposition.**

**Recommandation n°78 : Mettre en place un comité de pilotage de suivi du PREF et mettre à jour régulièrement les fiches actions du PREF**

- [1418] Depuis juin 2009, le PREF est suivi de façon centralisé au niveau de la direction des finances. Il est indispensable que le PREF soit un outil partagé et non un outil purement financier axé sur le seul résultat comptable. Les mesures prévues et contractualisées doivent faire l'objet d'un suivi précis et régulier.
- [1419] Il est donc impératif d'une part, de mettre en place un comité de pilotage de suivi du PREF qui se réunisse au moins une fois par mois et d'autre part, d'engager la mise à jour régulière des fiches actions du PREF en lien avec les chefs de pôle concernés afin que les objectifs poursuivis soient clairement connus de tous et puissent faire l'objet de corrections éventuelles.
- [1420] **Il conviendrait également que le suivi des actions du PREF soit délégué à chaque référent de l'action comme cela était prévu initialement par Cap Gemini Consulting.**
- [1421] Ces différentes mesures doivent permettre au PREF de « vivre » au-delà de l'aspect financier et d'impliquer tous les personnels de l'établissement qui connaîtraient ainsi les actions à mettre en œuvre et les résultats obtenus, dans le cadre d'une démarche nouvelle d'adhésion collective à la stratégie décidée par la direction. A cet égard, la contractualisation des pôles est une opportunité à ne pas manquer.
- [1422] **Il est à noter, que suite aux observations faites par la mission sur ce point auprès du directeur, ce dernier a mis en place un comité de pilotage de suivi du PREF qui se réunit tous les lundis matins et demandé à la direction des finances la mise à jour de toutes les fiches actions du PREF.**
- [1423] Une douzaine de fiches ont ainsi fait l'objet d'une réactualisation mettant en évidence d'une part des retards de calendrier, souvent légitimes, et d'autre part la nécessité de revoir le coût des mesures. La méconnaissance jusqu'alors de ces éléments empêchait de fait un pilotage stratégique et non uniquement financier du PREF.
- [1424] **Enfin, nous constatons que, contrairement aux fiches initiales qui désignaient en qualité de responsable du suivi des actions les chefs de pôle ou de service, les nouvelles fiches nomment uniquement des membres de l'équipe de direction. Ce qui, pour la mission, va à l'encontre de ses préconisations en faveur d'une plus grande délégation aux pôles, facteur à son sens de responsabilisation des acteurs et d'une démarche plus collective.**

**Recommandation n°79 : Effectuer une revue générale du PREF et notamment les hypothèses financières de l'axe 2 (le développement des activités bénéficiaires) pour apprécier le réalisme de l'augmentation d'activité attendue et des recettes en découlant, en lien direct avec l'ARS et en coordination étroite avec la communauté médicale.**

- [1425] Cela nécessite de revoir les actuels travers de pilotage et de suivi du PREF axé essentiellement sur l'aspect financier et non sur les mesures à mettre en œuvre.
- [1426] L'implication de la communauté médicale au pilotage stratégique de l'établissement est une condition de l'augmentation de l'activité.

**Recommandation n°80 : Instaurer une véritable réflexion sur les gains de productivité médicale par pôle et service**

**Recommandation n°81 : Rationaliser la politique des achats**

- [1427] La rationalisation de la politique des achats est indispensable comme l'a été la réduction de la masse salariale. Les marges de manœuvres sur les dépenses de titre 3 existent et doivent être utilisées. La fiche 4.2 du PREF doit être mise à jour et revue, au regard de cet impératif, notamment le montant des gains d'économies.
- [1428] La procédure des achats est aujourd'hui peu professionnalisée, peu informatisée et la gestion des stocks n'est pas efficiente. Il est urgent de rationaliser le processus « achats », ce qui permettrait de réaliser en moyenne des gains d'économies de 5% par an.

**Recommandation n°82 : Déléguer la responsabilité de la mise en œuvre du PREF aux responsables de pôles ou de services directement concernés.**

## **PJ n°7-1 : Comptes financiers 2005-2009**



**PJ 7-1 : Comptes financiers du CHIPS sur la période 2005-2009**

COMPTES FINANCIERS 2005 à 2009 DU CHIPS

		CF 2005	CF Financier 2006	Ecart CF 2006 / CF 2005		CF Financier 2007	Ecart CF 2007 / CF 2006	Compte Financier 2008	Ecart CF 2008 / CF 2007	CF 2009 : situation au 15.02.2010	Ecart CF 2009 / CF 2008		
<b>Titre 1</b>	<b>Charges de personnel</b>	<b>150 248 475</b>	<b>161 493 757</b>	<b>11 245 282</b>	<b>7,48%</b>	<b>166 961 280</b>	<b>5 467 522</b>	<b>167 628 347</b>	<b>667 068</b>	<b>0,40%</b>	<b>161 992 841</b>	<b>-5 635 506</b>	<b>-3,36%</b>
	dont Personnel non médical		125 575 128			129 356 755	3 781 627	128 447 534	-909 221	-0,70%	123 704 727	-4 742 808	-3,69%
	dont Personnel médical		35 918 629			37 604 525	1 685 895	39 180 813	1 576 288	4,18%	38 288 114	-892 699	-2,28%
621	Personnel extérieur à l'établissement	2 049 518	1 890 707	-158 812	-7,75%	2 611 436	720 729	2 555 225	-56 211	-2,15%	1 271 955	-1 283 270	-50,22%
631	Impôts, taxes et versements assimilés sur rémunérations (administration des impôts) (sauf 6339)	800 000	10 466 700	9 666 700	1208,34%	11 041 210	574 511	10 698 450	-342 760	-3,10%	9 637 743	-1 060 708	-9,91%
633	Impôts, taxes et versements assimilés sur rémunérations (autres organismes) (sauf 6339)	3 540 398	3 647 665	107 266	3,03%	4 184 020	536 356	4 302 104	118 084	2,82%	5 195 439	893 335	20,77%
641 (sauf 6411, 6413, 6415 et 6419)	Rémunérations du personnel non médical (sauf 6411, 6413, 6415 et 6419)		63 643			413 099	349 456	250 736	-162 363	-39,30%	216 529	-34 207	-13,64%
6411	Personnel titulaire et stagiaire		75 550 237			77 027 720	1 477 484	75 283 005	-1 744 715	-2,27%	70 724 470	-4 558 535	-6,06%
6413	Personnel sous contrats à durée indéterminée (CDI)	80 815 890	5 238 472	2 147 987	2,66%	4 822 043	-416 429	5 963 553	1 141 510	23,67%	7 279 903	1 316 350	22,07%
6415	Personnel sous contrats à durée déterminée (CDD)		2 111 526			1 946 470	-165 056	2 095 480	149 010	7,66%	3 189 646	1 094 166	52,22%
642 (sauf 6421, 6422, 6423, 6425 et 6429)	Rémunérations du personnel médical (sauf 6421, 6422, 6423, 6425 et 6429)		3 159 878			3 048 510	-111 368	2 850 687	-197 823	-6,49%	3 717 805	867 119	30,42%
6421	Praticiens temps plein et temps partiel		14 968 286			15 452 412	484 126	16 551 227	1 098 814	7,11%	16 101 007	-390 220	-2,36%
6422	Praticiens attachés renouvelables de droit	25 936 503	1 164 987	-773 767	-2,98%	1 145 567	-19 419	1 139 642	-5 925	-0,52%	969 267	-170 375	-14,95%
6423	Praticiens contractuels sans renouvellement de droit		2 102 149			2 527 716	425 567	2 647 822	120 106	4,75%	2 837 230	189 408	7,15%
6425	Permanences des soins		3 767 436			4 127 741	360 306	3 908 011	-219 731	-5,32%	2 844 805	-1 063 206	-27,21%
6451	Charges de sécurité sociale et de prévoyance - personnel non médical (sauf 64519)	27 899 202	28 390 081	490 880	1,76%	29 008 764	618 682	29 102 695	93 931	0,32%	28 351 416	-751 279	-2,58%
6452	Charges de sécurité sociale et de prévoyance - personnel médical (sauf 64529)	7 756 065	7 514 065	-242 000	-3,12%	7 904 055	389 990	8 447 358	543 303	6,87%	8 092 687	-354 671	-4,20%
6471	Autres charges sociales - personnel non médical (sauf 64719)	1 404 507	1 363 435	-5 393	-0,38%	1 557 528	194 091	1 642 734	85 209	5,47%	1 393 879	-248 855	-15,15%
6472	Autres charges sociales - personnel médical (sauf 64729)		35 679			81 046	45 366	136 202	55 157	68,06%	56 187	-80 015	-58,75%
648	Autres charges de personnel (sauf 6489)	46 393	58 813	12 420	26,77%	61 944	3 131	53 416	-8 529	-13,77%	52 871	-545	-1,02%
<b>Titre 2</b>	<b>Charges à caractère médical</b>	<b>32 862 588</b>	<b>33 756 896</b>	<b>894 309</b>	<b>2,72%</b>	<b>34 886 255</b>	<b>1 129 359</b>	<b>36 806 056</b>	<b>1 919 801</b>	<b>5,50%</b>	<b>38 074 962</b>	<b>1 268 906</b>	<b>3,45%</b>
6011	Achats stockés de matières premières ou fournitures à caractère médical ou pharmaceutique	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6021	Produits pharmaceutiques et produits à usage médical	13 781 891	14 442 190	660 299	4,79%	14 043 093	-399 096	15 401 909	1 358 815	9,68%	16 158 210	756 302	4,91%
6022	Fournitures, produits finis et petit matériel médical et médico-technique	11 813 534	11 759 835	-53 698	-0,45%	12 220 358	460 521	12 602 117	381 761	3,12%	12 884 172	282 055	2,24%
6066	Fournitures médicales	1 790 686	1 846 942	56 256	3,14%	2 790 021	943 080	2 784 723	-5 298	-0,19%	2 638 490	-146 233	-5,25%
6071	Achats de marchandises à caractère médical et pharmaceutique	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
60311	Variation des stock de matières premières et fournitures à caractère médical ou pharmaceutique	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
60321	Produits pharmaceutiques et produits à usage médical	1 357 023	1 212 205	-144 818	-10,67%	1 208 147	-4 058	1 184 845	-23 302	-1,93%	1 376 315	191 470	16,16%
60322	Fournitures, produits finis et petit matériel médical et médico-technique	480 323	531 199	50 875	10,59%	557 939	26 740	490 503	-67 436	-12,09%	593 192	102 689	20,94%
60371	Variation des stocks de marchandises à caractère médical et pharmaceutique	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
611	Sous-traitance générale	1 374 178	1 617 614	243 435	17,71%	1 572 339	-45 274	1 611 028	38 689	2,46%	1 551 157	-59 871	-3,72%
6131	Locations à caractère médical	335 315	436 295	100 980	30,12%	425 367	-10 929	466 312	40 945	9,63%	508 337	42 026	9,01%
6151	Entretiens et réparations de biens à caractère médical	1 929 638	1 910 617	-19 021	-0,99%	2 068 993	158 376	2 264 620	195 627	9,46%	2 365 089	100 469	4,44%
<b>Titre 3</b>	<b>Charges à caractère hôtelier et général</b>	<b>24 239 144</b>	<b>23 807 730</b>	<b>-431 413</b>	<b>-1,78%</b>	<b>28 879 799</b>	<b>5 072 069</b>	<b>26 275 368</b>	<b>-2 604 432</b>	<b>-9,02%</b>	<b>27 500 890</b>	<b>1 225 522</b>	<b>4,66%</b>
6012	Achats stockés de matières premières ou fournitures à caractère hôtelier et général	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
602	Achats stockés : autres approvisionnements (sauf 6021 et 6022)	5 493 456	5 525 818	32 362	0,59%	5 712 581	186 763	5 522 895	-189 686	-3,32%	4 930 179	-592 715	-10,73%
606	Achats non stockés de matières et fournitures (sauf 6066)	2 716 193	3 195 198	479 006	17,64%	2 784 219	-410 980	3 454 402	670 184	24,07%	3 016 401	-438 001	-12,68%
6072	Achats de marchandises à caractère hôtelier et général		0			0	0	0	0	0	0	0	0
603	Variation des stocks (sauf 60311, 60321, 60322 et 60371)	371 111	401 461	30 350	8,18%	452 657	51 197	400 597	-52 060	-11,50%	380 075	-20 522	-5,12%
61	Services extérieurs (sauf 611, 6131, 6151 et 619)	6 147 559	6 080 820	-66 739	-1,09%	6 220 973	140 153	6 919 670	698 698	11,23%	7 442 667	522 997	7,56%
62	Autres services extérieurs (sauf 621 et 629)	7 157 217	7 298 637	141 420	1,98%	8 061 739	763 101	8 323 041	261 302	3,24%	7 343 046	-979 995	-11,77%
63	Impôts, taxes et versements assimilés (sauf 631, 6319, 633 et 6339)	29 991	28 993	-998	-10,00%	47 057	20 064	43 872	-3 185	-6,77%	23 140	-20 731	-47,25%
65	Autres charges de gestion courante	2 323 617	1 278 804	-1 044 813	-44,96%	5 600 574	4 321 770	1 610 891	-3 989 683	-71,24%	4 365 381	2 754 490	170,99%
709	Rabais, remises et ristournes accordées par l'établissement	0	0	0	0,00%	0	0	0	0	0,00%	0	0	0,00%
71	Production stockée (ou déstockage)	0	0	0	0,00%	0	0	0	0	0,00%	0	0	0,00%
<b>Titre 4</b>	<b>Charges d'amortissements, de provisions et dépréciations, financières et exceptionnelles</b>	<b>16 660 004</b>	<b>34 090 717</b>	<b>17 430 713</b>	<b>104,63%</b>	<b>18 380 281</b>	<b>-15 710 436</b>	<b>22 871 034</b>	<b>4 490 753</b>	<b>24,43%</b>	<b>22 240 474</b>	<b>-630 560</b>	<b>-2,76%</b>
66	Charges financières	1 258 565	1 223 716	-34 848	-2,77%	1 980 583	756 866	3 466 623	1 486 040	75,03%	4 821 120	1 354 497	39,07%
67	Charges exceptionnelles	7 822 835	25 263 848	17 441 013	222,95%	3 489 390	-21 774 458	2 608 608	-880 781	-25,24%	2 551 214	-57 394	-2,20%
	dont 675 - Valeur comptable des éléments d'actif cédés	0	0	0	0,00%	2 924	2 924	0	-2 924	-100,00%	0	0	0
68	Dotations aux amortissements, dépréciations et provisions	7 578 604	7 603 153	24 549	0,32%	12 910 308	5 307 155	16 795 803	3 885 495	30,10%	14 868 140	-1 927 663	-11,48%
<b>TOTAL DES CHARGES</b>		<b>224 010 211</b>	<b>253 149 101</b>	<b>29 138 890</b>	<b>13,01%</b>	<b>249 107 615</b>	<b>-4 041 486</b>	<b>253 580 805</b>	<b>4 473 190</b>	<b>1,80%</b>	<b>249 809 167</b>	<b>-3 771 638</b>	<b>-1,49%</b>

	CF 2005	CF Financier 2006	Ecart CF 2006 / CF 2005		CF Financier 2007	Ecart CF 2007 / CF 2006		Compte Financier 2008	Ecart CF 2008 / CF 2007		CF 2009 : situation au 15.02.2010	Ecart CF 2009 / CF 2008		
<b>Total T1+T2</b>	<b>202 239 674</b>	<b>206 776 339</b>	<b>1 875 568</b>	<b>0,95%</b>	<b>202 130 311</b>	<b>-3 889 528</b>	<b>-1,96%</b>	<b>212 657 023</b>	<b>212 657 023</b>	<b>-2 973 288</b>	<b>-1,53%</b>	<b>201 751 257</b>	<b>10 094 234</b>	<b>5,27%</b>
Hors Aide PREF & USINV	196 644 271	198 519 839	1 875 568	0,95%	194 630 311	-3 889 528	-1,96%	191 657 023	191 657 023	-2 973 288	-1,53%	201 751 257	10 094 234	5,27%
dont Dotations, forfaits annuels (hors Aide PREF)	42 254 801	42 195 346	-59 455	-0,14%	45 230 897	3 035 551	7,19%	46 529 360	46 529 360	1 298 463	2,87%	49 123 437	2 594 077	5,58%
dont Aide PREF & USINV	5 595 400	8 256 500	2 661 100	47,56%	7 500 000	-756 500	-9,16%	21 000 000	13 500 000	7 500 000	55,56%	12 218 005	-1 281 995	-10,40%
dont MO-DMI	4 724 131	5 233 175	509 044	10,78%	5 239 000	5 000	0,11%	6 527 994	1 288 995	24,60%	8 242 194	1 714 199	26,26%	
dont Hospitalisés (hors LAMDA, inclus patients étrangers)	35 927 964	50 584 258	14 656 293	40,79%	69 171 848	18 587 591	26,75%	121 174 957	52 003 109	42,92%	121 197 330	22 373	0,02%	
dont Externes (hors LAMDA, inclus patients étrangers), patients autres établissements	9 600 397	12 450 260	2 849 863	29,68%	9 800 245	-2 650 015	-21,28%	16 917 685	7 117 440	42,03%	12 438 505	4 520 820	36,36%	
dont LAMDA								507 027	507 027			1 749 792	1 242 765	71,00%
<b>Titre 1</b>	<b>189 242 787</b>	<b>190 440 228</b>	<b>1 497 441</b>	<b>0,63%</b>	<b>185 995 020</b>	<b>-4 445 208</b>	<b>-2,33%</b>	<b>193 988 903</b>	<b>7 993 883</b>	<b>4,30%</b>	<b>195 550 981</b>	<b>1 562 078</b>	<b>0,81%</b>	
Hors Aide PREF & USINV	183 647 387	182 183 728	-1 463 659	-0,80%	178 495 020	-3 688 708	-2,02%	172 988 903	-5 506 117	-3,08%	183 332 876	10 344 078	5,98%	
73111 Produits de la tarification des séjours (hors LAMDA n)	27 146 107	38 970 316	11 824 209	43,56%	56 670 464	17 700 148	45,42%	107 019 705	50 349 241	88,85%	108 511 536	1 491 832	1,39%	
dont Groupes Homogènes de Séjour (G.H.S.) (hors LAMDA n)	27 020 416	38 454 690	11 434 274	42,32%	55 990 417	17 535 726	45,60%	106 174 898	50 184 482	89,63%	107 713 270	1 538 372	1,45%	
dont G.H.T. (H.A.D.)		383 125	383 125	100,00%	410 976	27 851	7,27%	476 348	65 372	15,91%	460 941	-15 408	-3,23%	
dont I.V.G.	86 191	132 501	46 310	53,73%	196 783	64 282	48,51%	313 909	117 126	59,52%	289 092	-24 816	-7,91%	
dont Prélèvements d'Organes (P.O.)	39 500		-39 500	-100,00%	72 288	72 288	100,00%	54 550	-17 738	-24,54%	48 233	-6 316	-13,05%	
73112 Produits des médicaments (MO) facturés en sus des séjours (hors LAMDA n)	3 178 865	3 791 489	612 624	19,27%	3 836 588	45 099	1,19%	5 057 337	1 220 749	31,82%	6 332 666	1 275 329	20,14%	
73113 Produits des dispositifs médicaux (DMI) facturés en sus des séjours (hors LAMDA n)	1 545 266	1 441 686	-103 580	-6,70%	1 402 412	-39 274	-2,72%	1 470 657	68 245	4,87%	1 909 528	438 871	29,84%	
73114 Forfaits annuels	6 384 042	6 106 292	-277 750	-4,35%	6 289 666	-183 374	-2,92%	6 379 915	90 249	1,43%	5 463 045	-916 870	-14,37%	
73116 Dotation annuelle complémentaire (DAC)	104 136 977	88 056 800	-16 080 177	-15,44%	65 188 321	-22 868 479	-25,97%		-65 188 321	-100,00%				
73117 Dotation annuelle de financement (hors Aide PREF)	26 061 356	26 022 082	-39 274	-0,15%	26 295 584	273 502	1,05%	26 520 058	224 474	0,85%	27 246 045	725 987	2,74%	
73118 Dotations MIGAC (hors Aide PREF)	9 809 403	10 066 972	257 569	2,63%	12 645 647	2 578 675	25,62%	13 629 387	983 740	7,78%	16 414 347	2 784 960	20,43%	
Aide PREF	5 595 400	8 256 500	2 661 100	47,56%	7 500 000	-756 500	-9,16%	21 000 000	13 500 000	180,00%	12 218 005	-8 781 995	-40,88%	
7312 Produits des prestations faisant l'objet d'une tarification spécifique (hors LAMDA n)	5 385 371	7 728 091	2 342 721	43,50%	6 166 339	-1 561 752	-25,17%	12 404 817	6 238 479	101,17%	15 706 017	3 301 200	26,61%	
dont Actes CCAM, NGAP, FTM	4 897 941	7 008 490	2 110 549	43,09%	5 128 957	-1 879 533	-36,65%	10 559 944	5 430 987	105,89%	13 665 300	3 105 355	29,41%	
dont ATU	487 429	719 601	232 171	47,63%	1 037 382	317 781	44,16%	1 693 260	655 878	63,22%	1 644 031	-48 229	-2,94%	
dont SE			0	0,00%				151 613	151 613	100,00%	196 687	45 074	29,73%	
LAMDA 2007-2008								507 027	507 027			1 749 792	1 242 765	71,00%
<b>Titre 2</b>	<b>12 996 884</b>	<b>16 336 110</b>	<b>3 339 226</b>	<b>25,69%</b>	<b>16 135 291</b>	<b>-200 820</b>	<b>-1,23%</b>	<b>18 668 120</b>	<b>2 532 829</b>	<b>15,70%</b>	<b>18 418 281</b>	<b>-249 838</b>	<b>-1,34%</b>	
7321 Produits de la tarification en hospitalisation complète non pris en charge par l'AM	5 382 377	7 948 240	2 565 861	47,67%	8 725 400	777 160	9,78%	9 922 352	1 196 952	13,72%	7 025 644	-2 896 708	-29,19%	
7322 Produits de la tarification en hospitalisation incomplète non pris en charge par l'AM	306 002	425 618	119 617	39,09%	533 677	108 059	25,39%	559 039	25 362	4,75%	533 523	-25 517	-4,56%	
7323 Produits de la tarification en hospitalisation à domicile non pris en charge par l'AM	4 412	6 352	1 940	43,97%	10 890	4 538	71,43%	27 040	16 150	148,31%	11 226	-15 813	-58,48%	
7324 Produits des prestations faisant l'objet d'une tarification spécifique non pris en charge par l'AM	4 050 085	4 343 546	293 461	7,25%	3 099 205	-1 244 341	-28,65%	4 319 232	1 220 027	39,37%	4 536 557	217 325	5,03%	
73271 Forfait journalier MCO	2 180 447	2 288 246	107 799	4,94%	2 279 306	-8 940	-0,39%	2 274 088	-5 218	-0,23%	2 121 982	-152 106	-6,99%	
73272 Forfait journalier SSR	361 200	396 332	35 132	9,73%	401 477	5 145	1,30%	307 679	-93 798	-23,36%	387 367	79 688	25,90%	
73273 Forfait journalier psychiatrie	323 740	363 163	39 423	12,18%	361 512	-1 651	-0,46%	380 252	18 740	5,18%	381 468	1 216	0,32%	
733 Produits des prestations de soins délivrées aux patients étrangers non assurés sociaux en	245 799	204 384	-41 415	-16,85%	207 827	3 443	1,68%	752 530	544 702	262,09%	2 444 656	1 692 126	224,86%	
734 Prestations effectuées au profit des malades ou consultants d'un autre établissement	142 819	360 229	217 409	152,23%	515 997	155 768	43,24%	125 907	-390 089	-75,60%	975 912	850 004	87,10%	
735 Produits à la charge de l'Etat, collectivités territoriales et autres organismes publics			0	0,00%	0	0	0,00%	0	0	0,00%	0	0	0,00%	
<b>Titre 3</b>	<b>21 899 391</b>	<b>20 200 663</b>	<b>-1 698 728</b>	<b>-7,76%</b>	<b>19 237 970</b>	<b>-962 693</b>	<b>-4,77%</b>	<b>31 312 694</b>	<b>12 074 724</b>	<b>62,77%</b>	<b>28 898 535</b>	<b>-2 414 159</b>	<b>-7,71%</b>	
70 Ventes de produits fabriqués, prestations de services, marchandises et produits des activités annexes (sauf 7071, 7087 et 709)	1 439 883	1 564 636	124 753	8,66%	1 840 912	276 276	17,66%	1 738 761	-102 152	-5,55%	1 513 587	-225 173	-12,95%	
7071 Rétrocession de médicaments	5 217 345	4 925 542	-291 803	-5,59%	4 275 122	-650 420	-13,21%	4 804 978	529 856	12,39%	4 676 236	-128 742	-2,68%	
7087 Remboursement de frais par les CRPA	3 448 860	3 329 896	-118 964	-3,45%	3 217 625	-112 271	-3,37%	4 450 646	1 233 021	38,32%	4 954 294	503 648	11,32%	
71 Production stockée (ou déstockage)			0	0,00%			0,00%			0,00%				
72 Production immobilisée			0	0,00%			0,00%			0,00%				
74 Subventions d'exploitation et participations	1 096 701	1 622 727	526 026	47,96%	1 291 553	-331 174	-20,41%	1 557 289	265 736	20,57%	1 518 926	-38 363	-2,46%	
75 Autres produits de gestion courante	3 983 599	1 872 536	-2 111 063	-52,99%	1 838 275	-34 261	-1,83%	3 288 548	1 450 273	78,89%	4 104 118	815 570	24,80%	
76 Produits financiers	129 894	86 837	-43 058	-33,15%	55 201	-31 636	-36,43%	58 620	3 419	6,19%	214 652	156 033	266,18%	
77 Produits exceptionnels	4 081 345	1 274 466	-2 806 879	-68,77%	2 381 989	1 107 523	86,90%	2 368 910	-13 080	-0,55%	1 780 889	-588 020	-24,82%	
dont 775 - Produits des cessions d'éléments d'actif	0	0	0	0,00%	6 900	6 900	100,00%	5 050	-1 850	-26,81%	-5 050	-100,00%		
dont 777 - Quote part des subventions d'investissement versée au résultat de l'exercice	190 643	46 555	-144 088	-75,58%	48 559	2 004	4,31%		-48 559	-100,00%				
78 Reprises sur amortissements, dépréciations et provisions	356 899	1 206 201	849 302	237,97%	52 500	-1 153 701	-95,65%	4 815 091	4 762 591	9071,60%	5 345 879	530 788	11,02%	
79 Transferts de charges			0	0,00%			0,00%			0,00%				
603 Variations de stocks (crédits)	2 144 864	2 218 743	73 879	3,44%	2 075 945	-142 798	-6,44%	2 349 672	273 727	13,19%	2 266 282	-83 390	-3,55%	
Rabais, remises et ristournes (609, 619 et 629)			0	0,00%			0,00%			0,00%				
Remboursements sur rémunérations, charges sociales ou taxes (6419, 6429, 64519, 64529, 64719, 64729, 6489, 6319, 6339)		2 099 079	2 099 079	100,00%	2 208 849	109 769	5,23%	5 880 180	3 671 332	166,21%	2 523 671	-3 356 509	-57,08%	
<b>TOTAL DES PRODUITS</b>	<b>224 139 062</b>	<b>226 977 002</b>	<b>2 837 940</b>	<b>1,27%</b>	<b>221 368 281</b>	<b>-5 608 721</b>	<b>-2,47%</b>	<b>243 969 717</b>	<b>22 601 436</b>	<b>10,21%</b>	<b>242 867 798</b>	<b>-1 101 919</b>	<b>-0,45%</b>	
Hors aide PREF & USINV	218 543 662	218 720 502	176 840	0,08%	213 868 281	-4 852 221	-2,22%	222 969 717	9 101 436	4,26%	230 649 793	7 680 076	3,44%	
<b>RESULTAT</b>	<b>128 851</b>	<b>-26 172 099</b>	<b>-26 300 950</b>	<b>-20411,86%</b>	<b>-27 739 334</b>	<b>-1 567 235</b>	<b>5,99%</b>	<b>-9 611 088</b>	<b>18 128 246</b>	<b>-65,35%</b>	<b>-6 941 369</b>	<b>2 669 719</b>	<b>-27,78%</b>	
Hors aide PREF & USINV	-5 466 549	-34 428 599	-28 962 050	529,81%	-35 239 334	-810 735	2,35%	-30 611 088	4 628 246	-13,13%	-19 159 374	11 451 714	-37,41%	

Récapitulation des charges		CF 2005	CF Financier 2006	Ecart CF 2006 / CF 2005	CF Financier 2007	Ecart CF 2007 / CF 2006	Compte Financier 2008	Ecart CF 2008 / CF 2007	CF 2009 : situation au 15.02.2010	Ecart CF 2009 / CF 2008	Ecart CF 2007 / CF 2005	Ecart CF 2009 / CF 2007						
Titre 1	Charges relatives au personnel	150 248 475	161 493 757	11 245 282	7,48%	166 961 280	5 467 522	3,39%	167 628 347	667 068	0,40%	161 992 841	-5 635 506	-3,36%	16 712 804	11,12%	-4 968 439	-2,98%
	<i>Personnel Non Médical</i>		125 575 128			129 356 755	3 781 627	3,01%	128 447 534	-909 221	-0,70%	123 704 727	-4 742 808	-3,69%			-5 652 029	-4,37%
	<i>Personnel Médical</i>		35 918 629			37 604 525	1 685 895	4,69%	39 180 813	1 576 288	4,19%	38 288 114	-892 699	-2,28%			683 590	1,82%
Titre 2	Charges à caractère médical	32 862 588	33 756 896	894 309	2,72%	34 886 255	1 129 359	3,35%	36 806 056	1 919 801	5,50%	38 074 962	1 268 906	3,45%	2 023 668	6,16%	3 188 707	9,14%
Titre 3	Charges à caractère hôtelier & général	24 239 144	23 807 730	-431 413	-1,78%	28 879 799	5 072 069	21,30%	26 275 368	-2 604 432	-9,02%	27 500 890	1 225 522	4,66%	4 640 656	19,15%	-1 378 910	-4,77%
Titre 4	Amort., Prov., Charges Financières & Except.	16 660 004	34 090 717	17 430 713	104,63%	18 380 281	-15 710 436	-46,08%	22 871 034	4 490 753	24,43%	22 240 474	-630 560	-2,76%	1 720 277	10,33%	3 860 193	21,00%
<b>Total des charges</b>	<b>Hors aide PREF</b>	<b>224 010 211</b>	<b>253 149 101</b>	<b>29 138 890</b>	<b>13,01%</b>	<b>249 107 615</b>	<b>-4 041 486</b>	<b>-1,60%</b>	<b>253 580 805</b>	<b>4 473 190</b>	<b>1,80%</b>	<b>249 809 167</b>	<b>-3 771 638</b>	<b>-1,49%</b>	<b>25 097 405</b>	<b>11,20%</b>	<b>701 552</b>	<b>0,28%</b>
Récapitulation des produits		CF 2005	CF Financier 2006	Ecart CF 2006 / CF 2005	CF Financier 2007	Ecart CF 2007 / CF 2006	Compte Financier 2008	Ecart CF 2008 / CF 2007	CF 2009 : situation au 15.02.2010	Ecart CF 2009 / CF 2008	Ecart CF 2007 / CF 2005	Ecart CF 2009 / CF 2007						
Titre 1	Produits versés par l'Assurance-Maladie HORS PREF	183 647 387	182 183 728	-1 463 659	-0,80%	178 495 020	-3 688 708	-2,02%	172 988 903	-5 506 117	-3,08%	183 332 976	10 344 073	5,98%	-5 152 367	-2,81%	4 837 956	2,71%
Titre 2	Autres Produits de l'activité hospitalière	12 996 884	16 336 110	3 339 226	25,69%	16 135 291	-200 820	-1,23%	18 668 120	2 532 829	15,70%	18 418 281	-249 838	-1,34%	3 138 407	24,15%	2 282 991	14,15%
Titre 3	Autres produits	21 899 391	20 200 663	-1 698 728	-7,76%	19 237 970	-962 693	-4,77%	31 312 694	12 074 724	62,77%	28 898 535	-2 414 159	-7,71%	-2 661 421	-12,15%	9 660 565	50,22%
<b>Total des produits</b>	<b>hors aide PREF</b>	<b>218 543 662</b>	<b>218 720 502</b>	<b>176 840</b>	<b>0,08%</b>	<b>213 868 281</b>	<b>-4 852 221</b>	<b>-2,22%</b>	<b>222 969 717</b>	<b>9 101 436</b>	<b>75,38%</b>	<b>230 649 793</b>	<b>7 680 076</b>	<b>3,44%</b>	<b>-4 675 381</b>	<b>-2,14%</b>	<b>16 781 511</b>	<b>7,85%</b>
<b>Total des produits</b>	<b>y compris aide PREF</b>	<b>224 139 062</b>	<b>226 977 002</b>			<b>221 368 281</b>			<b>242 867 798</b>									
<b>RESULTAT</b>	<b>Hors aide PREF &amp; USINV</b>	<b>-5 466 549</b>	<b>-34 428 599</b>	<b>-28 962 050</b>	<b>529,81%</b>	<b>-35 239 334</b>	<b>-810 735</b>	<b>2,35%</b>	<b>-30 611 088</b>	<b>4 628 246</b>	<b>-13,13%</b>	<b>-19 159 374</b>	<b>11 451 714</b>	<b>-37,41%</b>	<b>-29 772 785</b>	<b>544,64%</b>	<b>16 079 960</b>	<b>-45,63%</b>
<b>Taux de déficit</b>	<b>TAUX DE DEFICIT/ RECETTES HORS PREF</b>	<b>2,50%</b>	<b>15,74%</b>	<b>13,24</b>	<b>529,60%</b>	<b>16,48%</b>	<b>0,74</b>	<b>4,70%</b>	<b>13,73%</b>	<b>-2,75</b>	<b>-16,69%</b>	<b>8,31%</b>	<b>-5,42</b>	<b>197,09%</b>				

Source : comptes financiers du CHIPS 2005 à 2008 et données financières du CHIPS au 15/02/2010 pour l'exercice 2009 retraités par la mission



## PJ n°7-2 : Tableau de synthèse financière CREF 2004-2008

**Tableau de Synthèse Financière du Plan** **Annexe Z**  
 Etablissement : C.H.I. Poissy / Saint-Germain-en-Laye Date : Contrat du 8 novembre 2004  
 (en K€) (en K€)

Les recettes	2004 90%	2005 80%	2006 70%	2007 60%	2008 50%
<b>Total recettes Simulation Pluriannuelle Avant plan AVEC COEFFICIENT</b>	<b>208 964</b>	<b>209 447</b>	<b>209 035</b>	<b>208 623</b>	<b>208 210</b>
Aide ARH dans le cadre du CREF	8 000	6 000	5 000		
Mesure Générale 1 : Reprise de l'activité		1 369	3 695	6 570	10 265
Mesure Générale 7 : Produits supplémentaires (groupe 2)			156	156	156
Mesure Générale 7 : Produits supplémentaires (groupe 3)		175	235	298	392
<b>TOTAL RECETTES PLANIFICATION FINANCIERE PLURIANNUELLE</b>	<b>216 964</b>	<b>216 991</b>	<b>218 121</b>	<b>215 647</b>	<b>219 023</b>

Les dépenses	2004 90%	2005 80%	2006 70%	2007 60%	2008 50%
<b>Total dépenses Simulation Pluriannuelle Avant plan</b>	<b>221 223</b>	<b>222 191</b>	<b>223 165</b>	<b>224 145</b>	<b>225 130</b>
Mesure Générale 2 : Gardes & astreintes		-1 538	-1 538	-1 538	-1 538
Mesure Générale 3 : Personnel Medical		-306	-612	-1 020	-1 326
Mesure Générale 4 : Personnel Non Médical		-568	-964	-1 210	-1 456
Mesure Générale 5 : Rationalisation politique d'achats groupe 2		-34	-209	-344	-479
Mesure Générale 6 : Rationalisation politique d'achats groupe 3		-195	-195	-195	-195
Mesure Générale 8 : Non Dépenses / ARTT Médicale + Gel de postes médicaux	640	640	640	640	640
Mesure Générale 8 : Non Dépenses	-640	-640	-640	-640	-640
<b>TOTAL DEPENSES PLANIFICATION FINANCIERE PLURIANNUELLE</b>	<b>221 223</b>	<b>219 550</b>	<b>219 647</b>	<b>219 838</b>	<b>220 136</b>

<b>RESULTAT D'EXPLOITATION</b>	<b>-4 259</b>	<b>-2 559</b>	<b>-1 526</b>	<b>-4 191</b>	<b>-1 113</b>
<b>Résultat cumulé antérieur</b>	<b>-18 914</b>	<b>-25 732</b>	<b>-27 258</b>	<b>-31 449</b>	<b>-32 562</b>

N.B. : Les recettes & dépenses du budget C - Ecoles, ne sont pas individualisées.



## PJ n°7-3 Liste des comptes hospitaliers

Contenus des titres - CHARGES	
Chapitres	CHARGES
<b>Titre 1</b>	<b>Charges de personnel</b>
621 631 633 641 6411 6413 642 6421 6422 6425 6451 6452 6471 6472 648	Personnel extérieur à l'établissement Impôts, taxes et versements assimilés sur rémunérations (administration des impôts) (sauf 6319) Impôts, taxes et versements assimilés sur rémunérations (autres organismes) (sauf 6339) Rémunérations du personnel non médical (sauf 6411, 6413 et 6419) Personnel titulaire et stagiaire Personnel sous CDI Rémunérations du personnel médical (sauf 6421, 6422, 6425 et 6429) Praticiens temps plein et temps partiel Praticiens attachés renouvelables de droit Permanences des soins Charges de sécurité sociale et de prévoyance - personnel non médical (sauf 64519) Charges de sécurité sociale et de prévoyance - personnel médical (sauf 64529) Autres charges sociales - personnel non médical (sauf 64719) Autres charges sociales - personnel médical (sauf 64729) Autres charges de personnel (sauf 6489)
<b>Titre 2</b>	<b>Charges à caractère médical</b>
6011 6021 6022 6066 6071 60311 60321 60322 60371 611 6131 6151	Achats stockés de matières premières ou fournitures à caractère médical ou pharmaceutique Produits pharmaceutiques et produits à usage médical Fournitures, produits finis et petit matériel médical et médico-technique Fournitures médicales Achats de marchandises à caractère médical et pharmaceutique Variation des stock de matières premières et fournitures à caractère médical ou pharmaceutique Produits pharmaceutiques et produits à usage médical Fournitures, produits finis et petit matériel médical et médico-technique Variation des stocks de marchandises à caractère médical et pharmaceutique Sous-traitance générale Locations à caractère médical Entretien et réparations de biens à caractère médical
<b>Titre 3</b>	<b>Charges à caractère hôtelier et général</b>
6012 602 606 6072 603 61 62 63 65 709 71	Achats stockés de matières premières ou fournitures à caractère hôtelier et général Achats stockés ; autres approvisionnements (sauf 6021 et 6022) Achats non stockés de matières et fournitures (sauf 6066) Achats de marchandises à caractère hôtelier et général Variation des stocks (sauf 60311, 60321, 60322 et 60371) Services extérieurs (sauf 611, 6131, 6151 et 619) Autres services extérieurs (sauf 621 et 629) Impôts, taxes et versements assimilés (sauf 631, 6319, 633 et 6339) Autres charges de gestion courante Rabais, remises et ristournes accordées par l'établissement Production stockée (ou déstockage)

<b>Titre 4</b>	<b>Charges d'amortissements, de provisions et dépréciations, financières et exceptionnelles</b>
	66 Charges financières
	67 Charges exceptionnelles
	68 Dotations aux amortissements, dépréciations et provisions

### Contenus des titres - PRODUITS

Chapitres	PRODUITS
<b>Titre 1</b>	<b>Produits versés par l'assurance maladie</b>
	73111 Produits de la tarification des séjours
	73112 Produits des médicaments facturés en sus des séjours
	73113 Produits des dispositifs médicaux facturés en sus des séjours
	73114 Forfaits annuels
	73116 Dotation annuelle complémentaire
	73117 Dotation annuelle de financement
	73118 Dotations MIGAC
	7312 Produits des prestations faisant l'objet d'une tarification spécifique
<b>Titre 2</b>	<b>Autres produits de l'activité hospitalière</b>
	7321 Produits de la tarification en hospitalisation complète non pris en charge par l'AM
	7322 Produits de la tarification en hospitalisation incomplète non pris en charge par l'AM
	7323 Produits de la tarification en hospitalisation à domicile non pris en charge par l'AM
	7324 Produits des prestations faisant l'objet d'une tarification spécifique non pris en charge par l'AM
	73271 Forfait journalier MCO
	73272 Forfait journalier SSR
	73273 Forfait journalier psychiatrie
	733 Produits des prestations de soins délivrées aux patients étrangers
	734 Prestations effectuées au profit des malades ou consultants d'un autre établissement
	735 Produits à la charge de l'Etat, collectivités territoriales et autres organismes publics
<b>Titre 3</b>	<b>Autres produits</b>
	70 Ventes de produits fabriqués, prestations de services, marchandises et produits des activités annexes (sauf 7071, 7087 et 709)
	7071 Rétrocession de médicaments
	7087 Remboursement de frais par les CRPA
	71 Production stockée (ou déstockage)
	72 Production immobilisée
	74 Subventions d'exploitation et participations
	75 Autres produits de gestion courante
	76 Produits financiers
	77 Produits exceptionnels
	78 Reprises sur dépréciations et provisions
	79 Transferts de charges
	603 Variations de stocks (crédits)
	Rabais, remises et ristournes (609, 619 et 629)
	Remboursements sur rémunérations, charges sociales ou taxes (6419, 6429, 64519, 64529, 64719, 64729, 6489, 6319, 6339)

## PJ n°7-4 : PREF contractualisation CPOM

### Contrat d'objectifs et de moyens

N° FINESS : 780001236

CH INTERCOM DE POISSY ST-GERMAIN

### ANNEXE 4-4

### MAITRISE DE L'EQUILIBRE FINANCIER

## I - PERSPECTIVES FINANCIERES DE L'ETABLISSEMENT SUR LA DUREE DU CPOM

Cette annexe a pour objet de cadrer les modalités de retour à l'équilibre financier de l'établissement sur la durée du contrat pluriannuel d'objectif et de moyens, dans le respect des orientations du SROS et des projets médicaux de territoire.

Un diagnostic médico-économique et financier partagé a été réalisé au deuxième semestre 2007 entre l'ARHIF et l'établissement. Ses principaux résultats sont :

#### Tableau de synthèse du diagnostic partagé.

Augmentation d'activité en SSR notamment Amélioration de la productivité de l'ensemble des services Actions sur les durées moyennes de séjour	
: revoir l'activité en SSR - Améliorer l'articulation entre le SSR et les unités de soins de longue durée	
PATRIMOINE ET SITUATION FINANCIERE Plan de redressement drastique indispensableAides hôpital 2012 Développement du contrôle de gestion et travail de méthode pour une appropriation des outils de pilotage médico-économiques Optimisation du système d'information pour améliorer la qualité du codage (en terme de facilitation, de rapidité et d'exhaustivité) et permettre la réalisation d'un contrôle de gestion intégré.	
ORGANISATION INTERNE Suppression des doublons notamment logistiquesAmélioration du circuit de recouvrement	PERSONNEL
Amélioration de l'efficience (audits d'organisation en cours)	

#### Evolution des résultats du CRPP de 2004 à 2007.

	2004	2005	Evol 04/05	2006	Evol 05/06	2007 Prévisionnel	2007 Projection annualisée au 30/08
Résultat comptable	-1 393 819,00	128 851,00	-109%	-26 172 099,00	-20411,9%	-4 191 000,00	-15 598 268,00
% Classe 7	-0,6%	0,1%		-11,5%		-1,9%	
Résultat structurel				-10 929 205,00			
% Classe 7				-4,82%			

#### Report à nouveau (après affectation du résultat 2007)

-30 407 794,95

#### FNRG à fin 2007

-3 665 548,79

Pour les établissements ayant antérieurement conclu un CREF, bilan de celui-ci à fin 2007.

Le centre hospitalier de Poissy-Saint-Germain a bénéficié d'un CREF de 2004 à 2008. Etant donné les dysfonctionnements du système d'information sur cette période, la Direction actuelle n'a pas les moyens de recueillir les données permettant d'établir un bilan précis de ce précédent CREF.

La projection financière pluriannuelle qui peut être élaborée, sur la base des hypothèses retenues au niveau régional, en l'absence d'un plan d'action visant au rétablissement de l'équilibre financier, est retracée dans le tableau suivant :

*PGFP par titres figurant dans l'onglet « PGFP avant plan » de l'outil.*

PGFP AVANT MISE EN ŒUVRE DU PLAN D'ACTION						
FIN					Date	N° version
ESS						
	COMPTE ANTICIPE 2006	ESTIMATION 2007	2008	2009	2010	2011
<b>CHARGES</b>						
Titre 1 - Charges de personnel	161 493 757,31	166 961 279,59	168 948 118,82	170 958 601,43	172 993 008,79	175 051 625,59
Titre 2 - Charges à caractère médical	33 756 896,12	34 886 255,46	36 053 635,05	37 259 955,67	38 506 638,64	39 795 034,44
Titre 3 - Charges à caractère hôtelier & général	23 807 730,48	28 879 799,32	23 879 841,90	24 118 640,32	24 359 826,72	24 603 424,99
Titre 4 - Charges d'amortissements, de provisions et dépréciations, financières et exceptionnelles	34 090 717,12	18 380 280,70	14 808 630,00	15 104 802,60	15 406 898,65	15 715 036,63
dont						
CAF 675 - Valeurs comptables des éléments d'actifs cédés	0,00	2 924,44				
CAF 6811 - dotations aux amortissements des immobilisations	7 562 570,89	7 533 391,28	11 931 717,84	12 865 817,32	13 899 694,63	15 665 288,94
CAF 6812 - dotations aux amortissements des charges à répartir						
CAF 6815 - dotations aux provisions pour risques et charges	40 582,00	1 859 523,00				
CAF 6816 - dotations aux dépréciations des immobilisations corporelles et incorporelles						
CAF 68173 - dotations aux dépréciations des stocks						
CAF 68174 - dotations aux dépréciations des créances		677 578,41				
CAF 68174 - dotations aux amortissements et aux provisions - charges						
CAF 68742 - dotations aux provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations						
CAF 687 - dotations aux autres provisions réglementées (hors 68742)						
<b>TOTAL DES CHARGES</b>	<b>253 149 101,03</b>	<b>249 107 615,07</b>	<b>243 690 225,77</b>	<b>247 442 000,02</b>	<b>251 266 372,80</b>	<b>255 165 121,65</b>
<b>PRODUITS</b>						
Titre 1 - Produits versés par l'assurance maladie	190 440 228,34	185 995 020,29	175 398 912,69	174 916 452,85	174 840 435,12	174 971 794,31
Titre 2 - Autres produits de l'activité hospitalière	16 336 110,23	16 135 290,57	16 033 519,55	15 884 332,55	15 736 533,69	15 590 110,06
Titre 3 - Autres produits	20 200 663,49	19 237 970,35	18 594 452,30	17 839 893,97	17 115 955,44	16 421 394,16
dont						
CAF 775 - Produits de cessions		6 900,00				
CAF 777 - Quote part de subvention virée au résultat	46 554,76	48 559,24				
CAF 7815 - reprises sur provisions pour risques et charges	746 201,17	52 500,00				
CAF 7816 - reprises sur dépréciations des immobilisations corporelles et incorporelles						
CAF 78173 - reprises sur dépréciation des stocks						
CAF 78174 - reprises sur dépréciation des créances						
CAF 786 - reprises sur provisions pour charges financières						
CAF 78742 - reprises sur provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations						
CAF 787 - reprises sur autres provisions réglementées (hors 78742)	460 000,00					
<b>TOTAL DES PRODUITS</b>	<b>226 977 002,06</b>	<b>221 368 281,21</b>	<b>210 026 884,53</b>	<b>208 640 679,37</b>	<b>207 692 924,26</b>	<b>206 983 298,53</b>
<b>RESULTAT PREVISIONNEL (EXCEDENT OU DEFICIT)</b>	<b>-26 172 098,97</b>	<b>-27 739 333,86</b>	<b>-33 663 341,24</b>	<b>-38 801 320,65</b>	<b>-43 573 448,54</b>	<b>-48 181 823,11</b>

Pour les activités financées par la dotation annuelle de financement (psychiatrie et soins de suite et de réadaptation), les développements ou créations d'activité autorisés, mais dont le financement n'est pas explicitement acté à la date de signature du présent avenant financier, ne figurent pas dans cette projection financière. Ils feront l'objet d'un avenant ultérieur lorsqu'un financement spécifique sera accordé par l'ARHIF.

Une actualisation sera également effectuée en cas d'évolution du mode de financement des activités et SSR et de psychiatrie.

## II – PLAN D’ACTION PREVU PAR L’ETABLISSEMENT

En vue de rétablir sa situation financière, l'établissement a élaboré le plan d'action suivant :

*Description des mesures « Maîtrise des dépenses » et « activité » présentes dans les onglets Plan d'action de l'outil.*

<a href="#">Gestion active du personnel</a>
<a href="#">Optimisation des fonctions logistiques (externalisation ou mutualisation)</a>
<a href="#">Optimisation des fonctions médico-techniques (externalisation ou mutualisation)</a>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réorganiser la gestion des blocs opératoires et leur dimensionnement par site en tenant compte de la problématique du nombre d'anesthésistes et des activités ciblées sur chaque site</li> <li>- Rationalisation de l'utilisation du bloc obstétrical</li> <li>- Rationalisation des services de Réanimation</li> <li>- Regroupement des laboratoires</li> <li>- Regrouper l'activité de stérilisation</li> <li>- Maîtriser les commandes de réactifs</li> <li>- Limiter les examens envoyés à l'extérieur</li> </ul>
<a href="#">Rationalisation des achats (sous traitance, médicaments)</a>
<a href="#">Maîtrise du titre 4</a>
<a href="#">Création d'une activité nouvelle</a>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Création d'une Unité kangourou</li> <li>- Création d'une Unité de Surveillance continue en obstétrique</li> <li>- Création d'un court séjour gériatrique</li> <li>- Création d'une unité de prise en charge des AVC</li> <li>- Création de l'activité d'écho-endo et CPRE</li> </ul>
<a href="#">Développement ou relance d'une activité</a>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Développer les capacités d'accueil en obstétrique pour augmenter le nombre d'accouchements</li> <li>- Développer l'activité de prélèvement</li> <li>- Développer l'activité de cytogénétique</li> <li>- Développer l'activité d'empreintes génétiques</li> <li>- Développement de l'ophtalmologie (vacation supplémentaire au bloc) + activité de diagnostic ophtalmo.</li> <li>- Développer la sénologie et sénologie interventionnelle</li> <li>- Développer la prise en charge des endoscopies</li> <li>- Développement de la rythmologie interventionnelle</li> <li>- Augmenter les capacités d'accueil en médecine interne (dont accueil post-urgences pour les moins de 75 ans)</li> <li>- Développer l'activité de diabétologie</li> <li>- Développer l'activité de pneumologie</li> <li>- Accompagner le développement de l'oncologie</li> <li>- Accompagner la mise en place des deux nouveaux scanners en ajustant le dimensionnement des équipes</li> <li>- Développer l'activité de radiothérapie</li> <li>- Remplacer l'IRM 1T par l'IRM 1,5 T</li> <li>- Développer l'activité d'écho doppler transcrânien</li> <li>- Développer l'activité de colonoscopie</li> </ul>
<a href="#">Réduction ou suppression d'une activité</a>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rationaliser les consultations de psychologues</li> <li>- Passage en 12h des IDE aux urgences de SGL</li> <li>- Regrouper la cardiologie à Poissy</li> </ul>
<a href="#">Amélioration du codage et exhaustivité</a>
<a href="#">Optimisation des recettes de titre 2 (émission et recouvrement des titres de</a>

<a href="#">recettes</a> ) :
Amélioration de l'encaissement, de l'ouverture de droits et du recouvrement
<a href="#">Augmentation des recettes de titre 3</a>
- Augmentation du prix des repas
- Obtenir une revalorisation des tarifs des USLD et EHPAD (conventions tripartites)
<a href="#">Autres mesures</a> :
Amélioration de la DMS et de la gestion des lits

*Solde des mesures sur la période 2008 – 2011 correspondant aux montants présents dans l'onglet « Solde des mesures » de l'outil.*

	2007	2008	2009	2010	2011
<b>SOLDE MESURES</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>19 228 617,29</b>	<b>34 663 470,28</b>	<b>46 331 088,23</b>
Mesures activité G	0,00	0,00	2 570 143,10	3 923 306,46	4 643 074,09
Mesure activité H	0,00	0,00	1 636 902,00	4 490 552,82	6 740 626,14
Mesure activité I	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Mesure activité J	0,00	0,00	-128 044,80	366 720,00	948 720,00
Mesure activité K	0,00	0,00	3 386 898,50	6 098 263,00	7 243 942,00
Mesure activité L	0,00	0,00	2 483 268,50	3 663 408,00	4 348 058,00
Mesure activité M	0,00	0,00	0,00	0,00	599 000,00
Mesure activité N	0,00	0,00	2 225 056,00	4 186 656,00	5 272 500,00
Mesure Maîtrise des dépenses	0,00	0,00	-3 654 668,00	-6 339 221,00	-8 579 700,00
Mesure Maîtrise des dépenses	0,00	0,00	-2 124 000,00	-3 488 400,00	-3 731 500,00
Mesure Maîtrise des dépenses	0,00	0,00	-208 905,00	-303 100,00	-1 542 000,00
Mesure Maîtrise des dépenses	0,00	0,00	-412 500,00	-825 000,00	-1 250 000,00
Mesure Maîtrise des dépenses	0,00	0,00	-654 321,00	-978 843,00	-1 431 968,00
Mesure Maîtrise des dépenses	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

### III – SITUATION FINANCIERE APRES MISE EN ŒUVRE DU PLAN D'ACTION

PGFP par titre figurant dans l'onglet « PGFP après plan » de l'outil.

PGFP APRES MISE EN ŒUVRE DU PLAN D'ACTION						
FINISS	Date					Version N°
	COMPTE ANTICIPE 2006	ESTIMATION 2007	2008	2009	2010	2011
<b>CHARGES</b>						
<b>Titre 1 - Charges de personnel</b>	<b>161 493 757,31</b>	<b>166 961 279,59</b>	<b>168 948 118,82</b>	<b>167 250 514,92</b>	<b>166 553 874,69</b>	<b>165 444 133,28</b>
Charges de personnel avant plan	161 493 757,31	166 961 279,59	168 948 118,82	170 958 601,43	172 993 008,79	175 051 625,59
Total des mesures maîtrise des dépenses		0,00	0,00	-6 059 751,25	-10 217 171,00	-13 623 801,21
Total des surcoûts liés aux mesures activité		0,00	0,00	2 351 664,74	3 778 036,90	4 016 308,90
<b>Titre 2 - Charges à caractère médical</b>	<b>33 756 896,12</b>	<b>34 886 255,46</b>	<b>36 053 635,05</b>	<b>38 439 940,80</b>	<b>40 605 236,54</b>	<b>42 802 064,67</b>
Charges à caractère médical avant plan	33 756 896,12	34 886 255,46	36 053 635,05	37 259 955,67	38 506 638,64	39 795 034,44
Total des mesures maîtrise des dépenses		0,00	0,00	-131 250,00	-175 000,00	-190 938,04
Total des surcoûts liés aux mesures activité		0,00	0,00	1 311 235,14	2 273 597,91	3 197 968,26
<b>Titre 3 - Charges à caractère hôtelier &amp; général</b>	<b>23 807 730,48</b>	<b>28 879 799,32</b>	<b>23 879 841,90</b>	<b>24 582 299,99</b>	<b>25 031 325,26</b>	<b>25 149 505,82</b>
Charges avant plan	23 807 730,48	28 879 799,32	23 879 841,90	24 118 640,32	24 359 826,72	24 603 424,99
Total des mesures maîtrise des dépenses		0,00	0,00	-257 971,75	-612 450,00	-1 337 360,75
Total des surcoûts liés aux mesures activité		0,00	0,00	721 631,42	1 283 948,53	1 883 441,58
<b>Titre 4 - Charges d'amortissements, de provisions et dépréciations, financières et exceptionnelles</b>	<b>34 090 717,12</b>	<b>18 380 280,70</b>	<b>14 808 630,00</b>	<b>15 038 117,60</b>	<b>14 992 200,25</b>	<b>14 938 873,63</b>
Charges avant plan	34 090 717,12	18 380 280,70	14 808 630,00	15 104 802,60	15 406 898,65	15 715 036,63
Total des mesures maîtrise des dépenses		0,00	0,00	-605 421,00	-929 943,00	-1 383 068,00
Total des surcoûts liés aux mesures activité		0,00	0,00	538 736,00	515 244,60	606 905,00
<b>TOTAL DES CHARGES</b>	<b>253 149 101,03</b>	<b>249 107 615,07</b>	<b>243 690 225,77</b>	<b>245 310 873,32</b>	<b>247 182 636,74</b>	<b>248 334 577,39</b>
<b>PRODUITS</b>						
Coeff transition			1,01	1,01	1,01	1,00
<b>Titre 1 - Produits versés par l'assurance maladie</b>	<b>190 440 228,34</b>	<b>185 995 020,29</b>	<b>175 398 912,69</b>	<b>188 668 871,81</b>	<b>199 562 157,49</b>	<b>206 741 556,78</b>
Produits avant plan	190 440 228,34	185 995 020,29	175 398 912,69	174 916 452,85	174 840 435,12	174 971 794,31
Produits générés par les mesures activité		0,00	0,00	13 752 418,96	24 721 722,38	31 769 762,47
<b>Titre 2 - Autres produits de l'activité hospitalière</b>	<b>16 336 110,23</b>	<b>16 135 290,57</b>	<b>16 033 519,55</b>	<b>19 229 404,18</b>	<b>21 594 545,54</b>	<b>22 721 891,56</b>
produits avant plan	16 336 110,23	16 135 290,57	16 033 519,55	15 884 332,55	15 736 533,69	15 590 110,06
Produits générés par les mesures activité		0,00	0,00	3 345 071,63	5 858 011,85	7 131 781,50
<b>Titre 3 - Autres produits</b>	<b>20 200 663,49</b>	<b>19 237 970,35</b>	<b>18 594 452,30</b>	<b>17 839 893,97</b>	<b>17 115 955,44</b>	<b>17 020 394,16</b>
produits avant plan	20 200 663,49	19 237 970,35	18 594 452,30	17 839 893,97	17 115 955,44	16 421 394,16
Produits générés par les mesures activité		0,00	0,00	0,00	0,00	599 000,00
<b>TOTAL DES PRODUITS</b>	<b>226 977 002,06</b>	<b>221 368 281,21</b>	<b>210 026 884,53</b>	<b>225 738 169,96</b>	<b>238 272 658,48</b>	<b>246 483 842,50</b>
<b>RESULTAT PREVISIONNEL (EXCEDENT OU DEFICIT)</b>	<b>-26 172 098,97</b>	<b>-27 739 333,86</b>	<b>-33 663 341,24</b>	<b>-19 572 703,35</b>	<b>-8 909 978,26</b>	<b>-1 850 734,89</b>
Impact de toutes les mesures		0,00	0,00	19 228 617,29	34 663 470,28	46 331 088,23

**CAF**

		2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>CAF</b>		<b>-19 821 702,01</b>	<b>-15 353 025,97</b>	<b>-21 731 623,40</b>	<b>-6 706 886,03</b>	<b>4 989 716,37</b>	<b>13 814 554,05</b>
Résultat		-26 172 098,97	-27 739 333,86	-33 663 341,24	-19 572 703,35	-8 909 978,26	-1 850 734,89
Dotations aux amortissements et provisions	cpte 68	7 603 152,89	10 070 492,69	11 931 717,84	12 865 817,32	13 899 694,63	15 665 288,94
Valeur comptable des éléments d'actif cédés	cpte 675	0,00	2 924,44	0,00	0,00	0,00	0,00
Produits de cession	cpte 775	0,00	2 413 950,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Quote des subventions virée au résultat	cpte 777	46 554,76	48 559,24	0,00	0,00	0,00	0,00
Reprises sur amortissements et provisions	cpte 78	1 206 201,17	52 500,00	0,00	0,00	0,00	0,00

**SOLVABILITE****Impact FRNG du plan**

		2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>EMPLOIS</b>							
Remboursement emprunts		4 758 862,69	12 600 445,63	7 546 628,00	8 633 591,01	9 538 411,16	11 143 379,73
Investissements		<b>8 657 874,67</b>	<b>18 473 218,87</b>	<b>16 302 154,00</b>	<b>43 261 503,00</b>	<b>24 248 286,00</b>	<b>83 198 286,00</b>
Terrains		0,00	0,00	0,00	21 000 000,00	0,00	0,00
Opérations immobilières		4 826 966,19	12 007 447,16	8 899 650,00	16 390 503,00	14 677 286,00	78 227 286,00
Opérations équipements		3 004 376,85	5 194 848,85	6 082 504,00	4 371 000,00	8 071 000,00	3 471 000,00
Systèmes d'information		826 531,63	1 270 922,86	1 320 000,00	1 500 000,00	1 500 000,00	1 500 000,00
Autres emplois		102 523,13	0,00	1 223 746,00			
<b>RESSOURCES</b>							
<b>CAF (+ ou -)</b>		<b>-19 821 702,01</b>	<b>-15 353 025,97</b>	<b>-21 731 623,40</b>	<b>-6 706 886,03</b>	<b>4 989 716,37</b>	<b>13 814 554,05</b>
Dont dotations aux amortissements		7 603 152,89	10 070 492,69	11 931 717,84	12 865 817,32	13 899 694,63	15 665 288,94
sur opérations immobilières							
sur opérations équipements							
sur systèmes d'information							
Emprunts		9 802 625,00	42 753 257,69	48 839 875,42	21 600 000,00	23 200 000,00	81 900 000,00
Autres ressources		889 399,98	626 506,99	418 871,00	103 317,18	114 022,19	66 408,27
<b>IMPACT sur le FRNG</b>		<b>-22 648 937,52</b>	<b>-3 046 925,79</b>	<b>2 454 595,02</b>	<b>-36 898 662,86</b>	<b>-5 482 958,59</b>	<b>1 439 296,59</b>
Contrôle investissements		OK	OK	OK	OK	OK	OK
Contrôle amortissements		OK	OK	OK	OK	OK	OK
FRNG		-618 623,00	-3 665 548,79	-1 210 953,77	-38 109 616,62	-43 592 575,22	-42 153 278,63
% Var FRNG			493%	-67%	3047%	14%	-3%

*Report à nouveau prévus à fin 2011.*

*-94 404 552,68*

*FNRG prévus à fin 2011.*

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
FRNG	-618 623,00	-3 665 548,79	-1 210 953,77	-38 109 616,62	-43 592 575,22	-42 153 278,63
% Var FRNG		493%	-67%	3047%	14%	-3%

*Attention : aucune aide exceptionnelle de l'ARHIF ne doit être prise en compte, en dehors des éventuels engagements antérieurs à l'établissement de la présente annexe.*

#### IV - ENGAGEMENTS DE L'ETABLISSEMENT

L'établissement s'engage à :

- Mettre en œuvre le plan d'action prévu.
- Rétablir l'équilibre financier dans les conditions figurant dans le tableau ci-dessus.
- Informer l'ARHIF de toute difficulté susceptible de compromettre le retour à l'équilibre financier ou son calendrier.
- Proposer et mettre en œuvre des mesures substitutives permettant de maintenir l'objectif de retour à l'équilibre en cas d'insuffisance de réalisation ou d'impact financier de mesures figurant dans le plan d'action.  
Si cette réalisation insuffisante concerne la hausse initialement prévue des recettes issues de l'activité, les actions de substitution doivent porter sur une maîtrise accrue des dépenses.
- Respecter la procédure de suivi et d'évaluation décrite dans la partie VI.
- Etablir le plan global de financement pluriannuel (PGFP) intégré à son projet d'établissement défini à l'article L6143.2 du Code de la santé publique en cohérence avec la projection financière figurant ci-dessus.

**V – ACCOMPAGNEMENT FINANCIER DE L'ARHIF**

L'ARHIF s'engage à abonder, en crédits non reconductibles, la dotation MIGAC (*le cas échéant DAF*) de l'établissement selon l'échéancier suivant, qui figure également dans l'annexe 4.2 :

*Echéancier des aides, en précisant le cas échéant leur caractère ferme ou conditionnel.*

<b>Mesures Dotation MIGAC</b>	Exercice N 2008	Exercice N+1 2009	Exercice N+2 2010	Exercice N+3 2011	Exercice N+4 2012
Aide spécifique ARH au titre du plan de retour à l'équilibre (NR*) : 62 M€ au total dont 31 M€ ferme et 31 M€ conditionnel	16 400 000 DM3 Ferme Déficit prévisionnel réduit à 31 900 000 €	10 000 000 Ferme Déficit prévisionnel réduit à 19 600 000 €	Déficit prévisionnel réduit à 9 300 000 €	20 000 000 Sous réserve de l'atteinte de l'objectif de réduction du déficit à hauteur de 1 700 000 €	11 000 000 Sous réserve de l'atteinte de l'objectif d'équilibre financier

\*NR : Non reconductible – R : reconductible

<b>Mesures Dotation DAF</b>	Exercice N	Exercice N+1	Exercice N+2	Exercice N+3	Exercice N+4
Aide spécifique ARH au titre du plan de retour à l'équilibre (NR*) :	4 600 000 DM3				

Cet accompagnement financier est conditionné à la réalisation par l'établissement des engagements décrits dans la partie IV ci-dessus, et de la disponibilité des crédits correspondants.

## **VI – SUIVI ET APPRECIATION**

Chaque quadrimestre, l'établissement rendra compte de la mise en œuvre du plan d'action et de ses résultats en adressant à l'ARHIF un rapport de suivi sous un format prédéfini. Ce rapport sera communiqué au plus tard le 30 du mois suivant la fin du dernier quadrimestre échu.

Une réunion annuelle de suivi et d'appréciation des conditions de retour à l'équilibre financier faisant l'objet de la présente annexe aura lieu au dernier trimestre de chaque année sur la base du rapport de suivi produit par l'établissement à l'issue du deuxième quadrimestre de l'exercice en cours

Mensuellement, l'établissement transmettra à l'ARHIF avant le 15 du mois suivant un tableau de bord simplifié contenant les indicateurs de suivi essentiels de son plan d'action, définis conjointement entre l'ARHIF et l'établissement.



## PJ n°7-5 PREF PGFP après plan

PGFP <u>APRES</u> MISE EN ŒUVRE DU PLAN D'ACTION						
FINESS	Date					Version N°
	COMPTE ANTICIPE 2006	ESTIMATION 2007	2008	2009	2010	2011
<i>CHARGES</i>						
<b>Titre 1 - Charges de personnel</b>	<b>161 493 757,31</b>	<b>166 961 279,59</b>	<b>168 948 118,82</b>	<b>167 250 514,92</b>	<b>166 553 874,69</b>	<b>165 444 133,28</b>
Charges de personnel avant plan	161 493 757,31	166 961 279,59	168 948 118,82	170 958 601,43	172 993 008,79	175 051 625,59
Total des mesures maîtrise des dépenses		0,00	0,00	-6 059 751,25	-10 217 171,00	-13 623 801,21
Total des surcoûts liés aux mesures activité		0,00	0,00	2 351 664,74	3 778 036,90	4 016 308,90
<b>Titre 2 - Charges à caractère médical</b>	<b>33 756 896,12</b>	<b>34 886 255,46</b>	<b>36 053 635,05</b>	<b>38 439 940,80</b>	<b>40 605 236,54</b>	<b>42 802 064,67</b>
Charges à caractère médical avant plan	33 756 896,12	34 886 255,46	36 053 635,05	37 259 955,67	38 506 638,64	39 795 034,44
Total des mesures maîtrise des dépenses		0,00	0,00	-131 250,00	-175 000,00	-190 938,04
Total des surcoûts liés aux mesures activité		0,00	0,00	1 311 235,14	2 273 597,91	3 197 968,26
<b>Titre 3 - Charges à caractère hôtelier &amp; général</b>	<b>23 807 730,48</b>	<b>28 879 799,32</b>	<b>23 879 841,90</b>	<b>24 582 299,99</b>	<b>25 031 325,26</b>	<b>25 149 505,82</b>
Charges avant plan	23 807 730,48	28 879 799,32	23 879 841,90	24 118 640,32	24 359 826,72	24 603 424,99
Total des mesures maîtrise des dépenses		0,00	0,00	-257 971,75	-612 450,00	-1 337 360,75
Total des surcoûts liés aux mesures activité		0,00	0,00	721 631,42	1 283 948,53	1 883 441,58

<b>Titre 4 - Charges d'amortissements, de provisions et dépréciations, financières et exceptionnelles</b>	<b>34 090 717,12</b>	<b>18 380 280,70</b>	<b>14 808 630,00</b>	<b>15 038 117,60</b>	<b>14 992 200,25</b>	<b>14 938 873,63</b>
Charges avant plan	34 090 717,12	18 380 280,70	14 808 630,00	15 104 802,60	15 406 898,65	15 715 036,63
Total des mesures maîtrise des dépenses		0,00	0,00	-605 421,00	-929 943,00	-1 383 068,00
Total des surcoûts liés aux mesures activité		0,00	0,00	538 736,00	515 244,60	606 905,00
<b>TOTAL DES CHARGES</b>	<b>253 149 101,03</b>	<b>249 107 615,07</b>	<b>243 690 225,77</b>	<b>245 310 873,32</b>	<b>247 182 636,74</b>	<b>248 334 577,39</b>
<b>PRODUITS</b>						
Coeff transition			1,01	1,01	1,01	1,00
<b>Titre 1 - Produits versés par l'assurance maladie</b>	<b>190 440 228,34</b>	<b>185 995 020,29</b>	<b>175 398 912,69</b>	<b>188 668 871,81</b>	<b>199 562 157,49</b>	<b>206 741 556,78</b>
<b>Produits avant plan</b>	<b>190 440 228,34</b>	<b>185 995 020,29</b>	<b>175 398 912,69</b>	<b>174 916 452,85</b>	<b>174 840 435,12</b>	<b>174 971 794,31</b>
Produits générés par les mesures activité		0,00	0,00	13 752 418,96	24 721 722,38	31 769 762,47
<b>Titre 2 - Autres produits de l'activité hospitalière</b>	<b>16 336 110,23</b>	<b>16 135 290,57</b>	<b>16 033 519,55</b>	<b>19 229 404,18</b>	<b>21 594 545,54</b>	<b>22 721 891,56</b>
<b>produits avant plan</b>	<b>16 336 110,23</b>	<b>16 135 290,57</b>	<b>16 033 519,55</b>	<b>15 884 332,55</b>	<b>15 736 533,69</b>	<b>15 590 110,06</b>
Produits générés par les mesures activité		0,00	0,00	3 345 071,63	5 858 011,85	7 131 781,50
<b>Titre 3 - Autres produits</b>	<b>20 200 663,49</b>	<b>19 237 970,35</b>	<b>18 594 452,30</b>	<b>17 839 893,97</b>	<b>17 115 955,44</b>	<b>17 020 394,16</b>
<b>produits avant plan</b>	<b>20 200 663,49</b>	<b>19 237 970,35</b>	<b>18 594 452,30</b>	<b>17 839 893,97</b>	<b>17 115 955,44</b>	<b>16 421 394,16</b>
Produits générés par les mesures activité		0,00	0,00	0,00	0,00	599 000,00
<b>TOTAL DES PRODUITS</b>	<b>226 977 002,06</b>	<b>221 368 281,21</b>	<b>210 026 884,53</b>	<b>225 738 169,96</b>	<b>238 272 658,48</b>	<b>246 483 842,50</b>
<b>RESULTAT PREVISIONNEL (EXCEDENT OU DEFICIT)</b>	<b>-26 172 098,97</b>	<b>-27 739 333,86</b>	<b>-33 663 341,24</b>	<b>-19 572 703,35</b>	<b>-8 909 978,26</b>	<b>-1 850 734,89</b>

Impact de toutes les mesures	0,00	0,00	19 228 617,29	34 663 470,28	46 331 088,23
------------------------------	------	------	---------------	---------------	---------------

## PJ n°7-6 PREF Mesures validées

### Actions retenus dans le PREF 2008-2011 conclu avec l'ARH le 16 décembre 2008

Gestion active du personnel
Optimisation des fonctions logistiques (externalisation ou mutualisation)
Optimisation des fonctions médico-techniques (externalisation ou mutualisation) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Réorganiser la gestion des blocs opératoires et leur dimensionnement par site en tenant compte de la problématique du nombre d'anesthésistes et des activités ciblées sur chaque site</li> <li>- Rationalisation de l'utilisation du bloc obstétrical</li> <li>- Rationalisation des services de Réanimation</li> <li>- Regroupement des laboratoires</li> <li>- Regrouper l'activité de stérilisation</li> <li>- Maîtriser les commandes de réactifs</li> <li>- Limiter les examens envoyés à l'extérieur</li> </ul>
Rationalisation des achats (sous traitance, médicaments)
Maîtrise du titre 4
Création d'une activité nouvelle <ul style="list-style-type: none"> <li>- Création d'une Unité kangourou</li> <li>- Création d'une Unité de Surveillance continue en obstétrique</li> <li>- Création d'un court séjour gériatrique</li> <li>- Création d'une unité de prise en charge des AVC</li> <li>- Création de l'activité d'écho-endo et CPRE</li> </ul>
Développement ou relance d'une activité <ul style="list-style-type: none"> <li>- Développer les capacités d'accueil en obstétrique pour augmenter le nombre d'accouchements</li> <li>- Développer l'activité de prélèvement</li> <li>- Développer l'activité de cytogénétique</li> <li>- Développer l'activité d'empreintes génétiques</li> <li>- Développement de l'ophtalmologie (vacation supplémentaire au bloc) + activité de diagnostic ophtalmo.</li> <li>- Développer la sénologie et sénologie interventionnelle</li> <li>- Développer la prise en charge des endoscopies</li> <li>- Développement de la rythmologie interventionnelle</li> <li>- Augmenter les capacités d'accueil en médecine interne (dont accueil post-urgences pour les moins de 75 ans)</li> <li>- Développer l'activité de diabétologie</li> <li>- Développer l'activité de pneumologie</li> <li>- Accompagner le développement de l'oncologie</li> <li>- Accompagner la mise en place des deux nouveaux scanners en ajustant le dimensionnement des équipes</li> <li>- Développer l'activité de radiothérapie</li> <li>- Remplacer l'IRM 1T par l'IRM 1,5 T</li> <li>- Développer l'activité d'écho doppler transcrânien</li> <li>- Développer l'activité de colonoscopie</li> </ul>
Réduction ou suppression d'une activité <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rationaliser les consultations de psychologues</li> <li>- Passage en 12h des IDE aux urgences de SGL</li> <li>- Regrouper la cardiologie à Poissy</li> </ul>
Amélioration du codage et exhaustivité
Optimisation des recettes de titre 2 (émission et recouvrement des titres de recettes) : Amélioration de l'encaissement, de l'ouverture de droits et du recouvrement
Augmentation des recettes de titre 3 <ul style="list-style-type: none"> <li>- Augmentation du prix des repas</li> <li>- Obtenir une revalorisation des tarifs des USLD et EHPAD (conventions tripartites)</li> </ul>
Autres mesures : Amélioration de la DMS et de la gestion des lits



## PJ n°7-7 PREF par type de mesures

Mesures financières du PREF par type de mesures

	Mesures du PREF	2009	2010	2011
G	Création d'une activité nouvelle	2 570 143	3 923 306	4 643 074
H	Développement ou relance d'une activité	1 636 902	4 490 553	6 740 626
I	Développement de l'alternative à l'hospitalisation complète (ambulatoire,... )	0	0	0
J	Réduction ou suppression d'une activité	-128 045	366 720	948 720
K	Amélioration du codage et exhaustivité	3 386 899	6 098 263	7 243 942
L	Optimisation des recettes de titre 2 (émission et recouvrement des titres de recettes)	2 483 269	3 663 408	4 348 058
M	Augmentation des recettes de titre 3	0	0	599 000
N	Autres mesures	2 225 056	4 186 656	5 272 500
	<b>Total gains</b>	<b>12 174 223</b>	<b>22 728 906</b>	<b>29 795 920</b>
A	Gestion active du personnel	-3 654 668	-6 339 221	-8 579 700
B	Optimisation des fonctions logistiques (externalisation ou mutualisation)	-2 124 000	-3 488 400	-3 731 500
C	Optimisation des fonctions médico-techniques (externalisation ou mutualisation)	-208 905	-303 100	-1 542 000
D	Rationalisation des achats (sous traitance, médicaments)	-412 500	-825 000	-1 250 000
E	Maîtrise du titre 4	-654 321	-978 843	-1 431 968
	<b>Total économies</b>	<b>-7 054 394</b>	<b>-11 934 564</b>	<b>-16 535 168</b>
	<b>Solde mesures</b>	<b>19 228 617</b>	<b>34 663 470</b>	<b>46 331 088</b>



## PJ n°7-8 PREF par pôle

### Mesures financières du PREF par pôle

Consolidation des gains (K€)		Pôle 1	Pôle 2	Pôle 3	Pôle 4	Pôle 5	Pôle 6	Pôle 7	Pôle 8	Pôle 9	Pôle 10	Pôle 11	Pôle 12	Total
		Périnatalité	Psychiatrie	Urgences - Réanimation - Pédiatrie	Logistiques - Médico-techniques	Anesthésie Blocs Opératoires	Médecine interne & Cardio-vasculaire	Gériatrie - Neurologie - Rééducation	Oncologie médicale & Infectiologie	Imagerie	Projet	Activité	Ressources	
<b>Axe 1</b>	Valorisation	247	887	8	1 283	78	180	1 727	0	0	0	8 418	0	<b>12 828</b>
<b>Axe 2</b>	Développement d'activités bénéficiaires	2 298	0	1 493	409	1 400	3 375	1 752	1 858	2 746	0	903	0	<b>16 234</b>
<b>Axe 3</b>	Restructurations	495	0	254	1 085	868	529	0	0	-54	163	582	1 107	<b>5 027</b>
<b>Axe 4</b>	Réorganisations Fonctions Support	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4 982	<b>4 982</b>
<b>Axe 5</b>	GRH	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6 922	<b>6 922</b>
<b>Total</b>		<b>3 040</b>	<b>887</b>	<b>1 755</b>	<b>2 777</b>	<b>2 346</b>	<b>4 083</b>	<b>3 479</b>	<b>1 858</b>	<b>2 692</b>	<b>163</b>	<b>9 903</b>	<b>13 011</b>	<b>45 993</b>



## PJ n°7-9 PREF par titre de charges et de recettes

### Mesures financières du PREF par titre

		2009	2010	2011	Total cumulé
Titre 1	Produits versés par l'assurance maladie	13 752 419	10 969 303	7 048 040	31 769 762
Titre 2	Autres produits de l'activité hospitalière	3 345 072	2 512 940	1 273 770	7 131 782
Titre 3	Autres produits	0	0	599 000	599 000
Total gains de recettes		17 097 491	13 482 244	8 920 810	39 500 544
Titre 1	Charges de personnel	-3 708 087	-2 731 048	-3 168 358	-9 607 492
Titre 2	Charges à caractère médical	1 179 985	918 613	908 432	3 007 030
Titre 3	Charges à caractère hôtelier et général	463 660	207 839	-125 418	546 081
Titre 4	Charges d'amortissements, de provisions, financières et exceptionnelles	-66 685	-348 013	-361 465	-776 163
Total économies de dépenses		-2 131 127	-1 952 609	-2 746 808	-6 830 544
Solde net (gains de recettes + économies)		19 228 617	15 434 853	11 667 618	46 331 088



**PJ n°7-10 liste des 5 axes et 95 fiches actions  
du PREF**



**Axe 1 : La maîtrise du processus de recueil, valorisation, facturation et recouvrement de l'activité va permettre un gain de 13,2 M€ grâce à la réalisation de 23 pistes**  
**Récapitulatif des pistes envisagées (1/3)**



Axe impacté selon axe	N° Piste	Pôle	Service	Libellé	Enjeu (K€)	Année de début de montée en charge
1	1	Périnatalité	Tous	Optimiser le recensement et la facturation/recouvrement Urgences obstétricales	247,4	2009
1	2	Psychiatrie	Psychiatrie	Valoriser les consultations en Psychiatrie non facturées	589	2008
1	3	Psychiatrie	Psychiatrie	Valoriser l'activité sismothérapique au bloc opératoire de Saint-Germain	177,7	2009
1	4	Psychiatrie	Psychiatrie	Valoriser les consultations psychotraumatiques et familiales	120	2009
1	5	Urgences-Réa-Pédiatrie	Tous	Optimiser le recensement et la facturation/recouvrement : Urgences - ATU (Titre 1 & 2)	7,9	2008
1	6	Logistiques Médico-Techniques	Pharmacie	Mieux recouvrer les DMI et molécules onéreuses	1200	2009
1	7	Logistiques Médico-Techniques	Laboratoires	Mieux valoriser les activités de PMA	482,9	2009

# Axe 1 : La maîtrise du processus de recueil, valorisation, facturation et recouvrement de l'activité va permettre un gain de 13,2 M€ grâce à la réalisation de 23 pistes

## Récapitulatif des pistes envisagées (2/3)



Axe impacté	N° Piste selon axe	Pôle	Service	Libellé	Enjeu (K€)	Année de début de montée en charge
1	8	Médecine interne Cardiovasculaire	Hémodialyse	Valoriser l'activité d'hémodialyse non facturée	180	2009
1	9	Gériatrie, Neurologie & Rééducation	Gériatrie	Obtenir une revalorisation des tarifs des USLD et maisons de retraite	599	
1	10	Gériatrie, Neurologie & Rééducation	Gériatrie	Statuer sur le devenir de Bon Repos en 2009	638	2010
1	11	Gériatrie, Neurologie & Rééducation	SSR	Mieux valoriser l'activité de Rhumatologie	378,7	2008
1	12	Activité	Tous	Mieux facturer en Gériatrie	17,7	2009
1	13	Activité	Tous	Retraiter les séjours MCO transmis mais non facturables à l'Assurance Maladie	200	
1	14	Activité	Tous	Assurer la cohérence des données adm. et médicales avant envoi à l'ATIH pour éliminer les séjours transmis mais non valorisés	1080	2008
1	15	Activité	Tous	Optimiser le recensement et la facturation/recouvrement : Consultations et actes externes (tel que décrit dans le CPOM)	1432	

## Axe 1 : La maîtrise du processus de recueil, valorisation, facturation et recouvrement de l'activité va permettre un gain de 13,2 M€ grâce à la réalisation de 23 pistes

### Récapitulatif des pistes envisagées (3/3)



Axe impacté	N° Piste selon axe	Pôle	Service	Libellé	Enjeu (K€)	Année de début de montée en charge
1	16	Activité	Tous	Améliorer l'encaissement, l'ouverture de droits et le recouvrement : Optimisation des recettes de Titre 1 et 2	1325	2008
1	17	Activité	Tous	Améliorer le recueil des données, le codage et la valorisation de l'activité pour limiter le nombre de créances	400	2009
1	19	Activité	Tous	Facturer les chambres particulières	1540	2009
1	22	Activité	Tous	Facturer les lits Portes	1049	2009
1	23	Activité	Tous	Facturer tous les passages en Urgences Adultes (hors h d'ouv)	960	2008
1	24	Activité	Tous	Facturer tous les passages en Urgences Adultes (pendant h d'ouv)	432	2009
1	28	Chirurgie Anesthésie & Blocs Opératoires	Orthopédie	Mieux valoriser l'activité d'Orthopédie	78,3	2009
1	36	Gériatrie, Neurologie & Rééducation	SSR	Mieux facturer le forfait journalier SSR	93,4	2009

**Axe 2: Le développement d'activités bénéficiaires va permettre un gain net de 16,2M€ via la réalisation de 37 pistes**  
**Récapitulatif des pistes envisagées (1/5)**



Axe impacté selon axe	N° Piste	Pôle	Service	Libellé	Enjeu (K€)	Année de début de montée en charge
2	1	Périnatalité	Gynéco. Obstétrique	Augmenter les capacités d'accueil en Obstétrique	1864,5	2009
2	2	Périnatalité	Gynéco. Obstétrique	Créer une unité Kangourou	320	2008
2	3	Périnatalité	Gynéco. Obstétrique	Créer une USCO	113	2008
2	4	Urgences-Réa-Pédiatrie	Tous	Maîtriser la DMS	1858	2008
2	7	Logistiques Médico-Techniques	Laboratoires	Développer l'activité de prélèvement par une meilleure accessibilité (localisation géographique et horaires d'ouverture)	270	2009
2	8	Logistiques Médico-Techniques	Laboratoires	Développer l'activité de cytogénétique	40,8	2009
2	9	Logistiques Médico-Techniques	Laboratoires	Développer l'activité des tests ADN et empreintes génétiques	68	2009
2	11	Logistiques Médico-Techniques	Laboratoires	Développer l'analyse des mucoviscidoses, des génomes bactériens et viraux...	30	2009
2	14	Chirurgie Anesthésie & Blocs Opératoires	Ophtalmologie	Accompagner le développement de l'ophtalmologie en ouvrant une demi vacation de bloc opératoire sur St-Germain	596,3	2009

**Axe 2 : Le développement d'activités bénéficiaires va permettre un gain net de 16,2M€ via la réalisation de 37 pistes**  
**Récapitulatif des pistes envisagées (2/5)**



Axe	N° Piste impacté selon axe	Pôle	Service	Libellé	Enjeu (K€)	Année de début de montée en charge
2	15	Chirurgie Anesthésie & Blocs Opératoires	Gynéco. Obstétrique	Développer la sénologie et la sénologie interventionnelle	144	2009
2	16	Chirurgie Anesthésie & Blocs Opératoires	Chirurgie digestive	Développer la prise en charge des endoscopies	251	2009
2	17	Chirurgie Anesthésie & Blocs Opératoires	Chirurgie digestive	Développer une activité de chirurgie bariatrique	99	2009
2	18	Chirurgie Anesthésie & Blocs Opératoires	Ophthalmologie	Favoriser les diagnostics d'ophtalmologie	32,4	2009
2	20	Médecine interne Cardiovasculaire	Médecine interne	Augmenter les capacités d'accueil en Médecine interne (dont accueil post-urgences de moins de 75 ans)	923,6	2009
2	21	Médecine interne Cardiovasculaire	Diabétologie	Augmenter les capacités d'accueil en diabétologie	519,2	2009
2	22	Médecine interne Cardiovasculaire	Tous	Maîtriser la DMS dans le pôle de Médecine Cardiovasculaire	1667,7	2009

**Axe 2 : Le développement d'activités bénéficiaires va permettre un gain net de 16,2M€ via la réalisation de 37 pistes**  
**Récapitulatif des pistes envisagées (3/5)**



Axe	N° Piste impacté selon axe	Pôle	Service	Libellé	Enjeu (K€)	Année de début de montée en charge
2	23	Médecine interne Cardiovasculaire	Cardiologie	Créer une activité de Rythmologie interventionnelle	264,2	2009
2	24	Gériatrie, Neurologie & Rééducation	Gériatrie	Mettre en place une unité de court séjour gériatrique	1366	2009
2	25	Gériatrie, Neurologie & Rééducation	Gériatrie	Augmenter les places d'USLD	263,7	(A définir)
2	27	Gériatrie, Neurologie & Rééducation	Gériatrie	"Maîtriser la DMS dans le pôle de Gériatrie Neurologie Rééducation"	122,4	2009
2	28	Oncologie médicale & Infectiologie	Pneumologie	Développer l'activité de pneumologie	744,33	2009
2	29	Oncologie médicale & Infectiologie	Tous	Maîtriser la DMS	624,6	2009
2	30	Oncologie médicale & Infectiologie	Oncologie	Accompagner le développement de l'oncologie	415,9	2009
2	31	Imagerie	Scanner	Accompagner la mise en place des 2 nouveaux scanners en ajustant le dimensionnement des équipes	1626	2008
2	32	Imagerie	Radiothérapie	Développer l'activité de radiothérapie et améliorer la rentabilité (location, vente, présence PM...)	436	
2	33	Imagerie	IRM	Remplacer l'IRM 1T par une IRM 1,5T	200,4	2009

**Axe 2: Le développement d'activités bénéficiaires va permettre un gain net de 16,2M€ via la réalisation de 37 pistes**  
**Récapitulatif des pistes envisagées (4/5)**



Axe impacté selon axe	N° Piste	Pôle	Service	Libellé	Enjeu (K€)	Année de début de montée en charge
2	35	Imagerie	IRM	Exploiter une 2e IRM sur SGL	292	(en cours)
2	36	Activité	Tous	Améliorer La gestion des lits pour permettre notamment l'hospitalisation des patients transférés	1000	2009
2	37	Imagerie	Imagerie	Développer la radiologie interventionnelle		(en cours)
2	38	Imagerie	Echo-doppler	Augmenter l'activité d'écho doppler et transcrânien avec permanence des soins	192	(en cours)
2	40	Urgences-Réa-Pédiatrie	Urgences	Ajuster les effectifs PH selon l'activité aux Urgences	-365	2009
2	41	Gériatrie, Neurologie & Rééducation	Neurologie	Créer une unité d'AVC	0	(en cours)
2	42	Gériatrie, Neurologie & Rééducation	Neurologie	<b>Développer de la prise en charge des AIT</b>		
2	43	Oncologie médicale & Infectiologie	Oncologie	Développer une activité de colonoscopie	73,3	2009
2	44	Chirurgie Anesthésie & Blocs Opératoires	ORL	Développer l'activité carcinologique		(en cours)

**Axe 2 : Le développement d'activités bénéficiaires va permettre un gain net de 16,2M€ via la réalisation de 36 pistes**  
**Récapitulatif des pistes envisagées (5/5)**



Axe impacté selon axe	N° Piste	Pôle	Service	Libellé	Enjeu (K€)	Année de début de montée en charge
2	45	Chirurgie Anesthésie & Blocs Opératoires	Gynéco	Développer l'activité carcinologique	166,75	(en cours)
2	46	Chirurgie Anesthésie & Blocs Opératoires	Viscéral	Développer l'activité carcinologique		(en cours)
2	48	Chirurgie Anesthésie & Blocs Opératoires	Endoscopie	Développer la prise en charge des Echos endo et des CPRE	110,9	

## Axe 3 : La restructuration et redimensionnement d'unités de production va permettre un gain de 5 M€ via la réalisation de 18 pistes Récapitulatif des pistes envisagées (2/ 3)



Axe impacté	N° Piste selon axe	Pôle	Service	Libellé	Enjeu (K€)	Année de début de montée en charge
3	11	Logistiques Médico-Techniques	Laboratoires	Limiter les examens faits à l'extérieur et les transports induits	20	(en cours)
3	12	Logistiques Médico-Techniques	Pharmacie	Limiter les dépenses relatives aux consommables nécessaires à l'utilisation des matériels en dépôt	0	(en cours)
3	13	Chirurgie Anesthésie & Blocs Opératoires	Chirurgie ambulatoire	Optimiser le personnel soignant non médical de l'HdJ et de l'HdS regroupés à St-Germain (Ophtalmo, Chir vasc, ORL, Stomato, Orthopédie, Viscérale) en regroupant la chir pédiatrique au 2eme étage du Pav. Ourches	514,5	(en cours)
3	14	Chirurgie Anesthésie & Blocs Opératoires	Blocs opératoires	Réorganiser la gestion des blocs opératoires et leur dimensionnement par site en tenant compte de la problématique du nombre d'anesthésistes et des activités ciblées sur chaque site : Fermeture de 2 salles à St-Germain	353	(en cours)
3	15	Médecine interne Cardiovasculaire	Cardiologie	Regrouper la cardiologie	528,7	2009

**Axe 3 : La restructuration et redimensionnement d'unités de production va permettre un gain de 5 M€ via la réalisation de 18 pistes**  
**Récapitulatif des pistes envisagées (3/ 3)**



Axe impacté	N° Piste selon axe	Pôle	Service	Libellé	Enjeu (K€)	Année de début de montée en charge
3	16	Imagerie	Imagerie	Assurer la permanence des soins	-54,4	(en cours)
3	17	Projet	DAM	Maîtriser le temps médical après concertation	(690,8)	(en cours)
3	18	Projet	DAM	Optimiser les gardes et astreintes et l'application du tarif réglementaire pour les gardes des médecins associés, FFI et des étudiants	76,6	(en cours)
3	19	Projet	DAM	Redéploiement des postes de praticiens attachés : Stomatologie, ORL, Gastro Entérologie	86,2	(en cours)
3	22	Ressources	DSSI	Ajuster les effectifs des services de soins (IDE, AS, ASH)	1107	2009

## Axe 4 : La réorganisation et le redimensionnement des fonctions support vont permettre un gain de 4,98 M€ via la réalisation de 8 pistes

### Récapitulatif des pistes envisagées



Axe impacté	N° Piste selon axe	Pôle	Service	Libellé	Enjeu (K€)	Année de début de montée en charge
4	1	Ressources	Directions administratives	Regrouper et redimensionner les Directions Administratives	1568	2008
4	2	Ressources	Achats	Ajuster la politique Achats	1250	2009
4	3	Ressources	Directions administratives	Redimensionner et restructurer les fonctions secrétariat médical	1131	2008
4	4	Ressources	Directions administratives	Redimensionner et restructurer les fonctions supports (autres)	320	2009
4	5	Ressources	Direction des soins	Ajuster le dimensionnement de la Direction des Soins	315	2008
4	6	Ressources	Logistique et Hôtellerie	Réorganiser la gestion de l'internat	212	2009
4	7	Ressources	Directions administratives	Redimensionner et restructurer les fonctions Accueil Gestion Patients	170	2009
4	9	Ressources	Logistique et Hôtellerie	Externaliser les barrières	15,5	2008

# Axe 5 : L'optimisation de la gestion des ressources humaines et de la masse salariale va permettre un gain de 6,9 M€ via la réalisation de 10 pistes

## Récapitulatif des pistes envisagées



Axe	N° Piste impacté selon axe	Pôle	Service	Libellé	Enjeu (K€)	Année de début de montée en charge
5	1	Ressources	DRH	Rapprocher le coût moyen des agents de l'hôpital de la moyenne régionale	2989	2008
5	2	Ressources	DRH	Réorganiser les temps de coupure	2061	2008
5	3	Ressources	DRH	Ajuster la gestion des temps	887	2009
5	4	Ressources	DRH	Réformer le système d'évaluation	412	2009
5	5	Ressources	Logistique et Hôtellerie	Réajuster la politique de versement d'heures supplémentaires forfaitaires des services de radiologie	153	2009
5	6	Ressources	DRH	Sécuriser le cadre juridique de l'allocation des congés bonifiés	143,6	2009
5	7	Ressources	DRH	Intégrer les crèches au dispositif de la PSU et facturer les prestations à destination de la municipalité de Poissy sur un niveau équivalent à celui supporté par le CHI	68	2008
5	8	Ressources	DRH	Réajuster la politique de primes et heures supplémentaires sur celles pratiquées dans les établissements comparables	49,4	2009
5	9	Ressources	Logistique et Hôtellerie	Réajuster les prix des prestations offertes par l'hôpital	134,3	2008
5	10	Ressources	DRH	Mettre en conformité les remboursements des soins et médicaments au personnel avec les exigences posées par l'URSAFF (avantages en nature)	25	2008

## **PJ n°7-11 exemple de fiche action du PREF**



1. 15.

V. 1

## Optimiser le recensement et la facturation/recouvrement : Consultations et actes externes (tel que décrit dans le CPOM)

Gains : 1432K€



Pôle 11-Pôle Activité Service Resp. mise en œuvre Direction Clientèle

Type de gain Recettes de Titre 1 et Titre 2

Contexte L'établissement ne recense ni ne facture correctement la totalité de ses consultations et forfaits techniques

Hypothèses et méthodologie de calcul

- Pour les B, P, MO, CSF, CNP, FSE produits : cf. Chiffrage CPOM
- Cf Echancier CPOM

Bénéfices financiers	Décomposition des gains	Situation actuelle	Investissements	Amélioration	Echéancier réalisation des gains		
					min.	max.	
	• Amélioration du codage C & CS			1236 K€	2008	2009	2010
	• Amélioration du codage des forfaits techniques			195 K€			2011
					55%	100%	100%

Bénéfices qualitatifs

- Meilleur suivi de l'activité

Sources

DAF

Calculé par

DAF

Vérification chiffrage

DAF

Validation Fiche DG

Validation Fiche Chef de pôle

### 3.1.

### V.1

## Optimisation des équipes du Pôle Périnatalité

**Gains :**  
de 494,8  
à 584,8K€

Pôle	1-Périnatalité	Service	Gynéco. Obstétrique	Resp. mise en oeuvre	Resp. Pôle Périnatalité					
Type de gain	Regroupement d'activité									
Contexte	Réduction des dépenses d'intérim par le recrutement de 3IDE et 1 SF financé par la suppression de 7 à 10 postes d'AS									
Hypothèses et méthodologie de calcul	• Coût AS : 30K€, SF: 52K€, coût Intérim SF : 2,6 * 52K€, coût IDE : 42K€ • Economie : de 672,8 à 762,8K€ • 3 IDE intérimaires : 3*42*2,6 • 1 SF intérimaire : 1*52*2,6 • 7 à 10 AS : 7 ou 10* 30									
Bénéfices financiers	Décomposition du gain		Situation actuelle	Investissements	Amélioration	Echéancier réalisation des gains				
	• Recrutement des 3 IDE et 1 SF				min.	max.	2008	2009	2010	2011
	• Gain des coûts en intérim				178K€	178K€	40%	60%	60%	100%
	• Départs des AS				462,8K€	462,8K€	40%	60%	60%	100%
Bénéfices qualitatifs					210K€	300K€	40%	60%	60%	100%
Sources	Dr Rozenberg, Mme Humbert, DAF, DIM, Mme Colonello		CGC	Vérification chiffrage	Mme Fonlupt	Validation Fiche DG		Validation Fiche Chef de pôle		

2. 1.

V. 2

Gains :  
1864,5  
K€



## Augmenter les capacités d'accueil en Obstétrique

Pôle 1-Périnatalité Service Gynéco. Obstétrique Responsable mise en œuvre Responsable pôle périnatalité

Type de gain Recettes T1 & T2 ; Dépenses T1, T2, T3 et T4

**Contexte**  
Très réputé pour son activité de Maternité, le CHIPS accueille en 2008 près de 73% des séjours d'obstétrique sur le bassin de santé de Poissy Saint Germain. La demande de la Patientèle restant forte, il semble possible de renforcer encore la présence du CHIPS (+800 Patientes d'ici à 2012) sur cette activité en augmentant le nombre de lit.

**Hypothèse : la livraison du modulaire est prévue en sept. 2009**

- 6 lits peuvent être ajoutés au Pôle avec une DMS de 3 jours soit 730 Patientes.
- La DMS des 4930 ( 4200 Patientes actuelles + 739 Patientes dans les 6 nouveaux lits) Patientes baisse de 3J à 2,96J, permettant d'accueillir 70 Patientes supplémentaires
- Recettes : 800 \* 3400€ (séjour maman + nouveau-né) = 2720K€
- 4 sages femmes (60K€ \* 4) dont 1 financée par des départs d'AP et 1PH en plus (104K€)
- Charges variables = 310€ \* 800 patientes
- 1581 K€ d'investissement pour la construction d'un bâtiment modulaire et remise en l'état de chambres à amortir en 6ans

Bénéfices financiers	Décomposition du gain	Situation actuelle	Investissements	Amélioration			
				min.	max.	2008	2009
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Développement de l'activité : + 200/an soit +800 en 2012</li> <li>• Coûts de mise en œuvre :               <ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 sages femmes</li> <li>• 1 ETP PH en gynéco Obst.</li> </ul> </li> <li>• Coûts variables : pharmacie etc...</li> <li>• Amortissements</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 600K€</li> <li>• 240+104</li> <li>• 248</li> <li>• 263,5</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modulaire (sept. 2009) 1336,3 K€</li> <li>+ 245 K€ ( 4 chambres de maturation) soit 263,5 k€ par an d'amortissement</li> </ul>	2720	2008	2009	2010	2011
			25%	25%	50%	75%	
			25%	25%	50%	75%	
			100%	100%	100%	100%	

**Bénéfices qualitatifs**  

- Amélioration de l'image du CHIPS comme centre de référence de périnatalité
- Attractivité pour d'autres activités périphériques et proches du pôle

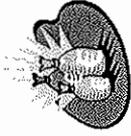
Sources Dr Rozenberg, Mme Humbert, DAF, DIM  
Calculé par Mme Fonlupt  
Vérification chiffrage Mme Fonlupt  
Validation Fiche DG  
Validation Fiche Chef de pôle

## 4. 1.

# Redimensionner et restructurer les directions administratives

## V. 2

**Gains :**  
1 568 K€



<b>Pôle</b>	<b>Pôle Ressources</b>	<b>Service</b>	<b>Directions administratives</b>	<b>Resp. mise en oeuvre</b>	<b>DRH</b>
-------------	------------------------	----------------	-----------------------------------	-----------------------------	------------

### Type de gain

Maîtrise des dépenses administratives

### Contexte

L'étude Benchmark des fonctions support menée dans le cadre de la mission d'appui au PRE a permis de mettre en évidence, pour un certain nombre de directions, le potentiel de mutualisation des effectifs.

### Hypothèses et méthodologie de calcul

- 9 ETP de moins pour la DRH, dont 3 déjà réalisés partiellement en 2008
- 3 ETP de moins pour le DIM (valorisé à 30K€)
- 11,5 ETP de moins pour la Direction des travaux
- Une réflexion sur la réduction des coûts de maintenance des matériels remplacés mais néanmoins maintenus est à engager.
- 9 ETP de moins grâce au regroupement des unités de production sur SGL (jan 2009) et 9 ETP pour l'externalisation de la restauration des annexes dès juin 2009. Ces postes pourront alimenter la restauration où le turn over est important. (valo à 38K€)
- 2 ETP de moins en ingénierie (- 4 ETP contre 2 ETP plus performants), valorisé à 34K€
- -1 ETP d'adjoint administratif (valo 33K€) en Formation continue

### Bénéfices financiers

Décomposition des gains	Investissements	Amélioration				Echéancier réalisation des gains			
		max. théorique	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010
• Direction des Ressources humaines	9 ETP	342K€	114K€	304K€	342K€	342K€	114K€	304K€	342K€
• Département de l'information médicale	3ETP	90 K€	30 K€	30K€	90 K€	90 K€	30K€	30K€	90 K€
• Direction des travaux	11,5 ETP	345K€	114K€	228K€	345K€	345K€	114K€	228K€	345K€
• Restauration	18 ETP	690K€	0	520K€	690K€	690K€	0	520K€	690K€
• Lingerie	2 ETP	68K€		68 K€	68 K€	68 K€		68 K€	68 K€
• Direction de la formation	1 ETP	33K€		33K€	33K€	33K€		33K€	33K€

- Direction des A. Financières (renforcement équipe)

### Bénéfices qualitatifs

- Réorganisation des directions
- Optimisation des modes de fonctionnements existants

### Sources

M. Fouque, DIM, Mme Humbert, M. Dogué, DAF, Mme Colonnello, CGC

Vérification  
chiffrage

M. Fouque

Validation Fiche DG

Validation Fiche Chef de pôle

JUL 09

X

## 5. 1.

# Rapprocher le coût moyen des agents de l'hôpital de la moyenne régionale

## V. 1

**Gains :  
2989K€**



**Pôle** Pôle Ressources      **Service** Direction RH      **Resp. mise en oeuvre** DRH

### Type de gain

**Maîtrise des dépenses de Titre 1**

Depuis le 1er mars 2008, les secrétaires médicales contractuelles sont recrutées sur des grades d'adjoints administratifs et les personnels catégorie C en tant que contractuels. La maîtrise de l'avancement de grade avec un avancement réduit au minimum réglementaire et l'augmentation du nombre d'agents contractuels ont des effets positifs directs et indirects sur les coûts salariaux: maîtrise de la masse salariale, diminution du paiement des absences pour raison médicales (valeur de l'J) et maîtrise de la GVT. Objectif : atteindre en 2011 la somme de 25% de contractuel contre moins de 10% en 2008.

### Contexte

- Evolution du nombre de contractuels : 75 nouveaux contractuels en 2008; puis 125 de plus par an à partir de 2009; soit 450 en solde en 2011 par rapport à 2008)
- Gain moyen de coût par agent contractuel: 3883€
- Calcul de l'économie liée à la rémunération : 450 \* 3883 €
- Coût moyen annuel PNM titulaire : 40393 €
- Coût moyen annuel PNM contractuel : 36510 €
- 20 jours d'absence par an / agent
- Coût de l'absentéisme PNM titulaire = 20 J\* 40393 € / 365 J = 2213 €
- Coût de l'absentéisme PNM contractuel : 15 (20 – 5 jours en moyenne de jours de carence) J\* 36510 € / 365 J = 1 500 €
- Evolution du GVT avant : 1,17%
- Evolution cible du GVT pour un agent contractuel : 0,4%
- GVT cible en 2011 : 0,75 % (sauf revalorisations collectives non financées)
- Gains attendus : (135 000 000 \* 1.17%) – (135 000 000 \* 0,75 %)

### Hypothèses et méthodologie de calcul

Bénéfices financiers	Décomposition des gains	Situation actuelle		Amélioration			Echéancier réalisation des gains		
		M. Fouque	Vérification chiffrage	min.	max.	2008	2009	2010	2011
• Gain rémunération du PNM contractuel				1 747 K€		16%	44 %	83%	100%
• Gain J pour raisons médicales				675 K€		16%	44%	83%	100%
• Effet réduction du GVT				567 K€		16%	44 %	83%	100%

### Bénéfices qualitatifs

Source	M. Fouque	Calculé par	M. Fouque	Vérification chiffrage	M. Fouque	Validation Fiche DG	Validation Fiche Chef de pôle
							X



## Annexe 8 : Facturation

### 1. 2005-2007 : UNE FACTURATION DÉFAILLANTE ENTRAINANT DES PERTES DE RECETTES ESTIMÉES À 2,5M€AN À ACTIVITÉ CONSTANTE

#### 1.1. *La direction cesse d'ignorer les carences de la facturation en 2004 avec la mise en œuvre de la tarification à l'activité*

[1429] En 2004, la tutelle a opéré une réfaction de la dotation budgétaire de 2,7M€ suite à la baisse de l'activité issue des données PMSI. La direction était en désaccord avec cette affirmation d'une baisse de l'activité. Les données issues de la gestion administrative des patients faisaient en effet état d'une augmentation des entrées de +2,4% par rapport à 2003.

[1430] Cette perte de recettes importantes pour l'établissement a conduit la direction à commander un audit à un consultant extérieur (société ADS Conseil) afin d'identifier les causes de la perte d'activité et de proposer des mesures correctrices.

[1431] Ce premier audit réalisé en février-mars 2005 a mis en cause la fiabilité du processus de collecte des données PMSI. Ses conclusions mettaient en exergue la faiblesse et la mauvaise articulation du système d'information hospitalier (SIH) du CHIPS et l'absence de schéma directeur. Les applications administratives et médicales avaient en effet été installées par apports successifs, sans réelle intégration et avec un appui jugé insuffisant de la part des différents éditeurs de logiciel.

[1432] Était ainsi essentiellement relevé le fait que les passerelles informatiques entre les logiciels de gestion de l'information médicalisée (Crossway) et de gestion administrative des patients (Hexagone) qui relevaient de deux éditeurs différents (ICSF/Mc Kesson pour Crossway et Symphonie Online pour Hexagone) étaient défectueuses et qu'il n'existait aucune coordination entre les deux éditeurs.

#### 1.2. *Mais l'impute aux seules difficultés du SIH évitant ainsi de prendre toute mesure correctrice de fond*

[1433] Si ADS Conseil évoque également des difficultés organisationnelles, ses conclusions se sont axées principalement sur « *les problèmes d'interopérabilité du SIH et la sous-informatisation de l'établissement* ».

[1434] L'idée que les difficultés de la valorisation de l'activité et de la facturation étaient essentiellement dues à des problèmes techniques informatiques allait constituer un alibi facile pour la direction qui ne remettra pas en cause l'organisation des services ni les process existants pour le recueil de l'activité, le codage et l'accueil et la gestion des patients. Le schéma directeur 2005-2010 prévoit ainsi le changement du logiciel de gestion administrative des patients pour un produit de l'éditeur Mc Kesson. Les deux logiciels relevant ainsi d'un même éditeur, la direction pensait résoudre les difficultés de sous-valorisation de l'activité en réglant simplement les problèmes d'interopérabilité entre les logiciels.

[1435] **A aucun moment, pendant la période 2005-2007, une réflexion n'est entamée sur :**

- **Sur le fichier structure (FICOM)**, fondement du SIH, qui n'a pas été remis à jour depuis la fusion des deux établissements en 1997. Au contraire, la création d'UF se faisait alors au

fur et à mesure de façon assez anarchique et sans véritable réflexion ou pilotage, ces UF s'ajoutant aux deux ex-fichiers structures simplement juxtaposés de Poissy et Saint Germain.

- **Sur les procédures et les modes de fonctionnement des services**, notamment du département de l'information médicale (DIM) et de la direction de la clientèle (DC) et de l'absence anormale de communication entre ces deux dernières, pourtant indispensable à la mise en œuvre du pilotage médico-économique pour la réussite de la mise en place de la T2A.

[1436] En outre, il est à noter que le changement opérationnel du logiciel de gestion administrative qui semblait urgent suite aux conclusions de l'audit ADS ne sera pas effectif que trois ans plus tard, Hexagone étant remplacé par **GAM de l'éditeur Mc Kesson au 1er janvier 2008**, sur décision à l'été 2007 du directeur par intérim. Si l'absence d'interopérabilité entre les logiciels était le dysfonctionnement clé de la facturation, on peut s'interroger sur l'absence de réactivité du directeur de l'époque, [REDACTED], qui pendant trois ans n'a pris aucune décision sur ce point ni appliqué le schéma directeur.

[1437] **Aucune mesure correctrice n'est donc prise par la direction pour améliorer le codage et la facturation de l'activité entre 2005 et 2007.**

### *1.3. Une absence de suivi et de contrôle de la facturation*

[1438] **Il est difficile d'évaluer l'exhaustivité et la qualité de la facturation ou son évolution pendant la période 2005-2007 en l'absence de tout tableau de bord spécifique à celle-ci.** Deux tableaux de bord existent :

- Un tableau de bord établi en moyenne tous les 15 jours sur l'état des titres de recettes émis sur la base des données d'Hexagone. Mais ce tableau de bord est en réalité le même que le tableau de bord utilisé pour le suivi budgétaire dont les carences ont déjà été soulignées dans l'annexe 7 relative à l'analyse des comptes et de la situation financière du CHIPS ;
- Un tableau de bord mensuel synthétique de suivi de l'activité en volume reprenant le nombre d'entrées, de journées et la DMS en se basant sur les états établis sur papier par les différents services. A la décharge de la direction de la clientèle, ce tableau de bord assez éloigné des nouveaux indicateurs liés à la T2A (nbre de RSA, valorisation en montants...) a été élaboré en l'absence de communication par le DIM des éléments de suivi de l'activité médicale issus du PMSI.

[1439] En raison de l'état de l'informatisation encore partiel du CHI, certaines informations relatives à la facturation remontaient encore en format papier, d'autres par des interfaces nombreuses, dont certaines non finalisées du fait d'outils dépassés (exemple : Laboratoires). La Direction de la Clientèle facturait donc sur la base de toutes les informations (papier, électroniques) fournies sans effectuer de suivi ou contrôle.

[1440] De plus, il était difficile rapprocher les données administratives des patients des données médicalisées, compte tenu des carences du SIH et du FICOM.

[1441] **Faute de tableau de bord et par conséquent de pilotage, la facturation « est une boîte noire ».** Personne n'est en mesure de savoir combien d'actes sont facturés, restent à facturer, ou sont non facturables car les données administratives et notamment les données de prise en charge (PEC) sont inexistantes ou de mauvaise qualité. Il n'existe pas de suivi organisé des rejets.

[1442] **Les pertes de recettes liées aux défaillances de la facturation pendant cette période sont donc difficiles à établir en l'absence de données sur le nombre d'actes facturés comparés aux nombre d'actes effectués ou même codés.**

[1443] Cependant, on peut constater que l'activité n'a pas significativement augmenté en volume entre 2007 et 2008 - sauf pour l'activité d'imagerie dont l'activité débute fin 2007- et a même globalement stagné.

Tableau 122 : Evolution activité 2007/2008

	2007	2008
Nombre de RSA valorisés	55 414	59 508
Dont séances imagerie	537	5 316
<b>Nombre de RSA hors imagerie</b>	<b>54 887</b>	<b>54 192</b>
<b>Actes CCAM</b>	<b>131 890</b>	<b>134 541</b>

Source : Données PMSI et CHIPS

Tableau 123 : Evolution des recettes de facturation (titre 2)

	2007	2008	2009
<b>Titre 2</b>	<b>16 135 291</b>	<b>18 668 120</b>	<b>18 418 281</b>
7321 (hospitalisation complète)	8 725 400	9 922 352	7 025 644
7322 (hospitalisation incomplète)	533 677	559 039	533 523
7323 (HAD)	10 890	27 040	11 226
7324 (consult. ext.)	3 099 205	4 319 232	4 536 557
73271 (FJH MCO)	2 279 306	2 274 088	2 121 928
73272 (FJH SSR)	401 477	307 679	387 367
73273 (FHJ PSY)	361 512	380 252	381 468
733 (patients étrangers)	207 827	752 530	2 444 656
734 (autres établissements)	515 997	125 907	975 912

Source : Comptes financiers 2007 et 2008 et données CHIPS au 15/02/2010 pour l'exercice 2009 retraités par la mission

[1444] Or, c'est en 2008 qu'a été mené à bien le rattrapage de la sous-valorisation de l'activité existante (axe 1 du PREF) en ce qui concerne la facturation. L'établissement indique un taux de facturation en 2008 de 100% après avoir effectué des actions de rattrapage importants en fin d'année. Les recettes de titre 2 augmentent en 2008 de +2,53M€ soit +15,70%. On peut donc estimer a minima les pertes de recettes antérieures liées à la sous-facturation à 2,5M€an à activité constante en volume.

## 2. LES DIFFICULTES ORGANISATIONNELLES ET DE COORDINATION ENTRE LA DIM ET LA DC SONT EN REALITE AU CŒUR DES DEFAILLANCES DE LA FACTURATION ET DE LA SOUS-VALORISATION DE L'ACTIVITE.

[1445] La mise en place de GAM au 1er janvier 2008 ne résout pas les problèmes de facturation. Au contraire, outre les délais habituels d'adaptation à la mise en place d'un nouveau logiciel, l'interopérabilité entre Crossway et Gam qui relèvent pourtant du même éditeur, ne fonctionne pas. De nombreuses incohérences sont découvertes au jour le jour. Les services de la clientèle n'arriveront à facturer les consultations externes, et de façon marginale, qu'à compter du mois de mars 2008, certaines consultations du mois de janvier ne seront facturées qu'en août 2008.

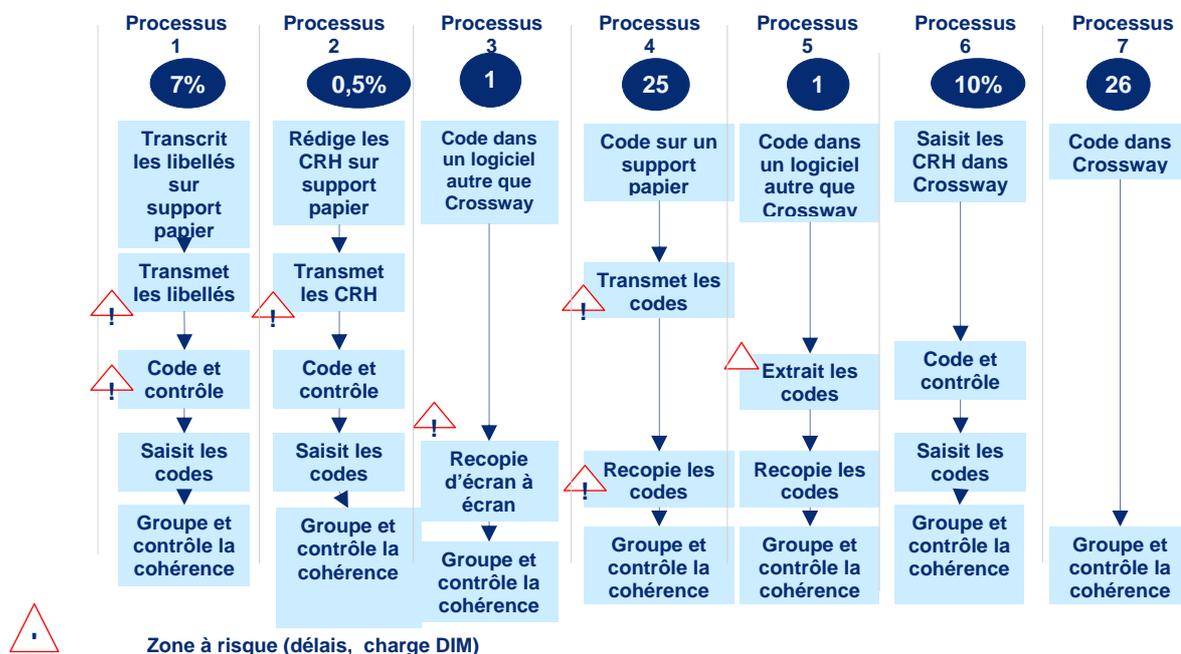
[1446] Au vu des difficultés considérables de la facturation, un audit est commandé à Cap Gemini Consulting par la nouvelle direction en septembre 2008, dans le cadre de la construction du PREF, sur les fonctions de recueil, de codage des informations médicales, de la valorisation et de la facturation. Cet audit établit clairement, qu'au-delà des problèmes réels d'interface entre les logiciels et de sous-informatisation de l'établissement, des dysfonctionnements organisationnels importants empêchent une facturation à 100% de l'activité. Ci-dessous sont repris les principaux constats ressortant de l'audit effectué par Cap Gemini Consulting, confirmés par les entretiens menés par la mission avec les agents administratifs de la direction de la clientèle.

### 1) Le processus de facturation souffre de l'hétérogénéité et des délais du codage :

[1447] Le système de codage des diagnostics et des actes alors en place au sein de l'établissement est extrêmement hétérogène. Tous les cas de figures existent depuis les services dans lesquels les médecins effectuent eux-mêmes le codage directement sur le logiciel Crossway aux services qui ne codent pas faute d'outil informatique ou par décision, certains médecins estimant qu'il ne leur revenait pas de coder leurs actes. Dans cette dernière hypothèse, c'est l'équipe du DIM qui effectue elle-même la relecture des comptes rendus médicaux et le codage des diagnostics et actes.

[1448] **A noter même que jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2009, pour les consultations externes, ce sont souvent les agents administratifs en caisse qui codent informatiquement les actes, ce qui induit une perte de temps et surtout des risques de création de doublons de dossiers qu'on ne retrouvera pas dans les deux logiciels.**

[1449] L'audit de Cap Gemini Consulting recense ainsi sept processus de codage médical différents du fait d'une stratégie initialement choisie par le DIM de répondre au mieux aux conditions des services. Seulement 26% des services codent directement dans Crossway.



Source : Cap Gemini Consulting – Audit des fonctions recueil, codage, valorisation, facturation – octobre 2008

[1450] **Les délais de codage sont également très divers d'un service à l'autre : peu de service codent alors au fil de l'eau. Le délai moyen de codage est encore en 2008 de 27 jours<sup>247</sup>.**

[1451] Même si cet indicateur de délai moyen est peu significatif compte tenu de l'hétérogénéité des pratiques de codage (ex : les séjours de la maternité sont codés en masse en fin de mois, avant envoi ATIH), il montre que la facturation, en bout de chaîne, est très dépendante de ces délais de codage qui reportent d'autant ceux du lancement de la facturation. Ainsi, Cap Gemini indique en exemple le cas de 4 896 dossiers d'hospitalisation ouverts dans GAM, du 1er janvier au 3 octobre 2008, mais encore vides faute de codage ou de doublons de saisie d'entrées d'un même patient dans le logiciel de gestion de l'information médicale. Cela impliquait d'énormes pertes de facturation si aucun rattrapage n'était effectué.

**2) Le recueil des informations administratives du patient n'est pas du tout organisé : insuffisance dans la qualité des données administratives collectées et absence de suivi des données administratives manquantes**

[1452] Les gestionnaires de la clientèle sont régulièrement amenés à aller chercher les informations directement auprès des patients dans les services.

[1453] Les patients ne fournissent pas de justificatif de leur taux de prise en charge par leur mutuelle, ce qui oblige les agents de la clientèle à rechercher l'information directement auprès des organismes par les gestionnaires. Cela ralentit encore le processus de facturation dans l'attente de réponses par courrier des mutuelles.

[1454] De nombreuses données administratives sont manquantes (en attente de décision sur les droits du patient, critère de « facturabilité » non saisi).

**3) la lourdeur du parcours patient pour les consultations externes, couplée à la complexité du processus de facturation (cf. PJ 8-1) ont pour conséquences un encaissement direct insuffisant, une facturation partielle et un faible recouvrement.**

[1455] En effet le parcours patient existant avant le 1<sup>er</sup> janvier 2009 comporte de nombreux dysfonctionnements et incohérences :

- les nouveaux patients doivent passer par la caisse une première fois avant de se rendre dans le service de soins. Lourdeur en terme de processus et réticence du patient à repasser régler sa consultation une seconde fois en caisse
- **un taux d'encaissement direct trop faible. De nombreux patients ne repassent pas par la caisse avant leur départ.**
- la non application du parcours de soins. Pas de facturation des majorations prévues dans le cadre du parcours de soins. Estimation du manque à gagner : entre 141K€ et 191 K€
- **un taux important de rejet du Trésor Public.** Exemple sur l'année 2008 : au 19 septembre 2008, sur les 82 913 titres émis, 4 657 ont été rejetés. Ces rejets représentent 1/3 des 1,5 millions de titres rejetés estimés jusqu'à présent. Les motifs principaux sont l'absence de numéro de sécurité sociale, des adresses erronées, l'émission du titre au nom d'un enfant mineur, etc.
- **une insuffisance dans la qualité et la quantité du recueil des informations qui engendre un fort taux de NPAI = « n'habite pas à l'adresse indiquée » (15% de NPAI sur les titres envoyés selon le Trésor Public) et donc de non recouvrement.**

**4) Une forte incohérence entre les flux administratif et médical : des séjours dans le flux médical qui ne correspondent à aucun séjour du flux administratif et aucune vérification systématique de cohérence entre les données administratives et médicales par manque d'outils et de temps.**

<sup>247</sup> Source : Audit Cap Gemini Consulting (données DIM)

- [1456] Ainsi, l'audit Cap Gemini estime que les dysfonctionnements des chaînes de facturation et de valorisation pour l'activité MCO engendrent en 2008 un retard de recettes à fin septembre 2008 compris entre 8,4 et 10,6M€
- [1457] Un plan de rattrapage de l'activité 2008 est donc mis en place en urgence par Cap Gemini Consulting, celui-ci permet par un travail important des équipes du DIM et de la DC de récupérer entre juillet et décembre 2008, 9,23M€
- [1458] **Cette volonté de facturer pour la première fois de façon exhaustive l'activité - notamment les consultations externes-, mobilisant enfin l'ensemble des acteurs de la chaîne, poussée par l'urgence de pertes de recettes prévisionnelles considérables, et soutenue et organisée par le consultant extérieur, aboutit à augmenter globalement les recettes de +2,53M€ par rapport à 2007. Le montant valorisé de la facturation des consultations externes augmentent de +1,2M€ soit +35%.**

### **3. LA MISE EN PLACE DE NOUVEAUX PROCESSUS PERENNES DE FACTURATION ABOUTIT FIN 2009 A UNE FACTURATION A 100% DE L'ACTIVITE**

- [1459] Au-delà de ce rattrapage considérable de la facturation 2008 sur le second semestre, il était indispensable de mettre en place de nouveaux modes organisationnels et processus pérennes qui mettent fin aux dysfonctionnements constatés sur la période précédente, afin d'aboutir à une facturation à 100% de l'activité.

- [1460] Ainsi le CHIPS, et notamment la direction de la clientèle, met en place, sur les propositions de Cap Gemini Consulting, les modalités suivantes :

#### **1) Une optimisation du parcours patient (cf. PJ 8-2)**

- [1461] Cette rationalisation du parcours patient s'appuie essentiellement sur les éléments suivants :
- L'interopérabilité entre le nouveau logiciel de gestion administrative des malades (Pastel) mis en place au 1<sup>er</sup> janvier 2009 et le logiciel Crossway. Ce qui permet enfin d'éviter des doubles saisies et que les actes codés désormais par les médecins avec l'objectif d'un codage en temps réel apparaissent directement dans le logiciel Pastel, de sorte que le montant restant à facturer au patient/mutuelle soit calculé immédiatement et encaissé directement à la sortie de la consultation,
  - La désignation comme logiciel «maître» le logiciel administratif pour devenir «le serveur d'identité», jusqu'alors propriété de Crossway et non accessible à l'administration (même en lecture). De plus, depuis fin 2008, la DSIO a pu obtenir que certains postes de la clientèle soient équipés de Crossway en lecture,
  - L'institutionnalisation de pièces obligatoires pour un accès au soin le plus sécurisé possible, et afin d'améliorer l'exhaustivité et la qualité du recueil des données administratives,
  - La rédaction de la procédure identito-vigilance pour une «écriture» uniforme,
  - L'information élargie sur le site internet,
  - La matérialisation des points de paiements par une signalisation appropriée,
  - **la décentralisation progressive des caisses au niveau des services depuis le mois de mai 2009 et la délégation de l'encaissement aux secrétaires médicales** (ce qui a impliqué la mise en œuvre d'un plan formation de celles-ci qui a débuté en avril 2009 et se poursuit encore). 36 services disposent aujourd'hui de caisses décentralisées. Pour l'ensemble des services, 56 secrétaires médicales ont été formées en 2009. Un guide de facturation, disponible sur l'intranet, a été conçu à destination des secrétaires médicales. A partir de 2010 la Direction de la Clientèle prévoit par ailleurs 8 formations de 10 personnes par an pour accompagner ce changement auprès des secrétariats médicaux.

Aujourd'hui, le dispositif est opérationnel mais un accompagnement rapproché des services est toujours en cours. Les services se sont organisés et appropriés la méthode. Il restera à évaluer les gains découlant de ce nouveau processus.

2) **la mise en place de contrôle de cohérence des données administratives et médicales avant envoi à l'ATIH pour éliminer les séjours transmis mais non valorisés**

3) **la mise en place d'un tableau de bord de suivi hebdomadaire spécifique à la facturation (cf. PJ 8-3)** qui définit le nombre d'actes facturés, restant à facturer et non facturable en raison de données administratives manquantes afin que chaque semaine la DC soit en mesure (i) de connaître, prévoir et piloter le suivi de la facturation et les recettes en découlant (ii) prenne les mesures correctrices pour que les dossiers non facturables soient rapidement réglés.

4) **La diminution du nombre de rejets des titres de recettes de 2,33% en 2005 (le taux ayant augmenté à 4,45% en 2007) à 0,49% en 2009. Les pertes de recettes passent ainsi de 1,5M€ en 2007 à 95K€ en 2009 comme le montre le tableau ci-dessous :**

Tableau 124 : Evolution du nombre de rejets par la trésorerie et de leur valorisation entre 2005 et 2009

	TR positifs Budget H	
	Nombre	Montant
rejets 2009	13	94 425,59
PEC 2009	265785	258 753 403,24
taux	0,49	3,65
rejets 2008	6673	1 785 173,94
PEC 2008	203543	295 281 235,76
Taux	3,28	0,61
rejets 2007	7212	1 530 938,18
PEC 2007	162211	272 648 455,54
Taux	4,45	0,57
rejets 2006	3886	615 652,81
PEC 2006	170873	242 791 108,06
Taux	2,28	0,26
rejets 2005	4468	inc
PEC 2005	192162	240 656 707,20
Taux	2,33	

Source : Trésorerie du CHIPS

### Conclusions :

[1462] **A la date de clôture de l'exercice 2009, la direction de la clientèle indique avoir facturé 100% de l'activité soit 52 517 séjours et séances et 307 898 actes de consultations externes (cf. PJ 8-3).**

[1463] **Les recettes de titre 2 sont néanmoins restées relativement stables entre 2008 et 2009 passant de 18,66M€ à 18,41M€, de même que le niveau d'activité (légère baisse de -0,39% du nombre de RSA, compte tenu par ailleurs de l'arrêt de la radiothérapie).**

[1464] **On peut donc en déduire :**

- **d'une part que l'objectif de rattrapage de la sous facturation de l'activité est atteint et ce dès 2008,**
- **d'autre part, qu'il n'existe plus de marges de manœuvre sur le titre 2 à volume constant d'activité.**

#### 4. CERTAINES ACTIONS DOIVENT ETRE POURSUIVIES

[1465] Le CHIPS a participé au chantier MEAH « Optimiser la chaîne de facturation/recouvrement hospitalière » qui a été mis en place entre avril 2008 et juillet 2009 pour une quarantaine d'établissements de santé. Le CHIPS a bénéficié de 3 jours de consultant extérieur, le cabinet Deloitte qui a rendu son rapport le 16 juillet 2009. Ce rapport mettait en exergue certains points de la chaîne de facturation qui doivent encore être améliorés :

Tableau 125 : Recommandations et bilan chantier MEAH (juillet 2009)

Intitulé action	Objectif cible	Valeur atteinte	Taux de réalisation effective
Sécuriser le recueil de l'identité et des informations administratives	<p>Informier le patient et sur les exigences en termes de recueil d'identité et d'informations administratives</p> <p>Sensibiliser l'ensemble des services aux exigences de la prise d'identité</p> <p><b><u>Exiger systématiquement les justificatifs de domicile</u></b></p>	Oui	75%
Renforcer les procédures des Urgences	<p>Améliorer la qualité des informations administratives recueillies aux Urgences</p> <p><b><u>Co-pilotage par le chef de service</u></b></p>	Oui	66%
Réorganiser géographiquement les points d'encaissement existants et en optimiser les procédures	<p>Simplifier le circuit du patient</p> <p>Optimiser les encaissements en régie en révisant les procédures (<b><u>pré-encaissement / conservation de pièces</u></b>)</p>	non	15%
Multiplier les points d'encaissement : <b><u>polyvalence des Secrétaires Médicales</u></b>	<p>Simplifier le circuit du patient</p> <p>Optimiser les encaissements en régie</p>	non	En cours
Mobiliser les acteurs sur les problématiques de la facturation/recouvrement	<p><b><u>Présenter le délai de codage</u></b> aux médecins et en assurer le suivi</p> <p>Communiquer en interne sur les enjeux de la facturation</p>	non	En cours
Déployer les outils nécessaires à une facturation efficiente (CROSSWAY, Télétransmission)	Codage à la source et facturation au fil de l'eau	oui	80%
<b>Taux de réalisation global</b>			<b>70 %</b>

Source : MEAH – Cabinet DELOITTE

[1466] **L'établissement nous a fait parvenir en mars 2010 un bilan de l'état d'avancement des propositions du chantier MEAH qui montre que la quasi-totalité des actions ont été mises en œuvre.**

Tableau 126 : Bilan de la mise en œuvre des recommandations du chantier MEAH par le CHIPS  
(mars 2010)

Intitulé action	Objectif cible	Valeur atteinte	Taux de réalisation effective
Sécuriser le recueil de l'identité et des informations administratives	<p>Informers le patient et sur les exigences en termes de recueil d'identité et d'informations administratives</p> <p>Sensibiliser l'ensemble des services aux exigences de la prise d'identité</p> <p><b><u>Exiger systématiquement les justificatifs de domicile</u></b></p> <p>Tous les usagers sont invités à présenter les documents administratifs décrits sur le site internet et affichage dans l'établissement pour toutes hospitalisations et consultations externes.</p>	Oui	100%
Renforcer les procédures d'urgences	<p>Améliorer la qualité des informations administratives recueillies aux Urgences</p> <p><b><u>Co-pilotage par le chef de service</u></b></p>	Non	66%
	<p>Une équipe rattachée à la clientèle avec des moyens dévolus assurent la PEC des informations administratives sur Poissy de 8 heures à 23 heures 7J/7 sur SGL de 8h30 à 20 heures 5J/7</p>	Oui	100%
Réorganiser géographiquement les points d'encaissement existants et en optimiser les procédures	<p>Simplifier le circuit du patient</p> <p>Optimiser les encaissements en régie en révisant les procédures (<b><u>pré-encaissement / conservation de pièces</u></b>)</p> <p>Les efforts de la signalisation, l'individualisation d'agents d'accueil ont permis d'améliorer le circuit du patient.</p> <p>La conservation des pièces aux points d'encaissement a été abandonnée, des oublis fréquents et des réclamations intempestives (22heures...) ont contraint l'établissement à ne pas retenir cette option. A contrario la demande de pièce à priori, très décrié au départ permet une normalisation des circuits.</p>	Oui	75%
Multiplier les points d'encaissements : polyvalence des secrétaires médicales	<p>Simplifier le circuit du patient</p> <p>Optimiser les encaissements en régie</p> <p>La formation de 56 secrétaires médicales</p> <p>A permis :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>la décentralisation des points d'encaissement (chèques, cartes bleues)</li> <li>la constitution de dossiers administratifs plus complets (ALD, AT..) vérification de l'identité du patient reconnu</li> </ul> <p>Cette formation active va se poursuivre dans le temps, elle sera assurée intra-muros par l'équipe de la clientèle.</p>	Oui	100%
Mobiliser les acteurs sur les problématiques de la facturation/recouvrement	<p><b><u>Présenter le délai de codage</u></b> aux médecins et en assurer le suivi</p> <p>Communiquer en interne sur les enjeux de la facturation</p> <p>Mise en place depuis fin 2009 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- désignation de praticiens « référents codage » dans les unités</li> <li>- suivi hebdomadaire de l'activité</li> <li>- réunions périodique « codage » entre le médecin DIM et les praticiens</li> </ul>	Non	En cours
Déployer les outils nécessaires à une facturation efficiente <b><u>CROSSWAY...</u></b>	Codage à la source et facturation au fil de l'eau	oui	80%
Déployer les outils nécessaires à une facturation efficiente <b><u>Télétransmission</u></b>	Télétransmission en production pour le département des Yvelines depuis le 29 juin 2009, sur tout le territoire octobre 2009.	oui	100%

Source : CHIPS

[1467] **Par ailleurs, la mission constate que le taux d'encaissement direct en régie qui permet de réduire les délais et de garantir un paiement immédiat est encore très faible (10%) et surtout n'a pas augmenté entre 2005 et 2009.**

Tableau 127 : Taux d'encaissement direct entre 2005 et 2009

### Taux d'encaissement direct

RI	2005	2006	2007	2008	2009
Titre 2	12 847 510	16 336 110	16 135 291	18 668 120	18 418 281
% recouvrement direct / T2	10,51%	6,13%	8,09%	6,62%	10,16%

*N.B. : 2005-2006-2007 : Logiciel Hexagone ; 2008 : Logiciel GAM ; 2009 : Logiciel Pastel*

*2006 : augmentation des tarifs journaliers de prestations.*

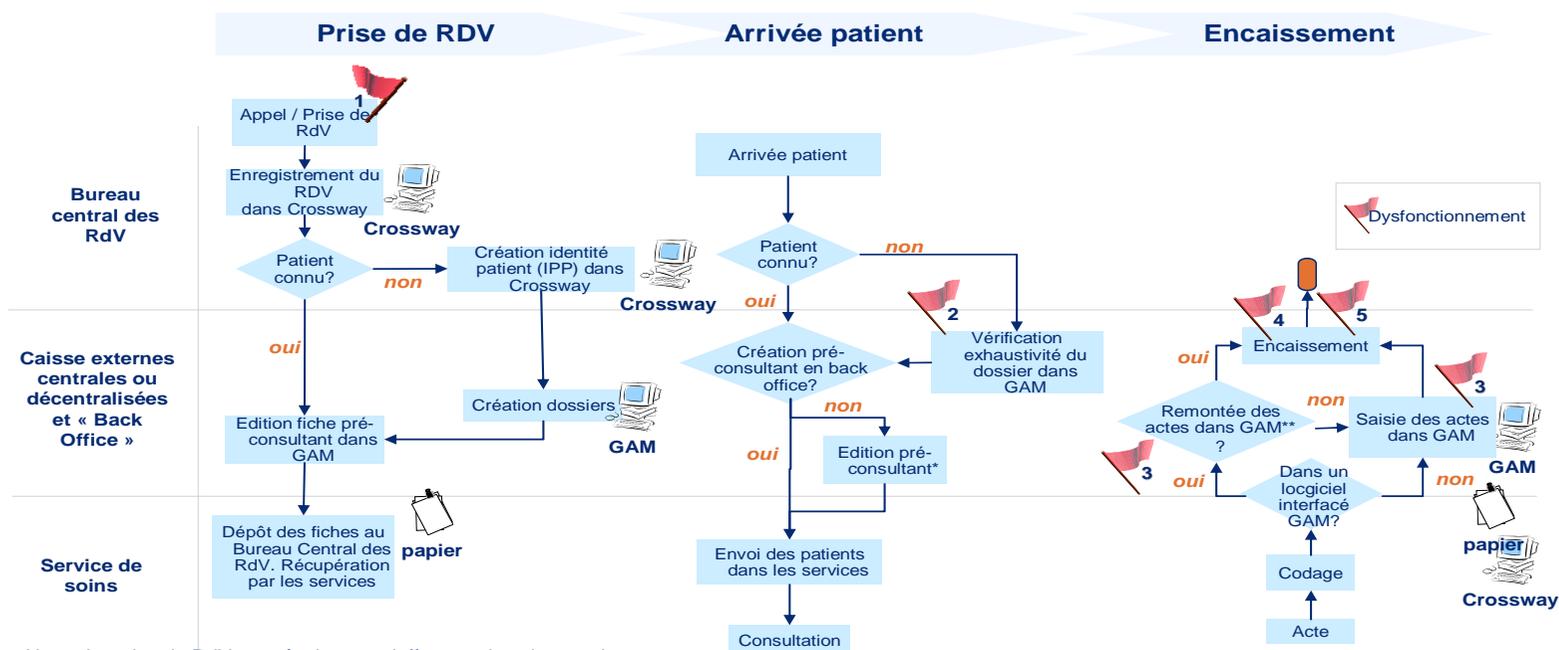
*Source : Données CHIPS*

**Recommandation n°83 : Coder et facturer au fil de l'eau afin d'éviter les opérations de rattrapage de fin d'année qui ne permettent pas un suivi infra annuel optimal et la prise de mesures correctrices éventuelles sur les recettes et en parallèle sur les dépenses.**

**Recommandation n°84 : Poursuivre les objectifs du chantier MEAH et améliorer le taux d'encaissement direct en régie.**

### Annexe 8/ PJ 8-1 Processus facturation avant le 1<sup>er</sup> janvier 2009

La lourdeur du parcours patient est couplée à la complexité du processus de facturation (1/2)



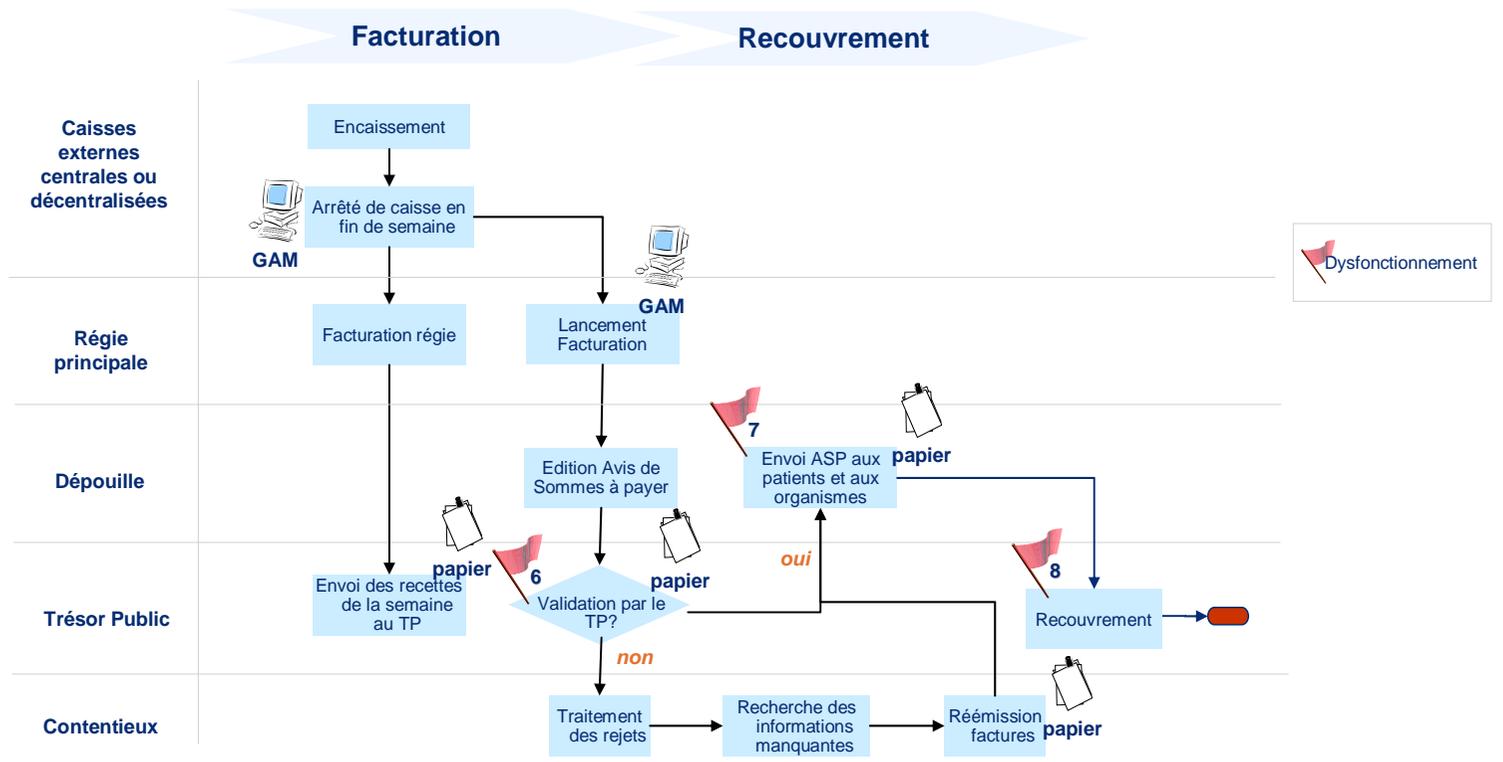
Note : La prise de RdV peut également s'effectuer dans les services

\* Dépendant du service

\*\*Problématiques d'interface (AlphaS / Xplore)

iii Codage Facturation Valorisation

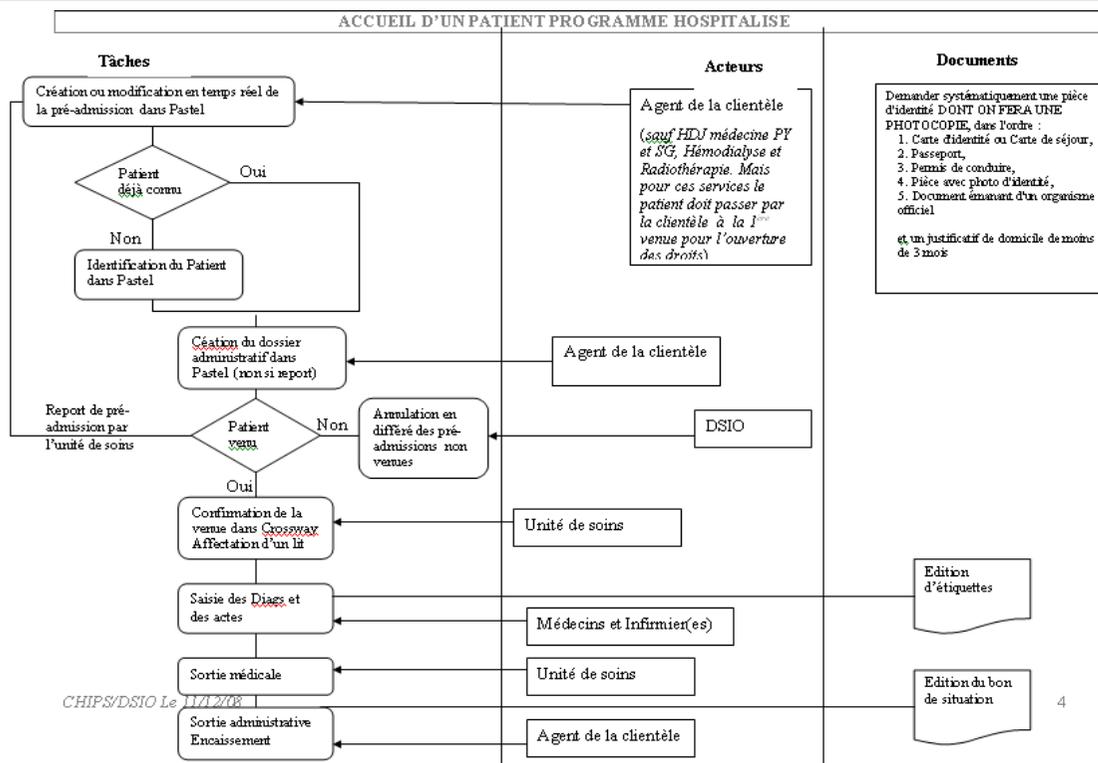
## La lourdeur du parcours patient est couplée à la complexité du processus de facturation (2/2)



### Annexe 8/ PJ 8-.2 : processus de facturation à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2009

#### Procédure 1: Optimisation du parcours patient : Hospitalisations

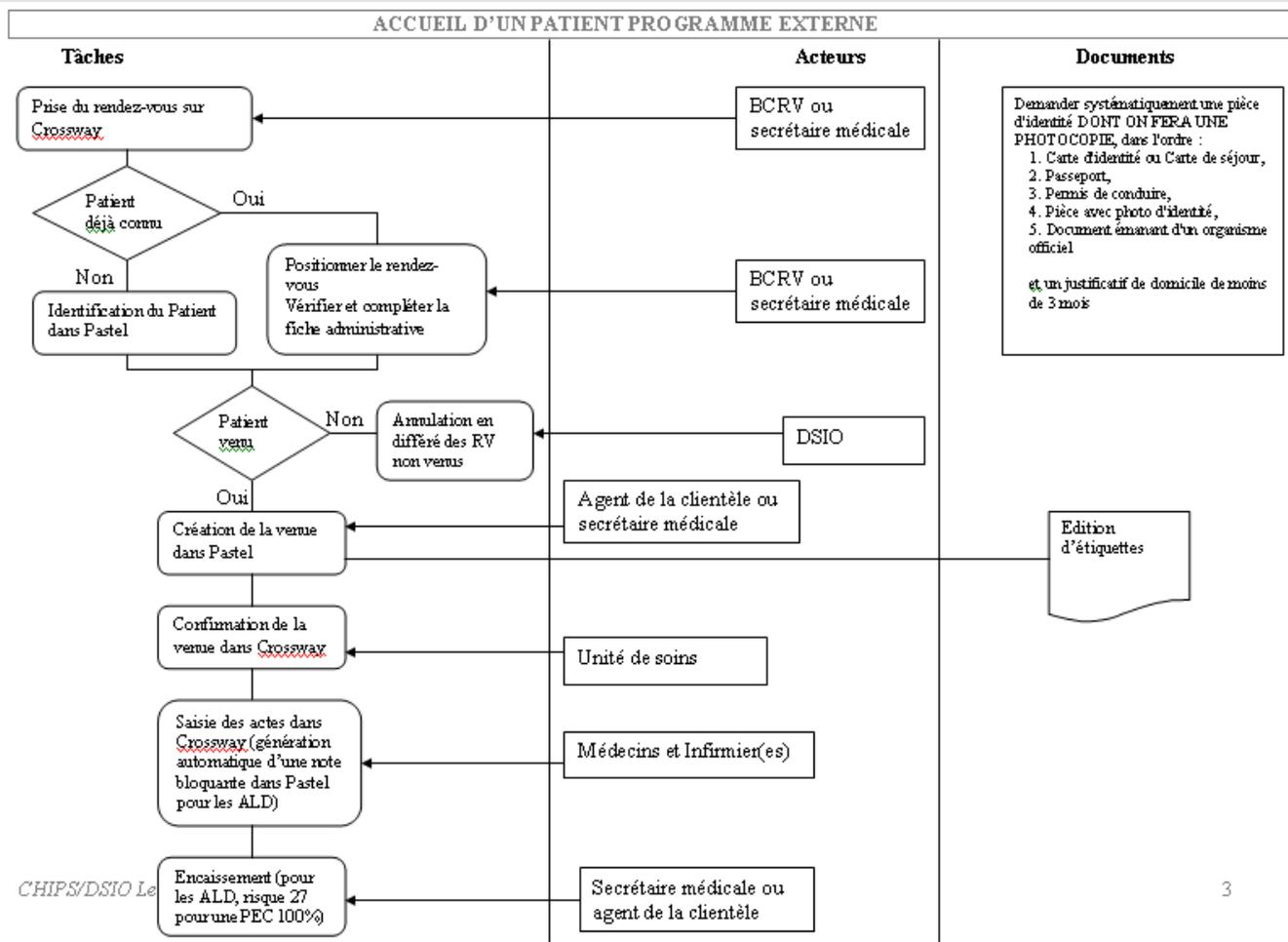
Date  
04/02/09



CHIPS/DSIO Le 11/1/2008

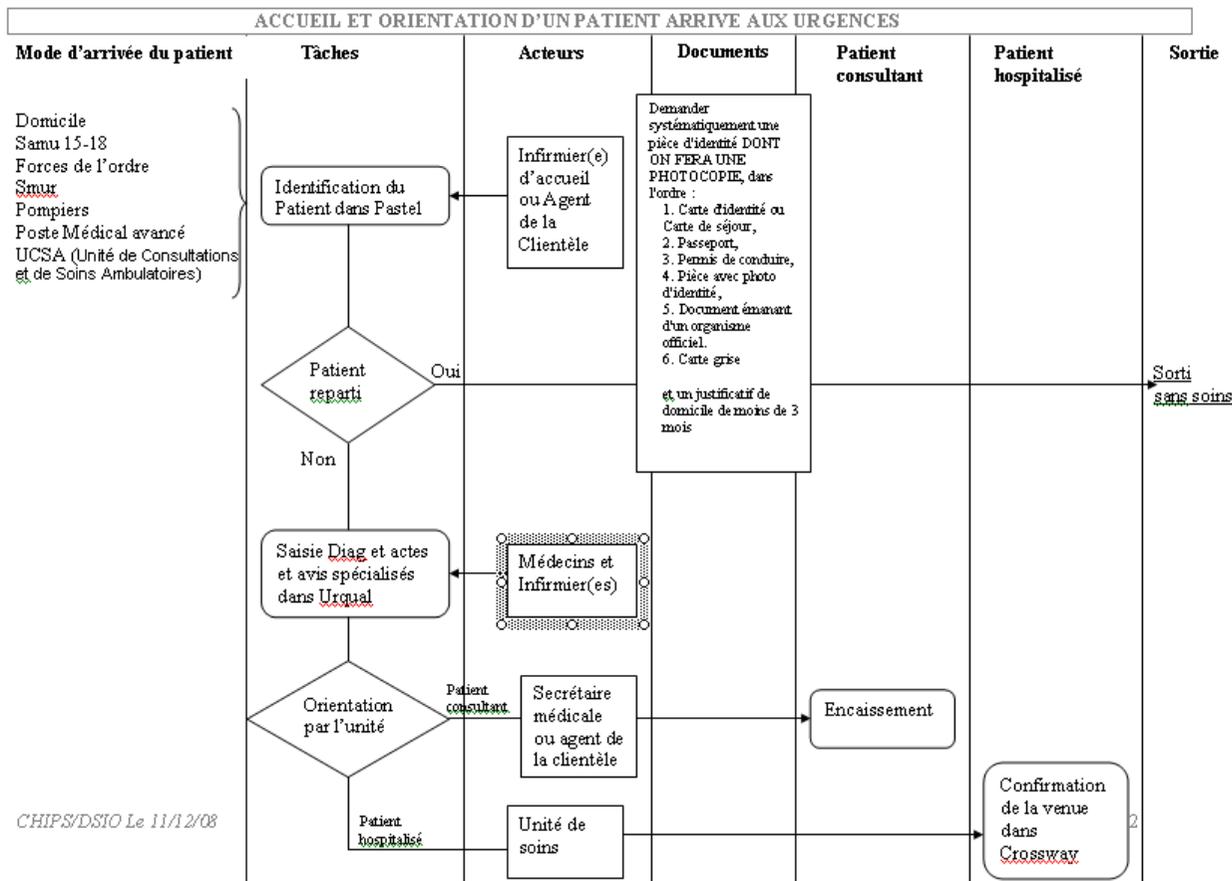
## Procédure 1: Optimisation du parcours patient : Consultations et actes externes

**Date**  
**04/02/09**



### Procédure 1: Optimisation du parcours patient : Urgences

Date  
04/02/09





## Annexe 8/ PJ 8-3 : Tableau de bord facturation 2009

C.H.I. Poissy Saint-Germain-en-Laye  
 Direction de la Clientèle  
 Joséphine ROMANO

N° 32  
 17/02/2010  
 Journée Complémentaire 5 ( JC 5)

N° 31  
 28/01/2010  
 ( JC 4)

## FACTURATION / SUIVI DES DOSSIERS

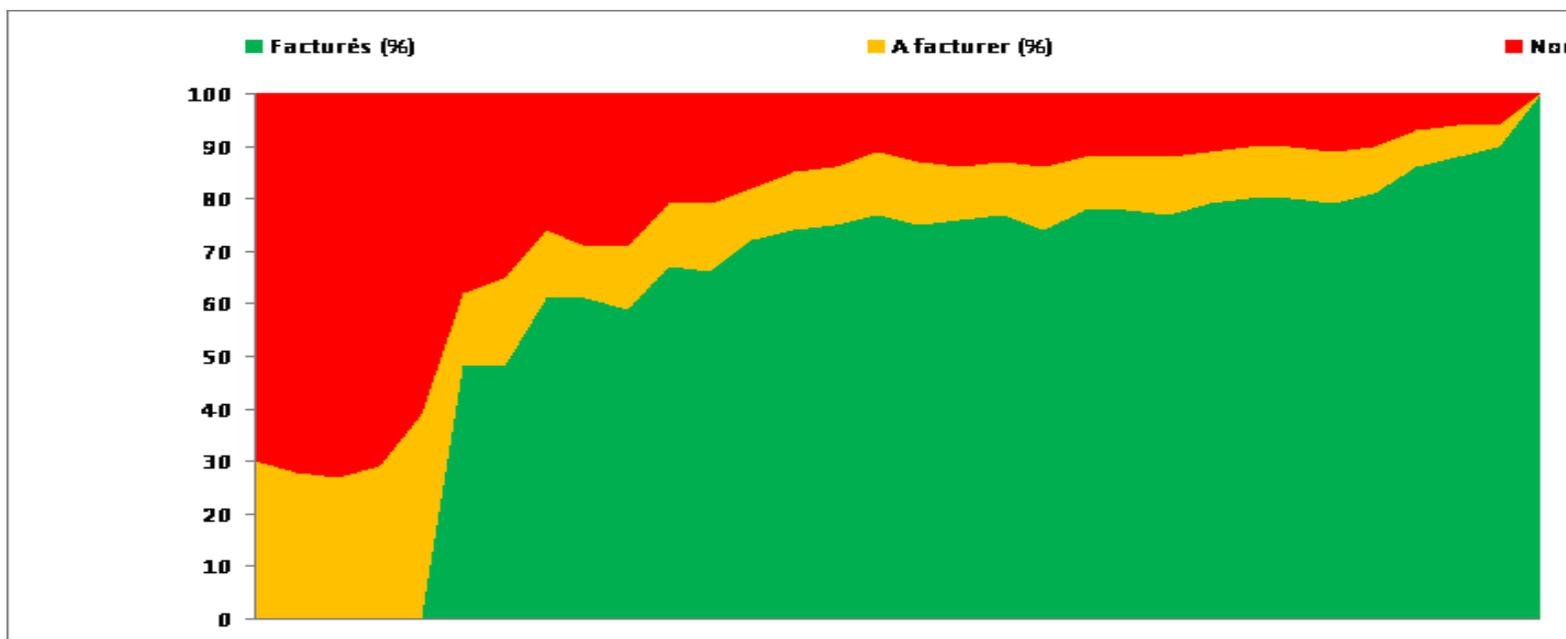
En cumul pour 2009		Total		Total	
		Nbre	Ratio Nbre/T (%)	Nbre	ECART SEMAINE ANT.
Non facturables (NF) Dossiers incomplets	Hospitalisation	0	0,0%	3 194	-3 194
	dont séances	0		88	
	Consultation	0	0,0%	13 186	-13 186
Total NF		0	0%	16 380	-16 380
A facturer (AF) Dossiers complets	Hospitalisation	0	0,0%	1 892	-1 892
	dont séances	0		87	
	Consultation	0	0,0%	6	- 6
Total AF		0	0%	1 898	-1 898
Facturés (F) (inclus régie)	Hospitalisation	52 517	100,0%	47 424	5 093
	dont séances	1 791		1 609	
	Consultation	307 898	100,0%	294 691	13 207
Total AF		360 415	100%	342 115	18 300

Total (T=NF+AF+F)	Hospitalisation	52 517	100%	52 510	7
	dont séances	1 791		661	
	Consultation	307 898	100%	307 883	15
Total Général		360 415	100%	360 393	22

TG	50 726	1 791	307 898		
RAF	0	0	0	RAF	
FACTURABLES	0	0	0	AF	DONNEE
NON FACTU	0	0	0	NF	RAF (-) AF
FACTURES	50 726	1 791	307 898	F	TG (-) RAF

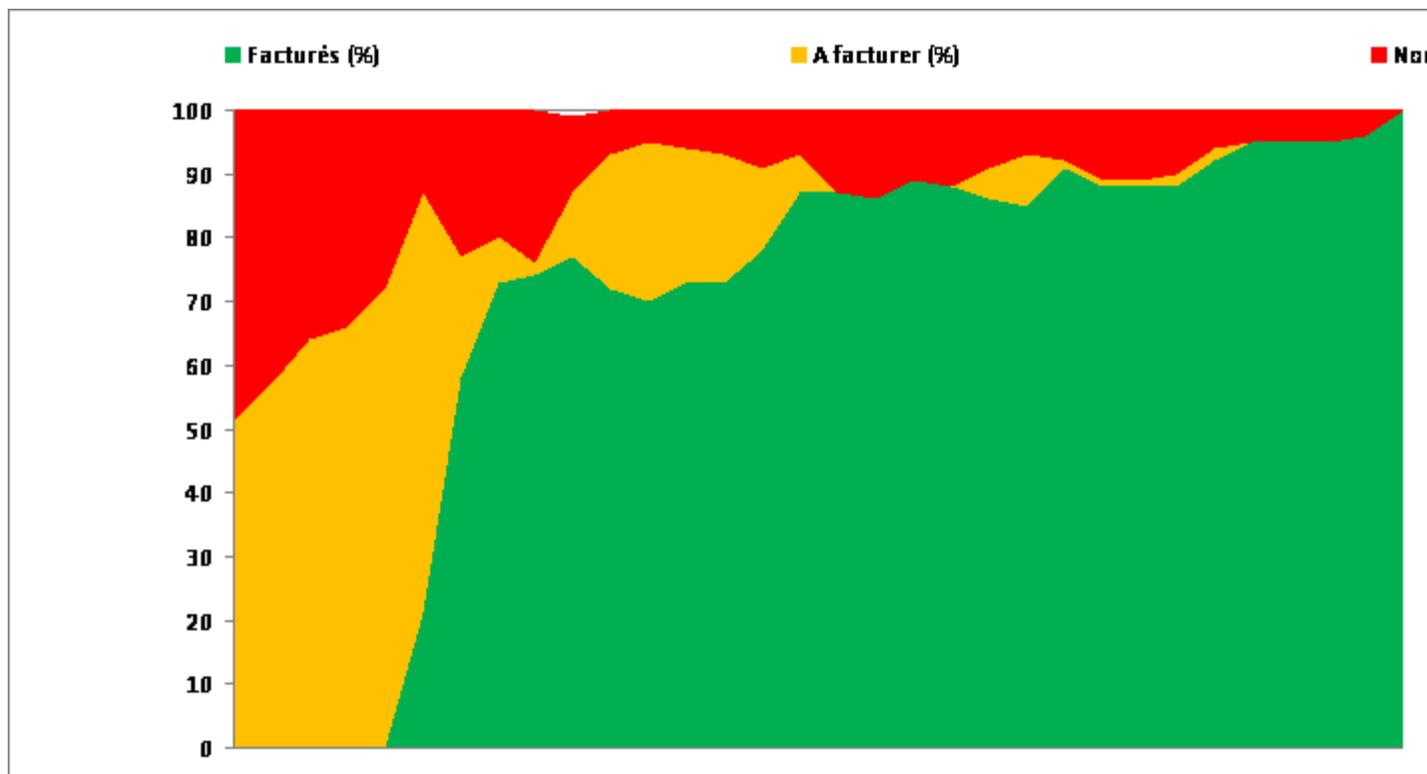
LISTE DES FACTURES RESTANT A TRAITER NORMES B2 507 Résultats au 28/01/2010

### SUIVI DE LA FACTURATION EN HOPITALISATION



	S12	S13	S14	S16	S17	S21	S22	S23	S24	S25	S28	S29	S31	S32	S32	S37	S38	S39	S40	S 42	S 43	S44	S46	S48	S50	S51	S52	S JC1	SJC2	SJC3	SCJ4	SCJ5
Facturés (%)						48	48	61	61	59	67	66	72	74	75	77	75	76	77	74	78	78	77	79	80	80	79	81	86	88	90	100
A facturer (%)	30	28	27	29	39	14	17	13	10	12	12	13	10	11	11	12	12	10	10	12	10	10	11	10	10	10	10	9	7	6	4	0
Non facturables (%)	70	72	73	71	61	38	35	26	29	29	21	21	18	15	14	11	13	14	13	14	12	12	11	10	10	11	10	7	6	6	0	

## SUIVI DE LA FACTURATION EN CONSULTATION



	S12	S13	S14	S16	S17	S21	S22	S23	S24	S25	S28	S29	S31	S32	S32	S37	S38	S39	S40	S42	S43	S44	S46	S48	S50	S51	S52	S J C1	S J C2	S J C3	S J C4	S J C5
Facturés (%)						21	58	73	74	77	72	70	73	73	78	87	87	86	89	88	86	85	91	88	88	88	92	95	95	95	96	100
A facturer (%)	51	57	64	66	72	66	19	7	2	10	21	25	21	20	13	6	0	0	0	0	5	8	1	1	1	2	2	0	0	0	0	
Non facturables (%)	49	43	36	34	28	13	23	20	24	12	7	5	6	7	9	7	13	14	11	12	9	7	8	11	11	10	6	5	5	5	4	0

## Annexe 9 : Système d'information et informatique

[1468] La présente annexe présente les constats et recommandations relatives au système d'information de l'hôpital et à sa gestion ainsi qu'à la gestion de la DSIO.

### **1. UNE COUVERTURE FONCTIONNELLE QUI N'A PAS PROGRESSED EN DEPIT D'UN SYSTEME D'INFORMATION DONT LA RECONFIGURATION IMPORTANTE N'EST PAS TERMINEE**

[1469] Le système d'information de l'établissement a subi de nombreux bouleversements entre 2005 et 2009 sans que la couverture fonctionnelle ait sensiblement augmenté. Sa reconfiguration et sa sécurisation juridique ne sont pas terminés.

#### ***1.1. Un système d'information constitué avant 2005 sans cohérence globale sur la base de nombreux marchés sans mise en concurrence***

[1470] Pour cette période nous appuyons nos observations sur les entretiens et la liste des marchés portant sur les années 1998-2009 qui nous a été remise par la DSIO.

##### **1.1.1. Une constitution sans cohérence globale sur la base d'une politique d'achat très critiquable**

[1471] Lors de la fusion des deux sites, en 1998 pour l'informatique, il n'est pas établi de schéma directeur informatique, « *faute de temps* » selon [REDACTED] DSIO de Saint Germain qui devient celui du CHIPS. Le temps ne sera pas trouvé pendant les six années suivantes, puisque l'élaboration d'un schéma directeur ne sera entreprise qu'en 2005, à la demande de la tutelle.

[1472] Le budget informatique est toujours selon [REDACTED] « *maintenu constant* ». Le choix est fait de mettre en place la filière SYMPHONIE, pour la gestion administrative et le logiciel CROSSWAY pour le dossier patient. Il n'existe aucune communication entre les deux systèmes.

[1473] Des logiciels médicaux et médicaux techniques sont acquis sans souci de cohérence globale et de communication entre eux ou vers d'autres produits.

[1474] Pendant la période 1998-2005 (inclus) la politique d'achat du CHIPS a été marquée par trois caractéristiques principales :

- La passation d'un marché global avec un prestataire unique pour tous les achats de matériels et de logiciels et le refinancement de ce marché auprès d'un crédit bailleur ;
- Des choix de logiciels médicaux et médico-techniques faits très souvent sans mise en concurrence ;
- Une filière administrative stable et ancienne (paie notamment) qui n'a pas été remise en concurrence.

[1475] Cette période se marque par une très grande stabilité des fournisseurs.

[1476] En 2004, l'établissement suit l'évolution de la filière SYMPHONIE et passe aux produits de la société AGFA. Dès ce moment de grandes difficultés sont rencontrées pour faire communiquer la gestion administrative des malades avec le logiciel de dossier patient CROSSWAY.

### 1.1.2. Des matériels et progiciels acquis auprès d'un fournisseur quasi-exclusif et financés par crédit-bail

[1477] L'essentiel des matériels et progiciels est acquis auprès d'une société, UNIVERSAL LEASING qui, entre 1998 et 2006 remporte systématiquement les appels d'offres, sauf pour quelques prestations, liées le plus souvent à des matériels destinés à des applications spécifiques.

Tableau 128 : Liste des marchés passés avec la société UNIVERSAL LEASING

n° marché	date	Objet
152/1998	18/05/1998	Equipements bureautiques
168/1998	25/06/1998	Equipements informatiques pour services administratifs et médicaux.
202/1999	16/04/1999	Équipements informatiques + gestion du parc informatique (SOPHIE)
239/1999	20/09/1999	Gestion dossier patient SYMPHONIE ( services de soins)
244/1999	20/10/1999	Remplacement équipements du logiciel DIAMM (gynécologie)
251/2000	22/09/2000	Équipements bureautiques 2000
154/2001	24/04/2001	Équipements informatiques imagerie radio
198/2001	17/09/2001	Équipements bureautiques 2001
19/2002	19/12/2001	Acquisition et financement de matériels et logiciels bureautique pour les services médicaux
172/2002	ND	Acquisition et financement de matériels et logiciels bureautiques
641/2003	ND	Annule et remplace marché 232/2002 (Fournisseur à dépôt de bilan)
688/2003		Acquisition et financement de matériels et logiciels bureautiques
763/2003		Acquisition et financement de matériels et logiciels bureautiques
241/2004		Acquisition et financement de matériels et logiciels bureautiques
290/2004		Acquisition et financement de matériels et logiciels bureautiques
180/2005		Acquisition et financement de matériels et logiciels bureautiques + éléments actifs réseau +licences Lotus, CWay et Lisia
116/2006	06/03/2006	Marché à bons de commande : fournitures matériels, logiciels et services

Source : *Etat des marchés fournis par la DSIO ND non disponible*

[1478] On peut s'interroger sur l'opportunité du recours à ce type de marché. En effet s'il s'agit de trouver un prestataire capable de fournir un ensemble très vaste de matériels et de logiciels il existe déjà un acheteur public en mesure de le faire, l'UGAP. Par ailleurs, la mise en concurrence est faussée car les cahiers des charges spécifient des produits de marque ou qui ont un fournisseur exclusif.

[1479] Ce mode d'acquisition a pour effet de rendre « invisibles » les fournisseurs primaires du CHIPS ; UNIVERSAL LEASING n'est qu'un intermédiaire dont les factures n'apparaissent même pas en comptabilité puisque le CHIPS ne paye que leur refinancement. Dans ce mode d'organisation le CHIPS ne peut faire une analyse de ses fournisseurs en utilisant son logiciel économique et financier. Ces achats sont aussi soumis à un contrôle interne très allégé puisque la liquidation ne concerne que le paiement au crédit-bailleur et non la facture du fournisseur du matériel qui est financé.

[1480] Ce choix peut aussi s'expliquer par l'utilisation du crédit-bail pour financer ces marchés.

Tableau 129 : Montant des marchés de financement passés pendant l'exercice

1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Total
645 784,48	1 905 003,22	548 110,73	921 610,73	1 089 418,51	482 956,40	920 603,35	6 513 487,42

Source : *Etat des marchés 1998-2009*

[1481] Sur la période le résultat des appels d'offres pour le financement des achats d'équipement conduit à une répartition par fournisseurs dans laquelle un prestataire est dominant la société AUXIFIP.

Tableau 130 : Répartition des marchés de financement par fournisseur 1998-2004

	Nombre marchés	Montant	%
<b>AUXIFIP</b>	28	4 248 694,28	65%
<b>BAIL ECUREUIL</b>	2	143 929,22	2%
<b>BNP PARIBAS</b>	2	882 642,05	14%
<b>DEXIA</b>	1	460 376,00	7%
<b>ECONOCOM</b>	7	686 559,35	11%
<b>LOCABAIL</b>	1	91 286,52	1%
<b>Total</b>	41	6 513 487,42	

Source : *IGAS d'après Etat des marchés 1998-2009*

### 1.1.3. Marchés filière administrative

[1482] Pour les progiciels administratifs pendant la période le CHIPS dispose des logiciels de la filière SYMPHONIE (y compris de la gestion des malades) et de la paie du CRIH de Tours. Il n'a pas modifié cette configuration. Il ne fait pas l'acquisition de produits significatifs en dehors de la filière.

Tableau 131 : Marchés filière administrative

Date	Marché	Procédure	Fournisseur	Objet
1999			ESPAS	Logiciel self Saint Germain
2000	234/2000	AO	CRIH Tours	Paye
2001			SYMPHONIE	Remplacement filière Symphonie
2003		Négocié	SYMPHONIE on line	Maintenance Hexagone

Source : *Etat des marchés 1998-2009*

### 1.1.4. L'achat des logiciels médicaux et médico-techniques

[1483] On trouve une référence à l'acquisition de Crossway avec un appel d'offres de 1999 dans la liste des marchés. L'audit de la société ADS Conseil, en 2005, fait état de l'existence d'un logiciel de PMSI avant 2001(CASTOR), de l'arrivée de Crossway fin 2001 pour des fonctionnalités de dossier médical (comptes rendus, rendez vous actes), de la mise en place du module groupage fin 2003 et de la « boîte à lettre » (contrôle des anomalies) en 2004.

Tableau 132 : Historique choix éditeurs au CHIPS

	Avant 2001	2001-2002	2003	2004
<b>Logiciel administratif gestion malades</b>	Symphonie 1	Symphonie 1	Hexagone/ Symphonie 1	Hexagone/ Symphonie 1
<b>Logiciel médical (CR, RDV)/PMSI</b>	/Castor	CrossWay/Castor	CrossWay/Castor	Crossway/Crossway

Source : *Rapport ADS Conseil*

[1484] L'audit pointe aussi l'adjonction de logiciels spécialisés avec une intégration mal maîtrisée (URQUAL urgences, ALPHAS laboratoire, DIAMM maternité). S'y ajoutent des solutions « locales » non intégrées que le document fourni ne recense pas. La DSIO en chiffre aujourd'hui le nombre à huit.

[1485] La liste des marchés fournie montre que, parmi les autres acquisitions dans ce domaine, de nombreuses se font sans mise en concurrence auprès d'un nombre de fournisseurs restreints.

Tableau 133 : Principaux logiciels médicaux et médicaux technique achetés

Date	Marché	Procédure	Fournisseur	Objet
1998	64/1998	Négocié sans mise en concurrence	I2S Santé	Développement connexion laboratoires
1998	ND	Sans mise en concurrence	OLSY	Licences logiciels XPLORE service radiologie
1998		Sans mise en concurrence	I2S Santé	Installation gestion laboratoire ANAPATH
1999		ND	ND	DAO GMAO Installation XPLORE radio V5
1999	AO		ICSF	Mise en œuvre du dossier patient
2001	90/2001	Négocié sans mise en concurrence	ISS Santé	Mise à niveau et développement ALPHA S et labos
2001	91/2001 58/2001 59/2001	Négociés avec mise en concurrence	ISS Santé SEPSI MEDIATEC	Fusion des bases des trois laboratoires
2001	153/2001	Négocié sans mise en concurrence	EDL	Fusion bases radio des deux sites

Source : *Exploitation IGAS liste marchés informatique du CHIPS*

[1486] Dès cette époque le CHIPS connaît des difficultés dans le rapprochement des données administratives et médicales. Ainsi on constate une baisse de l'activité enregistrée entre 2003 (CASTOR) et 2004 (CROSSWAY) et l'établissement subit un retrait de sa dotation budgétaire de 2,7 M€ en 2004.

Tableau 134 : Ecart entrées directes totales Hexagone et RUM validés DRASS

	2003	2004
Entrées directes totales Hexagone	56 600	57 600
Activité PMSI validée DRASS (RUMs)	53 120	51 176
Ecart	3 480	6 424

Source : *Rapport ADS Conseil*

[1487] Les mesures prises permettront de réduire ce retrait à 1,7 M€ des retraitements manuels sont faits par comparaison de listings entre le DIM et la direction de la clientèle. La mise en œuvre de la « boîte aux lettres » permettra d'améliorer le processus. Puis, c'est le début d'un processus, qui se répètera. L'établissement est incapable de faire travailler ensemble ses propres services (clientèle, DIM, DSIO), de gérer la prestation des éditeurs de logiciel, et d'assurer la coordination des différentes parties prenantes il fait donc appel à un consultant pour faire fonctionner la facturation.

**1.2. L'élaboration d'un schéma informatique en 2005 est le prémisses de changements qui ne permettront pas [REDACTED] de remédier aux multiples faiblesses de sa gestion antérieure**

[1488] Le schéma directeur élaboré tardivement commence à être mis en œuvre sous la direction de M. BUISSON qui laisse, à son départ, une situation médiocre.

[1489] L'élaboration d'un schéma directeur du système d'information est entamée sur recommandation de la DRASS et non par initiative interne. L'étude est lancée en mars 2005, le document est validé par le conseil d'administration en novembre 2005. Il couvre la période 2006-2010.

**1.2.1. Le bilan fait en 2005 montre clairement les graves faiblesses de la gestion antérieure [REDACTED]**

[1490] Le préambule signé de [REDACTED] « Directeur Général » (sic) tente de « mettre en perspective » en reprenant des critiques majeures précédées de l'expression « comme de nombreux établissements », pourtant le constat dressé est réaliste.

[1491] Il montre en premier lieu les faiblesses en matière de système d'information de la période antérieure. Il fait aussi apparaître que, dès 2005, la direction de l'établissement est parfaitement consciente de difficultés qui ne feront que s'aggraver par la suite. On peut regretter qu'il ne comporte pas une description du système d'information existant et de la couverture fonctionnelle.

[1492] Les extraits portant sur les principaux domaines du système d'information figurent en pièce jointe à l'annexe. Ils sont éclairant sur la situation dégradée de l'établissement au moment de ce constat et sur les résultats de la gestion antérieure.

[1493] Pour ce qui est de la DSIO le constat est aussi sans appel (*La fusion des deux établissements n'a pas réellement pris corps au niveau du service informatique qui est resté au stade de deux équipes, chacune associée aux exigences de chacun des deux sites au détriment d'une cohésion d'action optimale au service d'un système d'information commun*).

**1.2.2. Le schéma directeur élaboré est ambitieux**

[1494] Le document est assez lourd (même s'il ne consacre qu'une page aux projets dont la description est faite en annexe), il est peu lisible (le fait qu'il commence par les aspects les plus techniques n'est pas très « marketing ») et fait mal passer les aspects importants, étant assez largement un catalogue de constats puis de projets.

[1495] Il comporte un macro-planning clair (hors projets techniques informatiques qui ne sont planifiés que dans l'annexe) et des prévisions budgétaires précises. Les modalités organisationnelles de pilotage et de conduite de projet sont classiques mais pertinentes. La part qui leur est consacrée est bien le témoignage des déficiences de l'établissement sur ce point.

[1496] On notera que le SDSI précise en caractère gras « *une orientation est donnée pour revisiter la gestion de l'axe patient en étudiant les conditions de la mise en place d'une solution progiciel « mono éditeur » de la société McKesson (éditeur du dossier médical) intégrant les dimensions administratives et médicales de la prise en charge du patient* ». Il est explicitement prévu une action non-conforme au CMP.

#### 1.2.2.1. Des projets nombreux avec un planning ambitieux

[1497] Les projets au nombre de 37 sont regroupés en trois types projets métiers (25), projets fonctionnels (6) et projets techniques (6). Même si le schéma affiche un horizon 2012 il couvre pour l'essentiel la période 2006-2009. 17 projets métier sur 25 être mis en œuvre en 2006 et 2007.

Tableau 135 : Année d'échéance des projets métiers

	2006	2007	2008	2009	Total
<b>SI administratif et RH</b>		3	1		4
<b>SI patients</b>	2	4	4	3	13
<b>Autres domaines</b>	2	6			8
<b>Total</b>	4	13	5	3	25

Source : SDSI

#### 1.2.3. Il sera suivi jusqu'au départ de [REDACTED]

[1498] Le projet est en pratique lancé en mars 2006 ; il fait l'objet d'un suivi formalisé et de présentations jusqu'au départ de M. [REDACTED]. Ce suivi n'est pas maintenu par le directeur intérimaire, il n'est pas repris par M. [REDACTED] à son arrivée.

Tableau 136 : Réunions des COPIL et dates présentation CME

Date	Instance
9/3/06	Présentation CME
17/3/06	COFIL
16/6/06	COFIL
26/6/06	COFIL
6/10/06	COFIL
22/11/06	Présentation CME
7/12/06	COFIL
9/2/07	COFIL
30/3/07	COFIL
22/5/07	Présentation CME
27/6/07	Réunion chefs de projet axe patient

Source : Comptes rendus fournis par le CHIPS

[1499] L'examen des comptes rendus de réunion montre un suivi administratif classique. On constate dans les comptes rendus, l'abandon rapide d'un grand nombre de projets, la focalisation sur les problèmes de cohérence des données médicales et de la gestion administrative des patients, le lancement d'un projet important : la gestion du circuit du médicament.

[1500] Le respect des plannings commence sur une mauvaise base : le document daté du 1/12/05 prévoit des tâches au dernier trimestre 2005, pourtant le COPIL de lancement a lieu en mars 2006. La planification des fiches projets est indicative, car donnée le plus souvent en trimestres et semestres dans les fiches projet. Toutefois il est joint un planning détaillé (diagramme de GANTT) qui comporte des dates précises, dont les principales sont reprises dans le SDSI.

[1501] **En 2006**, les projets purement informatiques de mise à niveau du réseau et des postes de travail client léger Citrix sont lancés. Les marchés sont passés pour le circuit du médicament et la stérilisation, la gestion du temps travaillé non médical. La migration de la gestion administrative des malades vers GAM de McKesson envisagée n'est pas retenue, car l'audit réalisé par cette société n'apparaissait pas convaincant et les visites et contacts avec des sites utilisant ces logiciels ont montré des difficultés à les faire communiquer. L'établissement décide de lancer le projet de déploiement de Crossway dans les unités médicales, de réaliser les mouvements dans CW et de l'installer aux consultations externes. Le DRH opposé, dès le début à la mise en œuvre rapide du changement de logiciel de paye, obtiendra, in fine, et en dépit de décisions intermédiaires contraires sa non mise en œuvre.

Tableau 137 : Réunion schéma directeur

Date réunion	Décisions
17/3/06	Avancement gestion du circuit médicament, chimiothérapie stérilisation six mois Décalage un an gestion paie en local Mise en œuvre système communication hertzien inter-site repoussé à 2007 Dissociation gestion du temps médical et non médical
26/6/06	Discussion sur l'axe patient McKesson ADS Conseil fait remarquer que non-conforme aux règles marché public et conduite de projet
6/10/06	Décision de ne pas retenir la GAM McKesson et réétudier les possibilités d'un meilleur interfacage avec Agfa
	Examen de l'étude de faisabilité et décision de mettre en œuvre la paie Hexagone au 1/1/07
	Décision rendre AO GTT infructueux
7/12/06	Il ne convient plus que de planifier la paye en local
30/03/7	Mise en place commission de gestion de l'information

Source : Comptes rendus réunion comité de pilotage

Tableau 138 : Bilan 2006 au comité de pilotage de février 2007

Projet	Bilan
Evolution du système du système d'information administratif : audit de notre utilisation des logiciels GREF et GRH par Agfa et préconisations de formation et/ou paramétrage	repoussé : affiner le besoin
Gestion du temps travaillé Personnels médicaux	repoussé, en attente du guide du temps médical
Gestion du dossier médical et des soins Remarque : Permet la rationalisation et la sécurisation de la production des soins, au recueil de l'activité et contribue à la préparation du dossier médical partagé	repoussé, groupe constitué début 2007
Gestion Activité de la radiologie	groupe en cours de constitution sur le complément au dispositif existant et étude spécifique besoin images dans les services réalisé à partir de mi-mars
Gestion des réclamations Patient	repoussé 2007 (2nd semestre)
Gestion du service Central Course	repoussé, à prévoir sur 2007
Gestion de la commande et de la production des	repoussé, réunion de lancement 18/01/2007, objectif

repas	lancement de la consultation fin mars 2007
Gestion de la dotation en linge et de la production de la lingerie	repoussé, car attente de précisions du groupe gestion du linge pour définition exacte du besoin
Utilisation de l'Internet	repoussé 2007, groupe de travail en cours de constitution avec représentants syndicaux
Mise en place d'un Intranet - développement du travail collectif en réseau	repoussé, prévu en 2007 par la mise en place d'un portail commun

Source : *Compte rendu comité de pilotage*

[1502] Quelques éléments précis méritent par ailleurs d'être notés.

[1503] Le caractère irrégulier d'un éventuel passage sans mise en concurrence à la gestion des malades de Mc Kesson est pointé par le conseil de l'établissement. Ainsi le compte rendu de la réunion du comité de pilotage du 26/6/06 comporte le développement suivant : « *ADS constate que :*

- *l'offre se situe hors contexte de la réglementation des Marché Publics (concurrence, transparence, publicité) ;*
- *elle n'est pas encadrée par un cahier des charges (contrat entre parties) ;*
- *elle ne respecte pas la méthodologie de conduite de projet informatique (groupe de travail, étude des fonctionnalités, conduite du changement,...) »*

[1504] « [ ] fait remarquer que cette offre a été réalisée à la suite d'un audit demandé par l'Etablissement sur la faisabilité de migration de l'axe patient dans notre environnement actuel. Aucun cahier des charges n'a donc été réalisé et la méthodologie mise en place est tout autre et difficilement comparable au cadre réglementaire régi par le code des marchés publics ».

[1505] Les réunions montrent l'incapacité de la direction à obtenir un réel consensus sur les objectifs et un travail en commun organisé sur le dossier du patient. Il transparait un jeu de relation à trois entre le DIM la DSIO et la direction des finances et de la clientèle. Des objections sur le contour même du projet ou sur son manque d'ambition sont régulièrement formulées qui masquent mal l'incapacité collective à le faire avancer.

[1506] Ainsi lors de la réunion du 23/12/06 réunion comité de pilotage le [ ] remet en cause la totalité stratégie du dossier patient et déclare « *qu'il est indispensable de prendre en compte le processus d'acquisition et de partage des images au sein du dossier médical avant tout déploiement de ce dossier. Tant que cette dimension globale du dossier patient n'est pas actée dans le schéma directeur il est impossible de considérer un projet et son organisation pour le déploiement du dossier patient* ». Le DSIO fait valoir que « *le schéma directeur, validé par les instances, avait rejeté la mise en œuvre d'un système de stockage et de traitement de l'image médicale au profit d'une série de projets dont la pertinence avait été jugée plus importante* ». Le directeur décide « *de suspendre l'ensemble des projets du schéma directeur et de mettre en œuvre une nouvelle étude visant à revoir les conditions techniques et fonctionnelles de ce dernier* ».

[1507] Le [ ] reviendra sur sa position au comité de pilotage du 7/12/06 tout en disant que ce n'était pas un préalable, car le groupe de travail réuni a conclu qu'il ne « *fallait pas retenir le principe du déploiement de l'image comme un préalable au déploiement du dossier patient* ». Le comité de pilotage décide alors de relancer le déploiement de CW. Signe de difficultés persistantes et du fait que le DIM ne fédère pas la communauté médicale le groupe de travail sur le dossier médical prévu n'a pas inclus l'obstétrique (qui utilisent déjà les produits DIAMM et ASTRAIA). Un groupe de travail spécifique à cette spécialité est prévu alors que l'évolution des produits existants aurait du être traitée dans le groupe de travail sur le dossier médical.

- [1508] De même des sujets aussi techniques qu'une définition harmonisée et commune à toutes les applications de la structure de l'établissement donnent lieu à des débats sans action et sans mise en œuvre.
- [1509] Ainsi au CP du 30/3/07 « Le [REDACTED] indique également les difficultés rencontrées dans le paramétrage des structures. Par exemple, la plupart des libellés d'U.F. sont différents dans Hexagone et CrossWay. M. Buisson souligne que le responsable du fichier structures est le binôme J.Romano + D.Patte dans notre hôpital et il trouve qu'il est anormal de constater ces divergences. Le Dr Patte précise qu'il s'agit d'un problème de manipulation par la clientèle au niveau des libellés qui entraîne des incidences sur la structure Hexagone [REDACTED] propose une méthodologie différente : le binôme [REDACTED] + [REDACTED] décide une modification de structure. Cette modification est assurée par une seule et même personne dans les différents logiciels concernés à savoir : Crossway, Hexagone Stratege.S, Hexagone Elite.S, Urqual. reste à désigner cette personne. M.Buisson propose qu'en effet Mc Kesson nous aide dans la mise en place de ce déploiement à travers d'une proposition de maîtrise d'œuvre. Le paramétrage serait alors fait par des consultants Mc Kesson sur ordre d'un groupe de référents de l'établissement ». Le directeur est incapable de trancher un conflit de compétence interne pour désigner un responsable et confie cette tâche à un prestataire alors qu'il s'agit d'abord d'un sujet qui relève de l'établissement.
- [1510] **En 2007** le départ de M. BUISSON conduit à l'abandon d'un pilotage par la direction et les projets avancent, dans la mesure où leurs participants peuvent le faire sans management global.

#### 1.2.4. Des résultats médiocres au départ de [REDACTED]

- [1511] Les entretiens sont unanimes sur le peu d'intérêt de [REDACTED] pour le système d'information et pour l'informatique. A son départ, la couverture fonctionnelle est correcte mais elle est assurée par des logiciels acquis par briques, sans que la communication entre eux n'ait été prévue. Les impacts sur le système d'information des réformes hospitalières n'ont pas été anticipés, c'est en particulier le cas pour la mise en place de la CCAM et de la T2A.
- [1512] Les problèmes de transferts de données entre les logiciels sont persistants. Ils sont, pour l'essentiel, analysés en termes d'interfaces entre logiciels et notamment entre le logiciel de gestion des malades et celui du dossier patient, sans que les sujets organisationnels qui expliquent une large part des difficultés et sont visibles au travers des comptes rendus soient effectivement traités.
- [1513] Avant son départ [REDACTED] n'aura réglé aucun des problèmes d'interfaces entre gestion du dossier patient et gestion administrative des malades, alors même que le sujet a un impact financier avec le passage à la T2A, puisque les ressources de l'hôpital deviennent dépendantes de sa tarification.
- [1514] Le schéma directeur n'aura pas été une réelle relance car il aura réellement fait avancer très peu de projet d'informatisation. Entre 2005 et 2007, la couverture fonctionnelle a été très peu modifiée et par des applications mineures.

Tableau 139 : Comparaison des applications en exploitation au 31/12/05 et au 31/12/07

	31/12/2005		31/12/2007	
Fonction	Application	Editeur	Application	Editeur
Gestion des RH	Action.S	Agfa	Action.S	Agfa
Gestion éco. Finances	Elite.S	Agfa	Elite.s	Agfa
Dossier patient	GAP-Crossway	AGFA-Mc Kesson	GAP-Crossway	AGFA-Mc Kesson
Dossier Urgences	Urqual	Mc Kesson	Urqual	Mc Kesson
<b>Lantis Facturation</b>			<b>Lantis</b>	<b>Siemens</b>
Laboratoire	Alpha.S	Medasys	Alpha.S	Medasys
Archive labo	DX Bio ach	Medasys	DX Bio ach	Medasys
Centre de transfusion	Hemovigi	Inlog	Hemovigi	Inlog
Gestion dossiers psychiatriques	Lisia	Agfa	Lisia	Agfa
Gestion dossiers maternité	Diamm	Micro6	Diamm	Micro7
Gestion dossiers formation continue	Gesform	ANFH	Gesform	ANFH
Réservation bloc	Resabloc	Harois	Resabloc	Harois
Compte rendu cardiologie	Cardioreport	Cvx medical	Cardioreport	Cvx medical
Compte rendu endoscopie, Gastro, cardiologie	Nautilus	Ameline	Nautilus	Ameline
PMA	Medifirst	Medifirst	Medifirst	Medifirst
Suivi des échographie fœtales	Astraia	Astraia	Astraia	Astraia
Dossiers service imagerie	Xplore	EDL	Xplore	EDL
Dossier orthopédie	Antipen	Dr Blin	Antipen	Dr Blin
Dossier chir viscérale	Filemaker	Dr Etienne	Filemaker	Dr Etienne
Gestion commandes pharmacie	GRAF	AGFA	Pharma	Computer Engineering
Chimiothérapie	GRAF	AGFA	Chimio	Computer Engineering
<b>Stérilisation</b>			<b>Advance Ste</b>	<b>AdvanceMedical</b>
Gestion dossiers école infirmière	Winifsi - Winexam	CLPLOG	Winifsi - Winexam	CLPLOG
Gestion dossiers école anesthésie	Winiade	CLPLOG	Winiade	CLPLOG
Laboratoire Roche	Laboratoire Roche	Roche	Laboratoire Roche	Roche
Hémodialyse	Hemodialyse	Gambro	Hemodialyse	Gambro
<b>Gestion des marchés</b>			<b>Marco</b>	<b>Agyssoft</b>
<b>Gestion des marchés Pharmacie</b>			<b>Epicure</b>	<b>Pharmatic</b>
<b>Pharmacie</b>			<b>Cerbere</b>	<b>Pharmatic</b>
Service technique serrurerie	BlueControl	WinkHaus	BlueControl	WinkHaus
Services techniques	Gmao	GE Healthcare	Gmao	GE Healthcare
<b>Vidal</b>			<b>Vidal</b>	<b>VIDAL</b>
Anapath	Apix	Technidata	Apix	Technidata
Restaurant	Espaself	Espas	Espaself	Espas
Messagerie	Lotus notes domino	IBM	Lotus notes domino	IBM
<b>consultation image SG (extranet)</b>	x	X	<b>Horizon Mi view</b>	<b>Mckesson</b>
<b>consultation image POISSY (extranet)</b>	x	X	<b>Horizon Mi view</b>	<b>Mckesson</b>
Outil d'inventaire du parc informatique	x	X	Landesk	Landesk
Gestion hotline informatique et parc	X	X	Hotware Helpdesk	Hotware

Source : Document CHIPS établi à la demande de la mission

### 1.3. *Un passage irrégulier au plan des marchés à la gestion administrative des malades de McKESSON décidé en 2007 par le directeur intérimaire et mis en œuvre en 2008*

- [1515] La seule trace de la période d'intérim dont nous avons eu connaissance est la décision de changer le logiciel de gestion des malades.
- [1516] Les difficultés de mobilisation des données des logiciels métiers dans lesquels sont saisies les données d'activité et la facturation n'étant pas résolues l'établissement s'oriente vers une solution organisationnelle et technique.
- [1517] Le DIM s'est vu confier le leadership sur le sujet, les tâches et les effectifs destinés à assurer la disponibilité des données nécessaires à la facturation. L'établissement a pris l'option de faire du logiciel Crossway le logiciel « maître » de l'acquisition des données venant des services nécessaires à la facturation.
- [1518] La direction de la clientèle, visiblement dépassée, et la DSIO qui joue le rôle de bouc émissaire les difficultés étant toujours imputées à des problèmes techniques d'interface, accepteront sans difficulté de se trouver en seconde ligne sur ce sujet.
- [1519] Cette organisation ne permettant pas de résoudre les difficultés l'établissement revient à l'idée d'une solution mono-éditeur, que [REDACTED] indique avoir proposée. Cela conduit à la décision prise en 2007, par M. [REDACTED] (signataire du marché), qui assure l'intérim, et mise en œuvre en 2008, de confier la gestion administrative des patients à la société McKesson.
- [1520] Ce passage est fait dans des conditions irrégulières au plan des marchés publics : en premier lieu, il n'est pas licite de souhaiter une solution « mono-éditeur » (il aurait été licite, par contre, de demander des offres prouvant l'intégration des produits), en second lieu, car il n'a jamais été envisagé de remettre en cause le choix de Crossway ce qui conduit lui donner un avantage susceptible de constituer un avantage injustifié à son fournisseur (cf. infra).

**Réponse de [REDACTED] :** *Le système informatique existant à l'époque au Centre Hospitalier Poissy-Saint Germain, tel qu'il résulte du rapport de présentation du marché négocié sans mise en concurrence préalable n°390/2007 ne fonctionnait pas et constituait un handicap sévère pour le fonctionnement de l'établissement et en particulier de la facturation et ses activités. Des informations stratégiques de fonctionnement étaient perdues malgré le travail important réalisé pour les personnels du Centre Hospitalier (DIM, services financiers etc...). La situation de communication des logiciels provenant des différents éditeurs est un problème majeur que rencontrent tous les établissements dans la mesure où les compatibilités ne sont jamais totalement présentes même lorsqu'elles sont promises ou assurées par les différents concepteurs. Lorsque les difficultés apparaissent inmanquablement, les industriels concernés s'accusent mutuellement rendant impossible toute résolution des problèmes, c'était le cas à Poissy-St Germain. Cette situation incite du fait les établissements à s'orienter vers une solution mono-éditeur. « voir pièces jointes N°1 et N°2)*

**Observation de la mission :** *En droit il n'est pas justifiable de ne pas mettre en concurrence dès lors que cela est possible. Or 1) il existait des offres mono-éditeurs autres que celle de Mc Kesson 2) il existait des solutions multi éditeurs, dès lors il appartenait au directeur de mettre en concurrence et d'apprécier leur valeur technique. Observation maintenue.*

- [1521] On notera qu'à la même période le CHIPS prévoit en fait de faire aussi migrer au 1/1/2009 sa gestion économique et financière vers le produit de la société McKesson (cf. compte rendu activité DSIO 2007).

[1522] Enfin cette opération n'est pas financée : l'essentiel des « compensations » prévues étant la non acquisition d'autocommutateurs prévue pour bien plus tard dans la période.

**Réponse de [REDACTED] :** *La remarque concernant le financement est valable pour tous les achats de l'établissement, compte tenu de sa situation financière. J'avais demandé pour ne pas aggraver le déficit que le financement se traduise par la suppression d'autres dépenses prévisionnelles (non acquisition d'autocommutateur) ce qui à ma connaissance été réalisé.*

**Observation de la mission :** *La réponse ne conduit pas à modifier l'observation ; supprimer des dépenses supplémentaires prévues pour des exercices ultérieurs n'est pas une mesure d'économie réelle.*

Tableau 140 : Présentation par le CHIPS du « financement » du passage à la gestion administrative des malades de McKesson

Opération	Montant
<u>D) investissement - C218/321</u>	
1/ marché Mc Kesson	
licences - installation - assistance à conduite de projet	362 756,37 €
Formations	97 479,92 €
maintenance annuelle (à partir de 2009)	55 780,91 €
Montant total marché	516 017,20 €
2/ Acquisition du serveur GAM en cluster (sécurisation haut niveau du système)	200 000,00 €
demi-interface (radio - labos - gynéco)	60 000,00 €
Total de l'opération	776 017,20 €
<u>II) montage financier - sous-coûts réalisés.</u>	
non remplacement de l'autocom prévu dans le SDSI (accord du Directeur des Travaux)	- 400 000,00 €
assistance à maîtrise d'ouvrage prévue dans le SDSI	- 200 000,00 €
La DSIO s'engage à en assurer la plus grande partie à hauteur de 200 000 €	
récupération des formations du SDSI qui ne seront pas réalisées en 2007	- 25 000,00 €
Arrêt de la maintenance d'Hexagone	- 55 780,91 €
Total des sous-coûts	- 680 780,91 €
Reste à financer	95 236,29 €

Source : *Compte rendu comité de projet*

#### **1.4. La gestion de [REDACTED] est marquée par le double changement du logiciel de gestion administrative des malades et par l'adhésion au MIPIH pour la filière administrative**

[1523] Il ne nous a été fourni aucun élément formalisé (programme de travail, note de service, compte rendu de réunion de direction ou autre) permettant de savoir si [REDACTED] a défini une stratégie autre que trois points clairement visibles et confirmés par les entretiens: nommer un responsable compétent, répondre positivement aux demandes de budget supplémentaire, changer de fournisseur pour la gestion administrative.

[1524] Les entretiens montrent que, lors de la décision de la mise en place de GAM, au 1er janvier 2008, il a été décidé de ne plus lancer de nouveaux projets simplement la poursuite des projets en cours. La décision de refonte complète de l'axe administratif a renforcé cette mise en sommeil des autres projets. Par exemple, le projet dossier de soins et circuit du médicament a été repoussé plusieurs fois, suite au changement du logiciel couvrant le volet administratif du dossier du patient.

[1525] Le suivi du schéma directeur n'est pas repris et il n'est pas remplacé par un suivi formalisé d'un plan de travail, même simple, et des projets en cours.

#### 1.4.1. Le passage de la filière administrative à la solution du MIPIH décidée en 2008 et mise en œuvre en 2009

[1526] Confronté à un blocage de la facturation début 2008, du aux grandes difficultés dans la mise en place de la solution de gestion administrative des malades, l'établissement décide de passer l'ensemble de ses logiciels administratifs vers la solution intégrée proposée par le MIPIH pour une mise en œuvre au 1/1/2009. Elle se traduit par une lettre du directeur du 9/6/2008 à McKesson l'informant de sa décision d'arrêter d'utiliser le logiciel GAM au 31/12/08 et de résilier le marché 2007/390.

[1527] Cette décision, a priori, est aujourd'hui présentée dans certains entretiens comme confortée par le sujet de la paie. En 2008, le prestataire de paie le CRIH de Tours annonce qu'il bascule au 1/1/09 le logiciel GRAPH2 vers le nouveau produit MCK PH, Graph2 ne sera plus maintenu en 2010/2011. MCK PH n'a pas d'interface avec Action S et le marché se termine au 31/12/2008. On peut s'étonner que la DSIO « apprenne » cela en 2008 et que l'établissement n'ait pas anticipé d'autant que le remplacement de GRAPH2 était un des projets du SDSI.

[1528] La décision d'adhérer au MIPIH est présentée au conseil d'administration du 24 juin 2008. La motivation de cette adhésion est présentée comme suit « *L'intérêt de cette adhésion tient à la mise en place, dans un délai court, des applications (pour janvier 2009) et du système de pilotage* » ; la motivation est succincte et aurait utilement pu s'accompagner d'un point de situation de l'informatique de l'établissement.

#### 1.4.2. La couverture fonctionnelle n'a pratiquement pas évolué

[1529] Entre le 31/12/07 et le 31/12/09 la couverture fonctionnelle n'a pratiquement pas évolué. Le tableau sous estime toutefois les évolutions car il n'indique pas le passage pour la gestion administrative des malades à GAM de McKesson au 1/1/2008 puis à PASTEL du Mipih au 1/1/2009.

Tableau 141 : Comparaison des applications en exploitation 2007-2009

31/12/2007		31/12/2009	
Application	Editeur	Applications	Editeur
Action.S	Agfa	Agirh	Mipih
Elite.s	Agfa	eMagh2	Mipih
GAP-Crossway	AGFA-Mc Kesson	Pastel - Crossway – Recettes Diverses – Business Object - CGA	Mipih/Mc Kesson
Urqual	Mc Kesson	Urqual	Mc Kesson
x	X	Cloverleaf	Mc Kesson
x	X	Cloverleaf	Mipih
Lantis	Siemens	Lantis	Siemens
Alpha.S	Medasys	Alpha-S - Alphanet	Medasys
DX Bio ach	Medasys	DX Bio ach	Medasys
		DxLab	Medasys
Hemovigi	Inlog	Hemovigi	Inlog
Lisia	Agfa	Lisia	Agfa
Diamm	Micro7	Diamm	Micro6
Gesform	ANFH	Gesform	ANFH

resabloc	Harois	resabloc	Harois
Cardioreport	Cvx medical	Cardioreport	Cvx medical
Nautilus	Ameline	Nautilus	Ameline
Medifirst	Medifirst	Medifirst	Medifirst
Astraia	Astraia	Astraia	Astraia
Xplore	EDL	Xplore	EDL
Antipen	Dr Blin	Antipen	Dr Blin
Filemaker	Dr Etienne	Filemaker	Dr Etienne
Pharma	Computer Engineering	Pharma	Computer Engineering
Chimio	Computer Engineering	Chimio	Computer Engineering
Advance Ste	AdvanceMedical	Advance Ste	AdvanceMedical
Winifsi - Winexam	CLPLOG	Winifsi - Winexam	CLPLOG
Winiade	CLPLOG	Winiade	CLPLOG
Laboratoire Roche	Roche	Laboratoire Roche	Roche
Hemodialyse	Gambro	Hemodialyse	Gambro
Marco	Agyssoft	Marco	Agyssoft
x	X	AchatPublic.com	AchatPublic.com
Epicure	Pharmatic	Epicure	Pharmatic
Cerbere	Pharmatic	Cerbere	Pharmatic
BlueControl	WinkHaus	BlueControl	WinkHaus
x	X	Isotoools	Sydis
Gmao	GE Healthcare	Gmao	GE Healthcare
x	X	Chimed	Val-Solutions
Vidal	VIDAL	Vidal	VIDAL
Apix	Technidata	Apix	Technidata
Espaself	Espas	Espaself	Espas
Lotus notes domino	IBM	Lotus notes domino	IBM
x	X	pmsi	Pmsilot
x	X	Qlick View	Maya
Horizon Mi view	Mckesson	Horizon Mi view	Mckesson
Horizon Mi view	Mckesson	Horizon Mi view	Mckesson
x	X	PACS	EDL
x	X	PACS	EDL
x	X	BlueKango	BlueKango
Landesk	Landesk	Landesk	Landesk
Hotware Helpdesk	Hotware	Hotware Helpdesk	Hotware

Source : CHIPS

[1530] On note toutefois l'acquisition d'outils d'administration et d'intégration du système d'information ainsi que d'outils de pilotage.

## 1.5. Le bilan global de la période 2005-2009

### 1.5.1. L'évolution de la couverture fonctionnelle

[1531] La couverture fonctionnelle a peu augmenté. Les changements de logiciels ont été fréquents mais pas pour couvrir des besoins nouveaux. On constate, au sein des fonctions non médicales, une sous informatisation de la logistique très forte.

Tableau 142 : Comparaison des applications en exploitation 2005-2007-2009

	31/12/2005		31/12/2007		31/12/2009	
Fonction	Application	Editeur	Application	Editeur	Applications	Editeur
Gestion des RH	Action.S	Agfa	Action.S	Agfa	Agirh	Mipih
Gestion éco. Finances	Elite.S	Agfa	Elite.s	Agfa	eMagh2	Mipih
Dossier patient administratif/médical	GAP-Crossway	AGFA-Mc Kesson	GAP-Crossway	AGFA-Mc Kesson	Pastel - Crossway - Recettes Diverses - Business Object - CGA	Mipih/Mc Kesson
Dossier Urgences	Urqual	Mc Kesson	Urqual	Mc Kesson	Urqual	Mc Kesson
Echanges inter-applicatifs Crossway	x	x	X	x	Cloverleaf	Mc Kesson
Echanges inter-applicatifs Mipih	x	x	X	x	Cloverleaf	Mipih
Echange Urqual- pastel	x	x	X	x	Urqual	Mc Kesson
Lantis Facturation	x	x	Lantis	Siemens	Lantis	Siemens
Laboratoire	Alpha.S	Medasys	Alpha.S	Medasys	Alpha-S - Alphanet	Medasys
Archive labo	DX Bio ach	Medasys	DX Bio ach	Medasys	DX Bio ach	Medasys
Laboratoire					DxLab	Medasys
Centre de transfusion	Hemovigi	Inlog	Hemovigi	Inlog	Hemovigi	Inlog
Gestion dossiers psychiatriques	Lisia	Agfa	Lisia	Agfa	Lisia	Agfa
Gestion dossiers maternité	Diamm	Micro6	Diamm	Micro7	Diamm	Micro6
Gestion dossiers formation continue	Gesform	ANFH	Gesform	ANFH	Gesform	ANFH
Réservation bloc	resabloc	Harois	resabloc	Harois	Resabloc	Harois
Compte rendu cardiologie	Cardioreport	Cvx medical	Cardioreport	Cvx medical	Cardioreport	Cvx medical
Compte rendu endoscopie,gastro, cardiologie	Nautilus	Ameline	Nautilus	Ameline	Nautilus	Ameline
PMA (Procréation Médicalement Assistée)	Medifirst	Medifirst	Medifirst	Medifirst	Medifirst	Medifirst
Suivi des échographie fœtales	Astraia	Astraia	Astraia	Astraia	Astraia	Astraia
Dossiers service imagerie	Xplore	EDL	Xplore	EDL	Xplore	EDL
Dossier orthopédie	Antipen	Dr Blin	Antipen	Dr Blin	Antipen	Dr Blin
Dossier chir viscérale	Filemaker	Dr Etienne	Filemaker	Dr Etienne	Filemaker	Dr Etienne
Gestion commandes pharmacie	GRAF	AGFA	Pharma	Computer Engineering	Pharma	Computer Engineering
Chimiothérapie	GRAF	AGFA	Chimio	Computer Engineering	Chimio	Computer Engineering
Stérilisation	x	x	Advance Ste	AdvanceMedical	Advance Ste	AdvanceMedical
Gestion dossiers école infirmière	Winifsi - Winexam	CLPLOG	Winifsi - Winexam	CLPLOG	Winifsi - Winexam	CLPLOG
Gestion dossiers école anesthésie	Winiade	CLPLOG	Winiade	CLPLOG	Winiade	CLPLOG
Laboratoire Roche	Laboratoire Roche	Roche	Laboratoire Roche	Roche	Laboratoire Roche	Roche
Hémodialyse	Hemodialyse	Gambro	Hemodialyse	Gambro	Hemodialyse	Gambro
Gestion des marchés	x	x	Marco	Agyssoft	Marco	Agyssoft

Plateforme de dématérialisation des marchés	x	x	X	x	AchatPublic.com	AchatPublic.com
Gestion des marchés Pharmacie	x	x	Epicure	Pharmatic	Epicure	Pharmatic
Pharmacie	x	x	Cerbere	Pharmatic	Cerbere	Pharmatic
Service technique serrurerie	BlueControl	WinkHaus	BlueControl	WinkHaus	BlueControl	WinkHaus
Intranet	x	x	X	x	Isotools	Sysdis
Services techniques	Gmao	GE Healthcare	Gmao	GE Healthcare	Gmao	GE Healthcare
Médecine du travail	x	x	X	x	Chimed	Val-Solutions
Vidal	x	x	Vidal	VIDAL	Vidal	VIDAL
Anapath	Apix	Technidata	Apix	Technidata	Apix	Technidata
Restaurant	Espaself	Espas	Espaself	Espas	Espaself	Espas
Messagerie	Lotus notes domino	IBM	Lotus notes domino	IBM	Lotus notes domino	IBM
Pmsi pilot	x	x	X	x	Pmsi	Pmsilot
QlickView (outil de requêtage)	x	x	X	x	Qlick View	Maya
consultation image SG (extranet)	x	x	Horizon Mi view	Mckesson	Horizon Mi view	Mckesson
consultation image POISSY (extranet)	x	x	Horizon Mi view	Mckesson	Horizon Mi view	Mckesson
Mini pacs	x	x	X	x	PACS	EDL
Mini pacs	x	x	X	x	PACS	EDL
Gestion des risques et événements indésirables	x	x	X	x	BlueKango	BlueKango
Outil d'inventaire du parc informatique	x	x	Landesk	Landesk	Landesk	Landesk
Gestion hotline informatique et parc	x	x	Hotware Helpdesk	Hotware	Hotware Helpdesk	Hotware

Source : CHIPS

### 1.5.2. La mise en œuvre des projets

[1532] Un document de bilan a été établi par le CHIPS. Le bilan global est très mitigé, moins d'un quart des projets sont en production, 20% sont en cours, un quart sont toujours prévus mais non planifiés et près d'un tiers ont été abandonnés. S'agissant des projets techniques, la moitié ont été réalisés et l'autre abandonnée.

Tableau 143 : Bilan global des projets du SDSI au 31/12/2009

		Projets métiers et fonctionnels	%	Projets techniques	Total
Démarré	système en production	7	23%	4	13
Sites pilotes	système en production sur un périmètre restreint de services	1	3%		11
En cours	projet en cours de définition, ou en phase de préparation au déploiement	7	23%		6
Repoussé	projet toujours prévu dans la stratégie mais non planifié	7	23%		7
Annulé	projet tel que décrit dans le SDSI ne fait plus partie de la stratégie SI de l'établissement	9	29%	4	9
Total		31	100%	8	39

Source : CHIPS

[1533] Les projets abandonnés couvrent des pans entiers du système d'information, en particulier la logistique de l'établissement, et y figure la ré-informatisation des urgences. Si on y ajoute les projets repoussés, c'est-à-dire non planifiés au 31/12/2009, la restriction des ambitions a été très forte.

Tableau 144 : Projets métiers abandonnés

Projets abandonnés	Mise en place de la paie en local
	Système d'Information Patient – Gestion de l'activité des Urgences
	Gestion de l'activité du SSIAD
	Gestion de la Qualité
	Système d'Information de la Logistique - Gestion de la dotation en linge et de la production de la blanchisserie
	Système d'Information de la Logistique - Gestion de l'activité de « Central Courses »
	Gestion de l'archivage
	Gestion de la bibliothèque et du fond documentaire
	Evolution du système d'information administratif
Projets repoussés	Système d'Information Patient – Gestion de l'activité médicale de Psychiatrie
	Gestion de la relation "Ville - Hôpital"
	Gestion des réclamations patients
	Système d'Information des Services Techniques – Gestion du patrimoine et des interventions – Gestion de la sécurité en réseau
	Système d'Information de la Logistique – Gestion de la Restauration
	Gestion du temps travaillé, des plannings et des temps médicaux
Système d'Information Patient – Projet global	

Source : DSIO CHIPS

[1534] Les projets métiers mis en œuvre sont, pour l'essentiel, des projets techniques qui ne nécessitent pas une implication des utilisateurs. La seule exception est le dossier commun du patient dont la mise en œuvre est réelle mais partielle : l'extension de Crossway n'assure pas un dossier commun au patient sur le même support dans l'ensemble de l'établissement.

Tableau 145 : Projets métiers réalisés du schéma directeur

Projet	Date de fin Prévisionnelle SDSI	Date de mise en œuvre	Ecart	Commentaires
Gestion des vigilances sanitaires et risques hospitaliers – Gestion de l'épidémiologie	30/06/2006	01/06/2008	1,9	
Intégration des applications	31/07/2008	01/01/2008	-0,6	mise en place de l'EAI cloverleaf
Développement de la gestion de l'information et de l'aide à la décision	30/06/2009	01/03/2008	-1,3	mise en place de PMSI Pilot, QlickView, BO
Echanges de données avec les partenaires	30/01/09	01/1/2009	0	poursuite de travaux avec la plateforme Enovacom, puis mise en place des échanges via le MIPIH (1/01/2009)
Mise en place d'un Intranet - développement du travail collaboratif en réseau	31/12/2007	01/11/2008	0,8	

Construction Animation d'un site WEB pour l'Etablissement	31/12/2007	01/01/2006	-2,0	poursuite des travaux avec la société 2eXvia en particulier sur l'accessibilité
Système d'Information Patient Dossier Médical Commun du Patient	28/02/2007	01/01/2008	0,8	extension de Crossway à l'ensemble des consultations externes pour la gestion des rendez-vous et la saisie des actes, saisie des mouvements dans Crossway

Source : CHIPS

[1535] Le projet de gestion du temps de travail non médical est exemplaire des difficultés rencontrés par le CHIPS : délais de mise en œuvre importants, « gel » du projet lors du changement de DRH, remise en cause lors de sa reprise. La décision de prendre le produit Agile Time proposé par le MIPIH a conduit à la résiliation du marché antérieur après le paiement de 49.752 € de prestations dépensées en pure perte.

Tableau 146 : Chronologie du projet gestion du temps de travail non médical

Date	Etape
12/05	Validation du schéma directeur avec le projet GTT pour 2006
03/06	Constitution du groupe de travail réalisation du cahier des charges
07/06	Publication de l'AO
09/06	Ouverture des plis- analyse des offres avec le groupe
10/06	l'AO est déclaré infructueux en raison du coût trop important des offres qui dépassent le budget ; négociation avec les candidats qui ont précédemment candidatés
12/06	GFI est retenu car il a l'offre la mieux disante (couverture fonctionnelle + coût)
1er semestre 2007	Recueil des organisations de travail dans l'établissement et début des travaux avec GFI pour un démarrage services pilotes en janvier 2008.
09/2007	Mise en sommeil du projet par la Direction suite à la nécessité de revoir l'accord "temps de travail" pour la mise en place de l'outil et approche des élections des représentants du personnel.
03/2008	Changement du DRH
04/2009	Relance du projet par le nouveau DRH avec démonstration d'E.Gestor par GFI aux cadres de l'établissement (mais fin de validité du marché). Bilan de la réunion : l'application a mal vieilli et ne correspond plus du tout au besoin de l'hôpital.
05/2009	Choix d'Agile Time dans le cadre de l'adhésion au Mipih.
08/2009	Début du paramétrage d'Agiletime
01/2010	Démarrage sites pilotes

Source : CHIPS

[1536] Les projets en cours montrent bien les difficultés de gestion des projets dès lors qu'il faut mobiliser les utilisateurs. Les retards, à supposer que les délais affichés soient tenus sont importants.

Tableau 147 : Projets métiers en cours

	Date de fin prévue SDSI	Date de mise en œuvre prévisionnelle	Délai	Commentaires
Gestion de l'activité du SMUR	29/06/07	01/09/2010	3,2	le groupe de travail a avancé sur une description de son besoin, une consultation va être lancée pour répondre à minima en attendant l'aboutissement du projet régional
Gestion de l'activité des Blocs opératoires, de l'anesthésie et de la Réanimation, de l'Unité de Surveillance Continue et de la Stérilisation	28/12/07	01/09/2010	2,7	en cours de validation CCTP
Informatisation des dossiers médicaux de spécialité	27/06/08	01/09/2010	2,2	en cours de validation du CCTP obstétrique
Gestion du circuit médicament, des DMI et de la Chimiothérapie	31/03/08	22/02/2010	1,9	date de démarrage en site pilote au SMIT
Gestion de l'activité des Laboratoires	31/12/09	01/09/2010	0,7	projet en deux temps : 1) stabilisation Alpha.S, 2) changement d'outil
Système d'Information Patient - Dossier de Soins du Patient	31/12/08	22/02/2010	1,1	date de démarrage en site pilote au SMIT
Gestion de la radiologie	31/12/09	ND		

Source : CHIPS

[1537] S'agissant de la gestion de la radiologie, les actions concrètes se limitent à l'achat de licences Xplore supplémentaire après l'installation du mammographe, en 2007, et de la table à capteur plan en 2009, ainsi qu'à l'évolution des connecteurs suite aux changements du logiciel de gestion administrative du patient. Concernant le PACS le CHIPS a prévu d'adhérer au projet Région sans film, en tant que site pilote. Le choix de la solution vient d'être fait par le GCS, le CHIPS espère pouvoir démarrer avant l'été 2010.

### 1.5.3. Un budget consacré à l'informatique bien inférieur aux prévisions

[1538] Le SDSI planifie un budget retracé au tableau ci-dessous. Le document n'est pas limpide sur l'articulation des ces prévisions avec le budget existant ; il nous a été confirmé que la planification concerne le surcoût du schéma directeur.

[1539] Il prévoit des économies dont les principales sont sur la paye 140 K€ par an à partir de 2007, mais aussi les frais de téléphonie et des économies de coûts de maintenance des autocommutateurs (alors pourtant que leur remplacement n'est prévu qu'en 2010).

Tableau 148 : Prévission de dépenses du schéma directeur et dépenses réelles

	2006	2006	2007	2008	2009	2010
<b>Investissement</b>		2 908 300	2 354 000	2 079 400	528 600	1 146 000
<b>Fonctionnement</b>		18 200	4 000	16 100	201 000	201 000
<b>Sous total</b>		2 926 500	2 358 000	2 095 500	729 600	1 347 000
<b>Formations</b>		282 300	158 200	87 200	5 600	5 600
<b>Total</b>		3 208 800	2 516 200	2 182 700	735 200	1 352 600
<b>Informatique hors crédit bail selon liquidations</b>	575 555	1 749 763	1 854 424	1 854 424	2 231 702	
<b>Exécuté budget DSIO hors crédit bail selon DSIO document 1</b>	81 631	1 146 919	2 081 061	1 672 453	1 891 060	
<b>Exécuté budget DSIO hors crédit bail document 2</b>		813 043	809 901	496 797	838 875	

Source : IGAS d'après données CHIPS

[1540] En dépit des incertitudes sur le budget informatique, les données globales montrent que les sommes engagées ont été bien inférieures à ce qui était prévu ce qui est cohérent avec le bilan de la mise en œuvre des projets.

[1541] On notera, toutefois, que le DRH [REDACTED] a obtenu de ne pas mettre en œuvre le transfert de la paie, seul projet applicatif permettant de faire des économies pour des raisons de gestion qui n'apparaissent pas dirimantes au regard d'une économie potentielle chiffrée à 149K€ par an.

## **1.6. Un système d'information dont la composante médicale doit être revue entièrement et la composante logistique créée.**

### **1.6.1. Au sein de la gestion administrative une sous informatisation de la logistique**

[1542] Le CHIPS dispose, aujourd'hui, d'un système d'information classique pour ce qui est de la couverture fonctionnelle de la gestion administrative, sous réserve des aspects logistiques qui sont sous informatisés (les commandes des services au magasin ou pour les achats hors stock se font encore sous forme de bons papiers par exemple).

### **1.6.2. Une avancée tardive la refonte du fichier STRUCTURE**

[1543] Lors de la fusion l'établissement n'avait pas procédé à la modification du fichier décrivant la structure de l'établissement qui était en fait un « collage » des structures des deux établissements antérieurs. Par la suite, il a aussi pris comme parti de distinguer des UF d'activité et des UF d'affectations de moyens ce qui conduisait à une structure lourde d'une part, à de grandes difficultés dans le rapprochement des activités et des moyens, d'autre part.

[1544] Ce point a été mis en évidence à de multiples reprises dans les difficultés d'articulation entre logiciels dès lors qu'ils se référaient à des structures différentes.

[1545] La refonte n'a été entamée qu'en 2009 et n'est effective que depuis le 1/1/2010.

### 1.6.3. Une couverture fonctionnelle non stabilisée en raison de difficultés juridiques

- [1546] La gestion administrative (GRH et paie, Gestion économique et financière, gestion des malades) est fournie par le MIPIH et info gérée par lui. S'y ajoutent des modules non ou peu coordonnés comme la gestion de la formation continue, le produit n'est pas interfacé avec la GRH en ce sens qu'il ne permet pas l'accès depuis le logiciel de GRH
- [1547] Les achats et toutes les fonctions logistiques, y compris les travaux, sont très faiblement informatisés, l'hôpital a acquis deux progiciels différents d'élaboration des marchés avec deux produits différents l'un pour la pharmacie l'autre utilisé par le seuil biomédical. La direction des achats n'utilise aucun des deux.
- [1548] Les logiciels destinés aux services de soins de caractère général (dossier du patient et PMSI) sont fournis par la société McKesson. Son produit Crossway est l'interface entre le système d'information lié aux soins et la partie facturation du système d'information administrative.
- [1549] Les logiciels des services médicaux qui disposent d'applications spécialisés et les logiciels médico-techniques sont souvent de fourniture ancienne et leur renouvellement est en cours avec des difficultés de mise en œuvre.
- [1550] Les logiciels existants sont toutefois fragilisés par l'absence de base juridique pour les dépenses qui y sont consacrées de sorte que des mises en concurrence devront être lancées pour y remédier. à moins que le CHIPS puisse avoir là aussi recours à l'offre du MIPIH.
- [1551] A la date des investigations le CHI a décidé (sur la base mail DSIO du 27/1/2010 c'est-à-dire pendant les investigations de l'IGAS) de repousser la mise en place de la version 3 de Crossway « *compte tenu de l'ampleur de l'enveloppe financière à dégager, du manque de visibilité sur la fiabilité de cette solution et pour une part moins importante du manque de maturité de l'organisation de notre maîtrise d'ouvrage en interne* ». Dans le même mail il est souhaité de poursuivre la mise en œuvre de nouvelles fonctionnalités de Crossway et de démarrer la version 2.7.10 fin janvier 2010. Cela interdit de mettre en œuvre le module PDR (prise de rendez vous) qui ne fonctionne qu'avec la version 3 de CW dont le cout de 300 K€ n'est couvert par aucun marché.
- [1552] La solution envisagée est de faire une mise en concurrence sous la forme d'un dialogue compétitif pour disposer d'un produit sur une base juridiquement saine, ce qui aurait été présenté à la CME du 18/2/2010.
- [1553] Ce sujet est très important car il pose la question de l'ensemble de l'informatisation des services de soins. La DSIO ne peut pas être laissée seule sur ce projet qui doit être suivi par la direction générale et le président de la CME.

### 1.6.4. Développement anarchique de données de pilotage dans des systèmes d'information non sécurisés et non partagés

- [1554] Le système de pilotage est construit de manière artisanale par le contrôleur de gestion qui effectue un regroupement des données de diverses origines pour constituer la base qui permet d'établir les tableaux de bord et les CREA. Les alimentations ne sont pas automatiques et nécessitent des corrections manuelles :
- Actes des services médico-techniques venant des logiciels métiers ;
  - Données des coûts de personnel pour ceux qui ne sont pas employés à titre permanent par l'établissement (vacataires par exemple notamment médicaux, intérim)
- [1555] Le MIPIH propose un logiciel permettant de remplir cette fonction de collecte des données. Nous n'avons pu obtenir une planification de la mise en œuvre de cette fonctionnalité.

### **1.6.5. Une absence de planification formalisée et partagée**

- [1556] Il n'existe pas de formalisation des projets pour une période plus longue qui ait été discutée et fait l'objet d'une présentation aux instances. Significatif d'un mode de fonctionnement dans l'urgence un programme a été présenté aux visiteurs de la HAS dont le DSIO considère qu'il est maintenant sa « feuille de route » ; il ne s'agit pas d'une planification connue et partagée. Elle ne comporte pas des éléments importants de l'amélioration de la performance comme la partie logistique.
- [1557] Les éléments qui nous ont été fournis par courrier électronique du 20/4/2010 sans justification des conditions de leur élaboration ne nous conduisent pas à modifier ce constat.

### **1.7. L'infrastructure technique et les matériels ne posent pas de difficultés majeures**

- [1558] Nous n'avons pas procédé à des investigations techniques sur ce point dont la description est faite à partir des documents produits par le CHIPS.

#### **1.7.1. L'infrastructure est considérée comme bonne**

- [1559] Le CHIPS estime disposer d'un « *très bon socle technique* ». 71 serveurs physiques supportent 107 serveurs virtuels. Les serveurs d'application utilisent le système d'exploitation AIX d'IBM, le SGBD est ORACLE. Les postes utilisent la technologie Citrix en client-serveur centralisé. Un réseau unique réunit les deux sites qui sont physiquement reliés par une liaison en fibre optique (l'essentiel des serveurs se trouvent à St Germain tandis que la plus grande charge de traitement correspond aux services de Poissy).

#### **1.7.2. Les postes de travail**

- [1560] Le suivi de l'inventaire des postes de travail n'était pas assuré avec rigueur jusqu'à une période récente et cet historique n'a pas été rattrapé.
- [1561] Aucun outil de gestion de parc n'était utilisé à Saint Germain, alors que c'était le cas à Poissy depuis 1990 (logiciel Sésame du CRIH de Marseille) au moment de la fusion. Un produit a été implanté en 2000 et remplacé en 2007 mais la gestion n'a pas été centralisée.
- [1562] La gestion du parc n'a pas été faite, faute d'inventaire et de gestion des sorties. Celle-ci n'est assurée que depuis fin 2008 ; auparavant, dans le cadre du marché de crédit bail, les sorties n'étaient pas suivies.
- [1563] A la date des investigations un technicien refaisait l'inventaire par service à Saint Germain (1/2 journée par semaine) ce qui conduisait à une constante augmentation du nombre de postes recensés (radiothérapie et laboratoire plus de 20 postes non inventoriés). Il n'est pas fait la même chose sur le site de Poissy.
- [1564] Par ailleurs, l'inventaire ne couvre pas la totalité des postes des services biomédicaux, achetés, pour une part, dans le cadre de marchés spécifiques.

Tableau 149 : Différents chiffres d'inventaire du parc fourni à la mission

Source		1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	ND	Total	Total 2005-2009
dossier initial remis mission		4	4	15	172	131	305	146	308	416	78	184	33	1796	1132
fichier par service 1	PY		3	11	94	88	178	120	174	227	33	61	27	1016	615
	STG			4	53	43	124	26	129	147	32	40	14	612	374
	Total		3	15	147	131	302	146	303	374	65	101	41	1628	989
fichier par service 2	PY							121	189	230	33	93			666
	STG							48	148	174	47	76			493
	total							169	337	404	80	169			1159
Commandes								206	343	429	82	298			1358
Ecart								37	6	25	2	129			

Source : CHIPS

[1565] Les écarts sur les commandes 2008 et 2009 sont justifiés ; ils ne le sont pas pour les années antérieures si ce n'est par un écart entre les commandes et les livraisons.

[1566] Nous n'avons pas audité l'inventaire des imprimantes qui devrait lui aussi être fait.

[1567] Faute de données on ne peut faire une évaluation de l'ancienneté du parc et donc planifier son remplacement. On ne peut pas non plus suivre les coûts d'usage et notamment ceux des imprimantes.

## 1.8. La relation maîtrise d'ouvrage n'est pas correctement organisée

### 1.8.1. Les structures de conduite de projet mises en place par le schéma directeur n'ont pas conduit à organiser la maîtrise d'ouvrage

[1568] Nous n'avons pas pu disposer d'un plan informatique ou d'un quelconque document décrivant les objectifs établis et ayant fait l'objet d'un minimum de diffusion au sein de l'établissement.

[1569] La structure mise en place par le SDSI n'a pas fonctionné et les documents fournis comme les entretiens permettent de faire le constat d'une carence de la maîtrise d'ouvrage.

### 1.8.2. La nouvelle direction n'a pas remédié à l'absence de maîtrise d'ouvrage organisée

[1570] La DSIO fait état des difficultés liées à l'état de l'offre informatique hospitalière et des « défaillances chroniques des éditeurs ».

[1571] Elle relève aussi les « raisons endogènes à l'établissement qui expliquent que les projets dérapent : expressions des besoins imprécises voire incomplètes, changements fréquents du périmètre des besoins, changement des acteurs si projets longs, manque d'implication de la maîtrise d'ouvrage 'métiers', non maîtrise des référentiels internes (pas d'administration), non maîtrise de technologies par les utilisateurs, pilotage de projet approximatif, incapacité à faire des chiffrages précis des charges de réalisation, absence de conduite de changement à l'insertion des projets, changement (trop ?) rapides de technologies ».

[1572] La DSI estime qu'elle « passe aujourd'hui 80% de son temps à des tâches non productives de redressement de saisie et de requêtes de vérification en tout genre au détriment des missions de conduite de projets en maîtrise d'œuvre ».

[1573] Le management n'a pas été modifié, sur ce point, par rapport à la situation avant 2008 et la maîtrise d'ouvrage demeure inorganisée. C'est en particulier le cas avec les services de soins. Le [ ] ne joue pas ce rôle et n'est pas en mesure de le faire compte tenu du passé et de son positionnement au sein de la communauté médicale. Le nouveau DIM récemment arrivé n'assume pas cette fonction. Aucun acte officiel du directeur n'en formalise l'organisation.

## 2. LA DSIO ET LA GESTION DE L'INFORMATIQUE

### 2.1. Le budget informatique

[1574] Il ne nous a pas été fourni de document prévoyant et suivant le budget de la DSIO pour l'ensemble de la période. Il en résulte des chiffres imprécis et incohérents entre les dépenses fournies ci-dessous et l'exploitation des données issues de la liquidation d'autre part. Nous avons demandé qu'un travail de recollement soit fait, cela n'a pas été fait et il nous a été renvoyé des tableaux de suivi internes peu explicites.

Tableau 150 : Dépenses informatiques 2005-2009

	2005		2006		2007		2008		2009	
	Prévu	Réalisé	Prévu	Réalisé	Prévu	Réalisé	Prévu	Réalisé	Prévu	Réalisé
<b>Schéma directeur</b>	241 223	0	2 957 939	653 609	1 495 012	1 241 142	1 243 335	442 344	2 450 561	1 051 854
<b>Actions hors schéma directeur</b>	0	74 463	0	64 710	0	76 683	383 618	254 321	445 000	831 807
<b>Crédit bail</b>	0	7 168	0	428 600	0	763 236	0	975 788	0	7 399
<b>total</b>	241 223	81 631	2 957 939	1 146 919	1 495 012	2 081 061	1 626 953	1 672 453	2 895 561	1 891 060

Source : DSIO Premiers documents fournis

Tableau 151 : Dépenses informatiques 2006-2009

	2006		2007		2008		2009		2010
	prévu	réalisé	prévu	Réalisé	prévu	réalisé	prévu	réalisé	prévu
<b>Informatique</b>	2 380 747	708 023	1 567 405	649 537	1 430 417	457 478	8 847 107	838 875	3 045 267
<b>Dont SDSI</b>	2 414 063		1 145 904						
<b>Cœur de réseau</b>	168 000	105 020	168 000	160364		39 319			
<b>Crédit bail</b>		1 169 501		2 145 289		2 525 143		1 427 983	1 427 983
<b>Total</b>		1 982 544		2 955 190		3 021 940		2 266 858	4 473 250

Source : Exploitation IGAS deuxièmes fichiers fournis

Tableau 152 : Montant du budget informatique (liquidations hors crédit bail)

		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<b>H218321</b>	MATERIEL INFORMATIQUE ETS. PRINCIPAL				959 942	808 288	808 288	1 750 594
<b>H615611</b>	MAINTENANCE INFO. A CARACTERE MEDICAL	133 446	157 413	211 271	238 171	378 386	378 386	419 849
<b>H615254</b>	ENTR., REPARATIONS : MAT. INFORMATIQUE				28 076	8 825	8 825	5 345
<b>H615261</b>	MAINTENANCE : INFORMATIQUE				206 267	338 324	338 324	55 913
<b>H6284</b>	INFORMATIQUE	284 105	388 968	364 284	317 307	320 602	320 602	0
	Total	417 551	546 381	575 555	1 749 763	1 854 424	1 854 424	2 231 702

Source : Exploitation IGAS données DSIO CHIPS extraction Hexagone et Emagh2

[1575] Nous n'avons pas eu communication d'une fixation officielle d'un budget informatique pour 2010. Il est tenu un tableau de suivi des prévisions à partir de 2009 plus détaillé que celui mis en place en 2006, dans le cadre du SDSI qui était un projet pré-rapport

[1576] Faute de données comparatives sur les budgets informatiques des EPS permettant de comparer à des établissements franciliens et/ou de taille semblable la seule donnée dont nous avons pu disposer est celle du coût de l'unité d'œuvre poste informatique de la base nationale d'Angers. Le coût de l'UO est de 9% supérieur ce qui ne suscite pas d'observations particulières, sous réserve toutefois de la validité de ces chiffres compte tenu des déficiences de la tenue du parc d'un coté, des imprécisions sur le budget d'autre part.

Tableau 153 : Coût de l'UO comparaison avec la base d'Angers

Postes	CHIPS	Echantillon	Ecart	%
Frais de personnel	782	693	89	13%
Charges hors frais de personnel	1134	1076	58	5%
Total charges net	1916	1757	159	9%
Nombre postes informatiques	1710	1098	612	56%

Source : CHIPS base Angers 158 établissements

[1577] Notre opinion est que le budget informatique demeure faible par rapport au budget total ; son renforcement est sans aucun doute une nécessité.

## 2.2. L'organisation et la gestion des ressources humaines

[1578] Les entretiens et le SDSI montrent que jusqu'en 2006 il y a en fait deux équipes au sein du service informatique l'une à Poissy sous la responsabilité de [REDACTED] ancienne responsable informatique du site de Poissy, et l'autre à Saint Germain où se trouve [REDACTED] les bureaux sont séparés et les équipes réparties sur les deux sites. Une réelle unification n'aura lieu qu'au départ de [REDACTED] en avril 2006.

### 2.2.1. L'organigramme

[1579] Comme souvent au CHIPS l'organigramme présente une structure étoffée qui ne correspond pas à une réalité d'organisation car les mêmes personnes se trouvent à plusieurs endroits de l'organigramme.

[1580] La DSIO a été en théorie dirigée par [REDACTED] jusqu'à son départ à la retraite en septembre 2009, en réalité, compte tenu de ses congés et de l'arrivée de son successeur, il n'assume plus réellement l'intégralité de ses fonctions dès mars 2008. Son successeur, [REDACTED] venu du CH de Saint Denis, est parti en janvier 2009. [REDACTED], venu du ministère chargé de la Santé (DGS) lui a succédé en mai 2009.

Tableau 154 : Evolution ETP Moyen informatique

2005	2006	2007	2008	2009
14,58	17,2	17,55	18,27	17,68

Source : CHIPS GRH

[1581] L'âge médian est de 46 ans, l'ancienneté médiane à l'hôpital de 8,6 ans, et l'ancienneté dans la fonction de 5,6 ans. Toutefois ces chiffres cachent une différence entre trois composantes de l'équipe : cinq personnes présentes depuis plus de 19 ans, 5 personnes présentes depuis une durée entre 5 et 11 ans, huit personnes présentes depuis quatre ans ou moins. Le chef de projet patient recruté en janvier 2006 a quitté l'établissement en juillet 2007. Les départs à la retraite ne devraient pas conduire à renouveler l'équipe la personne la plus âgée a 57 ans.

### 2.2.2. Ces effectifs ne sont pas excessifs

[1582] Le CHIPS a fourni des données comparatives de son effectif informatique par rapport à celle des EPS de la région île de France. Les chiffres sont ceux déclarés par les EPS en 2007 à l'OSIH (l'Observatoire des Systèmes d'Information Hospitaliers) et obtenus par une sollicitation par mail de certains établissements de la région. Nous avons dû retravailler ces données pour constituer un sous échantillon homogène pour les quatre ratios qui sont utilisés, ce sous échantillon comprend 18 établissements.

[1583] Les effectifs consacrés au service informatique par rapport aux effectifs totaux sont dans la moyenne de l'échantillon et des établissements de plus de 2000 employés. S'il avait le ratio moyen de ces derniers le service informatique aurait 1,3 ETP de plus.

[1584] L'établissement apparaît bien équipé à la fois en stations de travail et en nombre d'imprimantes par station. S'il avait le ratio des établissements de plus de 2000 il aurait 100 postes de travail de moins (sur 1800) et 260 imprimantes de moins (sur 1200).

Tableau 155 : Données comparatives effectifs et postes informatiques

Etablissements	Effectif S.I.	Effectif C.H.	Effectif SI /CH*100	Stations	Effectif CH /Stations	Effec SII/ Stations*100	Impr.	Impr/stations
C.H. Sud Francilien	12,0	3 464	0,35	1 290	2,69	0,93	600	0,47
C.H. de Meaux	13,0	2 400	0,54	1 140	2,11	1,14	505	0,44
C.H.I. Créteil	10,0	2 400	0,42	1 220	1,97	0,82	700	0,57
C.H. de Gonesse	11,7	2 362	0,50	1 000	2,36	1,17	400	0,40
C.H. de Versailles	17,5	2 100	0,83	1 212	1,73	1,44	697	0,58

E.P.S. Maison Blanche	8,0	2 000	0,40	530	3,77	1,51	430	0,81
Hôpital de Plaisir Grignon	5,0	1 270	0,39	306	4,25	1,37	105	0,34
C.H. de Fontainebleau	6,0	1 100	0,55	475	2,32	1,22	300	0,63
C.H. Coulommiers	4,0	1 000	0,40	410	2,44	0,98	300	0,73
C.H. Provins	4,0	1 000	0,40	465	2,15	0,86	130	0,28
C.H. Rambouillet	4,0	1 000	0,40	575	1,74	0,70	295	0,51
C.H.N.O. des 15/20	6,0	830	0,72	380	2,18	1,58	120	0,32
CH Jean-Martin Charcot	4,0	740	0,54	251	2,95	1,59	163	0,65
C.H. Fondation Vallée	1,0	348	0,29	120	2,90	0,83	80	0,67
CH Poissy St Germain (*) :	17,8	3 898	0,46	1 800	2,17	0,97	1 200	0,67
Moyenne	7,6	1 572	0,48	670	2,35	1,15	345	0,51
moyenne effectif plus de 2000	12,0	2 454	0,49	1 065	2,30	1,16	555	0,52

Source : Retraitement IGAS données CHIPS

### 2.3. Un fonctionnement à revoir profondément

[1585] Deux audits ont été effectués l'un par le MIPIH et la société LSRC (rapport du 26/5/2009), l'autre par la société SEXTANT (rapport version 1.0 du 12/10/2009). Compte tenu de l'existence de cet audit récent nos investigations propres ont été limitées.

#### 2.3.1. Rapport Sextant

##### 2.3.1.1. Appréciation globale

[1586] L'audit cote la situation de l'établissement selon un niveau de maturité dont la note maximale est 4 et la note objectif est de 3 ; atteindre la note supérieure conduisant à des coûts qui ne sont le plus souvent pas justifiés.

[1587] La performance globale sur les processus étudiés est très faible 0,13 par rapport à l'objectif de 3 et reflète des résultats très faibles en dehors des sauvegardes (2,01) et de la supervision (1,23). l'analyse détaillée montre d'importants points de faiblesse.

Tableau 156 : Résultats globaux audit fonctionnement service informatique

Domaine	Note
Supervision	1,23
Sauvegarde, archivage, historisation	2,01
Automatisation des traitements	0,45
Sécurité et protection des réseaux	0,14
Normalisation	0,26
Processus IT	0,27
Total	0,13

Source : Audit Sextant solutions informatiques

### 2.3.1.2. Processus de gestion du service

[1588] Ces processus sont décomposés en soutien et fourniture de services ; les notes sont très faibles et souvent proches ou égales à zéro montrant des processus inexistantes.

Tableau 157 : Processus de gestion du service

Processus	Note
Sensibilisation et formation	0,5
Service desk	0,71
Gestion des incidents	1,15
Gestion des problèmes	0,0
Gestion des configurations	0,0
Gestion des changements	0,0
Gestion des mises en production	1,40
Note pondérée domaine soutien	0,33
Gestion des niveaux de service	0,0
Gestion de la disponibilité	0,0
Gestion de la capacité	0,73
Note pondérée du domaine fourniture	0,17

Source : *Audit Sextant solutions informatiques*

[1589] Sur 10 items la note est égale à zéro dans 0,73 cas ce qui montre l'absence importante au processus de gestion. On peut noter les appréciations qualitatives suivantes :

- la hotline n'assure que partiellement les relations avec les utilisateurs dont elle ne n'est pas le point unique d'entrée et son activité est insuffisamment tracée
- la gestion des incidents ne fait pas l'objet de processus formalisés et exhaustivité n'est pas assuré ;
- le processus de gestion des mises en production est partiellement couvert

### 2.3.2. Audit MIPIH LRSC

[1590] Cet audit antérieur s'appuie sur une cartographie et sur analyse plus large. Il conduit à coter la performance en pourcentage d'une cible. Les notes obtenues sont médiocres mais surtout sur de nombreux point la cotation est de 0% ce qui nécessiterait des actions de corrections immédiates.

Tableau 158 : Appréciation performance (%)

<b>Environnement</b>	<b>28%</b>
plan de reprise d'activité	28%
structures mécaniques immobilières catastrophes naturelles	22%
incendie dégât des eaux	0%
intrusion protections physiques surveillance alarme	0%
énergie ondulée secourue distribution électrique	92%
<b>RH</b>	<b>22%</b>
réactions aux incidents de sécurité et aux défauts de fonctionnement	39%
gestion des habilitations, des rôles, politique d'autorisation	6%

formation et sensibilisation du personnel à la sécurité de l'information	9%
sécurité dans la définition des postes et des ressources	27%
<b>Applications</b>	<b>47%</b>
sauvegarde et archivage	33%
manipulation et sécurité des supports	0%
exploitation	100%
trace audit contrôle	100%
fonctions sécurité confidentialité intégrité contrôles d'accès	42%
<b>Réseau et système</b>	<b>28%</b>
Gestion des mots de passe des utilisateurs	17%
Politique d'autorisation	0%
Audit et contrôle	0%
Filtrage des flux	0%
Politique antivirale	46%
Mesure de sécurité des réseaux	33%
Architecture des réseaux	60%
<b>Organisation</b>	<b>14%</b>
inventaire et classification des ressources	20%
organisation de l'exploitation	0%
organisation des services de production	50%
organisation fonctionnelle	0%

Source : *Audit MIPIH LRSC*

[1591] Les travaux prévus en 2010 devraient, selon l'établissement, pour une large part combler les lacunes constatées en matière de sécurité physique. Il conviendra sans doute d'adapter les procédures et modes de fonctionnement au niveau de sécurité cible. Ainsi, lors de la visite des cartons étaient entreposés dans la salle ce qui n'est pas conforme aux procédures recommandées.

### 2.3.3. Sécurité logique et administration de système très en dessous de normes

[1592] Même si ce point est couvert dans les audits précédents nous avons vérifié l'application d'une règle de base qui est la séparation d'environnements d'études et de tests de l'environnement de production. Il existe cinq environnements : production, ancien exercice, recette, formation, formation et recette. Il n'existe pas d'environnement de développement ce qui peut en partie être expliqué par le fait que la DSIO développe peu mais pose problème car des développements sont faits par d'autres sur des environnements individuels non sécurisés (ex base de données du contrôleur de gestion, développements pour évaluation des agents ADEN, ..)

[1593] Le tableau ci-dessous montre par ailleurs que pour des applications importantes cette séparation n'est que partiellement réalisée de sorte que toute modification se fait directement sur l'environnement de production.

Tableau 159 : Liste des applications implantées uniquement en environnement de production au 15/1/2010

Serveur	Fonction	Editeur	Applications
Win24/Win25	Lantis Facturation	Siemens	Lantis
Alpha-S	Laboratoire	Medasys	Alpha-S – Alphanet
win62	Archive labo	Medasys	DX Bio ach
Lisia SG	Gestion dossiers psychiatriques	Agfa	Lisia
Lisia Poissy	Gestion dossiers psychiatriques	Agfa	Lisia
PNT03	Gestion dossiers formation continue	ANFH	Gesform
PNT04	Réservation bloc	Harois	Resabloc
PNT09	Compte rendu cardiologie	svx medical	Cardioreport
Win23	Stérilisation	Advance Computer	Stérilisation
Win32	Gestion dossiers école infirmière	CLPLOG	Winifsi – Winexam
Win32	Gestion dossiers école anesthésie	CLPLOG	Winiade
Win36	Laboratoire Roche	Roche	Laboratoire Roche
Win37	Hémodialyse	Hemadial	Hemadialyse
Win32	Gestion des marchés	Agyssoft	Marco
Win32	Gestion des marchés Pharmacie	Pharmatic	Epicure
Win32	Pharmacie	Pharmatic	Cerbere
Win32	Service technique serrurerie	WinkHaus	BlueControl
Win51	Services techniques	GE Healthcare	Gmao
Win56	Vidal	VIDAL	Vidal
Win60	Anapath	Technidata	Apix
Servespas1	Restaurant	Espas	Espaself
psggnotes	Messagerie	IBM	Lotus notes domino
psgnotes2	Messagerie	IBM	Lotus notes domino
SRV7	Pmsi pilot	Pmsilot	Pmsi
Nserv0	consultation image SG (extranet)	Mckesson	Horizon Mi view
Nserv1	consultation image POISSY (extranet)	Mckesson	Horizon Mi view
Win154	Mini pacs	EDL	PACS
Win156	Mini pacs	EDL	PACS

Source : Exploitation IGAS relevé DSIO

[1594] Les entretiens font apparaître que même pour des applications pour lesquelles cette séparation est en théorie réalisée des interventions directes sur la version en production sont possibles a notamment été cité le cas d'URQUAL. C'est visiblement une pratique répandue car les démonstrations faites lorsque nous en avons demandé ont été faites, sauf exception à la DSIO, faites directement sur l'environnement de production, y compris pour des applications bénéficiant d'un environnement de test.

[1595] La DSIO estime que « *Les étapes de vérification d'aptitude, de bon fonctionnement et de service régulier met même de garantie devant donner lieu à procès verbaux de recette conditionnant les mandatements ne sont 'pas vraiment' (DSIO) conduites. Les éditeurs interviennent souvent directement en production par insertion de patch et les régressions sont fréquentes et couteuses* ».

[1596] Par ailleurs la DSIO n'est pas l'administrateur technique (ouverture des droits sur la base des demandes du responsable fonctionnel de l'application,..) de l'ensemble des applications. C'est en particulier le cas de Crossway où ce rôle est joué par le département de santé publique.

[1597] Enfin l'examen des marchés montre que la DSIO a recours à un appui technique externe couteux non maîtrisé et s'appuyant sur une société qui n'est pas en pratique remise en concurrence (cf. annexe sur les marchés). Nous recommandons d'utiliser cet argent pour renforcer l'équipe qui peut assumer ses fonctions sans « béquille » sous réserve de la compétence technique des personnels.

### 3. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

[1598] S'agissant du système d'information les investigations montrent les déficiences du système d'information en 2007 en raison d'une gestion antérieure très faible que n'avait pu rattraper le lancement tardif et la très partielle mise en œuvre d'un schéma directeur.

[1599] Depuis 2007 des évolutions ont eu lieu mais elles n'ont pas d'effet majeur sur le service rendu à l'utilisateur et n'ont traité qu'une partie des problèmes. En particulier, des logiciels des services médicaux essentiels doivent faire l'objet d'une mise en concurrence pour donner une base juridique à leur utilisation.

[1600] Cela nous conduit à faire dans ce domaine quatre recommandations principales

**Recommandation n°85 : Formaliser une planification des projets (2010-2012) partagée au sein de l'établissement et incluant la prise en compte des constats de l'IGAS.**

**Recommandation n°86 : Lancer une mise en concurrence sur l'ensemble des logiciels des services médicaux.**

**Recommandation n°87 : Formaliser les données de pilotage et mettre en place une alimentation automatisée et traçable assurant la qualité des données.**

**Recommandation n°88 : Mettre en place une réelle relation maîtrise d'ouvrage/maîtrise d'œuvre qui n'est pas aujourd'hui organisée.**

[1601] S'agissant des postes et imprimantes les procédures de base sont à mettre en œuvre

**Recommandation n°89 : Faire un inventaire sérieux des postes et imprimantes et refuser toute dotation nouvelle aux services dont l'inventaire n'est pas à jour.**

**Recommandation n°90 : Planifier globalement et avec chaque pôle le remplacement des postes et inclure cette planification dans le volet technique et budgétaire d'un plan informatique (2010-2012).**

[1602] Enfin la DSIO est confrontée compte tenu des constats faits dans les audits de son fonctionnement et au travers nos propres investigations à la nécessité d'évoluer.

**Recommandation n°91 : Audit des compétences techniques des personnes présentes, renforcer l'équipe en contrepartie de la suppression de l'assistance à maîtrise d'ouvrage.**

**Recommandation n°92 : Définir les objectifs à atteindre en matière de sécurité les formaliser dans un plan d'action et suivre la mise en œuvre de leurs recommandations par un audit régulier (au moins tous les deux ans).**

**Recommandation n°93 : Mettre en place des procédures et des règles d'exploitation et de sécurité logique conformes aux normes admises.**

**Recommandation n°94 : Donner pour toutes les applications sans exception à la DSIO la maîtrise de son administration technique.**

[1603] Compte tenu de ces éléments une externalisation de la production informatique pourrait être envisagée si l'écart entre le souhaitable et le possible s'avérait trop important.

**Recommandation n°95 : Envisager l'externalisation de la production informatique.**

Poissy  Saint-Germain-en-Laye  
Centre Hospitalier Intercommunal

DIRECTION DU SYSTÈME  
D'INFORMATION ET  
DE L'ORGANISATION  
20 rue Armagis  
78105 - Saint-Germain-en-Laye  
☎ 01.39.27.43.01  
☎ 01.39.27.43.03  
Email : marnaud@chi-poissy-st-germain.fr

copie

Saint-Germain-en-Laye, le 7 août 2006

  
DIM - site de Poissy

Nos Réf. : MA/BQ - 26/2006

Objet : organisation du projet dossier patient informatisé

Monsieur et Cher Docteur,

Dans le cadre du projet dossier informatisé du patient prévu au schéma directeur, je crois qu'il est fondamental de créer une nouvelle dynamique autour de ce thème.

Comme vous le savez déjà, puisque vous faites partie du comité de pilotage, plusieurs projets du schéma directeur sont déjà en marche, et je tiens tout particulièrement à vous affirmer notre souci de voir le projet de dossier patient informatisé avancer au même rythme.

Dans ce cadre, il est prévu de former rapidement un groupe de travail composé de médecins, soignants, secrétaires, un représentant bloc, laboratoire, radiologie, urgences. Ce groupe se réunira mensuellement pour suivre le déploiement de Crossway en terme de planning et de fonctionnalités. Des sous-groupes pourront être créés pour participer à l'élaboration des différents dossiers de spécialité.

En tant que chef de service du DIM, vous êtes, bien entendu, le chef de projet naturel de cette informatisation, et l'équipe de la DSIO y sera fortement impliquée.

Dans ce but, pour faire face à l'enjeu majeur pour notre établissement qu'est le déploiement de son dossier patient informatisé, j'ai réorganisé mon équipe de manière à créer un groupe axe patient qui soit en mesure d'accompagner ce projet en étant proche des besoins des utilisateurs pour tous les logiciels du parcours patient. De plus Mme Gicquel coordonne le déroulement de l'ensemble des projets du schéma directeur.

Je reste donc à votre écoute avec mon équipe pour mettre en place au plus tôt une méthodologie projet autour de ce dossier.

Bien cordialement.



  
Le Directeur du Système d'Information et  
de l'Organisation,  
  


Adresse postale : 10 rue du Champ-Gaillard, 78303 POISSY cédex ☎ : 01.39.27.40.50 - ☎ : 01.39.27.43.75

Le Centre Hospitalier POISSY - SAINT GERMAIN dispose d'un système d'information dont les infrastructures et l'architecture technique et fonctionnelle méritent une évolution substantielle :

1. la performance du système administratif, noyau structurant d'un système d'information hospitalier pose problème de fiabilité et de cohérence avec le système d'information médical
2. la mise en œuvre du système d'information médical intervient en situation tendue et la mise en œuvre dans les services se heurte à un manque de méthodologie et de moyens techniques, humains et financiers faute d'avoir été appréhendée dans un SDSI.
3. de nombreux logiciels « maison » tentent de répondre au besoin pressants de moyens informatiques dans les services sans garantie de robustesse et de pérennité et sans lien avec le système d'information de l'établissement
4. les interconnexions entre les sites ne sont pas complètes ou méritent un examen au niveau des performances et des coûts d'exploitation
5. la méthodologie de travail et la mobilisation des services pour le déploiement des progiciels ont été soumises à une pression forte due au contexte conjoncturel notablement perturbé par la fusion des deux établissements et du temps qui était imparti.
6. l'absence d'un plan de développement concerté avec l'ensemble des services de l'établissement.

### 1.3.1 Le système d'information administratif

#### 1.3.1.1 Le constat

Un système issu d'un passé turbulent et de la mise en place d'un produit pour satisfaire, dans l'urgence, au besoin d'une solution unique pour les deux entités fusionnées et mis en place à une époque où l'éditeur, Symphonieonline, vivait, lui-même une époque fortement perturbée.

Une prestation à minima de l'éditeur et une mise en place sans véritable organisation de projet ont suffi pour créer les conditions d'un système administratif qui, trois ans après, fonctionne avec de grandes difficultés et de réelles dépenses d'énergie dans les services pour obtenir une gestion acceptable de l'établissement.

La mise en œuvre de la T2A a malheureusement révélé, de façon douloureuse, ces dysfonctionnements sur le plan financier avec des pertes d'activité inexplicables et le constat de réels risques de cohérence avec le domaine médical qui pouvait engendrer des risques importants et inacceptables pour la sécurité du soin au Patient.

Les enjeux de la nouvelle gouvernance et des nouveaux modes de financement à l'activité n'est pas réellement perçus par les utilisateurs des progiciels et le conseil des éditeurs est inexistant.

Le fonctionnement des services reste dans une perspective purement administrative et centralisée.

Sur le plan de la gestion, diverses procédures demandent une réorganisation pour plus d'efficacité :

- Demandes d'approvisionnement déconcentrées
- Saisie des mouvements dans les unités de soins
- Gestion du temps travaillé

La gestion des aspects « structurants » du logiciel n'est pas maîtrisée :

- Mise à jour des UF dans plusieurs logiciels par des responsables différents
- Identité patient non synchronisée entre les logiciels
- impossibilité de mettre sur pieds une réelle comptabilité analytique sans re saisie des informations à partir de sources hétérogènes
- Des « petits logiciels » complètent le dispositif sans liaison avec les éléments structurants

Les interfaces entre les logiciels ne sont pas totalement fiabilisés.

L'analyse de données relève de procédures approximatives et de resaisies diverses.

La mise au point des interfaces d'échange entre les progiciels n'est pas mise au point et la volonté des éditeurs n'est pas avérée pour cette mise au point.

### 1.3.4 Les services techniques et les travaux

#### 1.3.4.1 Le constat

Concernant l'ensemble de ces activités de soutien à la production des soins de l'établissement, un besoin urgent concerne la fonction Intranet et/ou d'un système de gestion des interventions, car la préoccupation principale : c'est l'information du « demandeur » sur le suivi de sa demande.

L'informatisation de la gestion du Patrimoine est une seconde préoccupation du fait de la multitude des sites à gérer et de la nécessité de plus en plus forte d'une rationalisation des dépenses de gestion imposée aux établissements.

### 1.3.3 La gestion de l'information médicale

#### 1.3.3.1 Le constat

Le dossier du patient « orienté patient » n'est pas réellement mis en œuvre. seules quelques utilisations dans les secrétariats médicaux ont été mise en œuvre. L'usage reste limité au service du DIM pour la saisie de l'activité et la gestion du PMSI.

Quelques gestions de « dossiers patients maison » ont été mises au point par certains chefs de services pour gérer l'activité du service et répondre à un réel besoin de traçabilité de l'information.

La mise en place de URQUAL aux urgences pose problème d'intégration avec HEXAGONE et CROSSWAY.

Les éditeurs fournisseurs de CROSSWAY et URQUAL ont été rachetés par McKESSON et cela pose le problème de la prise en charge des responsabilités et des conditions contractuelles des prestations d'assistance.

La maternité utilise DIAMM sans interface avec le reste du système d'information patient.

Les services de psychiatrie utilisent LISIA, un progiciel dont l'avenir n'est pas assuré par le nouveau propriétaire, AGFA.

La radiologie est équipée d'un système de gestion et d'un système de visualisation des radios à distance sans cohérence d'ensemble. Il n'y a pas de PACS.

Les laboratoires sont équipés de ALPHA-S, système en fin de vie qui devra être remplacé.

La gestion des produits sanguins est réalisée par deux produits différents sur chaque site.

Le circuit du médicament, les blocs, la stérilisation, la réanimation, le SMUR ne sont pas informatisés.

La chimiothérapie devrait être gérée dans le cadre du réseau d'oncologie régional.

La gestion des vigilances et des risques hospitaliers et le CLIN ne sont pas informatisés ainsi que les réclamations patients

Pour les soignants, il existe un dossier papier commun.

Un besoin est exprimé pour la gestion du dossier de soins avec aussi ses spécialités. Est que CROSSWAY est la solution ? La communauté soignante n'a pas été mise à contribution pour le choix de ce progiciel qui ne disposait pas, à l'époque, d'un dossier de soins.

Les secrétaires médicales expriment des besoins au niveau de la gestion des archives, réclament une cohérence entre les systèmes au niveau de l'identification patient et un système de gestion des rendez-vous.

Sur un plan général (besoins peu exprimés mais réels) l'interface avec le système de gestion administratif (serveur, d'IPP et mouvements) pose problème de cohérence et d'utilisation par manque de connaissance de la structuration des UF, par manque de formation, par manque de confiance. Les échanges avec les Professionnels de Santé du secteur ne sont pas organisés ou hétérogènes. Les échanges avec les EPS partenaires du secteur ne sont pas mis en place.

L'ensemble du système de prise en charge du patient manque totalement d'intégration et de fiabilité.

### **1.3.5 La logistique et le biomédical**

#### **1.3.5.1 Le constat**

La gestion de la maintenance et des contrats d'entretiens est en cours d'informatisation avec un système de GMAO.

La gestion de la dématérialisation des marchés publics est en cours de mise en œuvre.

L'équipement du self est réalisée mais la production de repas n'est pas informatisée, l'étude est en cours.

La plupart des métiers composant les services logistiques demandent un logiciel métier :

- Blanchisserie
- Entretien des locaux
- Service « Central courses »
- Gestion et traçabilité des déchets
- Imprimerie, Gravure
- Vaguemestre

en lien avec les mouvements de personnel ou les mouvements des patients pour le courrier, la distribution du linge, des repas, les instructions de diffusion du courrier aux patients, etc...

## Annexe 10.1 : Organisation globale et politique d'achat de l'établissement

[1604] Nous avons défini comme champ des achats les comptes 60 (sauf 603), 61, 62 (sauf 6251 et 6256), 21,22, 23, 27. Nous avons exploité les liquidations des logiciels de gestion et financière faite par la DSIO, dont le contenu a été validé avant transmission par la direction des finances, afin de vérifier l'exhaustivité des données. Cette extraction porte sur l'ensemble des budgets du CHIPS et pas uniquement sur le budget H.

[1605] Toutefois, nous avons des doutes sur la maîtrise par le CHIPS de son propre système d'information. Aussi nous avons utilisé les données figurant dessous uniquement pour analyser les achats et l'importance des différents fournisseurs. Nous ne les avons pas utilisées pour analyser l'évolution des dépenses de fonctionnement qui sont traitées dans les annexes financières, sur la base des comptes et pour le seul budget H.

### 1. UNE FONCTION ACHAT NORMALEMENT ECLATEE SANS QUE LE CHIPS SE SOIT ORGANISE POUR AVOIR UNE VISION GLOBALE DE SES ACHATS

[1606] Nous n'avons pu disposer d'aucun document décrivant l'organisation de la fonction achat, la répartition des responsabilités et les procédures à mettre en œuvre. Nous avons documenté l'organisation de la fonction achat et du circuit des dépenses en 2009, à partir des entretiens et de nos investigations dans les directions et services concerné.

#### 1.1. *Une fonction séparée entre plusieurs directions sans aucune organisation globale*

[1607] La fonction achat est séparée entre plusieurs directions, ce qui est normal compte tenu des caractéristiques de l'activité et des achats qu'elle génère (distinction entre achats de fonctionnement et d'investissement, différence importante dans la nature des produits achetés nécessitant l'implication de services techniques différents).

[1608] Par contre il n'existe pas d'organisation et de procédures communes ni de structure en charge de la connaissance globale des achats et du suivi de cette politique.

#### 1.1.1. **La répartition des responsabilités**

[1609] Il n'existe aucune direction en charge du suivi global des achats. Le rôle transversal qui était celui de la DAHLB, au travers du secrétariat de la CAO, n'est plus, en pratique, assuré par la direction des achats. Il n'a jamais existé de pilotage global en dehors de cet aspect réglementaire.

[1610] L'établissement n'a même pas été en mesure de remplir de manière synthétique le tableau ci-dessous, donnant la répartition par compte ou par produit des responsabilités de passation et d'exécution des marchés<sup>248</sup>.

---

<sup>248</sup> La fourniture d'un fichier Excel de 2072 lignes soit 43 pages d'impression avec des données très redondantes pour répondre à la demande de remplir le tableau 1 a été particulièrement appréciée.

Tableau 160 : Répartition des responsabilités par compte ou famille de produits (2009)

Compte/ Famille	Passation marchés			Exécution des marchés			
	CCTP	CCAP	Dépouillement	Commande	Réception	Liquidation	Mandatement

Source : CHIPS

- [1611] La fonction achat est, classiquement, principalement répartie entre les « services économiques », la pharmacie, les travaux et l'informatique. Chacun est en charge, dans son domaine, de la passation des marchés et de leur exécution jusques et y compris la liquidation des dépenses, sous la réserve d'un champ plus large pour la direction des achats qui prend en charge plus de liquidations que son secteur de responsabilité en matière d'achats.
- [1612] Les procédures ne sont, sauf une exception partielle le biomédical, pas décrites et reposent entièrement sur la connaissance des agents. Le seul point commun était le passage devant la commission d'appel d'offres. Depuis sa suppression et sa transformation en commission interne il n'y a plus d'organisation centralisée de ses travaux elle est sollicitée par chaque acteur.
- [1613] Le mandatement est centralisé aux services financiers où il occupe deux personnes. La trésorière de l'établissement rencontrée estime que les même personnes devraient être chargée de la liquidation et du mandatement.
- [1614] D'après nos entretiens cette organisation globale n'a pas été modifiée pendant la période 2005-2009, si ce n'est la scission de la DHALB en une direction des achats et une direction de l'hôtellerie de la logistique et du biomédical dont le domaine d'achat principal est le biomédical.

### 1.1.2. Le poids des différents gestionnaires

- [1615] La répartition des liquidations par gestionnaire montre que les « services économiques » (qui correspondent sans doute à la direction des achats) et la pharmacie ont en charge chacun d'un tiers des achats, le biomédical de 14%, les services techniques de 9% et les autres moins de 5%. La DAHLB dans sa configuration antérieure représentait 48% des achats.

Tableau 161 : Répartition des montants liquidés 2009 par gestionnaire

	Gestionnaire	Montant	%
SE	Services économiques	27 314 067	32%
MA	Magasin Achat	1 373 122	2%
	<i>Sous total services économiques</i>	<i>28 687 189</i>	<i>34%</i>
PP	Pharmacie Poissy	14 977 796	18%
PS	Pharmacie Saint Germain	11 193 353	13%
	<i>Sous total pharmacie</i>	<i>26 171 149</i>	<i>31%</i>
BI	Biomédical	11 305 809	13%
MB	Magasin Biomédical	187 805	0%
	<i>Sous total biomédical</i>	<i>11 493 614</i>	<i>14%</i>
ST	Services techniques	7 892 257	9%
FI	Finances	4 472 073	5%
LA	Laboratoires	2 562 029	3%
IN	DSIO	2 219 513	3%
non précisé		639 389	1%
PA	Paye	378 369	0%
LI	Lingerie	56 983	0%
<b>Total</b>		<b>84 572 565</b>	<b>100%</b>

Source : Exploitation extraction liquidations 2009 les intitulés sont ceux de l'établissement

[1616] La répartition de données plus représentatives de la charge de gestion que sont les nombre de commandes, de lignes de commandes, de liquidations et de lignes de liquidation donne des indications complémentaires.

Tableau 162 : Répartition des actes de gestion des achats par gestionnaire

Gestionnaire (hm)	Liquidations	%	Lignes de liquidation	%	Commandes	%	lignes commande	%
SE	15 867	28%	49 575	36%	15 374	39%	48 419	40%
MA	1 429	2%	4 690	3%	1 289	3%	4 533	4%
<b>Services économiques</b>	<b>17 296</b>	<b>30%</b>	<b>54 265</b>	<b>40%</b>	<b>16 663</b>	<b>42%</b>	<b>52 952</b>	<b>44%</b>
PP	12 526	22%	30 461	22%	10 637	27%	29 820	25%
PS	8 720	15%	19 180	14%	7 585	19%	18 933	16%
<b>Pharmacie</b>	<b>21 246</b>	<b>37%</b>	<b>49 641</b>	<b>36%</b>	<b>18 222</b>	<b>46%</b>	<b>48 753</b>	<b>40%</b>
BI	3 587	6%	7 891	6%	3 376	6%	7 749	7%
MB	221	0%	573	0%	202	1%	560	0%
<b>Biomédical</b>	<b>3 808</b>	<b>7%</b>	<b>8 464</b>	<b>6%</b>	<b>3 578</b>	<b>7%</b>	<b>8 309</b>	<b>7%</b>
FI	520	1%	1 659	1%	499	1%	1 622	1%
IN	247	0%	553	0%	228	1%	544	0%
LA	2 285	4%	6 000	4%	1 933	5%	5 750	5%
LI	21	0%	88	0%	15	0%	85	0%
PA	217	0%	289	0%	214	1%	286	0%
ST	1 541	3%	2 744	2%	1 408	4%	2 613	2%
non défini	10 387	18%	13 610	10%	1	0%		0%
Nombre :	57 553		137 313	100%	39 379	100%	120 914	100%

Source : CHIPS les intitulés sont ceux de l'établissement

[1617] Le tableau ci-dessous récapitule le poids des principaux gestionnaires. Il montre de plus la spécificité des achats technique, d'un montant plus important, mais générant moins de traitement administratif en volume.

Tableau 163 : Poids de principaux gestionnaires

	Montant	Ligne commandes	Lignes liquidation
Achats	34%	44%	40%
Pharmacie	31%	40%	36%
Biomédical	13%	7%	6%
Services techniques	9%	2%	2%
non défini	1%	0%	10%
sous total	88%	93%	94%
ex DAHLB	47%	51%	46%

Source : Exploitation données CHIPS 2009

[1618] Ce tableau montre au passage un problème d'utilisation du système d'information puisque pour 10% des lignes de liquidation le gestionnaire n'est pas connu.

### **1.1.3. Absence d'une vision globale**

- [1619] Il n'existe pas de procédures communes, d'analyse et de connaissance globale des achats qui n'ont pas fait l'objet d'une analyse globale ou d'actions dans le cadre du PREF. Les personnes rencontrées ont confirmé qu'il ne leur a pas été demandé d'établir dans leur domaine de compétence un plan d'optimisation des achats.
- [1620] La commission d'appel d'offres, puis la commission interne qui l'a remplacé, n'est pas le lieu de cette vision globale. Il n'existe pas de registre ou de document regroupant les comptes rendus de la commission qui, depuis 2006, sont répartis dans les dossiers, selon la direction des achats.
- [1621] Le rapport fait au conseil d'administration sur l'exécution des marchés n'a pas été fait à partir de 2007. A la suppression de cette obligation, ce rapport n'a pas été remplacé par un document comparable destiné au directeur ou à une autre instance interne.
- [1622] Il n'existe aucune analyse globale des achats de leur répartition par fournisseurs ou selon toute autre nomenclature.

## **2. LA REPARTITION DES ACHATS PAR FOURNISSEURS**

- [1623] Il ne nous a été fourni aucune analyse des caractéristiques des achats ou des fournisseurs. Nous l'avons donc effectuée à partir des fichiers de liquidation sur des données comportant l'ensemble des budgets et donc possiblement des doubles comptes, même si nous avons travaillé sur des données validées par la direction des finances.
- [1624] Comme souvent lors de cette mission il nous a été fourni, pour un même phénomène, par différentes sources ou à différents moments, des chiffres présentant des incohérences ; le temps disponible et le faible intérêt de l'exercice nous ont conduit à ne pas faire l'archéologie de ces écarts.
- [1625] L'établissement n'a aucune politique globale à l'égard de ses fournisseurs, dont il ne connaît pas l'importance globale, faute de consolidation des perceptions des différents acteurs. Nous avons établi un palmarès en fonction du montant du chiffre d'affaires annuel, à la fois en nombre fournisseurs et en montant total des achats.

### **2.1. Analyse globale**

- [1626] Le nombre de fournisseurs, qui s'était fortement accru, notamment en 2007, diminue en 2008 et en 2009 du fait de la réduction numérique des petits et très petits fournisseurs. En nombre ceux-ci demeurent néanmoins très importants : 46% des fournisseurs bénéficient de moins de 4.000€ d'achat ; 71% de moins de 20.000€

Tableau 164 : Répartition du nombre de fournisseurs par chiffre d'affaires du fournisseur

CA K€	2005	%	2006	%	2007	%	2008	%	2009	%
< 4	811	52,9	845	52,5	1 119	57,8	765	49,9	655	45,8
4-20	351	22,9	369	22,9	380	19,6	367	23,9	363	25,4
20-100	246	16,1	265	16,5	293	15,1	253	16,5	267	18,7
100- 500	100	6,5	101	6,3	110	5,7	114	7,4	109	7,6
500- 1000	17	1,1	16	1,0	20	1,0	24	1,6	21	1,5
>1000	8	0,5	13	0,8	14	0,7	11	0,7	14	1,0
<b>Total</b>	<b>1 533</b>		<b>1 609</b>		<b>1 936</b>		<b>1 534</b>		<b>1 429</b>	

Source : Exploitation des fichiers de liquidation

[1627] En terme de valeur la diminution significative de la part des très petits (<4000 €) et petit (<20000€) fournisseurs a un impact réel mais modéré. Par contre l'impact d'une concentration des achats vers les fournisseurs les plus importants est très significative. Ainsi les fournisseurs dont le chiffre d'affaire est supérieur à 1M€ passent de 20% à 30% des achats.

Tableau 165 : Répartition des achats par chiffre d'affaires du fournisseur

CA	2005	%	2006	%	2007	%	2008	%	2009	%
Moins de 4 000	986 986	1,6	986 013	1,5	1 027 368	1,3	907 446	1,2	815 790	1,0
4-000- 20 000	3 319 150	5,4	3 664 232	5,4	3 862 335	4,8	3 621 380	4,8	3 497 518	4,4
20 000-100.000	11 762 128	19,2	12 144 106	17,8	14 120 459	17,7	11 867 899	15,7	11 976 459	15,0
100000- 500.000	20 580 654	33,7	21 392 422	31,4	23 308 455	29,1	24 381 945,57	32,2	24 094 535,	30,2
50000- 1.000.000	11 682 507	19,1	10 778 175	15,8	14 633 455	18,3	16 400 196,55	21,7	15 317 235,	19,2
Plus de 1.000.000	12 808 771	21,0	19 114 332	28,1	23 049 413	28,8	18 413 863,01	24,4	24 045 149,	30,1
<b>Total</b>	<b>61 140 197</b>		<b>68 079 280</b>		<b>80 001 485</b>		<b>75 592 730</b>		<b>79 746 688</b>	
FNP	8 32 158		348 695		368 751		3 279 270		4 825 877	
Total contrôle	61 972 355		68 427 975		80 370 236		78 872 001		84 572 565	

Source : Exploitation des fichiers de liquidation Nota les factures non parvenues(FNP) sont classées sous ce nom de fournisseur

[1628] Les enjeux de gestion aujourd'hui sont doubles

- Gérer les relations avec les fournisseurs les plus importants : 14 fournisseurs représentent 30% des dépenses, 21 autres 19% et 109 fournisseurs 30% ; au total 144 fournisseurs représentent 80% des achats ;
- Réduire encore sur le nombre des petits fournisseurs et pour cela regrouper les commandes dispersées : 72% des fournisseurs ont un chiffre d'affaire avec le CHIPS inférieur à 20.000€

## 2.2. Caractéristiques des principaux fournisseurs

[1629] Le tableau ci-dessous retrace pour les années 2005-2009 les fournisseurs dont le chiffre d'affaires avec le CHIPS est supérieur à 500.000€ Les années où ils ne sont pas présents dans le tableau ils peuvent être fournisseurs du CHIPS mais leur chiffre d'affaire peut avoir été inférieur à ce seuil. Les données sont classées par numéro de fournisseur, ce dernier étant un indicateur de son « ancienneté ».

[1630] Cette liste devrait être exploitée par le CHIPS pour définir des stratégies de maîtrise des dépenses adaptées : volumes pour les fournisseurs à prix réglementés (EDF, EFS), nature des consommations et vigilance sur les procédures de marchés pour les fournisseurs importants de médicament ou de dispositif médicaux, examen des positionnements pour les fournisseurs présents depuis longtemps afin de vérifier qu'il n'existe pas de, vigilance pour les opérations entraînant des coûts importants.

[1631] Cela a été commencé pour certains fournisseurs « historiques » (comme pour les ambulances) mais de manière tardive et limitée, avec un effet financier uniquement en 2010.

[1632] Ce délai n'est pas compatible avec l'hypothèse d'un directeur arrivant fin 2007 extrêmement préoccupé par la régularité des procédures et prenant des son arrivée des mesures pour garantir leur régularité et le réexamen de la situation de fournisseurs historiques. Nous n'avons d'ailleurs trouvé aucune trace écrite de cette éventuelle préoccupation.

Tableau 166 : Liste des fournisseurs ayant eu un chiffre d'affaires supérieur à 500.000€ l'année considérée

		2005	2006	2007	2008	2009
27	AMBULANCES SAINTE ANNE	1 369 826	1 467 617	1 472 564	1 490 225	1 234 943
63	ABBOTT France	984 049	1 201 196	1 166 202	1 181 611	1 257 821
98	PHILIPS SYSTEMES MEDICAUX	766 580		977 899	584 546	
197	SIEMENS MED SOLUTION DIAG			1 730 774		
200	YVELIN	1 827 764	1 909 347	1 728 370	1 847 892	
254	UGAP			736 995	828 508	1 567 737
288	AUXIFIP	598 236	531 688		535 291	501 952
341	ELECTRICITE DE France	865 162	859 776	949 486	945 015	996 307
453	KONE SA		867 042	691 707		
375	MEDTRONIC FRANC				534 215	580 439
548	LILLY France				567 961	
583	GENZYME SA	634 128	1 021 323	961 101	1 136 480	869 291
618	SCP DELATTRE GE					1 771 000
675	BRISTOL-MYERS SQUIBB	871 284	679 666	680 615	607 715	556 779
790	L'APPEL MEDICAL	1 439 985	1 423 917	2 779 031	1 944 742	1 192 052
856	JANSSEN-CILAG			617 636		598 528
972	GSK GLAXO SMITHKLINE	1 333 356	1 180 138	1 088 176	772 311	593 610
1078	ST JUDE MEDICAL					584 542
1127	PRODUIT ROCHE	1 122 931	1 234 894	852 292	1 210 076	1 494 015
1139	BAXTER	546 255	579 454		561 452	
1198	SHAM					1 777 434
1218	ETHICON SAS	529 286	587 186	717 791	596 443	607 288
1307	PFIZER		502 176			
1314	SANOFI SYNTHELABO	704 453	807 638	1 120 565	943 683	696 746
1325	LAB.FRANCAIS FRACTIONNEMENT BIOT	547 096	557 669	687 425	855 611	963 810
1326	SCHERING-PLOUGH		507 162	540 809	780 427	744 483
1361	AIR LIQUIDE SANTE	979 535	1 107 209	1 072 810	949 682	929 791
1439	HNE MEDICAL		589 008		592 399	
1542	SIEMENS SAS			718 858	569 496	1 583 214
1692	UNIVERSAL LEASING		942 752	1 020 612		
1798	SOCIETE FECAMOISE EE			716 933		
2802	ROCHE DIAGNOSTICS	651 738	564 458	553 302	564 292	778 048
2931	DALKIA	839 111	1 914 537	1 106 859	1 687 349	3 473 460
2942	FRESENIUS KABI France	512 655		500 523	514 122	
3498	SODIRE AINETT 78	1 620 969				
3578	EFS ILE DE France	2 293 904	2 221 951	2 536 586	2 383 816	2 371 052
3797	BLANCHISSERIE INTERHOSP	1 800 036	1 815 318	1 756 912	1 696 812	1 616 884
3874	TYCO HEALTHCARE FRANCE SAS	583 472	575 880	683 622	937 502	949 935
3943	MCKESSON				531 220	796 961

3939	UNIFERGIE	533 483	801 475			
4484	GILEAD SCIENCES				560 420	751 667
4855	SMC SARL		825 147	981 675	940 204	1 434 376
4945	LEGRAND ENTREPRISE				593 858	
5536	DERICHEBOURG PROPLETE			652 692	1 730 161	1 986 427
6398	VD SAS	535 984			2 104 699	
8003	PENAUILLE ETS		1 344 251	885 226		
8114	ITE (INDUSTRIE TRAVAUX ENTREPRISE)		1 272 634	526 867		
8460	ALHO CONSTRUCTION MODULAIRE SAS			1 250 390		
8463	CADOLTO FRANCE SARL			3 219 562		
10488	BIOGEN IDEC FRA				533 825	753 498
10032	CAPGEMINI					1 284 735
10693	ALEXION PHARMA					641 545
10928	MIPIH					785 756
509096	Charges à rattacher factures non parvenues					636 259

Source : *Exploitation des données de liquidation*

### 3. LES PROCEDURES ET LE CONTROLE INTERNE

#### 3.1. *Pas de procédures ou de contrôle interne formalisés et communs à l'ensemble des acheteurs*

[1633] Les investigations menées chez les différents acheteurs montrent des procédures non formalisées à chaque étape du processus achat : estimation des besoins, passation des marchés, suivi de l'exécution. Il n'existe pas d'outils de suivi régulier ni de réel contrôle interne.

[1634] Un exemple est significatif. L'établissement utilise deux logiciels d'aide à la passation des marchés MARCO dans le secteur biomédical, seul secteur l'ayant mis en place après une tentative plus globale d'implantation dans l'établissement sous l'égide de [REDACTED], et EPICURE pour pharmacie. La direction des achats a fait des efforts d'amélioration de la passation des marchés sans en utiliser aucun.

[1635] La part des liquidations directes, c'est-à-dire sans inscription d'une commande dans le système informatique avant la liquidation de la facture, est le signe global d'un processus de gestion mal maîtrisé et notamment car on ne peut alors disposer d'un suivi fiable des engagements.

[1636] Nous n'avons pas repris les données extraites d'Hexagone dans le rapport elles donnent le même constat que celui fait en 2009. Nous n'avons pas souhaité présenter une chronique du taux de liquidation directe car nous ne sommes pas assez sûrs de la fiabilité des données pour faire de son évolution un indicateur de la gestion du CHIPS.

Tableau 167 : Part des liquidations directes dans le total des achats par gestionnaire (2009)

	Gestionnaire	Liquidations directes	Commandes	Total	% Liquidations directes
BI	Biomédical	7 219 617	4 086 192	11 305 809	64%
MB	Magasin Biomédical	146	187 660	187 805	0%
IN	DSIO	1 540 476	679 038	2 219 513	69%
LA	Laboratoires		2 562 029	2 562 029	0%
LI	Lingerie		56 983	56 983	0%
MA	Magasin Achat		1 373 122	1 373 122	0%

PP	Pharmacie Poissy	12 405	14 965 392	14 977 796	0%
PS	Pharmacie Saint-Germain	20 985	11 172 368	11 193 353	0%
SE	Services Economiques	23 881 931	3 432 136	27 314 067	87%
ST	Services Techniques	5 946 120	1 946 137	7 892 257	75%
Sous total		38 621 679	40 461 056	79 082 735	49%
ND		639 389		639 389	100%
FI	Finances	4 472 073		4 472 073	100%
PA	Paye	378 369		378 369	100%
Total		44 111 509	40 461 056	84 572 565	52%

Source : *Exploitation des données de liquidation*

[1637] De manière plus générale il est plus inquiétant encore que nous n'ayons pas pu obtenir une description des contrôles mis en place dans Emagh2. Cela montre les lacunes de la maîtrise d'ouvrage sur ce logiciel. Cela montre aussi que personne n'a défini de manière globale pour tous les acheteurs les procédures de contrôle interne.

### 3.2. *Une occasion manquée l'implantation de Emagh2.*

[1638] Le changement de logiciel a donné lieu à une étude de l'existant du MIPIH qui pointe bien les défauts de l'organisation, fait des propositions et fait même état de décisions prises. Nous avons disposé de deux documents étude d'organisation gestion économique et financière (document provisoire 25/6/2008) et un guide de référence de la mise en œuvre de la GEF.

[1639] Les principales préconisations sont résumées au tableau ci-dessous.

Tableau 168 : Préconisations d'organisation et de mise en œuvre de l'étude d'organisation

<b>Préconisations</b>	
1	Constitution d'un groupe de référents qui sera formé à l'ensemble des fonctionnalités, validera les données reprises et mettra en place le paramétrage de l'application.
2	Revoir le découpage des gestionnaires en fonction de l'impact dans e-M@gh2.
3	Démarrage de e-M@gh2 en lien avec le NOYAU CONVERGENCE pour les structures. Tenir compte de la nécessité d'imputer des dépenses au niveau CAC dans le nouveau découpage du fichier structure.
4	Maintient de la gestion centralisée des comptes aux services financiers. Dans e-m@gh2, il faut définir quelles sont les UFs autorisées à consommer sur les comptes. Afin d'éviter tout blocage, il a été décidé d'autoriser toutes les UFs sur tous les comptes.
5	Maintient de la saisie décentralisée des produits. Etant donné que e-M@gh2 ne numérote pas automatiquement, il faudra que chaque service se réserve une plage de numéros. Prévoir un fichier EXCEL ou un cahier pour tracer les numéros affectés. Prévoir la renumérotation des produits pour le service technique.
6	Maintient de la saisie décentralisée des fournisseurs dans chaque service avec cependant une autorisation limitée au référent du service, y compris pour la modification des domiciliations bancaires et des informations relatives aux points de commande, aux numéros de téléphone, de fax. Pour ce qui est des domiciliations bancaires, toute saisie doit avoir pour support le RIB transmis par le fournisseur.
7	Maintient de la saisie décentralisée des marchés au niveau des différents services.
8	Mise en œuvre de l'interface entre EPICURE et e-M@gh2 permettant de récupérer dans e-M@gh2 la liste des produits en marchés d'EPICURE

9	Mise en œuvre du module de préconisations de commandes au niveau du magasin général.
10	Mise en œuvre du module de gestion des abonnements pour les dépenses répétitives.
11	Mise en œuvre de la dématérialisation du bon de commande par EDI.
12	Mise en œuvre des interfaces entre PHARMA et e-M@gh2.
13	Mise en œuvre du module de suivi des opérations, permettant de générer l'engagement à partir d'un ordre de service et d'avoir une gestion adaptée aux opérations et aux marchés de travaux (pas de réception, gestion automatique de la retenue de garantie, suivi de l'opération)
14	Les réceptions et sorties de stock du magasin cuisine de St-Germain doivent être saisies directement à la cuisine et non au service économique au vu du stock restant.
15	Etudier la mise en place de terminaux portables pour la saisie des sorties de stock au magasin général ou prévoir la mise en œuvre du module « demande des services » courant 2009.
16	Utilisation du module de gestion des Catalogues pour la constitution de liste de produits stockés à destination des services.
17	Maintient du mandatement centralisé. Cependant, étant donné que le numéro de liquidation n'est plus connu après le mandatement, il faut inscrire sur la facture le numéro de commande qui fera le lien.
18	Mise en œuvre de la liaison Retour Dépenses avec la TG permettant de visualiser dans e-M@gh2 les dates de paiement des mandats par la TG.
19	Etude d'une interface au niveau des emprunts entre e-M@gh2 et un logiciel de gestion de la dette.
20	Pas de possibilité d'extraction directe des données de e-M@gh2 vers Excel à l'exception des listes de base (listes de produits, fournisseurs, comptes, UF...). Ces extractions seront possibles par l'intermédiaire de l'infocentre BUSINESS OBJECTS.
21	Mise en place de l'infocentre BO courant octobre pour valider les données reprises
22	Formation spécifique à l'infocentre sous BUSINESS OBJECTS par métier : métier financier, métier acheteur.
23	Le logiciel ELITE. S doit être disponible en consultation pendant au moins 3 ans car les commandes et les mandats ne sont pas repris dans e-M@gh2.

Source : Etude organisation juin 2008

[1640] Le deuxième document fait état de « décisions prises » résumées ci-dessous.

Tableau 169 : Résumé des décisions prises

Décision	Conséquence
Chaque service doit gérer les dépenses qui se rapportent à son activité.	Etudier précisément chaque type de dépense et en affecter la gestion à un service bien identifié. Par exemple : le service DRH devrait reprendre la gestion des dépenses hors paye (frais de déplacement, personnel intérimaire). Le service technique devrait reprendre la gestion des dépenses liées aux fournitures techniques.
Mise en place d'une cellule des marchés	Centralisation de la passation des marchés. Garant du respect des procédures du Code des Marchés Publics. L'expression des besoins émane toujours des utilisateurs. Le suivi des marchés est ensuite effectué par les services acheteurs dans e-magh2.
Engager au plus juste toutes les dépenses connues	Mise en place immédiatement du module « abonnements » pour la gestion des dépenses répétitives. Mise en place du module « préconisations de commandes » en décalé. Fin 1 <sup>er</sup> semestre 2009. Utiliser le moins possible la liquidation sans commande préalable. Interdiction de LSCP sur les comptes de stock.

Edition d'un seul exemplaire du bon de commande qui est signé par le responsable du service. Edition du bon de réception à destination du magasin	Paramétrage par défaut de l'édition d'1 bon de commande. Seul le bon de commande signé doit être photocopié.
Gestion et suivi des délais de paiement aux fournisseurs	Négocier avec la trésorerie la délai de traitement receveur des mandats. Mise en place d'une organisation de saisie et de classement des liquidations qui permette au service financier de mandater au plus juste pour respecter le délai de paiement au fournisseur.

Source : Document MIPIH

- [1641] Personne n'est en charge parmi les directions rencontrées de la maîtrise d'ouvrage et du suivi de la mise en œuvre. Le logiciel a été implanté sans que des décisions importantes d'organisation aient été mises en œuvre.
- [1642] Pourtant le changement de logiciel de gestion économique et financière au 1/1/2009 était, à cet égard, une occasion rêvée car il obligeait à analyser l'adéquation entre les procédures du CHIPS et le progiciel d'une part, à paramétrer celui-ci, notamment dans ses aspects de contrôle interne d'autre part. Cela n'a pas été le cas.

### 3.3. Une absence totale de suivi du sujet par la direction générale

- [1643] Alors que le changement de fonctions de [REDACTED] et le recrutement d'un juriste présenté dans un courrier de [REDACTED] à [REDACTED] comme « *ayant une expérience du contentieux des marchés publics pour diriger une cellule des Achats*<sup>249</sup> » on aurait pu s'attendre à ce qu'une analyse globale des procédures d'achats du CHIPS soit faite, qu'un plan d'actions soit élaboré et des mesures prises.
- [1644] Il n'en a rien été nous n'avons trouvé aucune trace d'une impulsion de la direction sur ce sujet ; l'organisation une fois la scission de la direction des achats faites n'a pas été modifiée, les procédures n'ont pas été revues, le contrôle interne n'a pas été mis en place.

## 4. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

- [1645] L'organisation globale de la fonction achat du CHIPS et de ses procédures de travail est à revoir et à formaliser.
- [1646] La mise en place d'une cellule de la commande publique qui soit responsable de la partie administrative de la passation des marchés en amont, fait l'objet d'un consensus au sein des personnes rencontrées. Cela est dû à la convergence de deux motivations :
- Souhait de la direction des achats de se recentrer sur les procédures de marché, vues sous un angle uniquement juridique, et d'être déchargée des tâches de liquidation, considérées comme des tâches administratives sans valeur ajoutée ;
  - Souhait des autres directions de n'être plus responsable de la partie administrative de la passation des marchés dont elles mesurent qu'elles n'ont pas la technicité pour le faire (et qui comportent des risques juridiques de nature pénale).

<sup>249</sup> Courrier du 28//2008

[1647] Au risque de briser ce consensus nous estimons que le facteur probant n'est pas l'organisation mais le fait que les actes de gestion soient effectués par des personnes au fait du code des marchés publics et de ses dispositions. Cela est d'ailleurs vrai à la fois pour la passation et pour l'exécution des marchés (qui relève des personnels techniques) dont nos investigations montrent qu'elle présente de fortes marges de progression.

[1648] Centraliser les procédures administratives sur une cellule insuffisamment dotée en personnel compétent peut amener à accroître les difficultés plutôt que les résoudre. Elle ne nous paraît pas adaptée à un établissement où le travail entre directions est loin d'être fluide. Elle nous paraît porter le risque d'une déresponsabilisation des acheteurs techniques particulièrement dangereuse dans le contexte du CHIPS. Nous sommes donc opposés à cette solution. Par contre il nous apparaît nécessaire que la direction des services économiques soit reconstituée et qu'on lui donne la coordination de la politique d'achat et un rôle d'appui aux autres directions sur ce sujet en la dotant des compétences nécessaires.

**Recommandation n°96 : Mettre à plat les procédures, les formaliser dans un cadre commun**

**Recommandation n°97 : Renforcer les compétences en marché public et former le personnel à ses dispositions tant pour la passation que pour l'exécution des marchés**

**Recommandation n°98 : Reconstituer la DAHLB et lui donner un rôle de coordination des achats ce qui peut justifier la création en son sein d'une cellule marchés ayant un rôle d'appui.**

**Recommandation n°99 : Mettre en place une réelle analyse et un suivi des achats, y intégrer le suivi des fournisseurs**

**Recommandation n°100 : Mettre en place un contrôle interne utilisant les possibilités de Emagh2 dont le paramétrage sur ce point est à vérifier dans sa mise en œuvre.**

**Recommandation n°101 : Confier la liquidation et le mandatement aux mêmes personnes**



## Annexe 10.2 : Direction des achats

- [1649] Les investigations à la direction des achats ont eu lieu dans un contexte particulier où nous avons eu le sentiment que la responsable ne se considérait pas en charge et/ou n'était pas en mesure de rendre compte de l'activité de l'établissement, dans son domaine de compétence, avant son arrivée. Répondre aux demandes de l'inspection ne nous a pas paru figurer dans les priorités de la direction des achats.
- [1650] Lorsque nous mentionnons que des documents ne nous ont pas été fournis nous n'avons pas la certitude qu'ils n'aient pas existé ; ils peuvent n'avoir pas été recherchés avec une particulière diligence.
- [1651] De manière globale, nous avons eu le sentiment que, pour la direction des achats, ce qui l'avait précédé était non disponible et qu'il n'était pas envisageable de s'y référer.
- [1652] Pour une part l'idée selon laquelle, de toute manière, l'équipe précédente était incompétente et donc qu'il n'y avait rien à apprendre de ce passé est présente et d'ailleurs exprimée comme telle ; elle est évidemment mal ressentie par certains agents du service rencontrés qui sont là depuis plus longtemps et se vivent comme des « rescapés », non reconnues, qui estiment que leur départ est souhaité.

### 1. L'EVOLUTION DE L'ORGANISATION DES SERVICES ECONOMIQUES

- [1653] Nous avons pu disposer de très peu de documents retraçant l'activité des services économiques sur la période ; nous avons pu retrouver dans les rapports d'activité un rapport annuel 2006 de la DAHLB, dans le rapport de la DDASS une partie du rapport 2007.
- [1654] Nos demandes d'obtenir les rapports d'activité ont été vaines. Pour les années 2008 et 2009 dans ce secteur ce rendu compte le plus traditionnel d'activité n'est poursuivi que pour le secteur biomédical (cf.12).

#### 1.1. *Un champ initial classique*

- [1655] La direction des affaires économiques et du biomédical (DAEB) est une direction des services économiques classique :
- En matière d'achats elle assure le secrétariat de la commission d'appels d'offres. Elle passe les marchés, fait les commandes et liquide dans son champ de compétence. Elle gère le magasin qui assure à la fois les commandes et l'approvisionnement en produits stockés et la réception des produits pour l'ensemble de l'hôpital. De plus elle assure la liquidation pour tous les comptes hors personnel et hors compte 67.
  - Elle regroupe ingénieurs biomédicaux et assure donc les prestations dans ce domaine ;
  - Elle assure les fonctions logistiques (restauration, magasin, ..)
- [1656] Nous n'avons pas pu disposer d'un organigramme de la direction en 2005 [REDACTED] nous a indiqué qu'à son arrivée il existait une cellule centrale des marchés comportant un chef de bureau et deux adjoints des cadres. La répartition des liquidations se faisait sur la base des comptes.

## 1.2. Une organisation modifiée et un changement de nom en 2006

- [1657] L'organisation a été modifiée en 2006, ainsi que le nom de la direction, afin de mieux affirmer ses compétences : elle devient la direction des achats de la logistique de l'hôtellerie et du biomédical (DAHLB).
- [1658] En matière d'achat le changement avait pour objectif de prendre en compte une logique de famille de produits. Le secteur des achats sur investissement (achats réalisés dans le cadre des plans d'équipement) a été supprimé. Trois filières d'achat ont été créées gérant à la fois les achats d'équipement et les consommables. Le rapport d'activité indique « *des achats ont pu être regroupés et faire l'objet de mises en concurrence qui ont généré de sensibles économies, notamment sur le secteur biomédical* ».
- [1659] La plupart des personnels que nous avons rencontrés n'étaient pas présents à cette date toutefois les personnes présentes ont indiqué que cette réorganisation n'avait pas été bien acceptée par une partie du personnel. [REDACTED] a confirmé le fait que les personnels avaient eu l'impression de ne pas être associés même si elle pensait avoir informé de la réflexion menée avec les cadres.
- [1660] Un document de présentation qui nous a été communiqué montre une réorganisation qui répond à une logique claire, celle d'une organisation par nature de produits (nomenclature CMP), comportant des responsables, une définition précise du champ et la répartition des fonctions centralisées.
- [1661] Il est prévu dans ce document que la mise en place de la nouvelle organisation soit précédée de la refonte de nomenclature et de l'installation d'un logiciel de gestion des marchés publics. La première sera effectuée, le second ne restera utilisé que par le secteur biomédical.

### Organigramme DHALB 2006



Source : CHIPS entretiens

### 1.3. Une scission en 2008

[1662] Une scission est opérée en 2008. Elle consiste à séparer, d'un côté, la logistique et le biomédical qui restent rattachés à [REDACTED] et, de l'autre, une direction des achats.

[1663] Cette scission est traduite par une note de service du 27/8/2008 qui annonce l'arrivée de [REDACTED] le 1/9/2008 en tant que responsable de « la cellule 'Achats' ». Il est annoncé que cette cellule « reprendra l'ensemble des compétences et des moyens dévolues (sic) aux différentes directions dans le secteur des marchés publics et des achats ». « Au 1/9 « les compétences et les moyens en matière d'achats, de marchés publics et de commandes ainsi que de livraison des consommables de la DAHLB (à l'exception du matériel biomédical) lui seront transférées. Les autres compétences et moyens le seront progressivement dans un deuxième temps ». Une rédaction controuvée est nécessaire pour positionner cette structure nommée cellule mais dont le « rang » est celui d'une direction puisqu'il est précisé qu'elle « sera autonome des autres directions du pôle Ressources duquel (sic) elle relève ».

[1664] Ces circonvolutions sont dues à la difficulté de nommer sur une direction administrative un responsable contractuel. Le vocable de direction sera utilisé plus tard et mentionné dans les organigrammes sans que le CHIPS ait fourni les actes juridiques correspondant.

[1665] En pratique les découpages de la DAHLB a été mis en œuvre mais la deuxième phase n'est jamais intervenue. Au contraire on a assisté à une réduction des fonctions transversales par rapport à celles assumées par la DAHLB (cf. infra).

## 2. LE MANAGEMENT DE LA DAHLB

[1666] Compte rendu du contexte cité en introduction, du profond renouvellement du personnel et de l'absence de transmission visible par nous entre l'ancienne et la nouvelle structure nous n'avons pu réellement auditer la gestion de [REDACTED].

[1667] Nous avons rencontré peu de personnes ayant connu la partie « direction des achats » de la DAHLB. Ces entretiens montrent toutefois une situation doublement difficile :

- Une forte augmentation de la charge de passation des marchés d'une part (que les données chiffrées confirment cf. infra) ; la situation trouvée à son arrivée était celle d'une mise en concurrence informelle et de très peu de marchés formalisés.
- Une forte charge pesant sur la directrice directement, du fait de vacances de postes, notamment de responsables dans les différents secteurs qui composaient la direction.

[1668] [REDACTED] explique que sa charge de travail et celle de ses collaborateurs ne lui a pas permis de mettre en place les outils de suivi dont elle aurait aimé disposer. Un suivi des engagements formalisé était fait pour répondre aux demandes de la direction des finances sur une base trimestrielle. La filière générale qualité/analyse économique n'a jamais été en mesure de produire les outils de suivi dont la mise en œuvre relevait en théorie d'elle.

[1669] [REDACTED] ne pilotait pas de ce fait sur la base d'indicateur ou de tableaux de bord mais utilisait les enseignements tirés du visa systématique selon elle des commandes et des factures. Elle indique que ces analyses ont conduit à repérer des besoins satisfaits hors marché suffisamment importants pour lancer des procédures formalisées.

[1670] [REDACTED] a fait état de travaux menés pour revoir la nature des produits achetés afin de standardiser ou d'éviter l'achat.

- [1671] [REDACTED] nous a indiqué expressément que l'état Hexagone retraçant la part pour un produit des achats formalisés et non formalisés n'était pas considéré comme fiable.
- [1672] Certes il existait un plan d'équipement des services administratif techniques et généraux<sup>250</sup> [REDACTED] a aussi indiqué de grandes difficultés à obtenir des services une anticipation des achats et une direction souvent « *en bout de course* » à laquelle il était demandé de répondre dans l'urgence. A été cité à titre d'exemple le nettoyage où l'externalisation a été faite à Poissy pour réallouer le personnel de manière non articulée avec la passation des marchés, sa direction étant informée au coup par coup de l'extension du champ confié au prestataire.
- [1673] [REDACTED] note que le nouveau directeur pour les demandes le concernant personnellement (voiture, ..) faisait preuve du même manque de prévision et de la même impatience.
- [1674] Cela a conduit à l'allègement de procédures comme le suivi des engagements ou le souci de faire des engagements provisionnels qui sont moins réguliers voir deviennent ponctuels.
- [1675] L'implantation du logiciel MARCO pour lequel les autres directions avaient été sollicitées n'a été un succès qu'au biomédical. Pour le reste de la DAHLB elle n'a pas pu obtenir que le surcroît de travail nécessité par la reprise des modèles Word dans le produit soit fait, en raison de la charge de travail des agents.

### 3. LA DIRECTION DES ACHATS

- [1676] La direction des achats est mise en place le 1/9/2008 dans les conditions vues plus haut. Elle est dirigée par [REDACTED] qui est une juriste sans expérience préalable de l'hôpital ou du code des marchés publics

#### 3.1. *Champ de compétence*

- [1677] La direction des achats a conservé dans le champ de la nomenclature tout ce qui relève de l'hôtellerie et des achats généraux. Ne relève plus d'elle le matériel biomédical et les consommables de laboratoire, à l'exception du marché d'analyses biologiques.
- [1678] Elle ne joue pas le rôle d'une cellule achat pour l'ensemble de l'établissement.
- [1679] Elle assurait le secrétariat de la commission d'appel d'offres. Il est moins clair que ce soit le cas pour la commission qui lui a succédé. Certaines personnes rencontrées ont indiqué que cette dernière était saisie par chacun sans coordination.
- [1680] La direction passe les marchés, les commandes assure la réception des produits et liquide les dépenses pour les achats dont elle a la charge. Elle assure la réception des livraisons au magasin pour les produits en stocks et pour les produits hors stocks.
- [1681] Elle assure la liquidation pour l'ensemble des comptes de l'hôpital en dehors de la paie et des dépenses financières (compte 67). De ce fait la direction assure la liquidation de dépenses dont elle n'assure pas les commandes (personnel intérimaire, transports sanitaires, demandes d'analyses biologiques).

---

<sup>250</sup> Jamais mentionné par la direction des achats

### 3.2. *Organisation*

[1682] Sont rattachés à la direction les magasins selon l'organigramme figurant ci-dessous.

#### Organigramme de la direction des achats



Source : *CHIPS*

- [1683] La directrice se fixe pour objectif de modifier l'organisation pour faire un binôme entre à l'adjoint des cadres et un gestionnaire. Elle souhaiterait transférer les tâches de liquidation dont elle estime qu'elles n'ont que peu d'intérêt et devraient être assumées par les services qui bénéficient des produits.
- [1684] Les personnels rencontrés font état de charges de travail excessives et mal réparties ainsi que de l'impact de cet état de fait sur le turnover. A notre demande, expresse et répétée, l'établissement nous a fourni des éléments indicateurs de charge pour les agents qui assurent les commandes et liquidation et l'année 2009.
- [1685] L'indicateur retenu est le nombre total de lignes de commandes et de liquidations par agent. Il est encore grossier (notamment car il faudrait prendre en compte les temps partiels) mais il objective des écarts qui montrent la nécessité de revoir l'organisation au regard des charges de travail. Il devrait être complété par d'autres données comme le nombre de procédures et leur importance en lots, pour la partie passation des marchés par exemple.

Tableau 170 : Nombre total lignes commande et liquidation traitées en 2008

Agent	Nombre
1	2 927
2	3 452
3	5 259
4	7 193
5	8 110
6	8 822
7	24 017
8	25 640
Moyenne	10 678

Source : Données CHIPS

### 3.3. D'importants départs et un personnel nouveau et peu formé

[1686] Nous avons demandé l'évolution des ETP dans le champ de la DAHLB pour pouvoir comparer l'évolution de ceux consacrés aux achats à périmètre constant. Les ETP consacré on fortement diminué en 2009.

Tableau 171 : Evolution des ETP consacrés aux achats

ETP Moyen	2005	2006	2007	2008	2009
ACHATS	20,35	22,44	20,31	21,48	16,38
MAGASINS	9,43	9,03	9,01	8,85	8,83
LINGERIE	12,64	14,04	11,25	14,29	13,55
BIO MED	9,21	8,3	8,98	8,50	8,21
LOGISTIQUE	60,04	60,81	60,78	59,00	63,18
RESTAURATION	111,18	109,82	113,19	110,70	105,76
TOT DAHLB	222,85	224,44	223,52	222,82	215,92

Source : CHIPS DRH

[1687] Cela est du à un important mouvement de départ immédiatement antérieurs, concomitants ou postérieurs à la constitution de la direction des achats: 7 départs en 2008 4 départs en 2009 un départ début 2010. Les agents ont exprimé « avec leur pied » ce qu'ils pensaient du changement opéré, et sans doute, de la manière selon laquelle il a été conduit. Plus inquiétant ce mouvement se poursuit, départ d'une attachée venue en détachement début 2010, agents rencontrés arrivés récemment indiquant qu'ils allaient partir ou recherchaient un autre poste. On ne pouvait considérer à la date des investigations que la direction était stabilisée.

[1688] À la date des investigations un grand nombre d'entre eux étaient alors récemment arrivés. La médiane de l'ancienneté dans la fonction est de 1,1 année. Sont présents des agents anciens et des agents très récents mais pas d'ancienneté moyenne. Cette stratification est directement l'effet de la vague de départs décrite plus haut. La différence entre les achats hors magasin et ce dernier montrent bien l'impact des changements organisationnels et de personnes.

Tableau 172 : Ancienneté du personnel au 1/2/2010

		Nombre agents	Ancienneté l'hôpital	Ancienneté fonctions
Magasin	Médiane		7,6	6,3
Achats	Médiane		5,4	1,1
Achat		5		Plus de 5 ans
		1		2-5 ans
		11		Moins deux ans

Source : Exploitation données GRH CHIPS

[1689] Les personnes nouvellement recrutées ne sont, le plus souvent, ni particulièrement compétentes en achat, ni en marché public. Sur ce point il n'y a pas de changement par rapport à la pratique antérieure.

[1690] La formation est limitée, les personnels anciens n'ont visiblement pas été formés pendant une longue période et se reposent sur les pratiques qu'elles ont acquises. Les agents récents ont été très peu formés au code des marchés publics et aux achats. La totalité des agents a été peu formée au nouveau logiciel Emagh 2 qui est modérément maîtrisé.

[1691] La nouvelle responsable a noté à son arrivée l'absence de tout manuel de marché public, le manque de connaissances des agents et l'absence de formation ; ainsi une formation pour l'ensemble du personnel a été organisée en 2008 (deux jours).

[1692] Le relevé précis des formations suivies par les agents sur la période 2005-2009 demandé ne nous a pas été fourni.<sup>251</sup>

[1693] Nous avons disposé d'une note du début 2009, qui estime que la direction des achats est en sursis car en appliquant un ratio d'origine Cap Gemini de 2,6 ETP par tranche de 4,5 M€ d'achat son effectif cible serait de dix. Cette note montre bien les inepties auxquelles peut conduire l'application mécanique de ratios :

- Il demeure à démontrer que ce ratio dont Cap Gemini n'a jamais expliqué la construction soit une référence solide ;
- Il n'est pas évident que la liquidation qui est une activité importante de la direction et qui dépasse son propre périmètre achat soit prise en compte correctement par ce ratio ;
- Celui-ci ne prend pas en compte des aspects de coordination globale qui sont à chiffrer ;
- Enfin et surtout les faiblesses de la politique achat et de la passation des marchés montrent que cette direction a devant elle un important travail de mise à niveau ; s'il est possible d'atteindre la cible avec 10 personnes (ce dont nous doutons) il est clair que cela supposerait un autre effectif cible, un autre recrutement, une autre utilisation des systèmes d'information et donc une démarche de changement.

[1694] Comme souvent on confond définition sur la base de ratio de secteurs dans lesquels des marges sont à rechercher et chiffrage de ces marges par l'application mécanique d'un écart à la moyenne.

#### 4. LES PROCEDURES D'ACHAT

[1695] Nous n'avons disposé d'aucun document définissant les procédures et les modes de travail. La description des procédures d'achat et d'approvisionnement faites ci-dessous retrace les procédures de la période 2005-2008 car elles n'ont été que marginalement modifiées.

<sup>251</sup> La note non datée consacrée aux moyens de la direction des achats ne répondait pas à cette demande ne comportant aucune donnée nominative

- [1696] Le service s'est révélé dans l'incapacité de nous fournir tout document antérieur à l'arrivée de sa responsable et permettant de retracer l'évolution globale sur la période. Nous avons pu par différentes sources (examen des comptes rendus de CA, annexe au rapport de la DDASS) disposer de certains de ces documents.
- [1697] Il a pu nous fournir des fichiers Excel des marchés passés sauf pour l'année 2008.
- [1698] Lors de nos premiers entretiens, avec le directeur de l'établissement notamment, il nous a été décrit la prise en charge par une équipe nouvelle et compétente d'une situation catastrophique marquée par de très graves irrégularités.
- [1699] La situation constatée est quelque peu différente. Une équipe, composée de personnes nouvelles et pour l'essentiel sans compétences de base préalable a passé, en urgence, et dans des conditions difficiles en raison notamment du turnover, des marchés en nombre moins important que les années précédentes. Une plus grande rigueur est apportée dans la nature des contrats passés et dans les procédures mais des efforts avaient aussi été faits dans la période antérieure sans remédier toutefois au constat de dysfonctionnements très importants. Les aspects d'achat n'ont pas été traités en raison sans doute de l'importance jugée primordiale de la mise en œuvre des procédures.
- [1700] Un document non daté intitulé « Contexte et activité année 2009 » cf. pièce jointe dresse un portrait sans fioritures d'une situation qui est à la fois l'héritage d'une situation antérieure et la conséquence d'un changement de direction et d'une réorganisation mal conduits.

#### **4.1. Une forte augmentation du nombre de marchés avant 2009**

##### **4.1.1. Les données figurant dans les rapports au CA et les rapports d'activité**

- [1701] Nous avons pu disposer des documents remis au conseil d'administration en 2005, 2006 et portant donc sur les exercices 2004 à 2007, soit la gestion de [REDACTED]. Pour un seul des exercices une liste de marchés était jointe au document. Ces présentations n'ont pas été fournies pour les exercices suivants pour lesquels il n'a pu nous être communiqué aucun document de synthèse.
- [1702] Ces rapports présentent des données classiques de nombre de procédures, de marchés, et de caractéristiques de ces acquisitions qui sont des informations de connaissance de base qui n'ont pu être fournies pour les années 2007,2008 et 2009 si ce n'est en réponse à nos demandes et donc établies à notre intention.
- [1703] On remarque une amélioration de la qualité des informations dans le rapport sur l'exercice 2006 présenté en 2007 mais aussi des incohérences avec le rapport antérieur car les chiffres pour 2005 sont différents de ceux présentés l'année antérieure.

Tableau 173 : Caractéristiques des marchés passés 2004-2006

	2004	2005 (rapport sur 2005)	2005 (rapport sur 2006)	2006	2007
Nombre procédures	38	149	144	157	225
AO	38	36	31	28	53
MAPA		113	113	129	172
Nombre marchés	307	372	381	437	689
AO		223	372	390	666
MAPA		149			
Négociés suite infructueux			5	4	5
Sans mise en concurrence			2	40	14
Marchés complémentaires			2	3	4
Montant marchés		89,7	90,7	57,4	
AO	44,1	85,8			
MAPA		4,9			

Source : *Rapports présentés au conseil d'administration Nota les variations de montant s'expliquent largement par la passation des marchés de groupement*

[1704] La mise en œuvre du CMP 2004 a été un choc pour l'établissement. qui auparavant menait un nombre limité de procédures d'appel d'offres et achetait avec des procédures non formalisées pour le reste. Il a du passer à un plus grand formalisme et donc un plus grand nombre de procédures à mener.

#### 4.1.2. Les données dont dispose aujourd'hui l'établissement

[1705] Pour répondre à notre demande d'une liste des marchés passés par l'établissement entre 2005 et 2009 il nous a été fourni, avec un grand délai, pour les années 2005 à 2007 des fichiers Excel comportant la liste des marchés passés ainsi que des données sur la nature des procédures. Pour l'année 2008 il a été fourni une copie de la publication de la liste des marchés passés par l'établissement sur Légifrance. Pour l'année 2008 les données sont donc moins riches.

[1706] En 2005 le fichier de suivi comporte, pour les appels d'offres, un numéro de consultation ce qui permettrait de suivre un indicateur de charge complémentaire à celui des marchés car une procédure peut générer plusieurs marchés. Cette information n'est plus suivie les années suivantes.

Tableau 174 : Nombre de marchés passés

	2005	2006	2007	2008	2009
Nombre marchés fichier Excel	249	472	672	450	285
Nombre de marchés rapports au CA	381	437	689		

Source : *Exploitation fichier fourni*

[1707] Ces données ne sont pas cohérentes avec les chiffres fournis dans les rapports faits au conseil d'administration. Il peut y avoir l'effet d'une tenue en fonction de la passation dans l'un et de la mise en œuvre dans l'autre.

[1708] Ces données infirment la charge particulière pour 2009 qui a été mise en avant dans les entretiens avec la direction des achats (même si des consultations nombreuses ont été menées au troisième trimestre), au contraire on constate une forte diminution du nombre des marchés conclu. Les données obtenues pour 2010 donnent 25 consultations correspondant à 122 lots pour les trois premiers mois de l'année, la projection de la répartition traditionnelle dans le temps<sup>252</sup> donnerait 175 marchés en 2010 soit une baisse significative.

Tableau 175 : Répartition des marchés passés par type de procédure

	2005	2006	2007	2008	2009
Nombre marchés	249	472	672	450	285
Appels d'offres	203	223	396		168
MAPA	39	201	255		117
Négociés sans concurrence		41	13		

Source : *Exploitation fichier fourni*

#### 4.1.3. Répartition des montants par type de procédure

[1709] Si on examine sur la période la répartition des marchés par type de procédure, sur la base du montant annuel des marchés, on voit une diminution du poids des appels d'offres et une augmentation de celui des MAPA.

[1710] L'année 2006 se marque par l'importance des marchés négociés sans mise en concurrence qui existent aussi en 2007. Les données équivalentes ne sont pas disponibles pour 2008 et 2009. Elles ne nous ont pas été fournies en dépit de notre demande expresse.

Tableau 176 : Montant des marchés par type de procédure

Montants annuels	2005	2006	2007	Variation	2008	2009
Total	39 919 666	35 647 373	41 588 720	1 669 054	Données non fournies	
Appels d'offres	36 584 162	23 184 100	29 721 435	-6 862 727		
MAPA	2 145 307	9 093 125	9 093 125	6 947 818		
Négociés sans concurrence		6 248 254	864 601	864 601		
Autres	1 190 197	3 370 148	2 774 160	1 583 963		

Source : *Rapports exécution marché*

## 4.2. Expression des besoins

### 4.2.1. Produits hors stocks

[1711] Au plan global il existe un plan d'équipement pour le matériel biomédical (cf. annexe biomédical). Pour le reste les besoins ne sont pas formalisés et ne sont pas évalués à partir d'une analyse des consommations passées. Un plan d'équipement pour les services administratifs n'a été mentionné par aucun de nos interlocuteurs.

<sup>252</sup> On suppose autant de marchés que de lots et 70% de l'activité pendant les trois premiers mois de l'année le nombre prévisionnel de marchés serait alors de  $122/70 \times 100$  soit 174 marchés

[1712] Pour les produits en stock des demandes sont éditées par le magasin et envoyées aux services pour modification (cf. partie magasin). Il y a aussi des bons d'urgence nombreux. Les feuilles de commande sont anciennes il n'y a pas eu de discussion avec les services à leur sujet. L'expression des besoins n'est pas organisée.

[1713] Pour les produits hors stock des bons sont remplis et envoyés à la direction des achats. Selon la directrice le principe est que les demandes sont satisfaites. Des bons arrivaient directement aux gestionnaires, certains n'étaient pas signés. Depuis mai 2009 les demandes sont centralisées au secrétariat de la directrice et saisis dans un tableau Excel dont nous avons pu vérifier l'existence.

#### **4.2.2. Produits en stock**

[1714] S'agissant des produits en stocks l'expression des besoins se fait au moment de la passation des marchés, sans doute sur la base des consommations.

#### **4.2.3. Relation avec les services demandeurs**

[1715] Les relations avec les services n'ont pas été auditées en tant que tel. Le constat fait par une des personnes rencontrées nous paraît toutefois significatif de l'existant. Ils sont sollicités pour exprimer leurs besoins et participer aux tests. Ils n'ont pas l'habitude d'anticiper leurs besoins. Ils ont l'habitude de travailler avec des fournisseurs et veulent continuer avec eux. On note une certaine lassitude de leur part car le service achat leur demande du temps et de leur point de vue prend toujours le moins cher pour des raisons économiques.

### **4.3. Planification des procédures de consultation**

[1716] Il n'y a pas de planification des marchés selon un calendrier qui permette de réguler la charge. [REDACTED] nous a indiqué avoir remarqué cette difficulté et avoir essayé d'y remédier notamment de tenter de montrer aux agents que passer les marchés pendant la période de clôture était une mauvaise allocation du temps. Les chiffres montrent qu'elle a réussi à convaincre en 2006 mais qu'on est revenu aux pratiques antérieures les années suivantes.

[1717] L'essentiel des marchés sont passés avec un calendrier d'exécution sur l'année civile comme le montre la répartition par mois de la date de début des marchés. En 2009 64% des marchés commencent au début de l'année. L'établissement ne répartit pas ses dates de début des marchés de manière à lisser la charge sur l'année. On note toutefois des différences

- Une vague de marchés débutant en juillet pour la période 2005-2007 qui disparaît par la suite ;
- Un souci particulier d'équilibre en 2006 seule année où moins de 40% des marchés débutent en janvier ;
- Une année 2008 où il n'y a pas de pointe autre que celle de janvier ;
- Une année 2009 dans laquelle le mois de janvier voit son importance continuer à augmenter et où l'autre pic d'activité se traduit au mois de novembre.

Tableau 177 : Répartition du nombre des marchés pas mois (mois au dessus de 8%)

Mois	2005	2006	2007	2008	2009
Janvier	67%	23%	42%	54%	64%
Février		12%			
Avril		19%			
Mai					
Juillet	10%	16%	11%		
Novembre					13%
Sous total	77%	70%	53%	54%	73%

Source : Exploitation données CHIPS

[1718] Cette concentration conduit, dès lors qu'il intervient un aléa à faire des consultations en urgence.

[1719] Ainsi l'abandon du projet de sous-traitance de la restauration, un moment envisagé a conduit à passer un grand nombre de marchés alimentaires dans l'urgence. En 2008, en raison des dysfonctionnements de la restauration le directeur a envisagé de sous traiter la restauration. De ce fait les marchés alimentaires n'ont été passés que pour huit mois. Cette solution n'a pas été retenue car les hôpitaux auprès desquels le CHIPS s'est renseigné ont fait part de leurs difficultés avec ces prestations (contacts téléphoniques pas de réelle étude) ; cela a généré une charge importante à la fin 2008 début 2009 car les marchés supports expiraient en avril 2009.

[1720] Il n'est pas assuré que cela ne se reproduise pas en effet le service ne nous a pas fourni en dépit de notre demande réitérée la liste des marchés en cours avec leur date de fin de relance.

#### 4.4. Procédures de passation

[1721] Au cours des entretiens, ou dans le rapport de la DDASS, les procédures de passation elle-même n'ont pas fait l'objet de critiques sur des choix qui auraient conduit dans l'attribution à avantager un prestataire.

[1722] Un seul contre exemple a été cité ; au détour de son dernier entretien avec la mission [REDACTED] a fait état d'une « réanalyse » d'un marché d'ambulances qui aurait montré que le classement des offres n'aurait pas été justifié. On peut s'étonner que ce document n'ait pas été fourni spontanément dès lors que la mission avait demandé les dossiers relatifs à ces marchés (cf. annexe marchés).

[1723] Par contre, de nombreuses critiques ont été faites sur les procédures : ainsi les DCE étaient transmis par mail sans accusés de réception ce qui n'assurait pas la traçabilité. De même l'établissement n'avait pas mis en œuvre la dématérialisation, ce qui a été fait depuis avril 2009.

[1724] La mauvaise qualité juridique des marchés a été soulignée (Actes d'engagement vides par exemple) comme l'importance des dépassements du montant des marchés, du à une consommation ni prévue ni maîtrisée.

[1725] L'étude du MIPIH dresse le bilan suivant que corroborent nos propres investigations « *Les procédures de marché sont actuellement gérées par des cadres de service qui couvrent chacun un secteur économique. Chaque personne est autonome pour gérer la procédure, il n'y a pas de centralisation pour la passation des procédures, pas de centralisation des documents marchés. A ce jour, seule la numérotation des marchés est centralisée. Le suivi de l'exécution du marché est réalisé dans HEXAGONE par les différents gestionnaires. Ce suivi est minimal. Il n'y a pas d'alerte ni de blocage sur l'atteinte du montant initial du marché d'où pas d'anticipation pour la passation d'éventuel avenant* ».

#### **4.5. La gestion des demandes**

##### **4.5.1. Un processus manuel de suivi des demandes**

[1726] Les demandes de service comme les demandes de produits en stock pourraient être informatisées, tant Hexagone que maintenant Emagh2 le permettraient, cette fonctionnalité n'a jamais été mise en œuvre.

[1727] Un suivi des demandes de produits hors stocks a été mis en place en mai 2009 sous la forme d'un fichier Excel de suivi dont nous avons pu vérifier l'existence.

##### **4.5.2. L'absence de suivi informatique des commandes**

[1728] La directrice des achats nous a indiqué que pour l'ensemble des marchés passés par son service les produits sont saisis. Il est possible d'acquérir des produits non prévus dans un montant maximum de 10% du marché. L'utilisation du logiciel est la suivante :

- Si le fournisseur ne peut pas fournir le produit prévu au marché et qu'il fournit un produit de substitution au prix du marché la commande sera faite sur le code produit prévu avec une indication dans le libellé de la ligne de commande du produit effectivement fourni
- S'il s'agit d'un produit non prévu il est créé un code produit nouveau avec un libellé spécifique qui pourra éventuellement « accueillir » plusieurs produits
- Il n'existe pas de code produit « déversoir » pour les produits non prévus

[1729] Cette description est sans doute exacte pour les produits en stock et les denrées alimentaires elle n'est pas documentée de manière générale par les chiffres qui montrent au contraire l'importance des liquidations directes.

[1730] Tous les produits ne font pas l'objet de commandes saisies dans le logiciel de GEF. Selon les personnes rencontrées les marchés alimentaires font systématiquement l'objet d'une saisie dans le logiciel des produits qui sont achetés mais ce n'est pas le cas d'une grande partie des marchés. En conséquence les liquidations directes, paiement sur facture sans qu'il ait été fait un engagement sont importantes.

[1731] Nous avons pu documenter cette importance sur les données 2009, à partir des extractions fournies, en calculant, par gestionnaire, la part des commandes et des liquidations directes. Le taux moyen est de 52% de liquidation directe. Mais hors produits en stock (qui par définition font l'objet de commandes) 87% des sommes gérées par les services économiques en 2009 font l'objet d'une liquidation directe.

[1732] Cela peut correspondre à des produits qui ont fait l'objet de commandes aux fournisseurs mais non saisies dans logiciel de GEF, de sorte qu'il est impossible de faire un suivi infra-annuel fiable des engagements des consommations de crédits.

Tableau 178 : Part des liquidations directes dans le total des achats par gestionnaire (2009)

Gestionnaire		Liquidations directes	Commandes	Total	% liquidations directes
BI	Biomédical	7 219 617	4 086 192	11 305 809	64%
MB	Magasin Biomédical	146	187 660	187 805	0%
IN	DSIO	1 540 476	679 038	2 219 513	69%
LA	Laboratoires		2 562 029	2 562 029	0%
LI	Lingerie		56 983	56 983	0%
MA	Magasin Achat		1 373 122	1 373 122	0%
PP	Pharmacie Poissy	12 405	14 965 392	14 977 796	0%
PS	Pharmacie Saint-Germain	20 985	11 172 368	11 193 353	0%
SE	Services Economiques	23 881 931	3 432 136	27 314 067	87%
ST	Services Techniques	5 946 120	1 946 137	7 892 257	75%
Sous total		38 621 679	40 461 056	79 082 735	49%
ND		639 389		639 389	100%
FI	Finances	4 472 073		4 472 073	100%
PA	Paye	378 369		378 369	100%
Total		44 111 509	40 461 056	84 572 565	52%

Source : Exploitation des données de liquidation

#### 4.6. Le suivi des prestations est très perfectible

- [1733] Le suivi des prestations n'est pas organisé de manière générale au-delà de la procédure formelle de livraison des produits. Ne sont pas organisées les relations avec les utilisateurs qui permettraient au service achat d'avoir des retours sur la qualité des produits achetés et sur la conformité de l'exécution du marché.
- [1734] Lors des entretiens il nous a été indiqué que les actualisations de prix n'étaient pas assurées dans le produit de GEF. Nous avons constaté, de visu, que, dans ce cas, l'agent modifie la quantité pour que le total soit cohérent avec le prix unitaire facturé différent de celui figurant dans le logiciel.
- [1735] Nous avons pu constater que le processus de liquidation présente des défaillances par exemple, l'absence de document attestant le service fait pour des marchés de prestations passés par la « direction générale » que nous avons audité.
- [1736] La direction des achats a toutefois engagé des actions, encore ponctuelles, pour améliorer la gestion.
- [1737] Un agent a été recruté par mutation interne pour effectuer le suivi du marché de nettoyage. Toutefois elle n'a pas bénéficié d'une formation et d'une information préalable sur le contenu précis de son travail de vérification. C'est en assistant aux formations internes du prestataire qu'elle a pu mettre au point certains points de vérification.

- [1738] Le service a effectué un audit des transports sanitaires et note des dysfonctionnements : facturation de 10 kms pour les transferts Poissy saint Germain, transport en ambulance vers la radiothérapie (110€ pour 300m) ; prise en charge par l'établissement de transferts définitifs qui auraient du être facturés à la CPAM.
- [1739] La direction des achats s'est attaquée à des sujets comme le paiement des analyses sous traitées pour lequel les déficiences des systèmes d'information impose un travail très important pour vérifier les factures avant liquidation, à commencer à travailler sur les procédures de gestion de l'intérim dont la gestion apparaît lourde et inefficace. Elle travaille de même avec la direction des soins infirmiers sur l'appel à l'intérim.

#### **4.7. Contrôle de gestion et contrôle interne**

- [1740] Les constats faits s'appuient sur nos investigations et sur les documents produits par le MIPIH lors de l'étude faite en préalable de l'implantation de Emagh2.

##### **4.7.1. Il n'existe pas les éléments de base d'un contrôle de gestion**

- [1741] Les éléments de base d'un suivi du service n'existaient pas à la date des investigations : pas de tableaux de suivi, pas d'étude des consommations par produit, ou par service, ni de suivi des dépenses engagées.
- [1742] Les délais de paiement aux fournisseurs ne sont pas suivis.
- [1743] Vu le renouvellement du personnel et la visible absence de transmission entre les personnes en raison du climat conflictuel de l'époque il n'est pas possible de documenter les procédures antérieures.

##### **4.7.2. Le fonctionnement de la commission d'appel d'offres puis de la commission qui lui a succédé ne sont pas auditables**

- [1744] Le service a été dans l'incapacité de nous fournir les comptes rendus des commissions d'appel d'offres, qui depuis 2006 ne sont plus centralisés, mais ventilés dans les dossiers. Il n'a pas pu nous fournir les ordres du jour (ce qui nous aurait permis de voir la fréquence des réunions et le nombre de dossiers examinés) ni au moins compte rendu par séance (ce qui nous aurait permis de vérifier les présences). [REDACTED] nous a pourtant indiqué que toutes ces informations figuraient « dans l'ordinateur de la secrétaire qui en était chargée ».

##### **4.7.3. Le montant des marchés n'est pas correctement suivis**

- [1745] Les données 2005 à 2007 permettent de suivre les montants dépensés pour chaque marché dans l'année et de les comparer aux montants annuels et globaux. Ces données sont fragiles car venant d'un tableau Excel de suivi et non du logiciel de GEF, mais elles ont le mérite d'exister.
- [1746] On constate une dégradation sur la période.

Tableau 179 : Dépassements du montant des marchés

	2005	2006	2007
Dépassement du montant annuel	80	81	138
Dépassement du montant global	13	48	70

Source : Fichiers informatiques suivi marchés

[1747] Pour 2008 et 2009 nous n'avons pu obtenir aucune donnée. Le suivi du seuil des marchés n'est pas effectué de manière globale.

#### 4.7.4. Contrôle interne mis en place dans le produit de GEF

[1748] En dépit de notre demande expresse nous n'avons pas pu obtenir une description dans une note des contrôles mis en place dans Emagh2. Il est anormal qu'après qu'un contrôle de la DDASS ait été transmis à l'autorité judiciaire l'établissement ne soit même pas en mesure de décrire les contrôles informatiques mis en place pour remédier aux dysfonctionnements relevés dans ce rapport.

[1749] Les entretiens font apparaître des faiblesses importantes.

##### 4.7.4.1. Gestion des codes produits

[1750] S'assurer que les produits (code produits) sont bien ceux prévus par les marchés auxquels ils sont rattachés est un élément de base de la capacité à suivre les marchés et le respect des obligations réglementaires.

[1751] Il nous a été décrit la procédure suivante pour l'alimentaire : dans le cas où le fournisseur ne peut fournir le produit du marché mais propose un produit de substitution celui-ci est passé sur le code produit du marché ; dans le cas où le marché prévoit la possibilité d'acheter des produits « similaires » dans un certain pourcentage de son montant il est créé un code produit « générique », par exemple pâtisserie individuelle dont le contenu est précisé dans le libellé.

[1752] Il n'est pas assuré que ces bonnes pratiques décrites soient générales que ce soit dans les clauses de marchés et dans la gestion des codes produits. Des procédures devraient être formalisées sur ce point.

##### 4.7.4.2. Création des fournisseurs

[1753] Contrairement à ce qui se passait avec Hexagone il n'y aurait plus de restriction sur la capacité à créer des fournisseurs : cette création serait ouverte à tous, le N° SIRET ne serait plus systématique, on pourrait valider un fournisseur sans domiciliation bancaire<sup>253</sup>.

##### 4.7.4.3. Seuil alertes et contrôle bloquants

[1754] L'existence de seuils d'alerte par exemple à 70% du montant du marché et l'absence de contrôle bloquant ont été indiqués dans les entretiens mais personne n'a été en mesure de nous indiquer un tableau clair des contrôles programmés dans le progiciel.

<sup>253</sup> Source : entretiens ce qui explique le conditionnel.

#### **4.8. Un système d'information peu apprécié et mal utilisé et des problèmes d'interface**

- [1755] Le logiciel Emagh3 est unanimement peu apprécié par les personnes rencontrées qui ont utilisé Hexagone. Sont mis en avant la lourdeur des écrans, le manque d'écrans de synthèse et la multiplicité des confirmations/validation dont visiblement les utilisateurs n'ont pas compris le mode d'emploi.
- [1756] La plupart des personnes rencontrées ont fait état de fonctionnalités qu'elles considéraient comme utiles dans Hexagone et dont elles ne peuvent disposer avec Emagh2. On citera à titre d'exemple les modalités de visualisation des lignes de commande, la capacité d'imprimer une commande au fur et à mesure de la saisie, la trop faible taille des écrans qui ne permet pas de voir toute l'information,
- [1757] Les personnes rencontrées ont aussi fait état de l'important volume de travail lié à des ressaisies de données. Ainsi les éditent les bons de commande à partir de leur logiciel métier et ne saisissent pas dans Magh2 ; le laboratoire apporte des bons de commande DX Lab qui doivent être manuellement rapprochés des factures.
- [1758] Un audit a été effectué par le MIPIH pour préparer la mise en place du logiciel Emagh2 les préconisations suivantes de cet audit n'ont pas été mises en place
- mise en place d'une cellule des marchés qui centralise toutes les passations de marchés dans le respect du processus des achats ;
  - application du principe de base de la M21 toutes dépenses connues doit être engagée
  - passage systématique de commandes pour les comptes de stock ; interdiction de faire des liquidations préalables sans commandes sur les comptes de stock
  - utilisation du module abonnement pour les dépenses répétitives
  - utiliser le mode préconisation de commandes pour les produits stockés du magasin
- [1759] Le constat fait par une des personnes rencontrées nous paraît bien retracer la réalité : le logiciel a été mis en place « *sans que soit conduit des projets pour gagner en productivité et améliorer les process* ».

#### **4.9. Magasin**

- [1760] Nous avons rencontré le responsable du magasin et visité les magasins des deux sites. Nos investigations ont été limitées à une description des procédures et à l'examen des documents fournis.

##### **4.9.1. Le fonctionnement du magasin est marqué par un fonctionnement routinier et la faible qualité de la gestion des stocks dont témoigne le dernier inventaire**

- [1761] La mission des magasins est classique. Les locaux sont anciens peu adaptés et les aspects logistiques de l'approvisionnement mériteraient une analyse précise. Un projet de création d'un magasin unique a été conduit en 2006 puis abandonné compte tenu de son coût.
- [1762] S'agissant de la participation du magasin à la définition des besoins celle-ci ne s'appuie sur une analyse des consommations des services qui n'est pas effectuée.
- [1763] S'agissant de ses propres commandes il n'y a pas de système de préconisation de commande même si le logiciel le permet pour des produits 100% en stock

[1764] La satisfaction des demandes des services s'organise classiquement autour de livraisons périodiques et régulières des produits en stock et de la réponse aux demandes de produits ne stock en dehors de ces dotations « bons de dépannage » et s'agissant des demandes de produits hors stock, le magasin assure la réception physique des produits dans la plupart des cas.

- Les fiches de commande standard sont anciennes et ne sont pas régulièrement revues avec les services ;
- Les demandes des services sont manuelles et la mise en place de « bons de dépannage » est relativement récente, leur suivi l'est encore plus il est encore statistique et sans retour vers les demandeurs (volume, délais,..)

[1765] Nous avons disposé du suivi fait depuis 2009 par le magasin des « bons de dépannage ». Leur nombre peut être estimé à 7.500.

Tableau 180 : Demandes des services

	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	Total 9 mois	Total 2009
ST G	ND	ND	250	ND	242	297	254	177	315	299	334	293	2461	3 281
Poissy	373	297	368	236	251	465	353	330	427	394	347	378		4 219
Total			618	ND	493	762	607	507	742	693	681	671		7 500

Source : IGAS exploitation données bons dépannage Total Saint Germain extrapolé sur la base des 9 mois connus

[1766] L'exploitation par service donne une indication de ceux dont l'importance des demandes mériterait une analyse de la consommation, des dotations et des moyens pour éviter des bons de dépannage aussi nombreux.

Tableau 181 : Exploitation des bons de dépannage par « service »

	St Germain	%	Poissy	%
Nombre "services" recensés	63		87	
% moyen	0,60%		1,20%	
Service représentant 5% des demandes et plus	UMIT	9,3%	Néonatalogie	5,5%
	pneumologie	7,9%	DAU	5,1%
	Chirurgie viscérale	7,5%		

Source : Exploitation données magasin CHIPS

[1767] Il n'est pas procédé à des inventaires des stocks tampon conservés par les services. Pourtant dans un contexte de difficultés financières et de procédures aussi datées le risque est important que les services se constituent des réserves gonflant de ce fait le stock réel de l'établissement.

#### 4.9.2. Une appréciation moins critique de Emagh2

[1768] Le passage à Emagh2 a été difficile car le démarrage a été fait sur la base d'une extraction de Hexagone au 13/12/ et non au 31/12 de sorte que pendant 3 à 4 mois les données figurant dans le logiciels étaient faux (stocks négatifs par exemple).

[1769] Emagh2 est jugé toutefois potentiellement plus performant pour la gestion des stocks que Hexagone par les possibilités qu'il offre

#### 4.9.3. Un inventaire qui montre une faible qualité de la gestion des stocks et invite à des mesures correctrices rapides

[1770] Les données d'inventaires fournies ont été exploitées pour 2009 car les données fournies par Emagh2 permettent une appréciation de la qualité du suivi des stocks qui n'est pas possible avec les données issues d'Hexagone qui nous ont été communiquées.

[1771] On ne retient que les produits pour lesquels le stock à la date de l'inventaire n'est pas nul. En effet les fiches fournies comportent aussi des produits existant dans la base dont stock est nul et donc pour lesquels il n'y a pas d'écart d'inventaire.

[1772] 1068 produits étaient stockés. Il n'y avait pas d'écart de stock pour seulement 9% des produits alors qu'il était hors norme pour 38%. Au total pour 46% des produits l'écart est mauvais ou hors norme, contre 38% seulement où il est faible ou nul.

Tableau 182 : Résultat analyse écarts d'inventaire

Nombre produits	Pas écart stock	Ecart faible	Passable	Mauvais	Hors norme
1068	91	306	122	83	403
	9%	29%	11%	8%	38%

Source : Exploitation IGAS données fournies par le CHIPS magasin

## 5. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

[1773] Les investigations montrent que l'établissement partait en 2005 sur une base fragile en matière d'organisation et de procédures d'achats pour les services économiques hors biomédical.

[1774] [REDACTED] a mené une réorganisation de sa direction qui n'appelle pas d'observations, pendant sa période de gestion l'établissement a fortement accru le nombre des marchés formalisés et tenté des améliorations du fonctionnement partielles et qui n'ont réussi que pour certaines d'entre elles.

[1775] Pendant toute la période l'établissement connaît de graves difficultés dans le fonctionnement de sa fonction achat qui est largement due à des problèmes de fonctionnement internes qui n'impliquent pas que les services économiques. Le système d'information est un point faible majeur. Des procédures de base comme l'inventaire des magasins sont de très faible qualité.

[1776] La réorganisation ayant conduit à la création de la direction des achats s'est accompagnée d'une telle perte de mémoire compte tenu du turnover que des outils de suivi très standards ne sont plus mis en œuvre. Les progrès en terme d'achats sont très limités et concernent le traitement de sujets particuliers plutôt que l'amélioration du système. Les progrès sur le contrôle interne et l'utilisation du système d'information sont inexistantes.

- [1777] Fragilisée par un personnel sans doute en sous effectif et au minimum manquant des compétences adaptées à certaines de ses missions la direction des achats nous paraît dans une situation difficile. Le sujet prioritaire nous paraît être de sécuriser l'utilisation du système d'information pour produire des données fiables, un contrôle interne adapté et améliorer le service rendu aux services notamment en informatisant les demandes de produits en stock et hors stock.
- [1778] L'établissement a besoin de faire appel à un prestataire externe bien maîtrisé à la fois pour mettre en place les procédures et former les personnels. La combinaison d'un jeune directeur sortant de l'EHESP et d'une juriste sans compétence achat ne nous paraît pas être la direction la plus adaptée à la situation de l'établissement.
- [1779] Nos recommandations ne sont pas exclusives des recommandations générales faites sur la fonction achat dans son ensemble.

**Recommandation n°102 : Revoir l'organisation interne sur la base d'analyses de charges documentées afin de stabiliser l'équipe.**

**Recommandation n°103 : Former le personnel aux marchés publics et formaliser les procédures de travail.**

**Recommandation n°104 : Compléter la formation du personnel à Emagh2 et utiliser les possibilités de ce logiciel ; formaliser les règles d'utilisation et les contrôles.**

**Recommandation n°105 : Sécuriser la qualité des données et produire des données de gestion.**

**Recommandation n°106 : Planifier les procédures de mise en concurrence.**

**Recommandation n°107 : S'intéresser au fonctionnement du magasin et en particulier sécuriser les procédures pour éviter la faible qualité de la gestion des stocks dont témoigne le dernier inventaire.**

CONTEXTE ET ACTIVITE ANNEE 2009
---------------------------------

I/ CONTEXTE

J'ai du rappeler et insister sur le fait que la liberté des acheteurs était limitée et encadrée par le code des marchés publics, ce qui implique une gestion rigoureuse, transparente et contrôlée.

Afin de stopper les commandes illégales, le service doit gérer les dossiers dans l'urgence et le « process achat » s'en trouve en conséquence affecté (la phase en amont et la phase en aval du lancement de la consultation jusqu'à la notification du marché s'en trouve fortement affectée) Tout se fait dans l'urgence au détriment d'une construction, d'une programmation, de l'élaboration d'une cartographie des achats, en résumé au détriment d'une politique d'achat indispensable à la sécurité juridique et à l'optimisation économique des achats.

La difficulté du poste résulte de l'absence de données fiables, d'archives, de synthèses, de l'absence d'une cartographie des achats passés et à venir et de la nécessité d'instaurer des règles, des procédures, de la rigueur et un suivi de dossiers jusque là méconnus. Il a fallu sensibiliser les personnels au fait que l'utilisation des deniers publics est contrôlée et soumise à des règles édictées par le législateur

Je n'ai bénéficié d'aucune passation de dossiers. Je découvre au fur et à mesure du temps de nouveaux dysfonctionnements.

Les recherches effectuées ont permis de mettre en évidence

- l'absence d'archives fiables relatives aux marchés passés (dossiers incomplets voire inexistant),
- l'absence d'informations et de documentation sur le fonctionnement du service,
- le manque de technicité des personnels pour l'exécution des missions qui leur sont dévolues
- l'absence d'outils informatiques adaptés indispensables au fonctionnement du service.

Le nouveau logiciel magh2 est confus, mal utilisé et ne retranscrit pas l'état des commandes passées. Il ne permet pas d'obtenir une véritable visibilité des achats effectués

De plus, il n'est utilisé qu'en partie (de nombreuses commandes ne sont pas saisies dans ce système ce qui n'est pas sans conséquences tant pour le suivi des marchés que pour la traçabilité ou la transparence des achats effectués

- A cela s'ajoute un effectif d'agents insuffisant en raison du contexte et un certain nombre de dysfonctionnements relatifs à la prise en charge de certaines liquidations par les gestionnaires de la direction des achats alors même que l'instruction de ces dossiers relève d'autres directions

*ex : les liquidations relatives aux marchés de maintenance des travaux ;  
 les liquidations relatives aux marchés de maintenance informatiques ;  
 les liquidations de toutes les commandes informatiques (exploitation + investissement) ; liquidations de la téléphonie gérée par la direction des travaux ;  
 les liquidations des factures relatives aux assurances  
 les frais de déplacements ;  
 les frais d'honoraires ;  
 les honoraires des consultations externes .....*

Enfin, les difficultés relationnelles entre l'attachée d'administration et les adjoints des cadres conduisent ces derniers à s'adresser directement au directeur, ce qui engendre une perte

d'efficacité dans le fonctionnement. J'exerce une fonction opérationnelle au détriment de la mise en place d'une organisation de service et de l'élaboration d'une politique d'achats

Les personnels doivent acquérir la technicité nécessaire afin d'assurer la sécurité juridique des commandes effectuées tout en garantissant la bonne utilisation des deniers publics. Pour ce faire, ils ont été sensibilisés aux conséquences juridiques du non respect de la réglementation en vigueur. Leur fonction d'acheteurs nécessiterait une connaissance du secteur économique et donc une spécialisation par type d'achats .

## 2/ ACTIVITE 2009

L'année 2009 a été consacrée à

1. passation d'environ 350 marchés (un lot = un marché)
2. la rédaction de protocoles d'accord avec certains titulaires de marchés non conformes (ex : Dexia)
3. la sensibilisation des personnels à respecter le droit des marchés publics
4. limiter voire refuser les commandes non indispensables au fonctionnement des services
5. mettre en évidence des dysfonctionnements :
  - juridiques : méconnaissance de la réglementation des marchés publics d'où la nécessité de relancer des consultations dans l'urgence et de trouver un accord avec les cocontractants pour les contrats non conformes qui lient le CHIPS

- économiques

ex : transports en ambulances et VSL : paiement à tort par le CHIPS de transfert définitifs qui sont en principe à la charge de la CPAM + nouveau prestataire plus économique + paiement de transports non justifiés.

La cessation de ces paiements indus engendrera un gain annuel estimé à environ 300 000 euros (étude en cours)

Par ailleurs, le montant du remboursement des transferts définitifs pour la période non prescrite (soit 2 ans et 3 mois) par la CPAM est estimé entre 250 000 et 400 000 euros (étude en cours)

ex : économie de plus de 61 000 euros sur les produits stockés par rapport à 2008

ex : économie de plus de 119 000 euros sur les denrées alimentaires (marchés 2010/ marchés précédents)

- administratifs

- ex : factures de prestataires publics ou privés pour analyses biologiques payées sans bons de commandes donc sans preuves tangibles

- les commandes pour les marchés dont le montant est important ne sont pas saisies dans magh 2 ( commandes téléphoniques pour le marché des transports en ambulances et VSL ; commandes à partir d'Alpha S pour le marché d'analyses biologiques ; commandes par fax pour le marché de l'intérim) Cette absence de saisie en temps et en heure a un impact sur les engagements et pour le suivi des marchés

- Délai de traitement des liquidations (il faut réduire la charge administrative)

- Les demandes de services sont sous format papier ainsi que la facturation

→ il convient de mettre en place la dématérialisation qui engendre une économie de temps (cf : masse salariale), de papiers et accentue le contrôle

Le système de validation des demandes de service par divers responsables sécurise le processus achat. Ce système nécessite le recours à l'informatique (magh2)

liquidation / travaux Assurances. Infour

- organisationnels

La séparation des tâches au niveau de plusieurs directions est de nature à engendrer des erreurs en sus de la perte de temps occasionnée. Pour certains dossiers, le système actuel de validation de factures par une direction et de liquidation par une autre ne permet pas au gestionnaire chargé de liquider la facture de vérifier la pertinence de cette dernière puisqu'il ne connaît pas le dossier. La logique organisationnelle suppose qu'un même service constitue un dossier, contrôle, commande et liquide. A mon sens, outre la cohérence, la centralisation des tâches et données au sein d'un même service engendre une implication des opérationnels, une responsabilité de chaque intervenant et un contrôle effectif.

- informatiques : absence d'outils d'aide aux agents pour la constitution, le suivi et le bilan des marchés (pas de logiciel d'archivage pourtant indispensable)  
Il est nécessaire de centraliser (éviter de passer d'applications en applications)  
L'archivage des données est indispensable à la mise en place d'une politique d'achat, au suivi et contrôle des achats, et à la correction de dysfonctionnements
- de communication : insuffisance d'informations et de communication entre les services essentiellement due à un manque de temps

Enfin, l'absence de tableaux de bord relatifs aux commandes et donc de contrôle occasionne un risque aussi bien juridique que financier

### 3/ PERSPECTIVES 2010

Idéalement, l'année 2010 sera consacrée au règlement des difficultés rencontrées en 2009.

La suppression des marchés non conformes se poursuivra.

La mise en place progressive d'une politique d'achats est indispensable : programmation des achats pour plusieurs années avec au minimum le recensement exhaustif des besoins pour une année civile ( la précision de la nature et de l'étendue des besoins à satisfaire est requise par le code des marchés publics).

Les personnels devront former une équipe technique et investie. Pour cela, ils devront acquérir une technicité juridique et économique (connaissance du droit des marchés publics + spécialisation des acheteurs en fonction du secteur économique )

Des formations régulières sont nécessaires

Les outils informatiques devront être adaptés afin de permettre un suivi effectif des dossiers et optimiser les contrôles (impact juridique, économique, administratif)

La réussite de ces objectifs passe néanmoins de manière fondamentale par l'octroi de moyens informatiques et humains



## **Annexe 11.1 : La passation des marchés analyse d'un échantillon de marchés**

[1780] Le présent document est une annexe générale qui décrit la méthode de travail et les principaux constats. Des annexes spécifiques présentent des éléments sectoriels et les données relatives aux marchés contrôlés.

### **1. ELEMENTS METHODOLOGIQUES**

[1781] La lettre de mission portant sur la période 2005-2009 le nombre de marchés passés pendant la période dépasse le millier.

[1782] Nous avons en premier lieu documenté les procédures d'achat et les modes de fonctionnement afin de proposer les modifications permettant de prévenir des passations et des exécutions de marchés irrégulières. Par ailleurs nous avons procédé à une analyse sur échantillon selon quatre principes :

- Nous avons cherché à examiner des marchés passés avec des prestataires importants, en considérant que si la multitude des marchés pouvait expliquer, compte tenu des effectifs et de la compétence des personnels on pouvait, à juste titre, demander une plus grande rigueur pour des achats importants ;
- Nous avons pris des exemples chez les principaux acheteurs sans nous limiter aux seuls services économiques ;
- Compte tenu des délais mis à par le CHIPS à fournir les « livrables » des marchés passés avec la société CAP GEMINI (cf. annexe spécifique) nous avons inclus ces marchés dans notre échantillon et vérifié d'autres marchés de prestation externe ;
- S'agissant d'une zone de risque traditionnelle nous avons étudié un nombre relativement plus important de marchés informatiques.

[1783] Nous avons enfin été limité par deux facteurs principaux :

- Le temps de l'inspecteur en charge du sujet qui avait aussi les achats, l'informatique, et le fonctionnement de la direction des travaux et de certains services logistiques,
- La fourniture d'informations par l'établissement a été longue, pénible et, en premier instance, toujours incomplète ; cela nous a obligé à formaliser des demandes par écrit, ce qui n'est pas fréquent dans une mission de contrôle, y compris pour des points relevant de gestionnaires d'un niveau hiérarchique moyen. Le caractère incomplet voir erroné de certaines données qui nous ont été fournies ont conduit à des travaux de vérification voire à devoir refaire certaines analyses ce qui a été coûteux en temps.

[1784] Au total nous avons examinés 34 marchés et auxquels s'ajoutent 5 procédures ayant donné lieu à un nombre important de marchés.

### **2. LE CHIPS RECENSE DE MANIERE ECLATEE ET SANS MISE EN COMMUN LES MARCHES QU'IL PASSE**

[1785] Le CHIPS compte tenu de son organisation et de son mode de fonctionnement (cf. annexe achats) n'est pas en mesure de répondre facilement à la question « combien de marchés sont passés chaque année » ni d'en fournir une liste consolidée.

[1786] Nous n'avons donc pas pu disposer d'une liste unique et fiable des marchés passés. Sur ce point il n'y a pas d'amélioration en 2009, voir même une dégradation car la direction des achats n'assume pas cette tâche transversale.

### **3. UNE UTILISATION DU SYSTEME D'INFORMATION RENDANT IMPOSSIBLE SON UTILISATION POUR LE CONTROLE INTERNE.**

[1787] Le CMP prévoit que le respect des seuils s'apprécie par opération pour les travaux par catégorie homogène de produits et de services pour les autres achats. (article 27 CMP version 2006).

[1788] Au plan pratique les logiciels de gestion économique et financière comportent des familles de produit qui traduisent en une nomenclature cette obligation juridique. Les données qui en sont issues sont les seuls outils efficaces et globaux qui permettent au management de l'hôpital de suivre le respect global des règles de mise en concurrence c'est-à-dire de vérifier que pour une même opération ou une même catégorie homogène (famille) le respect des règles est effectif.

[1789] Nous avons demandé pour la période 2005-2009 les données par famille de produit et nous les avons exploitées.

#### ***3.1. Les logiciels fournissent des états de gestion permettant de suivre par famille de produits***

##### **3.1.1. Le logiciel HEXAGONE**

[1790] L'application Hexagone comporte un état « réalisé par famille » qui est un livrable de l'application, ce n'est pas un état paramétrable qui repose sur des requêtes visibles par le CHIPS. Interrogé par la DSIO la société Agfa, éditeur du logiciel Hexagone, a indiqué que la notion de « formalisé » correspond à des achats sur marché et « non formalisé » à des achats hors marché.

[1791] Par ailleurs la notion de fournisseur « concurrentiel » ou « non concurrentiel » est une information relative aux tiers. Par exemple EDF ou la Poste, en 2005, ne peuvent pas être mis en concurrence et sont donc qualifiés de fournisseur « non concurrentiel ».

[1792] L'éditeur nous a entre autre signalé que sur la version d'Hexagone utilisé par le CHIPS entre 2005 et 2008 cet état « réalisé par famille » pouvait présenter des erreurs dans les montants cumulés par famille, en raison d'un problème de rafraîchissement des regroupements.

[1793] Indépendamment de ce problème, les données sont fiables dans la mesure où l'application est correctement utilisée, ce qui n'est pas assuré dans le contexte du CHIPS.

##### **3.1.2. Le logiciel eMagh2**

[1794] Dans e-Magh2 il existe des états natifs pour suivre les marchés et des alarmes sont déclenchées en fonction de l'atteinte des seuils dès le passage d'une commande, si le paramétrage est prévu pour cela.

Ecran Emagh 2



Ecran Emagh2



[1795] Ces états peuvent être complétés par des requêtes BO.

[1796] La notion de formalisé rejoint celle présente dans magh2 sous la forme sur marché ou hors marché. La notion de fournisseur non concurrentiel n'existe pas.

### 3.2. *Les données sont visiblement non fiables et d'ailleurs considérées comme telles par les personnels de l'établissement*

[1797] L'exploitation de la part du marché et du hors marché et des données par famille fait apparaître un recours massif au hors marché dont on peut légitimement penser qu'il surestime la réalité.

#### 3.2.1. Part globale des achats hors marché et sur marché

Tableau 183 : Part globale achats hors marché et sur marché (non formalisé/formalisé)

M€	2005	2006	2007	2008	2009
Hors marché	34	40,5	51	49,2	23,4
Marchés	24,1	21,3	21,3	22,8	47,2
Total	58,1	61,8	72,3	72	70,6
% hors marché	59%	66%	71%	68%	33%

Source : *Exploitation données CHIPS*

#### 3.2.2. Code produit 9999

[1798] Lors de nos entretiens nous avons expressément demandé s'il existait des codes « fourre tout » ; il nous a toujours été répondu par la négative. A l'examen des données nous avons constaté qu'il existe un code famille « 9999 » « non officiel » dont l'utilisation est allée décroissante entre 2005 et 2008.

[1799] Elle a par contre été beaucoup plus importante en 2009 avec le passage à Emagh2 et a servi à abriter près de 4,2 M€ de dépenses que les données fournies considèrent comme « hors marché ».

Tableau 184 : Montant des dépenses famille 9999

	Hors marché	Marché	Total
2005	3 483	1 607 153	1 610 635
2006	0	1 182 602	1 182 602
2007	401	885 413	885 413
2008	15 000	338 608	353 608
2009	4 192 794	33 000	4 225 794

Source : *Exploitation données CHIPS*

#### 3.2.3. Analyse par famille de produits

[1800] L'analyse par famille de produit fait apparaître des montants très importants de dépenses hors marché. Pour garder aux données reprises ici une dimension acceptable nous avons utilisé un seuil de 400 K€ qui ne correspond à aucune seuil juridique.

Tableau 185 : Familles pour lesquelles les dépenses hors marché sont supérieures à 400K€  
selon les états hexagone et Emagh2

Code	Libellé Nomenclature (cm)	2005	2006	2007	2008	NF 2009
1007	VIANDES ET CHARCUTERIES	430 680	445 752	482 602	414 008	
1014	EPICERIE	407 640	483 693	430 325	452 022	
1801	SPEC. PHAR. AVEC AMM : VOIES DIGESTIVES ET METABOLISME (codes ATC A)	521 817	1 009 813	1 083 130	1 244 519	
1802	SPEC. PHAR. AVEC AMM : SANG ET ORGANES HEMATOPOETIQUES (codes ATC B)	1 699 799	1 514 661	1 478 942	1 220 633	448 838
1803	SPEC. PHAR. AVEC AMM : SYSTEME CARDIOVASCULAIRE (codes ATC C)				406 553	
1806	SPEC. PHAR. AVEC AMM : ANTI-INFECTION. GENER A USAGE SYSTEM. (codes ATC J)	3 091 169	2 950 218	3 519 811	3 461 731	
1807	SPEC. PHAR. AVEC AMM : ANTINEOPLASMIQUES ET IMMUNOMODULAT. (codes ATC L)	2 231 068	2 631 610	2 783 610	3 963 551	408 680
1809	SPEC. PHAR. AVEC AMM : SYSTEME NERVEUX (codes ATC N)	830 178	1 002 873	1 019 874	898 824	
1815	ELEMENTS ET PRODUITS ISSUS DU CORPS HUMAIN , ET PRODUITS THERAPEUTIQUES ANNEXES					1 441 537
1818	DISPOSITIFS MEDICAUX CONSOMMABLES GENERAUX D'ABORD PARENTERAL			408 397	419 644	
1823	DISP. MED. CONSOM. DE CARDIOLOGIE (CHIR. CARDIAQUE, CARDIOL. INTERV., RYTHMOL.)	1 139 901	1 064 058	848 261	742 952	535 636
1825	DISPOSITIFS MEDICAUX CONSOMMABLES DE RADIOLOGIE					410 141
1828	DISPOSITIFS MEDICAUX D'ORTHOPEDIE ET D'OSTEOSYNTHESE					606 976
1829	DISP. MED. CONSOM. STER. A US. UNIQU D'AB CHIR & PERCUT & CONS STER D'INSTR CHIRU	502 176	549 361	638 767	689 371	641 486
1831	OBJETS DE PANSEMENTS ET DE SOINS		407 478			
1834	DISPOSITIFS MEDICAUX CONSOMMABLES NON STERILES	402 080				
1835	GAZ ET FLUIDES MEDICAUX	581 421	626 634	628 657	626 925	
1837	DISPOSITIFS MEDICAUX D'EQUIPEMENTS D'IMAGERIE			835 863	2 329 021	
3401	ELECTRICITE					835 870
1851	CONSOM. LABO. LIES A DES EQUIP. DE DIAGNOSTIC IN VITRO, MICROPIPETTES DE PRECIS.	1 075 163	944 617	786 559	595 807	
3402	COMBUSTIBLES GAZEUX DISTRIBUES	892 381	1 620 013	911 298	2 209 130	
6502	ASSURANCES DES PERSONNES	483 837		723 883		
6507	AUTRES ASSURANCES DE RESPONSABILITE (hors 65.03 & 65.06)	1 288 442	1 498 356	1 306 096	1 412 233	
6601	CREDIT-BAIL	1 068 842		662 834	741 846	
6703	ASSISTANCE A MAITRISE D'OUVRE			419 020		
6706	MAINTENANCE LOGICIELLE					428 716
6707	TRAITEMENTS INFORMATIQUES					525 175
7301	NETTOYAGE COURANT DES LOCAUX	1 346 781	1 071 547	1 173 056	1 215 745	
7309	BLANCHISSERIE, TEINTURERIE					1 623 108
7606	PREST. SERV. INTERIM DE SAGES-FEMMES, INFIRM. ET PERSON.S SOIGN. ET PARAMED.		1 165 001	2 538 427	2 092 320	
76071	PRESTATION DE TRANSPORT SANITAIRE PAR AMBULANCE	875 427	701 799	639 604	617 308	
76072	PRESTATION DE TRANSPORT SANITAIRE D'URGENCE PAR VOIE TERRESTRE		923 076	964 191	926 559	
7615	CONTR. LE ET ANAL. BIOLOG ET AUTRES ANAL. LABO. POUR LA SANTE HUMAINE OU ANIM.					1 142 935
7901	SERVICES DES AGENCES IMMOBILIERES					444 223
9001	TRAVAUX DE MACONNERIE		400 404	835 240	747 750	
9002	TRAVAUX D'ELECTRICITE	821 112	415 143	457 286	899 439	
9003	TRAVAUX DE PLOMBERIE				691 449	
9004	TRAVAUX DE MENUISERIE BOIS				2 188 162	
9007	TRAVAUX DE PEINTURE			5 335 471	874 122	
9008	TRAVAUX DE DEMOLITION		1 477 178	1 494 245		
66011	CREDIT-BAIL		712 250			
66012	CREDIT-BAIL		546 231			
81181	MAINTENANCE DES MATERIELS D'IMAGERIE	501 901	493 785			
18401	DISPOSITIFS MEDICAUX D'EQUIPEMENT DE BLOC OPERATOIRE					556 915
18491	DISPOSITIFS MEDICAUX D'EQUIPEMENTS DE THERAPIE			1 488 814		
9999	Non officiel					4 192 794

Source : Exploitation données CHIPS

### 3.2.4. Ces données ne sont pas fiables

- [1801] Ces données peuvent refléter **à la fois** des dépenses hors marché réelles et un mode d'utilisation du logiciel non-conforme qui ne conduit pas à rattacher les dépenses à un marché alors même que celui-ci existe.
- [1802] Cela est connu des personnes rencontrées qui indiquent que les états, notamment Hexagone, étaient non fiables.
- [1803] Elles montrent toutefois à quel point l'établissement n'utilise pas son système d'information pour le minimum du contrôle interne qu'on pourrait attendre d'une gestion la plus administrative qu'elle soit.
- [1804] Apparemment l'année 2009 marque une amélioration. Nous sommes toutefois prudents quant à cette affirmation ; en effet d'autres données fournies font apparaître des montants importants de dépenses considérées comme hors marché. Notre prudence tient à la qualité des données fournies.

## 4. NON REPONSE SUR LA JUSTIFICATION DU RECOURS A DES MARCHES SANS PUBLICITE NI CONCURRENCE

- [1805] L'achat public étant fondé sur la mise en concurrence l'utilisation des procédures n'y faisant pas appel est un facteur de risque. Il est néanmoins prévu par le CMP dans certains cas.
- [1806] Des données sont fournies au conseil d'administration dans le rapport sur les marchés jusqu'en 2007.
- [1807] Jusqu'en 2007 inclus, les fichiers Excel tenus par la DAHLB et dont il nous a été fourni une copie, permettent de repérer ces marchés ce n'est plus le cas pour 2008 et 2009. Aussi nous avons formulé par note du 2/3/2010 une demande précise au directeur de l'établissement :
- Une liste des marchés négociés sans mise en concurrence en 2008 et 2009 ;
  - Pour ces marchés et pour une liste de 41 marchés 2006 et de 13 marchés 2007 de nous justifier le recours à cette procédure, le montant exécuté du marché, sa date de fin de validité et une copie de la fiche récapitulative et Emagh2 ou Hexagone le concernant.
- [1808] Nous avons reçu de la direction des achats une réponse très partielle sous forme d'une liste de marchés sans publicité et sans mise en concurrence, dont il nous est précisé qu'il n'est pas assuré qu'elle soit complète pour l'ensemble de la période. Cette liste ne concerne visiblement que les marchés du champ de la direction des achats alors que notre demande comportait des marchés concernant l'ensemble des acteurs de l'établissement.

Tableau 186 : Nombre procédures sans publicité et sans mise en concurrence

	2005	2006	2007	2008	2009
Rapports au CA sans concurrence et complémentaires	4	43	18		
Tableaux Excel globaux négociés sans concurrence		41	13		
Liste fournie par la direction des achats sans concurrence ni publicité		8	24	2	4
Dont marchés complémentaires		6	24	2	0

Source : CHIPS

[1809] **Faute de réponse et de temps nous n'avons pas pu pousser plus loin nos investigations. Celles-ci montrent un non suivi de ces procédures pendant la période et une incapacité ou une non volonté de la direction actuelle à répondre à des demandes d'explication et de fournitures de données simples (les états informatiques en question sont en ligne).**

## 5. DES IRREGULARITES SONT CONSTATEES DANS L'ENSEMBLE DES SECTEURS ET POUR TOUTE LA PERIODE

[1810] Les développements suivant résument le contenu des investigations décrites dans les annexes spécifiques.

### 5.1. *D'importantes irrégularités dans la passation des marchés informatiques avant 2008*

[1811] L'annexe 11- 4 fait un point détaillé des achats et de la passation des marchés informatiques entre 2005 et 2009, nous résumerons ici les observations relatives aux seuls marchés.

Tableau 187 : Liste des marchés informatique audités

Année	Procédure	Marché	Objet	Titulaire	Irrégularités
2005	AOO	180/2005	Acquisition matériel et logiciels informatiques	UNIVERSAL LEASING	Indice entente
2006	AOO	116/2006	Acquisition matériel et logiciels informatiques	UNIVERSAL LEASING	Incohérence rapport analyse offres et le classement des offres
2005-2007	MAPA		3 marchés prestation conseil	ADS Conseil	3 <sup>me</sup> marché offre non-conforme CCTP
2007	AOO	217/2007	Informatisation du médicament lot 3 stérilisation	MCKESSON	
2007	AOO	209/2007	Progiciel de gestion du temps travaillé	GFI	
2007		390/2007	Gestion administrative des malades	MCKESSON	Absence de concurrence et de publicité
2008	AOO	15/2008	Informatisation des laboratoires	MEDASYS	
2009	AOO	134/2009	MOE infrastructure technique système d'information	SYSDIS	

Source : IGAS

[1812] Nos investigations montrent que la société MACKESSON a bénéficié de paiements faits hors marché ; les déficiences du système d'information et de la gestion antérieure ne nous ont pas permis d'en chiffrer de manière fiable le montant :

- Il y a un écart de 0,4 M€ entre le montant des marchés passés depuis 2003 (1,3M€) et les montant des liquidations (1,7 M€) ;
- Le CHIPS à qui nous avons demandé de valider nos chiffres nous indique après avoir fait un pointage des factures ne pouvoir rattacher à un marché que 0,55 M€ ce qui donnerait 1,2 M€ Ce chiffre nous paraît a contrario particulièrement important.

[1813] Parmi les dix marchés pour lesquels nous avons examiné le choix des prestataires un mérite d'être signalé à l'autorité judiciaire en raison d'un indice d'entente entre sociétés, et trois pour des irrégularités dans le choix de l'attributaire. Deux de ces marchés ont été passés pendant la période de direction de [REDACTED] et un pendant l'intérim assuré par [REDACTED]. Les marchés examinés passés en 2008 et 2009 n'appellent pas d'observations quant à leur régularité.

**Réponse de [REDACTED] :** (§ 1810 et 1812) *N'ayant pas les documents sous les yeux, je ne peux que démentir catégoriquement tout comportement frauduleux dans la passation des marchés, mes adjoints en charge de ces questions, et en qui j'avais confiance, peuvent en répondre.*

**Observation de la mission :** *Certes. La responsabilité d'organiser les procédures des marchés demeure toutefois celle du directeur d'établissement. Observation maintenue.*

## 5.2. Des procédures de dépouillement non-conformes au critère du jugement des offres dans le secteur de la pharmacie jusqu'en 2009

[1814] Nous avons examiné huit procédures donnant lieu à un grand nombre de marchés relatives à des achats de médicaments et de dispositifs médicaux. Les investigations sont retracées à l'annexe 11-5.

Tableau 188 : Pharmacie liste procédures auditées

Procédure	Année passation	Irrégularités
AOO objets de pansements sets soins biberons	2004	Modalités de jugement des offres non-conformes aux clauses prévues DCE
AOO DM 2006	2005	
AOO DM 2007	2006	
AOO médicament concurrentiel 2006	2005	
AOO médicament concurrentiel 2007	2006	
AO prothèse subséquent RESAH 2008	2007	Choix imposé par des praticiens
MAPA prothèse genou	2009	
Marché subséquent hémodialyse 2009	2009	

Source : IGAS

[1815] Jusqu'en 2009 les dépouillements se font en appliquant une méthode de travail en elle même pertinente mais non conformes aux critères inscrits dans les clauses de jugement des offres. Alors que le RC priorise des critères dont le premier est la qualité, les offres sont classées par niveau de prix croissant et l'établissement sélectionne la première offre « qui convient » c'est-à-dire qu'elle classe sur le prix. Nous en trouvons la trace dans cinq des procédures auditées.

[1816] Le service n'a pas contredit cette affirmation et a indiqué que pour l'application du CMP 2006 « la version du logiciel permettant de "noter" les offres selon des critères techniques venait d'être installée et nous n'en avons pas encore la maîtrise, en commission des marchés, lors de l'examen des offres le pharmacien exposait les motifs de choix selon l'argumentaire technique, cette commission n'a jamais exigée la fourniture d'un classement avec note chiffrée. »

[1817] Les deux marchés de prothèse illustrent le fait que des praticiens imposent leurs choix selon des appréciations qui ne sont pas formalisées selon les critères prévus par la clause de jugement des offres.

### 5.3. *Intérim des marchés complémentaires irréguliers et des prestations supplémentaires hors marché*

[1818] Les marchés d'intérim sont analysés à l'annexe 11-7. Ces marchés sont significatifs des irrégularités commises par l'établissement pour répondre à des dysfonctionnements de sa gestion c'est-à-dire le dépassement non maîtrisé des montants prévus dans les marchés qui ont pour conséquence soit des commandes dépassant le montant du marché soit des marchés complémentaires pour lesquels le recours à la procédure n'est pas fondé.

Tableau 189 : Marchés d'intérim

Année passation	Type	N°	Titulaire	Irrégularité
2004	Lot unique - marché à bons de commande	272/04	Appel Médical	
	Lot unique - marché à bons de commande - marché complémentaire	307/04	Appel Médical	Procédure non justifiée
2005	Lot unique - marché à bons de commande	217/05	Appel Médical	Prestations hors marché aux titulaires
2006	Marché à bons de commandes - alloti (5 lots)	269/06 270/06 271/06 272/06	Appel medical Quick medical JMB Manpower	Prestations hors marché 278 K€
	Marchés complémentaires	437/07 439/07	Appel médical JMB	Recours procédure non justifié
2007	Marché alloti à bons de commande	02/08 03/08 04/08 05/08 06/08	Appel médical Quick médical JMB- Intermedis EIS	Commandes au-delà du montant du marché
2008	MAPA - bons de commande	09/9024	Appel médical	

Source : IGAS

### 5.4. *Absence de passation de marchés en matière de photocopieurs*

[1819] Les investigations montrent que pendant la période 2005-2008 des contrats ont été passés photocopieurs par photocopieurs sans mise en concurrence globale alors que les seuils obligeant à la publicité et à la mise en concurrence étaient dépassés.

[1820] Le marché passé en 2009 n'appelle pas d'observations.

[1821] On peut regretter que le CHIPS n'ait pris aucune mesure pour régler le problème posé par les contrats en cours comme il l'a fait pour les locations de véhicules automobiles. Ceci devrait être fait.

**5.5. Pour les marchés passés par la direction des travaux les irrégularités témoignent d'une insuffisante rigueur et d'un manque d'exigence à l'égard des acheteurs**

**5.5.1. Marchés d'ascenseurs des irrégularités dans des procédures qui concernent un fournisseur ancien**

[1822] Ces marchés sont analysés à l'annexe 11-8. Nous avons audité la passation de quatre des cinq marchés passés pendant la période sous contrôle et nous constatons des irrégularités sur trois d'entre eux.

[1823] Nous sommes dans le contexte d'un fournisseur installé et d'un marché oligopolistique. Le marché 07/233 montre qu'il est peu demandé aux techniciens quant à l'explication de leurs choix.

[1824] La critique faite sur les marchés 05/185 et 06/247 repose sur l'application d'une jurisprudence et peut être discutée au plan juridique. L'irrégularité constatée sur le marché 06/01 est nette ; elle sera justifiée par l'établissement par le souci de retenir une offre moins coûteuse, ce qui ne l'empêche pas d'être irrégulière.

Tableau 190 : Marché KONE irrégularités constatées

Marché		Irrégularité
05/185	Rénovation ascenseurs	Proposition trop différente du cahier des charges pour constituer une variante
06/91	Construction centre radiothérapie lot 14 ascenseurs	Proposition retenue non-conforme au cahier des charges
06/247	Rénovation deux ascenseurs à Saint Germain	Proposition trop différente du cahier des charges pour constituer une variante
07/233	Entretien maintenance travaux sécurité et modernisation	

Source : IGAS

**5.5.2. Marché téléphonie 2007 des éléments critiquables en partie liés aux achats antérieurs**

[1825] Nous avons examiné le marché de téléphonie passé en 2007. Ce marché appelle deux observations.

[1826] Pour le lot 4, téléphonie mobile, le montant des sommes liées aux clauses de résiliation sur les achats antérieurs faits téléphone par téléphone faussent la concurrence en faveur d'Orange.

[1827] Pour le lot 6, l'existence d'une « variante obligatoire » est discutable au plan juridique.

**5.6. Marchés d'audit et de prestations de service**

**5.6.1. Marchés Cap Gemini (2008 et 2009)**

[1828] Les marchés passés avec la société Cap Gemini font l'objet d'une analyse très détaillée en annexe 11-6 à laquelle nous invitons le lecteur à se reporter.

- [1829] Pour le premier marché (audit financier et de fonctionnement) le mode de calcul utilisé pour juger du prix de l'offre (prix global) a été modifié pour utiliser un autre mode de calcul (coût journalier) ; l'établissement n'a pas justifié que ce deuxième critère était celui prévu au RC qui se trouve être manquant. Cette modification modifie complètement le classement des offres au bénéfice de la société Cap Gemini.
- [1830] Pour l'ensemble des autres marchés, l'établissement n'a fait aucun effort ou entrepris aucune action pour remédier à l'asymétrie d'information entre Cap Gemini et ses concurrents, notamment dans les cas où il était laissé très peu de temps pour répondre (audit recueil et codage information médicale par exemple).
- [1831] Pour le marché « gestion du personnel de la facturation » il est procédé à un « recalcul » de l'offre du concurrent de Cap Gemini que nous jugeons irrégulier.

Tableau 191 : Marchés passés avec la société Cap Gemini

	Année de passation	Irrégularités
Audit financier et de fonctionnement	2008	Critère de jugement des offres Modifié pour avantager un candidat
Audit recueil et codage information médicale	2008	Peu de temps laissé pour répondre asymétrie d'informations
Marché gestion du personnel de la facturation	2009	« recalcul » du montant de l'offre d'un prestataire non justifié
Projet établissement	2009	Acceptation d'une variante non autorisée
Marché complémentaire projet d'établissement	2009	Procédure non justifiée

Source : IGAS

### 5.6.2. Marché audit activité médicale (2007)

- [1832] Sur la base des éléments fournis par le CHIPS, en raison du faible temps laissé aux sociétés pour répondre et de l'existence de contacts antérieurs avec un prestataire qui, sauf élément contraire apporté lors de la procédure contradictoire, apparaît être le titulaire du marché et constituer un début d'exécution avant publication, ce marché mérite d'être signalé à l'autorité judiciaire.

### 5.6.3. Marché de communication (2008)

- [1833] Ce marché passé en 2008 a pour objet d'assister le CHIPS dans sa communication externe en général, en cas de crise en particulier et de former l'équipe de direction. Une seule société a présenté une offre.
- [1834] On notera, pour l'amusement du lecteur, que dans les typologies dressées par le consultant explicitement parmi les crises de type « gestion » figure dans la catégorie « gestion-management finances » la catégorie « *dénoncée, annoncée (IGAS)* ».
- [1835] Les livrables fournis ne permettent pas de conclure que l'établissement a fait accomplir à la société la totalité de la prestation prévue dans sa proposition. Son apport a sans doute été plus immatériel.

#### 5.6.4. Marché assurance (2008)

[1836] Ce marché pour lequel nous avons audité le lot principal n'appelle pas d'observations.

### 6. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

[1837] Le CHIPS n'a pas été en mesure de fournir une liste de marchés complète et à jour particulièrement pour la période postérieure à 2007 cela traduit les conséquences de la séparation mal managée de la DAHLB. Il est urgent qu'il se réorganise pour fournir les données de suivi de base.

**Recommandation n°108 : Faire assurer de nouveau la fonction de recensement des marchés et mettre en place un suivi global de la passation et de l'exécution des marchés**

[1838] Le CHIPS n'est pas plus en 2009 qu'en 2007 organisé pour disposer d'un minimum de contrôle interne lui permettant de s'assurer du respect des obligations réglementaires, en particulier le système d'information n'est pas utilisé pour cela et ne fournit pas à la date des investigations des informations exactes.

**Recommandation n°109 : Mettre en place un contrôle interne sur la passation et l'exécution des marchés**

**Recommandation n°110 : Utiliser les possibilités du système d'information pour ce faire.**

**Recommandation n°111 : Supprimer la famille 9999**

[1839] Nous avons constaté moins d'irrégularités sur la période récente que sur les périodes antérieures. Le changement de responsables (informatique), des évolutions de pratique encore récentes (pharmacie) et sans doute la conscience d'un changement par rapport à des pratiques antérieures dans lesquelles le respect formel des règles s'accompagnait de l'existence de fournisseurs installés, d'un manque de maîtrise des besoins et des procédures générant à plusieurs reprises des irrégularités. Il demeure des conséquences de pratiques antérieures (paiement des factures McKesson par exemple) mais nous constatons une amélioration pour l'échantillon que nous avons vu.

[1840] Le recours à des consultants est une exception marquante à ce constat. Ce fut le cas pour l'audit de l'activité médicale en 2007. C'est encore plus le cas pour les prestations confiées en 2008 et 2009 à la société Cap Gemini pour lesquelles la concurrence n'a pas été recherchée et où les irrégularités portent dans deux cas sur l'analyse même des offres et leur classement.

## Annexe 11.2 : Marchés annexe juridique

### 1. IMPACT PENAL DE NOS TRAVAUX : DES LIMITES LIEES AU DELAIS DE PRESCRIPTION

[1841]

[1842]

[1843] En effet le délit d'avantage injustifié est un délit instantané dont la prescription d'un délai de trois ans court à partir de la date des faits : « *Le délit d'atteinte à la liberté d'accès et à l'égalité des candidats dans les marchés publics et les délégations de service public est une infraction instantanée qui se prescrit à compter du jour où les faits la consommant ont été commis* » (Cass Crim 27/10/1999).

[1844] Certes la jurisprudence ajoute que le délai ne commence à courir « *lorsque les fait irréguliers ont été dissimulés ou accomplis de manière occulte, qu'à partir du jour où ils sont apparus et ont pue être constatés dans des conditions permettant l'exercice des poursuites* » (Cass Crim 27/10/1999).

[1845] Par définition une inspection qui travaille sur les documents internes de l'établissement conservés par lui n'est pas facilement en mesure de mettre à jour des éléments « occultes ».

[1846]

[1847] La loi étant ce qu'elle est il est vain de s'interroger sur ce qui maintenant relève de périodes trop anciennes pour que des responsabilités puissent être recherchées.

[1848] Toutefois puisque des parlementaires ont manifesté de l'intérêt pour nos travaux il nous apparaît que, comme pour l'abus de bien social, un délai de prescription de trois ans, même assorti de la jurisprudence complémentaire précitée, est trop court dès lors que l'infraction n'est pas visible « à l'extérieur » et compte tenu des faibles moyens consacrés au contrôle externe des marchés des établissements de santé.

## **2. LA LOI HPST REDUIT LA POSSIBILITE QUE DES IRREGULARITES GRAVES SOIENT DECOUVERTES**

- [1849] La loi HPST supprime les dispositions du code de la santé publique (article L 6145-6 du Code de la Santé Publique) qui rendaient obligatoire la transmission au contrôle de légalité des contrats et marchés des établissements publics de santé. Contrôle déjà restreint dans cette disposition dont étaient exclus les MAPA.
- [1850] Cette disposition s'applique même si le code réformé par décret du 2 septembre 2009 n'a en effet pas pris en compte cette suppression et continue de mentionner que "le marché est notifié après, réception, le cas échéant, de ces pièces par le représentant de l'Etat".
- [1851] En théorie la suppression de cette transmission aux fins de contrôle n'interdit pas au représentant de l'Etat de se faire communiquer les actes ou contrats qui l'intéressent.
- [1852] Cette possibilité demeurera théorique. Avant la loi HPST le contrôle de légalité et le contrôle des marchés ont toujours été d'une très faible priorité pour les services de l'Etat qui disposaient de très peu de moyens et n'étaient pas incités à l'exercer dans sa complétude.
- [1853] A la suite de cette suppression, seuls des acteurs internes à l'hôpital seront en mesure de se rendre compte d'éventuelles irrégularités qu'en pratique les sociétés non retenues sont bien mal armées pour déceler, sauf pour des aspects de pure forme.

## Annexe 11.3 : Contrôle DDASS

[1854] Dans la mesure où la mission de l'IGAS a été déclenchée à la suite de l'audition de [REDACTED] par la MECSS et de sa réaction lorsqu'elle y a appris que le rapport de contrôle de la DDASS sur des marchés passés par sa direction avait été transmis à l'autorité judiciaire nous avons analysés l'origine le contenu et les suites de ce contrôle.

[1855] Ces éléments permettent aussi de mieux comprendre les relations entre [REDACTED] et son directeur.

### 1. L'ORIGINE DU CONTROLE

#### 1.1. *Un contrôle apparemment motivé par un marché complémentaire de mise à disposition de personnel intérimaire*

[1856] [REDACTED].

Tableau 192 : Historique des faits

Date	Evènement
4/4/2008	Demande explication DDASS marché complémentaire personnel intérimaire
11/4/2008	Lettre explication à la DDASS signée [REDACTED]
13/5/2008	Proposition de rendez vous faite par la DDASS
30/5/2008	Réunion à la DDASS
3/6/2008	Transmission à la DDASS signée [REDACTED] d'éléments complémentaires
15/7/2008	Transmission à [REDACTED] par [REDACTED] des éléments fournis à la DDASS
18/7/2008	Demande de mutation dans l'intérêt du service demandée à la DHOS
1/9/2008	Modification des fonctions de [REDACTED]

Source : Dossier fourni par le CHIPS

[1857] [REDACTED].

[1858] Ce dossier est connu depuis plusieurs mois. Au moment de la clôture 2007 des factures ont été présentées à la liquidation de la DAHLB. Ces éléments sont fournis par d'autres directions (et, dans le mode de fonctionnement cloisonné du CHIPS ces dépenses sont liquidées sans commande préalable. La DHALB est placée devant le fait accompli et doit trouver un moyen pour payer ces factures, elle opte pour la passation d'un marché complémentaire.

[1859] La DDASS, réagit sur ce marché et nous a indiqué que « *comme elle n'avait pas eu de réponse à ses demandes* » elle avait convoqué [REDACTED] ce qui n'avait jamais été fait auparavant dans ce département. Une note manuscrite figurant sur la note adressée au DDASS à ce sujet indique « *il convient de convoquer [REDACTED]. Elle devra nous apporter des explications plus détaillées. Je demande à [REDACTED] d'organiser cette réunion. Je vais quand même passer un coup de fil [REDACTED] 8/5/2008* ».

[1860] [REDACTED] nous a indiqué ne pas avoir spécifiquement demandé d'instructions à [REDACTED] car elle avait toujours eu l'autonomie pour traiter ce type de sujet et que rien dans les demandes du nouveau directeur ne lui avait fait sentir qu'il devrait en être autrement à l'avenir.

[1861] Elle n'a pas évoqué ce point mais il est clair que cette demande d'instruction aurait pointé des déficiences de la gestion de la direction en charge d'émettre les bons de commande sur ces marchés.

## **1.2. Des causes réelles qui restent à préciser.**

### **1.2.1. L'existence d'inquiétudes antérieures**

[1862] [REDACTED] justifie aujourd'hui les décisions qu'il a prises par des inquiétudes connues antérieures sans en formuler précisément la source et la nature.

[1863] Pourtant il n'a pris, à son arrivée, aucune mesure ou donné aucune instruction dont il ait pu fournir une trace pour sécuriser les procédures de marché de manière générale. A cet égard il faut rappeler que la DHALB n'est qu'un des acheteurs de l'établissement. Nos investigations montrent d'ailleurs des difficultés importantes dans d'autres secteurs d'achat.

[1864] La même question a été posée à la DDASS dont le directeur interrogé sur l'origine du contrôle a fait la réponse suivante qui témoigne de la même imprécision sur l'origine des inquiétudes :

[1865] « *1°/ Dès mon arrivée en aout 2007 à la DDASS, mon attention a été discrètement attirée sur la question globale des « marchés publics » du Centre Hospitalier de Poissy-St Germain, de manière diffuse, anonyme et non précise. 2°/ Mes collaborateurs m'ont informé tout au long de l'année 2008 d'un certain nombre d'interrogations sur les procédures internes de gestion des achats publics par l'établissement ...* »

[1866] Nos avons demandé à la DDASS copie des observations faites par la DDASS au CHIPS sur ses marchés. Leur nombre augmente fortement en 2008. Il ne nous est pas possible de savoir les causes précises de cette évolution :

- Volonté du nouveau directeur que la DDASS assume ses responsabilités sur le contrôle de légalité des marchés comme il nous l'a été dit en entretien ;
- « Réveil » global de la tutelle à l'égard du CHIPS comme sur le plan financier ;
- Suivi particulier de l'établissement s'agissant des marchés.

**Réponse de [REDACTED] :** *Je confirme que j'ai souhaité dès mon arrivée à la D.D.A.S.S. en août 2007, dès avant les premières rumeurs sur les marchés du CHI de Poissy-St Germain, que l'action de contrôle de légalité des marchés hospitaliers en général fût plus resserrée que ce que les archives de la DDASS montraient par le passé* ».

**Observation de la mission :** Vu

[1867] En particulier nous avons de bonnes raisons de penser que le relevé des observations faites à l'établissement que la DDASS nous a transmis n'est pas fiable. Ainsi deux des lettres faites 2007 ont été transmises postérieurement aux entretiens avec les agents de la DDASS ayant effectué le contrôle avec d'autres exemples de lettres faites à des établissements.

**Réponse de [REDACTED] :** *Je ne suis pas en mesure de comprendre la deuxième phrase de ce paragraphe. Peut-être [REDACTED], sauraient-ils mieux y répondre ?*

**Observation de la mission :** Vu

Tableau 193 : Nombre de lettres d'observations de la DDASS au CHIPS sur ses marchés

2005	2006	2007	2008
0	3	4	11

Source : Exploitation IGAS dossier DDASS

### 1.2.2. Le signalement de [REDACTED]

[1868] Par mail du 6/10/2008 [REDACTED] signale au directeur les dysfonctionnements qu'elle constate et formule trois critiques principales :

- « la quasi-totalité des marchés à bons de commande actuellement en cours d'exécution (soit plus de 70% des marchés passés par le CHI) ont fait l'objet d'une tacite reconduction ».
- « certaines dispositions contractuelles des cahiers des charges sont non-conformes à la réglementation des marchés publics » :
- « un grand nombre de commandes ne font pas l'objet d'un marché et violent ainsi le principe de transparence »

[1869] Nous avons demandé à [REDACTED] de documenter les affirmations de son mail et de nous expliquer les éléments qui étayaient ces affirmations dont nos investigations confirment par ailleurs le caractère exact pour les sujets que nous avons vus.

[1870] S'agissant des marchés tacite reconduction il ne nous a pas été fourni un relevé précis mais les exemples suivant : « les marchés de textiles divers à usage unique, le marché de fournitures de bureau, les marchés de denrées alimentaires, les marchés de fourniture de linge en forme, les marchés de fourniture de conditionnements à déchets, les marchés de transports sanitaires (excepté celui de transport d'urgence et de réanimation), les marchés de réalisation d'examens biologiques, les marchés de fourniture de chaussures de sécurité soit environ 150 marchés d'une durée d'un an renouvelable pour la plupart deux ou trois fois étaient en tacite reconduction. (..). Or aucun courrier de reconduction ou preuve ne figurait dans les dossiers ».

[1871] S'agissant des clauses non conformes à la réglementation des marchés publics trois exemples nous ont été donnés :

- « L'article 5 du règlement de consultation des marchés de denrées alimentaires prévoit que les marchés de fruits, de légumes "donneront lieu à remise en compétition hebdomadaire lors de l'attribution des bons de commande entre les trois opérateurs économiques". Or, dans le cadre d'un marché à bons de commande, l'article 77 du CMP stipule expressément que "l'émission des bons de commande s'effectue sans négociation, ni remise en concurrence préalable des titulaires" » ;
- « L'article 13 du règlement de consultation relatif au jugement des offres des 103 marchés de denrées alimentaires prévoit que le choix des opérateurs économiques se déroulera en 7 étapes. Or, l'article 53 II du CMP rappelle que le pouvoir adjudicateur doit préciser la

*pondération des critères de choix. Dans les procédures formalisées, les critères de choix des offres doivent être pondérés sauf si le pouvoir adjudicateur peut démontrer qu'une telle pondération est impossible, ce qui n'est pas fondé en l'espèce. »*

- *« Conformément à l'article 77 II du CMP, la durée des marchés à bons de commande ne peut dépasser quatre ans sauf dans des cas exceptionnels dûment justifiés. Les marchés des transports sanitaires qui prévoyaient une durée d'un an renouvelable 4 fois soit une durée de 5 ans n'entrent pas dans le cadre des cas exceptionnels. La consultation relative aux marchés de transports sanitaires regroupait plusieurs lots (marchés). Or la forme de ces marchés diffère. Les marchés de transports pédiatriques, d'ambulances, de corps avant mise en bière, de produits sanguins et d'échantillons biologiques sont des marchés à bons de commande alors que le marché des transports d'urgence et de réanimation correspond à une prestation forfaitaire. La publicité attachée à chacun de ce type de marchés diffère quant à la qualification du marché au sens communautaire : l'un est qualifié d'accord cadre et l'autre de marché public. La qualification de marché public pour l'ensemble des lots est constitutif d'une irrégularité ».*
- *Enfin il nous a été indiqué que « Indépendamment des règles édictées par le CMP, certains marchés ont été attribués (d'après les pièces figurant dans les dossiers) sans qu'aucun acte d'engagement ne soit signé par le CHI ni transmis au candidat retenu. Ce document atteste l'accord de volonté des parties et ne doit pas être signé seulement par le candidat retenu. Il en résulte un défaut de lien contractuel primordial unissant le CHI au candidat retenu. (exemples : marché d'appareils à encrage; marché de mobilier; marché de produits d'entretien et d'hygiène, marché d'articles liés à l'environnement du patient) ».*

[1872] S'agissant des commandes hors marché il a été indiqué que cela était apparent *« au vu des parapheurs ne comportant pas le numéro de marché ».*

### **1.2.3. Une demande de contrôle faite par le directeur de l'établissement**

[1873] La mission a été demandée à la DDASS par le directeur de l'établissement dans une lettre non datée et non signée, visiblement rédigée immédiatement après le signalement de [REDACTED] *« A ce jour [REDACTED] fait état auprès de moi de l'existence d'un grand nombre de commandes ayant été faites sans recours à la procédure de marché public et ne respectant donc pas le principe de mise en concurrence ».* (cf. pièce jointe).

### **1.2.4. D'autres interventions ne sont pas à exclure**

[1874] Le contexte est, comme il est décrit à l'annexe sur les marchés, celui d'une suspicion de certains acteurs locaux sur les marchés du CHIPS et sur la probité de « l'ancienne équipe de direction », par assimilation avec l'affaire des marchés des Yvelines.

[1875] On ne peut exclure que des interventions qui n'ont pas eu de traces écrites aient pu conduire les acteurs à modifier leur comportement, tant au moment du lancement du contrôle que par la suite.

[1876] Ainsi dans un mail du 8/1/2009 la directrice de la DHOS indique au directeur de l'ARH *« J'ai eu à nouveau, le 5 janvier [REDACTED] Député [REDACTED] au téléphone à propos de Poissy Saint Germain (...) il est revenu sur le caractère contestable d'un certain nombre de marchés passés par l'hôpital ; est ce que tu as eu pour ta part l'occasion de relancer la DDASS sur le sujet ? ».*

[1877] Nous pensons n'avoir pas été informés par les personnes rencontrées de tous les tenants et aboutissants de cette demande.

**Réponse** [REDACTED] : *Mis à part le mail par lequel Mme Podeur, alors directrice de la DHOS, prend note du démarrage de l'enquête et m'invite à la poursuivre, je n'ai eu sur ce sujet aucun contact oral avec qui que ce soit, ni avec Mme Podeur, ni avec un membre du cabinet de la ministre en charge de la santé, ni avec un élu yvelinois ou non. »*

**Observation de la mission** : *La mission prend acte de cette réponse.*

## 2. LE CONTENU DU CONTROLE DE LA DDASS

### 2.1. Lancement et méthode

[1878] La lettre de mission est signée du 2 février 2009, elle a pour objet de vérifier la régularité des procédures de passation des marchés et l'exhaustivité de la transmission à la tutelle<sup>254</sup>. Le rapport est signé du 20 mars 2009. Les investigations ont duré pendant une période estimée à trois semaines sur place sans que les contrôleurs aient pu chiffrer le temps total consacré à la mission.

[1879] Lors des entretiens les personnes rencontrées ont confirmé que lors du premier entretien fait le 6/3/09 avec [REDACTED] et [REDACTED]<sup>255</sup> le premier leur avait dit que ce n'était pas la peine de prévenir [REDACTED]. Lorsqu'ils se sont présentés sur le site de Saint Germain ils sont allés la voir dans son bureau et lui ont annoncé leur venue dont elle n'était pas informée (« *elle tombait des nues* »).

[1880] Alors que la lettre de mission ne ciblait pas de champ particulier, le contrôle n'a porté que sur les marchés du champ de la nouvelle direction des achats. Il a exclu les autres marchés de la DHALB (biomédical) et ceux des autres directions passant des marchés (travaux, pharmacie, informatique...). Le contrôle n'a pas porté sur l'organisation générale des procédures de marché.

[1881] Dans un premier temps, il n'a pas été fourni par la direction des achats une liste des marchés passés (la mission de la DDASS a disposé par la suite d'une liste à la suite d'un entretien avec [REDACTED]<sup>256</sup>). Les archives n'étant pas organisées les contrôleurs de la DDASS n'ont pas fait un choix aléatoire ou raisonné des marchés contrôlés. Ils ont indiqué que cinq des 19 marchés contrôlés leur avaient été signalés par la direction des achats. Les dossiers qui leur ont été fournis ont été très incomplets ne comportant jamais les offres des sociétés par exemple.

[1882] Dans une seconde phase des marchés ont pu être choisis de manière plus aléatoire. Le rapport note que « *les dossiers de marché demandés par voie de sondage étaient mieux ordonnés* ».

[1883] Volontairement l'inspecteur en charge a conduit le contrôle dans une acceptation stricte de sa mission, ainsi lorsqu'il a été produit l'état Hexagone retraçant les dépenses par produit entre « formalisé » et « non formalisé » il n'a pas été fait d'investigations pour apprécier la validité de cet état.

---

<sup>254</sup> Ce point ne sera pas traité.

<sup>255</sup> Alors attacher à la direction des achats.

<sup>256</sup> Le rapport ne précise pas qui a fourni cette liste et les entretiens ne nous ont pas permis de le déterminer de manière sûre

## 2.2. Principaux constats

[1884] Le rapport comporte des développements très limités sur l'organisation du service ou les procédures générales. Il consiste pour l'essentiel dans le contrôle de 19 marchés portant sur les points suivants : évaluation des besoins et montant estimé, durée du marché, procédure suivie et justification de ce choix, règles de publicité, montant des dépenses enregistrées. Dans aucun des cas le choix du titulaire n'a été examiné.

Tableau 194 : Principaux constats rapport DDASS

Prestation	Marché	Titulaire	Estimation des besoins	durée	Procédure passation et justification	publicité	Montant réalisés	Marché ou dépenses
Location maintenance photocopieurs		RICOH France	Pas de procédure d marché et donc achats sans support juridique et mise en concurrence					67.000
Location véhicule longue durée	9163/07	DEXIA France	inexistante			Inadaptée au montant effectif Incohérences	Dépassement important prestations	263.000
Petites fournitures bureau	365/07	CPY				Délais non respectés erreur procédure	Dépassement important des prestations	561.000
Conditionnement déchets	388/07	PLASTILLAC				Justification non fournie		
	433/07	APURA						
	387/07	MAURY						
	389/07	France Hopital						
		TAIS	ND					52..000
		CLEANIS	ND					16.000
Personne intérimaire	6 lots	3 sociétés titulaires					Montant du marché supérieur à celui prévu au RC et au CCAP Dépassement montant et paiement à d'autres prestataires	3.090.000
Mobilier bibliothèque	9146/07	AGEMOB			Acte d'engagement non signé par le CHIPS			
	9147/07	AGEMOB			Marché complémentaire			
Supports sac poubelle		PH2					Facture en sus montant total marché rejetées par la tresorerie 8K€	55.000
Linge en formes 10 lots		ALSICO/ MULLIEZ/BRICOUT	Pas d'observations					198.000
Nettoyage bio nettoyage lavage vitre		PENAUILLE			Marché complémentaire aurait du être avenant		Dépassement montant marché en dépit marché complémentaire	4.500.000
Transports sanitaires		AMBULANCE SAINT ANNE AMBULANCE					Dépassement montant marché	2250000 195000
Denrées alimentaires 104 lots			Examen RC et CCAP pas pu vérifier si réduction durée remise offres justifiée par publication avis préinformation – examen limité					

Dématérialisation des procédures			Pas d'observations				35.000
Fournitures fax télécopieurs	90/44	EMF	Pas d'observations				84.000
Gardiennage	26/05	INTERGARDE				Dépassement montant du marché	
Gardiennage et sécurité incendie	07/08	INTERGARDE	Mauvaise estimation besoin		Délai remise offre trop court		1170000
Appareil à encre automatique		TYMIX			Avis publicité incomplet	Acte engagement non fourni	28.000
Radio téléphones		EMF Burotic	Inexistante			Dépenses non formalisées alors que marché débute	30.000
Archivage et externalisation		IRON			Recours MNSC non justifié recommande marché définition ou dialogue compétitif		
Fournitures pièces détachées automobiles		Absence de mis en concurrence et de marché					

Source : Exploitation IGAS

[1885] Le rapport étaye l'incapacité de l'établissement à définir ses besoins. Outre les dépassements des montants des marchés il note, par exemple, pour AGEMOB le passage d'un MAPA alors que le marché antérieur n'est pas terminé puis d'un marché complémentaire : la mise en concurrence du MAPA n'est pas analysée, le marché complémentaire est jugé irrégulier.

[1886] Pour le marché avec PENAUILLE la DDASS critique le choix du marché complémentaire et non d'un avenant ; elle note le dépassement du montant et des factures hors marché (y compris pour des prestations non prévues comme l'enlèvement de gravats en cas de travaux).

[1887] S'agissent de la prestation des AMBULANCE SAINT ANNE le rapport critique le dépassement des marchés et la manière dont est gérée la prestation, notamment en cas non accomplissement, dans un sens qui désavantage l'établissement. Le rapport note « *Il est constaté que les ambulances Saint Anne détiennent ce marché depuis de nombreuses années. Le principe d'égalité d'accès à la commande publique (..) semble être difficile à respecter en matière de transport sanitaire* ». Toutefois il n'a pas été procédé à une analyse de la procédure de choix qui montrerait que l'établissement ait été fautif sur ce point.

[1888] Pour le marché avec PLASTILLAC la DDASS note une augmentation de prix appliquée par le fournisseur et en pratique acceptée par l'hôpital sans avenant.

[1889] Les marchés contrôlés sont uniquement des marchés de fourniture et de services. Des secteurs dans lesquels les achats sont importants et difficiles (médicament, biomédical, informatique, travaux) ne sont pas contrôlés. Les constats montrent une non maîtrise des besoins et des procédures laxistes et irrégulières au plan juridique. Le non respect du CMP est démontré sur l'échantillon retenu

**Réponse de** [ ] : *L'état des forces de la DDASS des Yvelines ne permettait pas d'envisager un contrôle des marchés élargi à ceux cités par la Mission. Le fait de dégager un temps non négligeable du chef de service des établissements et d'un secrétaire-administratif n'a pas été simple, à un moment où l'agence régionale de l'hospitalisation d'Ile de France travaillait activement via les DDASS notamment à l'élaboration des projets médicaux de territoire, sans omettre le travail quotidien à fournir par le service en charge d'un*

*nombre important d'établissements sanitaires. C'est la raison pour laquelle la lettre de mission ne ciblait pas de champ particulier.*

**Observation de la mission :** *La réponse confirme l'observation quant au champ restreint. Celle-ci est donc maintenue. Il est contradictoire de dire que les moyens ne permettraient pas d'envisager un contrôle plus large et de ne pas avoir ciblé de champ particulier. En pratique un champ particulier a effectivement été ciblé.*

### 2.3. Suite données au rapport

[1890] La conclusion du rapport apparaît mesurée (cf. pièce jointe). Le document ne préconise pas un signalement à l'autorité judiciaire et souligne les difficultés de gestion de la direction.

**Réponse de [REDACTED] :** *Certes, le rapport ne préconise pas dans ses conclusions un saisine de l'autorité judiciaire. Mais par note du 4 juin 2009 (voir pièce jointe n° 1) les deux enquêteurs m'invitent à le faire sur la base du volume des marchés jugés irréguliers par rapport à l'échantillon enquêté. »*

**Observation de la mission :** *Il est anormal que la note fournie ne l'ait pas été lors des entretiens pour expliquer les motifs de la saisine sur lesquels tant le DDASS que ses deux collaborateurs ont été explicitement interrogés. La note date du 4 juin et est une réaction à la « réponse » du CHIPS. L'observation est donc maintenue et le sujet traité infra.*

[1891] L'établissement ne répond pas formellement. Le directeur indique que [REDACTED] n'a pas voulu répondre et joint un document établi par [REDACTED] commentant le rapport de la DDASS mais qui ne constitue pas une réponse en la forme.

[1892] Le procédé manque singulièrement d'élégance et ne témoigne pas d'un souci primordial de ne pas envenimer le sujet. En premier lieu, la procédure contradictoire s'adresse à l'établissement dont le représentant légal aurait du répondre, d'autant que le travail fait par [REDACTED] permettait de le faire. Il était, notamment, possible de ne pas contester le rapport. En second lieu, il aurait été de bonne gestion de tenir compte des éléments fournis et d'indiquer les mesures prises ou envisagées pour remédier aux dysfonctionnements constatés.

[1893] Le DDASS a expliqué (cf. note jointe) les raisons de son choix de saisir l'autorité judiciaire. Ses arguments sont réels. Ce choix place le contrôle de légalité à un haut niveau de rigueur, qu'un corps d'inspection ne saurait déplorer.

**Observation de la mission :** *Dans son explication initialement fournie à la mission le DDASS a fait état sans la fournir de la note visée à la réponse à l'observation 1889. Cette note, jointe à la réponse au rapport, montre que les agents de la DDASS qui ont fait ce contrôle ont, suite aux éléments fournis par le CHIPS, suggéré une transmission à l'autorité judiciaire. Elle n'amène pas à changer la rédaction de l'observation.*

[1894] Au total nous estimons que la DDASS a été, pour une large part, instrumentalisée pour justifier, a posteriori, la mise à l'écart de [REDACTED]. Deux points principaux fondent cette analyse. Dès lors que le contrôle était lancé il aurait du dépasser le champ de la direction des achats et concerner l'ensemble des acheteurs de l'établissement. La non réponse volontaire du directeur de l'établissement montre une volonté de tirer parti de ce contrôle pour justifier son action à l'égard de sa collaboratrice plutôt que d'en tirer des conséquences pour améliorer le fonctionnement de son établissement.

**Réponse de [REDACTED] :** *Je prends acte de l'opinion émise par la mission. Je souhaite rappeler : 1° que je maintiens n'avoir subi, ni exercé aucune pression pour déclencher, orienter l'enquête ou influencer sur son déroulement. Je n'ai aucune raison de penser que mes rapporteurs eux-mêmes aient pu être influencés localement, compte-tenu de leur expérience et de leur sens du service public. 2° qu'il était obligatoire que sur un établissement aussi suivi par le cabinet de la Ministre, à cause notamment des décisions prises sur sa reconstruction, la vigilance du DDASS ne fût pas prise en défaut, sans exclure les autres établissements pour*

lesquels (cf. ma réponse supra au paragraphe 1865) la question des marchés devait être plus serrée. 3°/ qu'il s'est déroulé un temps certain entre le dépôt du rapport et la saisine du Parquet. Personne n'est intervenu auprès de moi pour y pousser, les arguments évoqués par mes collaborateurs dans la note (citée supra paragraphe 1889) ainsi surtout que l'inachèvement de la procédure contradictoire, ayant fini de me convaincre, J'ai prévenu les autorités de la saisine du Parquet après l'avoir réalisée. Je confirme que ce que moi-même et mes collaborateurs avons déclaré aux membres de la mission d'inspection générale est l'ensemble de ce que nous savions sur ce dossier.

**Observation de la mission :** Pour tenir compte des éléments fournis par la DDASS la rédaction de l'observation 1893 est modifiée comme suit.

Au total nous estimons que la transmission par la DDASS de son rapport de contrôle à l'autorité judiciaire, qui ne peut être contestée, a été utilisée par [REDACTED] pour justifier, a posteriori, les modalités de la mise à l'écart de [REDACTED]. Il est regrettable que, faute de moyens, le contrôle n'ait pas dépassé le champ de la direction des achats. La non réponse volontaire du directeur de l'établissement montre une volonté de tirer parti de ce contrôle pour justifier son action à l'égard de sa collaboratrice, plutôt que d'en tirer des conséquences pour améliorer le fonctionnement de son établissement. La saisine par la DDASS de l'autorité judiciaire est compte tenu des faits constatée justifiée.

Monsieur [REDACTED]  
DDASS des YVELINES  
BLD de la Reine  
78100 VERSAILLES

Objet : Mode de passation des achats de fournitures pour le centre hospitalier Poissy-Saint-Germain-en-Laye.

Le volume de l'activité d'achats du centre hospitalier rend ce secteur particulièrement sensible tant en termes de sécurité juridique des actes pris qu'en termes d'impact financier sur l'exploitation budgétaire.

Au regard de ces deux enjeux j'ai engagé depuis ma prise de fonction une réorganisation de la direction responsable de ce secteur d'activité visant à assurer un meilleur professionnalisme sur ce qui relèverait de la passation des marchés publics en procédant à la nomination d'un nouveau responsable, Mme [REDACTED], juriste contractuelle.

La première partie de la mission que j'ai confiée à [REDACTED] est d'établir un tableau de bord des échéances de renouvellement des marchés et de définir dans un second temps une stratégie globale d'achat différenciée par formules juridiques découlant de la prise en compte des critères réglementaires régissant le domaine de l'achat public.

A ce jour [REDACTED] fait état auprès de moi de l'existence d'un grand nombre de commandes ayant été faites sans recours à la procédure d'un marché public et ne respectant donc pas le principe de mise en concurrence. Ceci nous interroge sur la suite à donner à certaines de ces commandes qui me sont remises pour signature en urgence car ne pouvant être différées par la mise en œuvre, à ce stade d'une procédure de marché, au risque d'entraîner une paralysie du fonctionnement courant de l'hôpital et de porter atteinte à la continuité du service public.

Ce descriptif de la situation ci-dessus évoquée mettant directement en cause le professionnalisme d'un autre membre de l'équipe de direction je sollicite qu'une expertise externe et précise de la situation soit effectuée par les services de l'Etat, DDASS et DCCRF, afin de me permettre de sécuriser un domaine d'activité à fort enjeu pour le représentant juridique de l'hôpital que je suis, sans que je sois mis en position de privilégier les explications de l'un plutôt que de l'autre des membres de mon équipe.

J'attire votre attention sur le caractère urgent et sensible de cette affaire pour laquelle vous pouvez compter sur toute ma collaboration.

[REDACTED]

Au vu de ce contrôle les grands principes régissant les marchés publics n'ont pas été scrupuleusement suivis. Il s'ensuit que peut tomber sous le coup de l'article 432 du Code Pénal (délit de favoritisme) de tels actes contraires aux dispositions législatives et réglementaires des marchés publics qu'ils aient été commis de manières intentionnelles ou non.

Cependant, nombre de situations, dans un établissement de santé de cette importance doivent être pris dans l'urgence. Ainsi concilier la continuité du service public et l'exigence juridique n'apparaît pas toujours très aisé.

Il est important de souligner que les rapports d'activité 2006 et 2007 (annexe 8 et 9) du service démontrent une augmentation significative du volume des commandes, des mises en concurrence et des marchés conclu depuis 2004 avec **un effectif en personnel insuffisant et un turn over important** ce qui a rendu l'exécution des marchés très difficile et la mission du service fort délicate.

Un poste d'attaché d'administration de la filière générale est resté vacant de juin 2006 à septembre 2008. De ce fait, les gestionnaires impliqués dans le suivi des dossiers se sont subitement retrouvés sans encadrement direct.

### Préconisations

Avec la nouvelle réforme du Code des marchés publics au 1<sup>er</sup> Janvier 2009 accordant davantage de liberté et de simplification aux établissements publics de santé, il est impératif que le Centre Hospitalier Intercommunal de Poissy Saint Germain prenne les dispositions qui s'imposent afin de **renforcer l'équipe de la direction des achats et de stabiliser les personnels**. Une attachée d'administration hospitalière tant attendue a été recrutée récemment et va dans le bon sens.

Le personnel doit avant toute affectation dans le service être formé à la réglementation des marchés publics. Les gestionnaires doivent être mieux encadrés, plus rigoureux, se spécialiser par filières de marchés.

Le CHIPSG doit davantage recourir aux divers outils prévus par le Code des Marchés Publics (marché de dialogue compétitif, marché de définition) ce qui lui permettrait de mieux cerner ses réels besoins et d'assurer une gestion des marchés plus saine.

20 MAR. 2009



Page 1 sur 1

L'expéditeur du message a demandé une confirmation de lecture. Cliquez ici pour envoyer une confirmation.

De:

À:

Cc:

Objet :

Pièces jointes

Date: jeu. 08/01/2009 22:58

Bonjour Jacques,

J'ai eu à nouveau, le 5 janvier, Mr [REDACTED] Député [REDACTED] au téléphone à propos de Poissy Saint-Germain.

Sa démarche visait 2 objectifs :

1. obtenir, avant même les décisions sur la 2<sup>ème</sup> phase de la 1<sup>ère</sup> tranche hôpital 2012, un feu vert pour autoriser [REDACTED] à signer un marché de conception / réalisation ; je lui ai indiqué que c'était strictement impossible mais que rien n'empêchait l'établissement de préparer sérieusement son dossier pour que ce marché soit susceptible d'être signé dès les décisions prises sur Poissy Saint-Germain ; j'ai fait observer qu'il restait un gros travail de programmation à réaliser et que le dossier devait être correctement ficelé pour passer la rampe de la commission de validation. Il m'a indiqué que le programmiste, ayant pour raison sociale « Polyprogramme » , bénéficiait, semble t-il de nombreux avenants à des marchés auprès de cet établissement et n'était pas à la hauteur ; il souhaiterait que tu puisses en qualité de directeur d'ARH assurer à [REDACTED] la collaboration étroite [REDACTED] chargée de l'investissement à l'ARH Ile-de-France.
2. Il est revenu sur le caractère contestable d'un certain nombre de marchés passés par l'hôpital ; est-ce que tu as eu pour ta part l'occasion de relancer la DDASS sur le sujet ? Est-ce qu'un contrôle de légalité a été sérieusement réalisé ? Il souhaiterait, bien évidemment, que je saisisse [REDACTED] Préfète des Yvelines, que je connais un peu. Je préférerais pour ma part avoir quelques éléments tangibles sur les irrégularités constatées et m'assurer que les éléments à disposition justifient bien une saisine de la DDCCRF. Si nous avons la moindre interrogation, je crois qu'il vaut mieux effectivement via le préfet s'assurer de la collaboration de la DDCCRF via son antenne régionale.

Merci de ton éclairage rapide sur ces 2 points particuliers, étant précisé, que j'ai par ailleurs demandé à [REDACTED] d'organiser une réunion pour la recomposition de l'équipe de direction, Monsieur [REDACTED] ayant fait connaître son refus de rejoindre la DDASS et [REDACTED] étant toujours en fonction.

Bien cordialement à toi.

[REDACTED]



[https://messageric.intranet.sante.gouv.fr/Exchange/\[REDACTED\]/Bo%C3%A9te...](https://messageric.intranet.sante.gouv.fr/Exchange/[REDACTED]/Bo%C3%A9te...) 09/01/2009

Fax émis par : 33 1 48 05 22 23 ARH IDF Pg : 2/2 16/01/09 14:53

**Note pour M. Pascal PENAUD, Inspecteur Général des affaires sociales**

Je fais réponse par la présente aux derniers points de votre note par mail.

1°/ Dès mon arrivée en aout 2007 à la DDASS, mon attention a été discrètement attirée sur la question globale des « marchés publics » du Centre Hospitalier de Poissy-St Germain, de manière diffuse, anonyme et non précise.

2°/ Mes collaborateurs m'ont informé tout au long de l'année 2008 d'un certain nombre d'interrogations sur les procédures internes de gestion des achats publics par l'établissement. Elles étaient corroborées par l'inquiétude que [REDACTED] manifestait sur les conditions d'examen et de mise en place des procédures dans sa structure, dont la partie visible était la nomination d'une nouvelle responsable de service au lieu et place de [REDACTED].

3°/ J'ai donc décidé, fin 2008, début 2009, de diligenter sur place et sur pièces une enquête par deux de mes collaborateurs, l'un chef du service des établissements, l'autre jusque-là affecté à la cellule « marchés hospitaliers » dudit service.

Compte-tenu des effectifs disponibles, je n'ai pas missionné ces agents pour une enquête exhaustive. Ils ont donc procédé par sondage dans un nombre de marchés choisis dans l'établissement.

Je précise que le lancement de cette enquête a été expressément approuvé par mail de [REDACTED], me demandant explicitement d'y consacrer les efforts nécessaires. Je précise aussi que tant le directeur de l'ARH d'Ile de France que le corps préfectoral des Yvelines étaient aussi prévenus de cette enquête. Je rappelle que c'était l'époque où Madame la Ministre en charge de la santé avait décidé du principe de reconstruction de l'ancien hôpital bi-site sur le nouveau site unique de Chambourcy.

4°/ Différentes conversations que j'ai eues avec les enquêteurs et [REDACTED], à l'époque directrice-adjointe en charge du pôle santé, pendant le déroulement et à l'occasion du compte-rendu des résultats des premières investigations, faisant apparaître un taux important de marchés irréguliers tant sur la forme que surtout sur le fond dans l'échantillon examiné, m'ont amené à m'interroger avec eux sur l'opportunité d'une saisine du Parquet de Versailles sur la base de l'article 40. J'ai rapidement réfléchi, pour l'écarter tout de suite, à un dépôt de plainte qui aurait eu une autre envergure pénale.

5°/ Comme vous le savez, je n'ai pas réussi à clôturer la procédure contradictoire,  
- d'abord parce que [REDACTED] n'arrivait pas à obtenir de [REDACTED] les réponses attendues pour la période où elle était en charge – ce qu'elle m'a fait confirmer par un appel téléphonique à un des enquêteurs ([REDACTED]) qui m'en a aussitôt prévenu par mail (je n'ai jamais eu [REDACTED] au téléphone)  
- ensuite parce que je n'ai obtenu que les éléments apportés par la nouvelle responsable à [REDACTED], sous forme de mail qu'il m'a retransmis.

6°/ C'est dans ces conditions :

- au vu des nombreuses irrégularités, sur un nombre très important de procédures par rapport au total des dossiers investigués
- et en l'absence de réponse formalisée de l'établissement,

- ainsi qu'au vu d'une note interne de mes collaborateurs me le suggérant (je la retrouverai très bientôt en tant que de besoin, ma nouvelle affectation ne facilitant pas les recherches)

que j'ai été amené à saisir le Parquet en l'application de l'article 40 du CP.

J'indique que j'ai prévenu toutes les autorités de cette saisine ( [REDACTED], le sous-préfet de St Germain).<sup>257</sup>

7°/ Je ne crois pas avoir jamais considéré que le recours à l'article 40 était un moyen de régler les problèmes de gestion interne des établissements. Je n'ignore pas, je crois, les trois éléments constitutifs de l'infraction.

Si, au terme du rapport, l'élément légal et l'élément matériel m'ont paru réunis ou suffisamment pour que j'estime ne pas pouvoir me dispenser de le dénoncer au sens de l'article 40, vu avec mes moyens juridiques d'enquête de nature exclusivement administrative, il va de soi que la recherche de l'élément intentionnel ne peut pas faire partie, de mon point de vue, des compétences dont dispose un directeur de DDASS. Je ne peux donc ni le présupposer, ni travailler à le prouver. C'est là je crois l'apanage exclusif de la police et des magistrats. C'est en ce sens que le rapport s'abstient de toute mise en cause institutionnelle ou personnelle, notamment en ce qui concerne la responsabilité ou la mise en cause pénale des personnes morales et des personnes physiques.

J'ai pensé et je persiste à penser que l'établissement, à l'occasion de cette enquête de petite envergure, ayant cependant de mon point de vue révélé des dysfonctionnements lourds, tant dans la préparation, la conception, et les modalités d'appel aux marchés publics, que dans leur déroulement, avec un maniement à tout le moins perfectible des deniers publics, a montré une faiblesse grave dans sa capacité à traiter des marchés publics relevant du quotidien, et a fortiori a fait peser un doute sur sa capacité à suivre et à gérer les marchés publics dans le cadre de sa construction à Chambourcy.

Par ailleurs, l'accumulation des irrégularités notamment sur des « marchés » n'ayant en réalité conduit à aucune mise en concurrence m'a poussé à penser que lumière devait être faite, en un premier temps, sur la possibilité d'un délit de favoritisme, par la police judiciaire dans le cadre de l'enquête préliminaire déclenchée par M. le procureur de la république de Versailles, dont d'ailleurs je ne dispose d'aucune nouvelles pour l'instant.

Je souhaite préciser que pour moi, une telle accumulation d'irrégularités dans des marchés souvent importants au plan financier, en si peu de temps vu les choix calendaires fait par l'équipe d'inspection, fait le lit de la faiblesse ou du désir de lucre de tel ou tel. Je ne le présuppose pas et je ne puis juridiquement le prouver, mais je le crains. Et je pense que j'aurais failli à ma mission, et engagé ma responsabilité, en laissant faire, ne serait-ce que pour n'avoir pas permis à la Justice de s'assurer que l'élément intentionnel n'est pas établi.

Paris, le 4 mars 2010

[REDACTED]

---

<sup>257</sup> Chacune avait eu préalablement copie du rapport établi par la DDASS

## Annexe 11.4 : Achat et marchés informatiques du CHIPS

### 1. LES ACHATS INFORMATIQUES DU CHIPS ET LEUR EXECUTION PENDANT LA PERIODE 2005-2009

#### 1.1. Les principaux achats

##### 1.1.1. Acquisition des matériels

[1895] On retrouve en 2005 et 2006 la continuation de la politique antérieure d'achat de matériels et de logiciels informatiques : appels d'offres ouverts pour le matériel et les logiciels et financement par des marchés de crédit bail. En 2005 le marché est d'un montant de 578.000 €, en 2006 sa reconduction est, dès l'origine, envisagée car son montant affiché est de 5,5 M€

**Réponse de** [REDACTED] : *Le marché de crédit bail de 578 000 € n'a pas été « reconduit » comme indiqué mais remplacé par un nouveau marché d'appel d'offre.*

**Observation de la mission :** *Nous n'avons pas écrit que ce marché avait été reconduit mais que sa reconduction était envisagée en raison du montant affiché dans les documents fournis. Observation maintenue.*

[1896] Le marché d'acquisition est une nouvelle fois attribué au même fournisseur ; celui-ci aura obtenu, pour les seuls équipements informatiques, le(s) marché(s) du CHIPS en 1998 (2), 1999, 2000, 2001 (3), 2002, 2003(3), 2004 (2), 2005 et 2006.

**Réponse de** [REDACTED] : *Le marché a été attribué au même fournisseur car ses offres ont été les plus économiquement favorables au CHI. Les procédures d'appel d'offres ont été respectées.*

**Observation de la mission :** *La mission constate la permanence du même fournisseur pendant la période ce qui n'est pas contesté. Observation maintenue.*

##### 1.1.2. Financement des matériels

[1897] Le financement est de nouveau assuré par crédit bail en 2005, 2006 et 2007. Sur cette période AUXIFIP conserve sa position dominante.

**Réponse** [REDACTED] : *AUXIFIP conserve sa position du fait que son offre a été la plus économiquement favorable.*

**Observation de la mission :** *La mission constate la permanence du même fournisseur pendant la période ce qui n'est pas contesté. Observation maintenue.*

Tableau 195 : Montant des marchés de financement passés pendant l'exercice

2005	2006	2007	Total
617 903,20	456 272,90	2 325 338,86	3 399 514,96

Source : Etat des marchés 1998-2009

[1898] Il est mis fin à cette politique d'achat après que [REDACTED] a quitté ses fonctions. Son successeur décide de passer par l'UGAP. Puis, en 2009, l'établissement décide de participer au groupement d'achat des hôpitaux de la région.

### 1.1.3. Logiciels administratifs

[1899] Les marchés de logiciels administratifs reflètent la lente mise en route du schéma directeur pendant cette période :

- aucune acquisition en 2005 et 2006 ce qui reflète la stabilité de la solution retenue ;
- acquisitions en 2007 d'un logiciel de gestion du temps qui sera, in fine, abandonné et achat de la gestion administrative des malades de la société McKesson sans mise en concurrence ;
- Marché sans mise en concurrence prolongeant la solution de paye.

[1900] Le changement complet des logiciels administratifs en 2009 n'apparaît pas dans les marchés car il se fait par adhésion au GIP MIPIH.

Tableau 196 : Marchés de logiciels administratifs

N°	Titulaire	Date	Procédure	Montant €	Objet
209/2007	GFI CHRONO TIME	05/03/2007	MN après AO infructueux	176 119 €	Acquisition du droit d'usage de logiciel pour la Gestion du Temps Travaillé
390/2007	MC KESSON	29/06/2007	Négocié sans mise En concurrence	516 017 €	Mise en œuvre système mono éditeur pour la gestion de l'axe patient (GAM)
01/2008	CRIH TOURS	01/01/2008	Négocié sans mise en concurrence	172 858 €	Traitement de la paie Prolongation marché 97/2003

Source : Etat des marchés 1998-2009

### 1.1.4. Logiciel médical

[1901] En matière de logiciels médicaux et médico-technique aucune acquisition n'est faite sur marché en 2005 et 2006. En 2007 deux logiciels importants sont acquis l'un pour la gestion du médicament et l'autre pour l'informatisation des laboratoires.

[1902] Des compléments au logiciel Crossway et la mise en œuvre des logiciels acquis conduisent à des marchés sans mise en concurrence avec la société MCKESSON. Cette société obtiendra aussi le marché de la gestion du médicament marché dont nous n'avons, pour des raisons de temps, audité que l'attribution du lot 3.

Tableau 197 : Marchés médicaux et médicaux techniques

N°	Fournisseur	Date	Procédure	Montant €	Objet
217/2007	MC KESSON	15/03/2007	AOO	273 880	Médicament Lot 1 & 2 : Gestion du circuit, gestion préparations hospitalières
218/2007	MC KESSON	15/03/2007	MN après AO Infructueux	48 318,40	Médicament Lot 3 : Stérilisation
390/2007	MC KESSON	29/06/2007	Négocié sans mise En concurrence	516 017	Mise en œuvre système mono éditeur pour la gestion de l'axe patient (GAM)
15/2008	MEDASYS	25/09/2008	AOO	598 149,05	Acquisition du droit d'usage progiciels pour l'informatisation des laboratoires
16/2008	MC KESSON	10/2008	Négocié sans mise En concurrence	179 525	Module planification
15/2009	MC KESSON	05/03/2009	Négocié sans mise En concurrence	143 520 €	Assistance à maîtrise d'ouvrage pour suivi d'exploitation progiciels Mc Kesson

Source : *Etat des marchés 1998-2009*

### 1.2. Les principaux fournisseurs

[1903] Le nombre de fournisseurs s'accroît mais les cinq principaux représentent toujours plus de 70% de la dépense. Les achats auprès des principaux fournisseurs et les conditions obtenues déterminent la dépense informatique.

Tableau 198 : Nombre de fournisseurs

2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
27	35	41	54	55	61	61

Source : *Exploitation IGAS extraction CHIPS logiciels économiques et financiers*

Tableau 199 : Part des cinq fournisseurs les plus importants dans les achats

2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
75%	63%	61%	77%	78%	66%	77%

Source : *Exploitation IGAS extraction CHIPS logiciels économiques et financiers*

Tableau 200 : Cinq principaux fournisseurs (2003-2009)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
CHRU TOURS	149 476	153 266	157 235	166 161	166 123	205 537	
ICSF / MCKESSON	39 105	64 439	84 310	115 058	229 955	531 220	695 759
UNIVERSAL LEASING				803 130	1 006 152	287 679	194 154
MEDASYS	45 297	47 576	39 344				283 192
SYMPHONIE/AGFA		40 009	32 764	158 957	185 238	118 884	
EDL			39 852				
BULL SA		38 862				75 309	
EUROMEDIA				101 541	66 479		
INTEGRIS	28 250						
XR PARTNER	50 205						
UGAP							491 552
MIPIH							525 080
Total	262 127	344 153	353 504	1 063 628	1 257 869	1 013 092	1 664 656

Source : Exploitation IGAS extraction CHIPS logiciels économiques et financiers

### 1.3. Le processus de commande et de paiement

#### 1.3.1. Absence de commande préalable

[1904] Les dépenses ne font souvent pas l'objet de commandes ce que confirme la part dans les dépenses des liquidations directes. Pendant la période il n'y a aucune commande sur les comptes de maintenance : 100% de leurs dépenses font l'objet de liquidations directes.

**Réponse de** [ ] : Les dépenses de maintenance évoquées sont liées à des marchés ou contrats de maintenance qui ne donnaient pas lieu à des commandes puisque les prestations résultaient des clauses contractuelles.

**Observation de la mission :** La réponse démontre la mauvaise connaissance des processus de gestion, le fait qu'il y ait un marché ne dispense pas de passer des commandes (en application des clauses contractuelles) dans le système informatique de gestion financière ce qui permet d'engager les crédits correspondants. Observation maintenue.

[1905] Selon le service informatique, la responsabilité en incombe aux services économiques à qui les ordres de services étaient transmis mais qui ne saisissaient pas les commandes. Selon le personnel de la direction des achats rencontrés cela n'était pas son rôle.

Tableau 201 : Pourcentage des liquidations directes (% des dépenses).

2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
75%	62%	79%	63%	54%	77%	ND

Source : Exploitation IGAS extraction CHIPS logiciels économiques et financiers

### 1.3.2. Pas de suivi du seuil des marchés à travers le logiciel de gestion économique et financière

[1906] Les commandes ou liquidation pour lesquelles le marché est visé représentent une part faible. Cela veut dire que les dépenses ne sont pas forcément imputées aux marchés dont elles relèvent et par conséquent que l'utilisation du logiciel ne permet pas de suivre de manière fiable tant le respect du montant des marchés que celui des obligations de mise en concurrence par famille de produit.

[1907] On note toutefois une amélioration en 2006 (arrivée de la nouvelle responsable informatique) puis une dégradation par la suite avec ce qui est plus inquiétant une forte chute en 2009, année de passage à Emagh2.

Tableau 202 : Marchés visés dans les commandes ou liquidation

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
% montant marché visé	49%	28%	31%	71%	66%	47%	20%
Nombre marchés visés	1	1	2	8	10	9	9

Source : Exploitation IGAS extraction CHIPS logiciels économiques et financiers

### 1.3.3. D'importants paiements faits à la société McKesson sans base juridique et donc irréguliers au plan des marchés publics

[1908] Le logiciel CROSSWAY a été acquis en 1999 auprès de la société ICSF (reprise par la suite par McKesson). Il n'a pas fait l'objet par la suite d'acquisitions ou de maintenance dans un cadre juridique global comportant une procédure formalisée couvrant les différentes évolutions de version.

[1909] On note, depuis 2003, des factures de maintenance, il est possible que des acquisitions aient été faites dans d'autres cadres qu'un marché spécifique avec la société qui le fournit ; ainsi le marché 180/2005 passé avec la société UNIVERSAL LEASING comportait des licences Crossway.

[1910] Nous avons comparé le montant des marchés passés depuis 2003 avec McKesson et celui des sommes liquidées ou engagées à son profit. Il y a globalement un écart significatif de 384.000 € entre 2005 et 2009.

Tableau 203 : McKesson Comparaison montant des marchés et sommes liquidées (2009 engagements).

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2005-2009	2003-2009
Montant des marchés	0	0	0	0	948 481,40	179 525,00	143 520,00	1 271 526,40	1 271 526,40
Sommes liquidées (engagées en 2009)	1 220,40	64439,04	84 310,25	115057,9	229954,75	531220,35	695 758,56	1 656 301,81	1 721 961,25
% marchés dans liquidation								77%	74%

Source : Exploitation IGAS extraction CHIPS logiciels économiques et financiers

[1911] Nous avons communiqué au CHIPS le relevé des commandes et liquidation directes concernées en leur demandant de les rattacher aux marchés passés. La réponse du CHIPS indique que des « contrats » ont été signés mais hors procédure de marché. Au total, son pointage montre une situation bien plus grave : sur 1,7 M€ liquidés entre 2005 et 2009 seulement 0,55 M€ peuvent être rattachés à un marché (soit 32%) et 1,2 M€ ont été payés sans marché.

**Réponse de [REDACTED] :** *Faute de documents je ne suis pas en mesure de comprendre et donc d'expliquer cet état de fait et je ne peux déterminer à qui incombe la responsabilité de ces procédures. Toutefois, je peux assurer que chaque facture concernant le service informatique faisait l'objet d'un rattachement à un contrat ou à un marché. Ma secrétaire assurait un suivi des contrats et marchés sur Excel, prestations et maintenance comprises. Par ce suivi je n'ai jamais dépassé l'enveloppe budgétaire qui m'était allouée.*

**Observation de la mission :** *La réponse montre la profonde méconnaissance d'un fonctionnement normal dans lequel les marchés sont créés dans le logiciel de gestion économique et financière, les commandes sont enregistrées dans ce logiciel et rattachées au marché correspondant. Elle témoigne aussi d'une méconnaissance du CMP qui ne différencie pas marchés et contrats. Le respect des enveloppes budgétaires n'est pas visé par l'observation. Cette-ci est maintenue.*

Tableau 204 : Pointage par le CHIPS des factures MCKESSON (2005-2009)

	2005	2006	2007	2008	2009	Total
Liquidations	77 559	142 362	263 925	561 044	673 789	1 718 680
Liquidations rattachées à un marché	0	41 860258	131 497	244 369	133 254	550 980
%	0%	29%	50%	44%	20%	32%
Liquidations hors marché	77 559	100 502	132 428	316 675	540 536	1 167 700

Source : *Exploitation du tableau fourni par le CHIPS le % de liquidation rattachée à un marché a été corrigée car le pointage du document a montré une erreur d'imputation*

[1912] Ce chiffrage nous paraît très important compte tenu des déficiences du système d'information et nous ne retiendrons que le premier chiffre comme assuré.

[1913] Enfin, l'absence de commandes conduit à des relations avec les fournisseurs qui ne sont pas saines. Ainsi le 29/5/2009 MCKESSON facture la licence du module planification des ressources, facture qui sera refusée par courrier du 10/6/2009 au motif que « *le module PDR ne fait l'objet d'aucune mise en œuvre dans notre établissement, mais d'une simple livraison de clé logicielle* » ce à quoi pourrait correspondre la procès verbal de réception à compter du 29 mai 2009 signé le 19 juin 2009 par un agent du CHIPS dont le nom n'est pas précisé.

## 2. LA PASSATION DES MARCHES INFORMATIQUES PENDANT LA PERIODE 2005-2009

### 2.1. Méthode de travail

[1914] Nous nous sommes appuyés sur une liste des marchés informatiques passés par le CHIPS entre 1998 et 2009, liste préexistante complétée à notre demande. Nous avons complété ces données d'extractions des données d'Hexagone et Magh2.

[1915] Les dossiers conservés à la DSIO elle-même ne comportent que les pièces du marché et les pièces retraçant de manière globale la procédure (analyse des offres, compte rendus des commissions d'appel d'offre et rapport de présentation à la DDASS). Les offres des sociétés non retenues et les analyses techniques des offres n'y figurent pas.

[1916] Nous avons procédé au contrôle de la manière suivante :

<sup>258</sup> Sommes rattachées au marché 9019/05 fourniture de matériel et logiciels pour transmission d'images radiologiques ne figurant pas dans les marchés informatiques

- Pour l'ensemble des marchés passés entre 2005 et 2009 nous avons consultés les pièces retraçant de manière globale la procédure (rapport de présentation, comptes rendus des commissions d'appel d'offres..) ; cela a pu nous amener à faire des observations ;
- Pour certains marchés nous avons fait ressortir les offres et nous avons procédé à un contrôle de la mise en concurrence ; pour des raisons de temps disponible nous n'avons pas vérifié le respect des délais réglementaires et nous avons concentré notre contrôle sur la réalité de la mise en concurrence et sur les modalités de choix du prestataire.

[1917] Pour cela nous avons examiné le dossier de consultation pour vérifier s'il comporte des clauses pouvant limiter la concurrence et audité l'analyse des offres pour vérifier que celle-ci est pertinente et conforme aux critères de choix affichés.

[1918] Une fiche par marché et des documents sont joints à cette annexe.

Tableau 205 : Liste des marchés audités

Année	Procédure	Marché	Objet	Titulaire
2005	AOO	180/2005	Acquisition matériel et logiciels informatiques	UNIVERSAL LEASING
2006	AOO	116/2006	Acquisition matériel et logiciels informatiques	UNIVERSAL LEASING
2005-2007	MAPA		3 marchés prestation conseil	ADS Conseil
2007	AOO	217/2007	Informatisation du médicament lot 3 stérilisation	MCKESSON
2007	AOO	209/2007	Progiciel de gestion du temps travaillé	GFI
2007		390/2007	Gestion administrative des malades	MCKESSON
2008	AOO	15/2008	Informatisation des laboratoires	MEDASYS
2009	AOO	134/2009	MOE infrastructure technique système d'information	SYSDIS

Source : IGAS

## 2.2. Des modalités d'appréciation des offres critiquables

[1919] Les critères de jugement des offres et les modalités de leur mise en œuvre sont critiquables. Les critères peuvent être inopérants (conformité au CCTP) et sont la reprise des critères prévus par le code sans que soit précisée la manière dont sera par exemple appréciée la « valeur technique » de l'offre.

[1920] Les offres sont, le plus souvent, appréciées en classant chaque offre sur chaque critère puis en pondérant le rang du poids du critère et en additionnant les « notes », de sorte que celui qui a le moins de points est le mieux disant. Cette manière de faire ne permet en rien d'apprécier l'écart entre les valeurs des offres elle se traduira de la même manière que l'offre classé au rang n+1 soit légèrement inférieure ou très inférieure à celle classée au rang n.

**Réponse de [REDACTED] :** Cette méthode est celle préconisée par la Sté ADS Conseil qui nous a semblé tout à fait recevable.

**Observation de la mission :** Il n'est pas répondu sur les raisons pour lesquelles cette méthode n'est justement pas recevable. Observation maintenue.

[1921] Combinée avec le flou de la réalité pratique du mode de classement selon les critères cette méthode dont en pratique une très grande marge de manœuvre au « cotateur » et rend quasiment impossible le contrôle interne de ses choix.

**Réponse de [REDACTED] :** *Ces appréciations ne sont pas fondées, une argumentation contradictoire sera développée dans le §2.3.2 fiche2.*

**Observation de la mission :** « *L'argumentation contradictoire* » *n'est pas convaincant (cf. infra).*  
*Observation maintenue.*

### **2.3. La régularité des marchés audités**

#### **2.3.1. Marché 180/ 2005 UNIVERSAL LEASING acquisition et financement de matériels informatiques (fiche 1)**

[1922] Le marché est en théorie alloti mais le DCE prévoit que les neuf lots de matériels et de logiciels sont attribués au même titulaire.

[1923] 27 sociétés demandent le cahier des charges : pour les neuf premiers lots il n'y a qu'une seule offre, celle de la société UNIVERSAL LEASING.

[1924] Cet indice d'une absence de concurrence ne suscite aucune réaction de l'établissement.

[1925] Le DSIO sera saisi par mail d'un indice d'entente (cf. pièce jointe): un des candidats potentiels indique qu'il n'avait pu obtenir de prix de la part de sous-traitants. Il n'y aura là aussi ni réaction ni prise en compte dans la mise en concurrence suivante. **Ce marché nécessite un signalement à l'autorité judiciaire.**

**Réponse de [REDACTED] :** *La constitution de lots indissociables est prévue par le code des marchés publics. Cette procédure a été utilisée pour obtenir une seule offre qui prenne en compte les équipements et les services nécessaires à leur mise en œuvre et leur exploitation. En ce qui concerne les sous-lots, ils correspondent aux sites géographiques de Poissy et St Germain pour différencier les lieux de livraison et non 2 entités juridiques distinctes.*

**Observation de la mission :** *Il n'est pas nécessaire de prévoir des sous lots pour spécifier des lieux de livraisons différents il suffit de le préciser lors des commandes faites en application du marché. Ce découpage montre bien que dans les esprits les deux sites, qui évidemment ne sont pas des entités juridiques différentes, continuent à apparaître d'une manière qui n'a aucune pertinence pour le contenu de ce qui est acheté.*  
*Observation maintenue*

**Réponse de [REDACTED] :** *Il est à noter que le mail de la Sté SCC a été adressé à mon collaborateur [REDACTED], en charge de la description technique des cahiers des charges, le 7/3/2005 à 15H30 soit le dernier jour du dépôt des offres fixé à 16 H. La réponse donnée à cette Sté les invitant à me faire connaître les sociétés qui avaient refusé de communiquer les prix a été sans suite du fait du caractère tardif de la réception de cette demande. SCC n'était plus en mesure de constituer un dossier. Le fait qu'un seul fournisseur ait répondu ne constitue pas un motif d'abandon de la procédure. Ce fournisseur aurait pu entamer des poursuites à l'encontre du CHI.*

**Observation de la mission :** *Certes cela n'explique pas la totale absence de réaction de l'établissement face à des indices d'entente qui généralement n'ont pas pour objet de diminuer le coût des biens et prestations fournis.*  
*Observation maintenue.*

### 2.3.2. **Marché 116/2006 UNIVERSAL LEASING Matériels informatiques logiciels prestations et produits informatiques (fiche 2)**

**Réponse de** [REDACTED] : *Il est à préciser qu'un des projets majeurs du Schéma directeur consistait en une restructuration complète des infrastructures informatiques du système d'information. Ce projet était un préalable à la réalisation des nouveaux projets d'évolution du système d'information. Ensuite la mise en œuvre des compléments d'infrastructures devait suivre la mise en œuvre des projets fonctionnels.*

**Observation de la mission :** *Cette réponse n'a aucun lien avec les observations qui portent sur la passation du marché.*

- [1926] Le marché n'est pas alloti alors qu'il comporte des produits et des prestations très hétérogènes.
- [1927] Les critères de jugement des offres sont classiques mais la manière dont ils sont appréciés n'est pas précisée. La lecture du compte rendu de la CAO fait apparaître le caractère flou et qualitatif des analyses.
- [1928] Le CHIPS s'est fait aider par la société ADS pour l'analyse des offres. Il a été fourni deux rapports d'analyse sous le timbre de la société, dans un deuxième temps uniquement, le rapport comportant des annexes chiffrées. Pour les critères dont il est possible de faire des appréciations quantitatives les chiffres figurant dans le rapport d'analyse ne conduisent pas au classement des offres qui a été proposé à la CAO. **Ce marché nécessite un signalement à l'autorité judiciaire.**

### 2.3.3. **Marché 15/2008 MEDASYS Informatisation des laboratoires (fiche 3)**

- [1929] La régularité de ce marché n'appelle pas d'observations.

### 2.3.4. **Marchés avec la société ADS Conseil (fiche 4)**

- [1930] Si la régularité du marché initial n'appelle pas d'observations, celle du marché passé pour l'élaboration du schéma directeur peut être critiquée car confrontée à deux offres de volume de prestations et de prix très différentes le CHIPS n'a fait aucun effort pour poursuivre la négociation.
- [1931] S'agissant du troisième marché pour lequel le dossier est très incomplet nous avons relevé des indices montrant un manque de clarté sur le contenu réel de la prestation attendue conduisant à retenir l'offre de la société ADS d'un champ plus restreint que celui défini dans le CCTP et donc d'un traitement inégalitaire des candidats. **Ce marché est à signaler à l'autorité judiciaire.**

### 2.3.5. **Marché MCKESSON informatisation du médicament lot 3 stérilisation (fiche 5)**

- [1932] Le lot 3 a été déclaré infructueux car la proposition la mieux classée dépassait le budget prévu par l'établissement. Lors de la négociation la société MC KESSON qui présentait le logiciel d'une autre société a proposé un autre produit ce qui n'a pas été le cas des autres offres. L'analyse des offres comporte des erreurs de calcul et toutes les offres se sont vues donner le même classement sur le critère du prix alors que celui-ci est différent. Les classements des offres ont été modifiés sur plusieurs critères.

- [1933] A notre demande l'établissement a fourni une explication écrite des modifications faites. Il a aussi corrigé la cotation des offres pour rectifier les erreurs de calcul et donner bonne cotation pour les prix. Une fois ces corrections faites il existe un écart de 18 points entre la société MCKESSON (150), mieux classée, et la société AMCOR classée deuxième (168). Or entre la cotation de la société AMCOR sur le critère de l'organisation proposée pour la mise en œuvre est passée de 17 à 51 (+34) tandis que celui de MC KESSON faisait l'inverse (-34). La justification apportée est la suivante *« au vu des contacts avec les soumissionnaires et les sites utilisateurs le classement a été modifié »*. Elle n'est pas convaincante.
- [1934] Nous avons donc d'importants doutes sur l'égalité de traitement entre les candidats et sur l'impact de l'intégration avec Crossway dans les motivations du choix.
- [1935] Nous n'avons toutefois pas relevé d'irrégularité manifeste justifiant la saisie de l'autorité judiciaire.

### **2.3.6. Marché 209/2007 GFI Progiciel de gestion du temps travaillé (fiche 6)**

- [1936] Ce marché n'appelle pas d'observations eu égard à sa régularité.

### **2.3.7. Marché 390/2007 MC KESSON gestion administrative des patients (fiche 7)**

- [1937] Le recours à un marché négocié sans concurrence et publicité est clairement irrégulier. Les conditions prévues par l'article 35-II-8 ne sont pas réunies.
- [1938] Le CHIPS le savait notamment car son conseil la société ADS lui avait indiqué le caractère irrégulier de la procédure (cf. compte rendu réunion comité de pilotage annexe SI).

**Réponse de** [REDACTED] : *De mémoire, je n'ai pas été mis au courant du conseil donné par la Société ADS.*

**Observation de la mission :** Vu

- [1939] Ce marché est à signaler à l'autorité judiciaire.

### **2.3.8. Marché SYSDIS assistance technique (fiche 8)**

- [1940] Ce marché n'appelle pas d'observations au regard de sa régularité

### 3. FICHE 1. MARCHE 180/2005 UNIVERSAL LEASING ACQUISITION ET FINANCEMENT DE MATERIELS INFORMATIQUES

[1941] Le contrôle a porté sur le dossier fourni par la DSIO. La procédure est un appel d'offres ouvert.

Tableau 206 : Etapes de la procédure

Etape	Date
Publication BOAMP et JOCE	12/01/05
Date limite remise des offres	7/3/05
CAO ouverture des plis	8/3/05
CAO choix	7/4/05

Source : Dossier CHIPS

[1942] Le marché comporte neuf lots de matériel et de logiciel et un lot de financement mais cet allotissement n'est que facial car la publication prévoit que les lots 1 à 9 sont indissociables. Il s'agit en fait d'un marché comportant, d'une part, l'acquisition des matériels et logiciels et, d'autre part, le financement de ces achats. Paradoxalement le CCTP prévoit des « sous lots » par destinataire (service) y compris pour les PC.

**Réponse de** [REDACTED] : *La constitution de lots indissociables est prévue par le code des marchés publics. Cette procédure a été utilisée pour obtenir une seule offre qui prenne en compte les équipements et les logiciels.*

**Observation de la mission :** *La réponse confirme l'observation descriptive qui est maintenue*

[1943] Il y a des lots différents pour les mêmes produits selon qu'il s'agit du site de Saint Germain et celui de Poissy. Huit ans après la fusion celle-ci n'est pas « actée » dans un CCTP de marché.

**Réponse de** [REDACTED] : *En ce qui concerne les sous-lots, ils correspondent aux sites géographiques de Poissy et St Germain pour différencier les lieux de livraison et non 2 entités juridiques distinctes.*

**Observation de la mission :** *Il n'est pas nécessaire de prévoir des sous lots pour spécifier des lieux de livraisons différents il suffit de le préciser lors des commandes faites en application du marché. Ce découpage montre bien que dans les esprits les deux sites, qui évidemment ne sont pas des entités juridiques différentes, continuent à apparaître d'une manière qui n'a aucune pertinence pour le contenu de ce qui est acheté. Observation maintenue.*

Tableau 207 : Décomposition en lots du marché

Lot	Objet
Site de Saint Germain en Laye	
1	Micro-ordinateurs et stations de travail
2	Serveur
3	Extension de disque et sauvegarde
4	Périphériques
5	Equipements de réseau
6	Logiciels
Site de Poissy	
7	Micros ordinateurs et station de travail
8	Périphériques
9	Logiciels
CHIPS	
10	Financement

Source : DCE

- [1944] Le cahier des charges fait référence à des matériels de marque :
- Lot 3 licence OPENSERVE et lecteurs SDLT 320 ;
  - Lot 4 pour la partie qui correspond au laboratoire biochimie demande imprimante thermique code à barre DATAMAX modèle DMI I 428 (modèle validé par l'applicatif laboratoire) ; Imagerie médicale Labelwriter 330 Turbo Dymo ;
  - Lot 6 logiciels référence produits Norton, Nero 6, lotus notes + extension de concession en licence site Crossway avec codage CCAM
  - Lot 8 direction clientèle imprimante laser KYOCERA FS 9520-DN validé par Hexagone , Imagerie médicale Labelwriter 330 Turbo Dymo
  - Lot 9 laboratoire licence serveur d'archivage DX BIOARCH MEDASYS, LISIA.
- [1945] Le DCE prévoit que le jugement des offres sera effectué dans les conditions prévues aux articles 53 à 60 du CMP. Les critères de choix sont par ordre d'importance : la conformité des équipements et logiciels par rapport au CCTP, le prix, des équipements des logiciels et des prestations, le délai d'installation des équipements et logiciels. Ces critères appellent deux commentaires.
- [1946] La conformité des offres au CCTP ne peut être un critère de jugement des offres car une offre non-conforme n'est pas recevable.
- [1947] L'article 4 du CCAP prévoit une date de livraison en avril 2005. Cela rend peu pertinent le délai de livraison sauf à apprécier des délais par rapport aux commandes faites pendant le cours du marché, ce qui n'apparaît pas dans les documents fournis.
- [1948] 27 sociétés ont demandé le cahier des charges, des éléments probants figurent au dossier. Pour les lots 1 à 9 une seule société répond (Universal Leasing), sur le lot 10 deux sociétés répondent (Auxifip et BNP Paribas).
- [1949] La CAO fait le choix de poursuivre alors même que le DSIO indique « le dossier informatique pour les lots 1 à 9 est difficile à construire pour les candidats car ils ont à contacter plusieurs fournisseurs pour obtenir d'eux le coût des équipements et logiciels demandés ». A aucun moment la CAO ne s'interroge sur le fait qu'un tel écart puisse être l'indice d'une **rupture d'égalité dans la mise en concurrence**.

**Réponse de [REDACTED] :** (1941) (1942) (1943) (1947) (1948) et tableau 13 :

Le CCTP de ce marché que j'ai pu consulter ce jour me permet d'affirmer qu'il a été donné aux candidats toutes les précisions et coordonnées leur permettant d'entrer en contact avec les fournisseurs désignés pour donner les informations sur leurs propres matériels, logiciels ou licences spécifiques demandés par le CHIPS. Seule cette procédure mise en place par l'un de mes collaborateurs permet l'intégration de ces équipements à notre existant. Les lots concernés sont : 2,3,4,6 pour le site géographique de Saint Germain, 8 et 9 pour celui de Poissy. Ainsi il a été donné toute latitude aux candidats pour obtenir des informations, qui n'étaient pas en leur possession, pour répondre à notre offre. En conséquence il ne peut y avoir eu « rupture d'égalité dans la mise en concurrence »

**Observation de la mission :** La réponse n'est pas satisfaisante. L'établissement aurait du réagir après avoir constaté que si 27 sociétés retiraient le cahier des charges, une seule, de plus, le fournisseur historique de l'établissement répondait. **Observations maintenues.**

[1950] Un mail montre qu'au moins une société a décidé de ne pas concourir pour cette raison (pièce jointe). Il n'a pas entraîné de mesure correctrice.

**Réponse de [REDACTED] :** Il est à noter que le mail de la Sté SCC a été adressé à mon collaborateur [REDACTED] en charge de la description technique des cahiers des charges, le 7/3/2005 à 15H30 soit le dernier jour du dépôt des offres fixé à 16 H. La réponse donnée à cette Sté les invitant à me faire connaître les sociétés qui avaient refusé de communiquer les prix a été sans suite du fait du caractère tardif de la réception de cette demande. SCC n'était plus en mesure de constituer un dossier. Le fait qu'un seul fournisseur ait répondu ne constitue pas un motif d'abandon de la procédure, ce fournisseur aurait pu entamer des poursuites à l'encontre du CHI. Tous les candidats avaient la possibilité de me contacter en cas de difficulté qu'ils auraient pu rencontrer dans l'élaboration de leur offre, ceci dans un délai recevable.

**Observation de la mission :** Certes cela n'explique pas la totale absence de réaction de l'établissement face à des indices d'entente qui généralement n'ont pas pour objet de diminuer le coût des biens et prestations fournis. **Observation maintenue.**

**4. FICHE 2. MARCHE 116/2006 UNIVERSAL LEASING MATERIELS  
INFORMATIQUES LOGICIELS PRESTATIONS ET PRODUITS  
INFORMATIQUES**

**4.1. Description de la procédure**

[1951] Il s'agit d'un appel d'offres ouvert (AOO) dont le titulaire est la société Universal Leasing. C'est un marché à bon de commande d'une durée d'un an, renouvelable au maximum trois fois par reconduction expresse pour une période de un an, soit une durée maximale de quatre ans.

[1952] Il est sans engagement sur des montants maximum et minimum. Deux éléments sont apportés pour justifier ce choix : les besoins ne peuvent être définis car ils dépendent de la mise en œuvre des progiciels fonctionnels dans le cadre du schéma directeur, c'est l'intérêt financier de la personne publique, sans que la raison de cet intérêt soit spécifiée.

[1953] Le marché couvre à la fois des matériels informatiques (serveurs, postes de travail, imprimantes, périphériques et équipements de réseau), des progiciels bureautiques, des prestations de service et de formation. Le montant est estimé à 5,5 M€

Tableau 208 : Etapes de la procédure

Date	Etape
21/11/2005	Publication JOCE
22/11/2005	Publication BOAMP
13/1/2006	Date limite réception des offres
20/1/2006	Commission d'ouverture des plis
13/2/2006	Choix des candidats
6/3/2006	Réception rapport présentation DDASS

Source : Rapport de présentation non vérifié par la mission

[1954] 37 sociétés ont demandé le cahier des charges selon le rapport de présentation, quatre offres ont été présentées : LSA France, BULL (sous traitant THOR), Quadria, Universal Leasing.

[1955] Une étude des offres a été faite par la société ADS Conseil et il en est présenté une synthèse à la commission d'appel d'offres (CAO). Le compte rendu de la commission d'appel d'offres fait apparaître comme sous traitant d'UNIVERSAL LEASING la société SYSDIS, ce qui n'était pas mentionné dans le compte rendu de la commission d'ouverture des plis.

**4.2. Conception du marché**

[1956] Le marché n'est pas alloti alors qu'il comporte des produits et des prestations qui sont de nature très hétérogène. Un allotissement aurait été un réel facteur d'élargissement de la concurrence, notamment en permettant de bien séparer la fourniture des matériels des prestations qui constituent des métiers très différents.

**Réponse de [REDACTED] :** *Le marché n'est pas alloti volontairement car si les produits sont apparemment hétérogènes, ils constituent les composants d'un système complexe défini dans le CCTP (« système clé en main ») composé de matériels, de logiciels et de prestations d'ingénierie. Le CH souhaitait retenir un prestataire capable de répondre à la totalité de la demande.*

**Observation de la mission :** *La réponse confirme l'observation c'est bien ce choix que nous critiquons en estimant qu'un allotissement aurait permis une plus grande concurrence. Observation maintenue.*

Tableau 209 : Produits et prestations prévus au marché

Type de produits et de prestations	Nombre de produits et de prestations de ce type
Serveurs	6
Postes de travail	7
Imprimantes	7
Éléments actifs de réseau	Une liste
Prestations informatiques régies (info gérance)	Une liste de postes de travail
Prestations développements au forfait	Quatre projets

Source : Exploitation bordereaux de prix sous forme Excel remis par les sociétés

**Réponse de [REDACTED] :** *Tableau : Il n'a pas de fondement. En effet, il n'est signalé nulle part de quantités de produits, ce qui serait contraire à l'utilisation d'un marché à bons de commandes. Les quantités recensées concernent les types de configurations (dites complexes au sens du CCTP) présentées dans le bordereau de prix pour comparer la capacité des candidats à répondre à un besoin « type » sur le plan technique et financier. Ces quantités n'ont aucune signification si ce n'est de constater la richesse de la consultation par le nombre de cas techniques à étudier pour permettre aux candidats d'exprimer leur savoir faire sur plusieurs types de besoins.*

**Observation de la mission :** *La réponse témoigne d'une mauvaise compréhension du tableau qui se limite à recenser le nombre de produits et de prestations prévues dans le marché (et non leur quantité) pour donner une indication de son contenu. Observation maintenue.*

### 4.3. Critères de jugement et modalités de classement des sociétés

[1957] Les critères de jugement sont retracés au tableau ci-dessous. Ils sont nombreux et classiques.

[1958] Par contre aucun document n'a été fourni définissant de manière précise et traçable comment ils ont été évalués. Or compte tenu du caractère extrêmement hétérogène des produits et services acquis des notions comme la valeur technique de l'offre peuvent donner lieu à des marges de manœuvre particulièrement forte du « cotateur » si elles ne sont pas précisées.

**Réponse de [REDACTED] :** *Il semble que le rapport de choix ne vous a pas été communiqué or une critique est formulée en (1959).*

**Observation de la mission :** *La réponse témoigne d'une mauvaise compréhension de l'observation qui indique que les documents fournis dont le rapport de choix ne définissent pas de manière précise et traçable comment sont mis en œuvre ces critères de choix. Observation maintenue.*

[1959] Ces critères ne sont pas reliés à l'importance des matériels et prestations sur lesquels ils portent il n'est pas assuré que le poids financier des produits dans l'exécution du marché ait un lien avec le poids des critères qui les concernent. On peut s'étonner de la coexistence d'un critère de prix général, dont rien ne dit comment il sera calculé, et de deux critères de prix sur des configurations types qui sont plus précis.

Tableau 210 : Critères prévus et mode d'appréciation

Critère	Pondération
Valeur technique de l'offre	4
Qualité et précision	4
Organisation des prestations d'ingénierie	4
Organisation des prestations de mise en œuvre des fournitures et des services	4
Prix des fournitures et des services	2
Coût d'une prestation d'infogérance type	2
Coût d'une configuration matérielle type	2
Diversité des catalogues de produits et services	1

Source : Rapport de présentation

**Réponse de [REDACTED] :** Le critère sur le prix des fournitures permet de comparer les réponses sur le plan commercial (prix à configuration identique, taux de remise) mais aussi et surtout la correspondance entre le prix proposé et la configuration technique. Ainsi, certains candidats proposent d'abord des prix au mépris de la cohérence de la réponse technique vis-à-vis de la question posée. L'analyse de l'aspect financier de l'offre, même s'il n'engage ni le candidat (sauf le taux de remise par catégorie commerciale de produit), ni l'établissement (puisque le matériel commandé ultérieurement sera forcément différent du fait de la volatilité technique et financière du marché), est avantageusement complétée par la une simulation d'achat « le panier » qui permet de comparer à l'instant « t » les politiques commerciales et détecter les dérives de pratiques (ex : des serveurs peu chers et un poste de travail trop cher mais multiplié par plusieurs centaines selon le besoin probable du client sur la durée du marché identifiable avec l'état du parc)

**Observation de la mission :** Cette réponse générale ne répond pas à l'observation précise qui est maintenue. La mission s'étonne aussi du fait que le principe soit que le matériel soit forcément différent de celui qui sert à apprécier les offres.

[1960] Pour obtenir le classement des offres celles-ci sont classées sur chaque critère et leur classement est multiplié par le coefficient de pondération du critère, le mieux disant est celui dont le nombre de points est le plus faible.

[1961] Cette manière de procéder est illogique elle ne prend en compte qu'une appréciation comparative des offres et non leur qualité : par exemple le fait que l'offre classée en deux soit très proche ou au contraire très lointaine de celle classée en un n'est en rien pris en compte.

[1962] Elle a par contre pour avantage, si les critères sont qualitatifs, de permettre une grande marge de manœuvre au notateur : très mal classer une offre sur un critère, même si elle est peu différente des autres a un fort impact sur le classement global.

**Réponse de [REDACTED] :** La méthode de classement des offres a été définie et utilisée par ADS, elle nous a semblé cohérente. Le fait de très mal classer une réponse (le chiffre le plus haut) était utilisé pour pénaliser une réponse absente ou l'absence de réponse.

**Observation de la mission :** Il n'est pas plus répondu que précédemment sur les critiques faites à cette méthode qui ne permet pas d'évaluer l'ampleur des écarts entre les offres. L'argument présenté est inacceptable car une absence de réponse sur un critère de jugement des offres ne pourrait que provenir d'une offre non-conforme au cahier des charges. Observation maintenue.

#### 4.4. Analyse des offres

##### 4.4.1. L'analyse des offres fournies à la commission est sommaire et reprend un rapport allégé du consultant

**Réponse de [REDACTED] :** *Il est logique de présenter à la CAO un document de synthèse et non le rapport complet du consultant, en revanche si des questions précises sont posées en séance les réponses seront fournies à partir du document détaillé.*

**Observation de la mission :** *Certes mais cela n'exclut pas que le document de synthèse comporte des informations pertinentes d'une part, que la commission ait accès au rapport détaillé d'autre part.*

[1963] Le CHIPS a fait appel à une société de service pour l'aider à l'analyse des offres. Dans un premier temps il nous a été fourni un rapport, qui pour l'essentiel sera repris dans le document transmis à la commission.

**Réponse de [REDACTED] :** *Il ne s'agit pas d'une société de service mais d'un cabinet de conseil.*

**Observation de la mission :** *Le conseil est un service donc il s'agit bien d'une société de service.*

[1964] Ce rapport rappelle les aspects administratifs de la procédure et procède sur chacun des critères au classement des offres puis il pondère le classement par le poids du critère. La manière dont le prestataire est parvenu au classement n'est pas clairement définie. Ce rapport n'est pas celui comportant des chiffrages qui nous a été fourni dans un second temps.

**Réponse de [REDACTED] :** *Il s'agit probablement du rapport de synthèse fourni par ADS pour être opposable aux candidats qui auraient contesté ce choix, ce rapport ne contient pas les éléments confidentiels qui ne peuvent être communiqués aux concurrents.*

**Observation de la mission :** *La réponse confirme l'observation qui est maintenue. Par ailleurs il s'agit là de l'information de la commission qui se doit d'être complète.*

[1965] La seule lecture du compte rendu de la CAO montre le caractère extrêmement flou et qualitatif des analyses. Il laisse aussi paraître un traitement favorable du titulaire.

**Réponse de [REDACTED] :** *Le tableau présenté est la synthèse des analyses détaillées des offres auxquelles il convient de se référer pour apprécier la pertinence du choix présenté à la CAO.*

**Observation de la mission :** *Il n'est pas répondu sur le caractère flou de cette synthèse que nous avons apprécié en nous rapportant à cette analyse détaillée. Observation maintenue.*

[1966] La valeur technique de l'offre n'est pas appréciée sur les mêmes éléments pour UL et pour les autres candidats. Le mode de calcul du critère commun de la complétude de l'offre n'est pas précisé et les chiffres comparatifs ne sont pas donnés. UL bénéficie de l'utilisation d'autres critères (capacité d'engagement pour les prestations associées et recommandation pour les choix techniques) que les autres offres.

**Réponse de [REDACTED] :** *Les arguments invoqués par le cabinet ADS conseil dans son rapport de choix ne sont pas « d'autres critères » mais les éléments de l'offre extrait de la réponse à l'annexe n°1 à l'acte d'engagement et du mémoire technique du candidat et qui illustrent l'avantage de la réponse de UL sur le critère « valeur technique de l'offre »*

**Observation de la mission :** *Dans la mesure où on utilise d'autres « éléments » pour apprécier l'offre et non l'illustrer il s'agit bien d'utiliser d'autres critères. Observation maintenue.*

[1967] Le mode d'appréciation de la qualité et de la précision de l'offre n'est pas précisé dans les affirmations très qualitatives figurant dans le document.

**Réponse de [REDACTED] :** *Le mode d'appréciation de la qualité et de la précision de l'offre est fondé sur le savoir faire du consultant et non sur une formule de notation. 2 candidats se sont distingués sur ce critère, BULL et Universal Leasing. Les autres candidats présentaient une offre de mauvaise qualité.*

**Observation de la mission :** *La réponse confirme le caractère qualitatif des appréciations dont le « savoir faire » pourrait justement consister à objectiver l'analyse. Observation maintenue.*

[1968] S'agissant de l'organisation des prestations d'ingénierie on peut s'interroger sur le critère lui-même dans la mesure où il s'agit de proposer des prix journaliers par type de profil ou de missions. La manière précise dont est fait le classement n'est pas apparente.

**Réponse de [REDACTED] :** *Elle a été appréciée à partir des dossiers des candidats quand ils comportaient les éléments d'appréciation, ce qui était le cas pour BULL et pour SYSDIS, sous-traitant de UL. Il n'est pas aisé de quantifier « de manière précise » des éléments rédactionnels qui ne sont appréciés qu'au travers de l'expertise du consultant.*

**Observation de la mission :** *La réponse confirme l'absence de critère objectif et ne répond pas sur l'absence d'utilisation du critère du prix journalier. Observation maintenue.*

[1969] Pour l'organisation des prestations il en va de même ; ainsi le fait de classer UL ex æquo avec BULL sur l'organisation des prestations de mise en œuvre des fournitures et des services « en tenant compte de la qualité de la réponse aux bordereaux » n'est pas explicite.

**Réponse de [REDACTED] :** *« n'est pas explicite » si l'on se réfère au rapport de synthèse présenté à la CAO. Au chapitre 4.4.1 du rapport de l'analyse des offres ADS place les Sté UL et Bull ex aequo en argumentant ses choix à partir de l'analyse comparative des mémoires techniques illustrant l'offre des candidats et sur l'analyse des bordereaux requis. Seules les sociétés Quadria et UL ont rempli les bordereaux de prix pour permettre la comparaison, ce qui explique le caractère discriminant de la notation pour BULL et LSA.*

**Observation de la mission :** *Exact il s'agit bien d'analyser le rapport fourni à la commission qui n'est pas explicite. La réponse confirme l'observation qui est maintenue.*

[1970] L'appréciation portée sur les prix des fournitures n'est pas étayée par des chiffres.

**Réponse de [REDACTED] :** *Elle est appréciée de façon comparative entre les réponses des candidats et vis-à-vis de la politique de prix du marché au moment de la consultation et de la complétude des réponses.*

**Observation de la mission :** *Il n'est pas répondu sur l'absence de chiffres qui est l'objet de l'observation qui est maintenue.*

[1971] Les coûts d'une prestation d'infogérance type et d'une configuration matérielle type ne sont pas donnés.

**Réponse de [REDACTED] :** *S'il s'agit du rapport de synthèse les coûts ne doivent pas y figurer. Dans le rapport détaillé, les coûts figurent en annexe.*

**Observation de la mission :** *Nous pensons exactement l'inverse. Pourquoi la commission ne devrait elle pas connaître les coûts de prestations sur lesquelles on lui demande de donner un avis. Observation maintenue. L'établissement n'a pas montré que le rapport détaillé avait été communiqué à la CAO.*

[1972] L'appréciation de la diversité des catalogues et des produits décline une offre qui « *semble limité à des éléments constructeurs* » outre son imprécision (semble) montre que le marché est vu de manière extensive comme la capacité à commander tout produit de nature informatique.

**Réponse de [REDACTED] :** *Plus il y a d'offres de constructeurs différents au catalogue, moins il y a de risque et plus il est aisé de retenir la meilleure offre technique et financière au moment de la survenance du besoin.*

**Observation de la mission :** *La réponse confirme l'observation qui est maintenue. La mission rappelle que si l'objet est d'avoir accès à un catalogue et non d'acheter des produits et prestations précis il existe une centrale d'achat publique dont c'est le métier.*

4.4.1.1. Sur des critères vérifiables la cotation présentée à la commission est différente de celle qui découle des éléments présentés dans le rapport complet du consultant

[1973] Suite à des demandes d'explication sur les critères précis utilisés par le consultant il a été fourni un rapport plus complet. Ce rapport peut faire l'objet de critiques comparables en matière de précision. Toutefois il comporte des annexes chiffrées qui conduisent à remettre en cause les classements présentés à la CAO sur les critères vérifiables que sont le coût de prestations types. Nous n'avons pas vérifié les chiffres utilisés par le consultant, par rapport à ceux figurant dans les actes d'engagement, en considérant que la DSIO avait pu prendre sa décision sur les documents qui lui avaient été fournis sans forcément en vérifier l'exactitude.

**Réponse de [REDACTED] :** *Le rapport peut faire l'objet de critiques comparables mais ne l'a pas été par la CAO. Il semble qu'il n'y ait pas eu de lecture de ce document ce qui aurait évité des allusions fondées sur le document de synthèse présenté à la CAO qui avait vocation à être synthétique.*

**Observation de la mission :** *La mission a bien lu ce rapport qu'elle utilise infra et le critique de la même manière pour son manque de précision. Nous faisons état des annexes chiffrées que nous avons utilisées. Observation maintenue.*

[1974] Nous avons utilisé les données figurant dans le rapport du consultant concernant le coût d'un panier de matériels d'une part, de la migration Citrix de cent postes de travail, d'autre part.

[1975] Les données sont reprises aux tableaux ci-dessous. Nous avons comparé par rapport au moins disant et par rapport à l'offre classée numéro 2 par le CHIPS ([REDACTED]).

Tableau 211 : Cout comparé de configurations matérielles

	BULL	UL	LSA	Quadria	Ecart UL pr moins disant	Ecart pr
serveur bureautique	8300				39%	39%
serveur intranet	14900				7%	7%
serveur BD applications	16200				9%	9%
serveur sauvegarde centralisée	18500				64%	-17%
serveur terminaux légers	37400				282%	22%
imprimante secrétariat	210				157%	157%
poste élémentaire	630				22%	22%
Poste élémentaire client léger	470				19%	19%
écran 17"	210				10%	10%
livraison et mise en ordre de marche serveur	590				0%	-5%
garantie trois ans sur site	110				500%	500%
Total	97520				38%	12%

Source : Rapport ADS consultant total fait par l'IGAS

[1976] La CAO aurait sans doute été intéressée de savoir que les matériels de ce panier sont payés 38% plus cher que l'offre moins disante et 12% plus cher que l'offre classé en numéro 2. Elle aurait aussi été mieux informée si elle avait su que l'écart est encore plus important sur des produits très courants comme les postes standard et les imprimantes de secrétariat.

**Réponse de** : Les comparaisons du tableau 17 ne peuvent aboutir à une juste évaluation. En effet la comparaison par rapport au « moins disant » (qui n'est pas toujours le même selon les configurations) est inappropriée car elle compare des offres parfois incomplètes qui ne sont pas comparables sur le plan technique et donc sur les coûts. Le comparatif établi pour tenter d'apprécier les coûts a été effectué en prenant le « plus petit dénominateur commun » aux différentes offres (le matériel), notamment en ne comptabilisant pas les licences Office et/ou antivirus et autres serveurs de télécopies, comptabilisées par les uns et pas par les autres. Ensuite la qualité a été appréciée en fonction de la réponse technique apportée à la question posée et des manques, souvent importants constatés. Par exemple, le premier constat pour le serveur de bureautique présentait des offres entre 9000 (quadria) et 45000 € (Bull) dans ces conditions, il s'agissait de trouver le moyen d'identifier la meilleure offre au plan rapport qualité/complétude de la réponse et prix. La CAO aurait été mal informée si elle avait eu comme élément d'information seulement le prix et pas une vision globale de la réponse et, notamment les distorsions importantes entre les offres du point de vue des prix qui se justifient forcément par des distorsions importantes au niveau des configurations techniques. La CAO a été éclairée dans son choix grâce à la mise en évidence de distorsions importantes dans les pratiques technico commerciales des candidats qui fait que le moins disant n'est jamais le mieux disant. Enfin, en ce qui concerne les produits très courants, l'offre de BULL est techniquement sous dimensionnée avec, par exemple, un poste-client léger non « upgradable » sous linux et sans extension de garantie.

**Observation de la mission :** La réponse montre bien que la CAO n'a pas été informée car elle n'a pas eu les éléments de prix et e qualité en question et donc n'a pas été éclairée dans son choix. La réponse montre le décalage constant entre des critères de jugement des offres affichés et des analyses qui font appel à de toutes autres considérations. Il appartenait à la DSIO de définir des configurations comparables et de les comparer ensuite sur des critères objectifs ce qui n'est pas le cas.

Tableau 212 : Coût projet migration Citrix

	Panier projet migration citrix	Prix par poste	écart / moins disant	Ecart/ 
QUADRIA	110 032	1 100	0%	-42%
BULL	190 403	1 904	73%	0%
UL	231 306	2 313	110%	21%
LSA	248 050	2 480	125%	30%

Source : Rapport ADS consultant total fait par l'IGAS

[1977] Pour le passage à Citrix, qui a été effectif et important pendant l'exécution du marché, le surcoût de 110% par rapport au moins disant et de 30% par rapport à l'offre classée en deux.

**Réponse de ** : Les écarts de prix ne sont pas significatifs car ils ne concernent pas les mêmes solutions techniques. Le comparatif effectué, là encore par rapport au « moins disant » n'est pas recevable. Il convient de consulter les documents des offres techniques dans le détail. Ainsi, la solution QUADRIA pour le serveur Citrix ne contient pas les licences CITRIX pour un montant d'environ 20 000 €. Cette tactique consiste à reporter sur le poste client la charge de la licence mais, pour autant, elle n'est pas inscrite non plus au montant du poste client. Donc dans un panier d'achat, la réponse est faussée. L'expérience des consultants a permis de « déjouer » ces pièges pour une comparaison au mieux des intérêts de l'établissement. L'ensemble de ces comparaisons permet aussi d'illustrer la qualité potentielle des devis qui seront fournis dans le cadre de l'exécution du marché et le degré de confiance que l'on peut apporter à la capacité de conseil du titulaire lors des achats ultérieurs.

**Observation de la mission :** Les prix sont ceux fournis par les consultants dans les annexes à leur rapport d'analyse des offres dont nous avons pris pour hypothèse qu'ils reflétaient le contenu des offres analysés. Si en dépit de leur « expérience » une analyse postérieure montre que ces chiffres sont erronés l'établissement ne le savait pas au moment du choix puisqu'il n'a pas fait rectifier leur erreur à ses prestataires alors même qu'il prétend s'être fondé sur ce rapport détaillé. Encore une fois il appartenait à la DSIO de définir des prestations précises et de comparer sur cette base des offres en termes de qualité et de prix, ce qui n'a pas été fait.

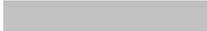
[1978] ~~Ces données donnent un classement bien différent des offres que celui présenté à la CAO.~~  qui est classé en premier dans le rapport à la CAO n'arrive que troisième dans les deux critères de coût visés au tableau ci-dessous.

Tableau 213 : Classement offres sur critère coût configuration matériel type

Rapport à la CAO	Coût panier matériels rapport ADS	Coût migration Citrix projet ADS

Source : IGAS

**Réponse de** [REDACTED] : *La mise en œuvre des critères est précisée dans le rapport de choix de ADS Conseil. Le classement fondé sur les tableaux 17 et 18 n'est pas recevable eu égard aux éléments sur lesquels ils sont fondés (voir plus haut). La colonne du tableau 19 ne reprend pas fidèlement le classement présenté à la CAO et donc comporte une erreur. Le rapport présenté à la CAO est conforme aux conclusions du consultant puisque ces informations (tableau comparatif des offres compris) sont extraites intégralement du dossier pour lequel ADS a été missionné.*

**Observation de la mission :** *Ces données sont extraites mais il en est fait une « synthèse » qui les trahit. L'erreur corrigée conduit à modifier l'observation comme suit. [REDACTED] qui est classée en premier dans le rapport de la CAO n'arrive que troisième dans les deux critères de coût visés au tableau ci-dessous.*

[1979] Au total, sur la base de critères dont la mise en œuvre n'est pas précisée ce qui les rend peu objectifs, et en effectuant des classements qui sont contraires aux données fournies par le consultant ayant fait l'analyse des offres la DSIO a traité de manière différente l'offre du titulaire historique de ce marché depuis 1998. L'information de la CAO n'a été ni sincère ni complète, notamment il ne lui a pas été indiqué les fortes différences de prix sur les produits les plus susceptibles d'être achetés. **La passation de ce marché doit être signalée à l'autorité judiciaire.**

## 5. FICHE 3. MARCHE 15/2008 MEDASYS INFORMATISATION DES LABORATOIRES

[1980] Les laboratoires disposaient antérieurement d'un logiciel de la société MEDASYS. Le marché a été passé sous la forme d'un appel d'offres ouvert, lot unique celui-ci étant composé d'une tranche ferme avec variantes et d'une tranche conditionnelle

Tableau 214 : Etapes du marché 15/2008

Date	Action
28/2/2008	Envoi de la publication au BOAMP et au JOCE
28/3/08	Visite des laboratoires (biosystem inlog siemens agfa mips France medasys)
21/04/2008	Date limite de réception des offres
29/04/2008	CAO ouverture des plis
16/5/2008	Audition des candidats
29/4/08	Demandes de précisions aux candidats la lettre est datée du 29/4 mais fait référence à l'audition du 16 mai dernier
1/7/2008	CAO choix des offres
7/7/2008	Notification aux sociétés
8/9/08	Signature du marché par le Directeur du CHIPS

Source : IGAS

[1981] 14 sociétés ont demandé un dossier 4 ont répondu à l'offre BIOSYSTEM, MEDASYS, SIEMENS, AGFA.

[1982] Le RC précise la manière dont sera appréciée la valeur fonctionnelle et technique sans fixer une grille de dépouillement. Il indique l'ordre de priorité des critères et leur pondération mais pas le mode de calcul. En pratique les offres seront jugées selon la manière habituelle du CHIPS classement sur chaque critère, application du critère de pondération et classement global l'offre la mieux disante étant celle où le nombre de points est le moindre.

Tableau 215 : Critères de jugement des offres

	Critère	Pondération
1	Valeur fonctionnelle de l'offre progicielle	15
2	Organisation proposée pour la mise en œuvre et le suivi	15
3	Capacité du progiciel à inter opérer (..)	15
4	Valeur financière de l'offre (..)	15
5	Qualité contenu des prestations proposées dans le cadre de la maintenance	10
6	Qualité et précision fonctionnelle et technique de la description de la proposition	10
7	Cohérence par rapport aux standards du marché informatique	10
8	Capacité à opérer la récupération des données des systèmes actuels	5
9	Diversité des produits connexes	5

Source : Rapport de présentation

[1983] Il nous a été fourni un rapport de dépouillement des offres complet et comprenant des éléments techniques et financiers clairs

- [1984] La solution SIEMENS n'a pas été retenue pour des raisons administratives. La DSIO n'a pas pu fournir les documents de travail de l'époque expliquant les raisons de cette différence au-delà de ce qui figure dans le compte rendu. *« Bien que l'offre fonctionnelle de la société SIEMENS a retenue (sic) l'attention du groupe de travail, il apparaît après analyse que la proposition de la société SIEMENS n'est pas conforme au regard du Code des marchés publics. En effet la réponse de l'offre de base de SIEMENS ne couvre pas le périmètre décrit au cahier des charges, un ensemble de modules a été indiqué sous forme d'options alors que ces fonctionnalités faisaient partie intégrante du besoin exprimé dans le CCTP. »*
- [1985] Il nous a été fourni un pointage comparatif des bordereaux de prix convaincant sur ce point.
- [1986] La mise en œuvre de ce marché s'est avérée très difficile et à la date des investigations, le logiciel n'était pas en production.

## 6. FICHE 4. MARCHES AVEC LA SOCIETE ADS CONSEIL

### 6.1. Analyse de l'activité (9072/2005)

[1987] Le marché est un marché à procédure adaptée.

[1988] Le cahier des charges a été demandé par huit sociétés, sept l'ont obtenu (la huitième ne l'a pas obtenu réponse adresse erronée pas nom de la société). Trois ont fait une offre.

[1989] La publication prévoit comme critère d'attribution « offre économiquement la plus avantageuses appréciée en fonction des critères suivants : prix de la prestation (45%), conformité au CCTP et précision de l'offre (30%), référence de la société dans le domaine de l'audit de SIH (25%) ». On notera que la conformité au CCTP n'est pas un critère d'attribution car une offre non-conforme ne peut être attribuée.

**Réponse de** [REDACTED] : *Une offre non-conforme, à mon sens, l'est du point de vue des pièces administratives ou du non respect de la forme de réponse demandée. La conformité du CCTP est à prendre au sens de l'adéquation entre le contenu du cahier des charges et la réponse associée au qualificatif de précision de l'offre.*

**Observation de la mission :** *Cette réponse témoigne d'une grande méconnaissance. La conformité au CCTP n'est pas une notion qui a plusieurs sens. Une offre non-conforme ne peut être retenue donc la conformité au CCTP ne peut être un critère d'attribution. Observation maintenue.*

[1990] Il ne nous a pas été fourni de véritable analyse des offres appliquant les critères énoncés dans l'avis de publication mais trois tableaux comparatifs des offres sans aucune cotation et application des coefficients de pondération. Apparaissent des appréciations qui ne sont pas dans les critères du jugement comme la date de fin de mission. Le choix de la société n'est pas étayé et très discrétionnaire, il n'est pas aberrant car c'est la moins chère des deux offres qualitativement les mieux appréciées.

**Réponse de** [REDACTED] : *L'appréciation de l'établissement a été faite sur l'adéquation (et non la conformité) de la méthode de travail proposée et des livrables vis-à-vis du CCTP. C'est ce qui est sous entendu par l'énoncé du critère. La durée de la mission était associée à l'urgence de la situation : « la perte de sommes importantes au niveau de l'activité soumise à la T2A » ; la capacité de la société à répondre dans les meilleurs délais était un élément important d'appréciation de la méthode proposée.*

**Observation de la mission :** *La réponse confirme l'observation qui est maintenue. Vu pour les éléments sur la durée de la mission.*

### 6.2. Elaboration schéma directeur (numéro marché non fourni)

[1991] Le marché est sur procédure adaptée. La procédure a été menée rapidement : date envoi publication 8/2/05, date limite remise des offres 7 mars 2005, 5/4/2005 lettre information des sociétés.

**Réponse de** [REDACTED] : *Un mois pour répondre et un mois pour choisir, sont à mon avis des délais tout à fait acceptables.*

**Observation de la mission :** *Il n'est pas fait d'observation sur les délais la réponse est donc sans objet.*

[1992] Le DCE prévoit un classement par ordre décroissant conformément à l'article 53 CMP selon les critères et la pondération ci-dessous.

Tableau 216 : Critères de jugement et classement des offres

Critère	Poids
Compréhension de la demande et du contexte	30%
Qualité de la méthodologie	20%
Qualité des intervenants proposés et références	20%
Budget de la prestation	20%
Respect des délais	10%

Source : DCE

[1993] Un groupe de travail semble avoir été réuni mais il n'y a pas trace de ses travaux dans le dossier. L'analyse des offres est conforme aux critères de jugement du RC dans le dossier. La note finale du titulaire est erronée 17 au lieu de 17,5. Si on compare avec les deux sociétés classées immédiatement après il est gênant que la différence sur la compréhension de la demande soit explicitement justifiée comme suit « *Très bonne. Connaissances des problèmes de l'établissement du fait que cette société réalise l'audit de l'activité et donne toute satisfaction* ».

**Réponse de [REDACTED] :** *Il n'est pas interdit à une société de postuler à une consultation, même si elle a déjà travaillé dans l'établissement et même si cette mission est encore en cours. Il n'y a pas d'article dans le CMP qui interdise cette situation à ma connaissance. Il est clair que cette situation peut représenter un avantage pour l'établissement et se traduit par une offre moins élevée en termes de charge de travail pour l'analyse de l'existant. Néanmoins, cette situation de fait n'a pas été un critère de choix et ne peut constituer un critère d'exclusion.*

**Observation de la mission :** *La mission est parfaitement au courant de cela mais le CMP nécessite une concurrence égale ce qui suppose un même niveau d'information et interdit de prendre en compte la prestation antérieure dans l'appréciation de l'offre faite sur la prestation nouvelle. Observation maintenue.'*

Tableau 217 : Comparaison offre titulaire et offres classées en 2 et 3

	Références	Compréhension demande	Qualité méthodologie & prestations	Qualité intervenants proposés	Budget	Respect Délai	Note	nb jours	Budget
ADS Conseil	3	4	3	3	2,5	2	17,5	53	64 943
IOT								47	59 963
Cap Gemini								79	107 229

Source : IGAS

[1994] Le dossier ne fait pas apparaître de négociations alors qu'il s'agit d'une procédure adaptée article 28 du CMP. Il aurait sans doute été souhaitable et possible de négocier avec le numéro 2 pour voir s'il pouvait baisser son prix.

**Réponse de [REDACTED] :** *La différence n'était pas réellement significative pour que ce critère emporte la différence entre les deux cabinets. Un prix revu par IOT n'aurait certainement pas été signifiant au point de reconsidérer l'ensemble des critères. IOT comme ADS Conseil pratiquant des prix de marché courants et comparables.*

**Observation de la mission :** *Il paraît pour le moins léger de préjuger du résultat d'une négociation qui n'a pas eu lieu. Observation maintenue.*

### 6.3. Accompagnement mise en œuvre schéma directeur (numéro de marché non fourni)

[1995] Le dossier consulté est mal rangé (mélangeant notamment la passation et l'exécution du marché) et incomplet.

[1996] Le DCE comporte à la fois un accompagnement sur le projet de gestion du temps partagé d'une part, sur des tarifs journaliers de consultants d'autre part pour des prestations qui seront définies pendant le marché.

**Réponse de [REDACTED] :** *Le CCTP ne comporte pas explicitement de demande d'accompagnement sur le projet de gestion du temps mais demande un document de méthodologie sur la conduite de missions de ce type. C'est l'acte d'engagement qui demande, à titre d'exemple, une offre illustrant financièrement le document de méthodologie sur la gestion du temps travaillé et contribuant à la comparaison des méthodes de travail*

**Observation de la mission :** *L'acte d'engagement fait partie du DCE la réponse est donc sans objet.*

[1997] Les délais sont très brefs : on n'a pas la date de publication dans le dossier si ce n'est un projet de demande d'insertion daté du 1/11/05 et une note manuscrite sur le dossier mentionnant « envoyé le 8/11/05, Date limite remise offre le 28/11/2005 ». Une lettre du 13/12/2005 prévient les sociétés si leur offre est retenue ou non.

**Réponse de [REDACTED] :** *Ce genre de délai, trois semaine est souvent constaté et correspond à ce qui est recommandé sans être obligatoire, par le CMP.*

**Observation de la mission :** *Le CMP ne recommande pas de durée et celle qu'il prévoit sont des minima. Il est exact qu'on constate souvent des délais trop brefs cela ne justifie rien. Observation maintenue.*

[1998] Le DCE ne permet pas à un consultant qui ne connaît pas le CHIPS de faire une proposition sur le projet de gestion du temps. Il ne figure pas au dossier de trace de démarches mettant les sociétés qui souhaitent répondre dans une situation de plus grande égalité : pas de réception des sociétés pour leur expliquer par exemple.

**Réponse de [REDACTED] :** *Le DCE ne comporte pas explicitement de question concernant la gestion du temps travaillé. La consultation consiste à examiner la réponse des candidats sur la base d'un document de méthodologie afin d'apprécier leur savoir faire sans préciser de sujet en particulier. L'acte d'engagement formalise pour la comparaison le budget pour un thème donné de consultation.*

**Observation de la mission :** *Le DCE comprend une demande de proposition sur le temps travaillé pour laquelle trois sociétés sur quatre ont fait une offre, ce qui montre que la mission n'est pas la seule à comprendre ce document explicite ainsi. Observation maintenue.*

[1999] Le tableau ci-dessous montre que les offres sont hétérogènes.

**Réponse de [ ] :** *Les offres ne sont pas hétérogènes. Elles soulignent la capacité des cabinets à s'engager ou non sur la méthodologie de travail et sur la compréhension du principe de la consultation et de l'objectif : la mise au point d'un marché à commande. L'aspect financier ne suffit largement pas, la lecture des offres préciserait cette apparente hétérogénéité.*

**Observation de la mission :** *Dès lors que les prix sont très différents pour le même projet ces offres sont hétérogènes. Observation maintenue.*

Tableau 218 : Offres accompagnement mise en œuvre du schéma directeur

	CGSI	Eurogroup	Wellington finance	Audicée Conseil	ADS Conseil
Projet gestion du temps					
Journée amoa en cabinet					
Journée AMOA sur site					

Source : Source actes d'engagement

[2000] Le dossier montre des demandes de précision et une négociation avec AUDICEE et ADS. La première estime le projet gestion du temps à 72000 € La proposition ADS date du 24 novembre, ~~soit après date limite remise offre~~, « meilleure offre » le contenu de l'offre montre bien qu'il s'agit uniquement d'éclairer un peu le choix et de préparer la consultation mais pas de conduire le projet informatique.

**Réponse de [ ] :** *AUDICEE ne répond pas (tableau 22). Comment peut-elle estimer la réponse à 72000 € ? La proposition ADS date du 24 novembre et la date limite de réponse figurant au règlement de la consultation est le 28 novembre. La réponse montre effectivement qu'il s'agit d'éclairer le choix sur la méthodologie pour la conduite de la consultation. La conduite du projet informatique vient après le choix et est fonction de la réponse du maître d'œuvre donc ne peut être évaluée quantitativement ou qualitativement*

**Observation de la mission :** *Exact pour la date limite observation corrigée. Comme l'indique l'observation qui n'a pas été bien lue AUDICEE donne un chiffre dans la phase de négociation. La dernière phrase confirme l'observation qui est maintenue après correction.*

[2001] Or le CCTP prévoit bien des prestations plus larges : article 3 CCTP « l'objectif de cette consultation consiste donc à retenir un soumissionnaire qui présentera les meilleures conditions pour la mise en œuvre des projets inscrits au schéma directeur (...) le candidat présentera la méthode de travail permettant d'assurer l'assistance au maître d'ouvrage lors de la réalisation des principaux projets du schéma directeur et la conduite du changement ». Le champ d'application de prestations prévues dans le même article comporte 3 items « la mise au point des dossiers de consultation », le « suivi de la mise en œuvre des projets » la « conduite du changement ».

**Réponse de [ ] :** *La réponse des candidats devait comporter une description de la méthodologie d'assistance en général et incluant l'ensemble des phases dont la conduire des projets. En ce sens, la réponse ADS est satisfaisante.*

**Observation de la mission :** *La réponse confirme le caractère plus large du CCTP et n'indiqua pas pourquoi la réponse plus restreint d'ADS est satisfaisante.*

[2002] Les critères de choix prévus dans l'appel public à la concurrence sont la valeur technique de la méthode présentée (30%), le calendrier de réalisation par phase (30%), la capacité du prestataire à fournir le service (20%), le prix de la prestation (20%). Ces critères ne sont pas tous adaptés à la procédure, notamment le DCE ne définit pas de phases dont on pourrait apprécier le calendrier de réalisation.

**Réponse de [REDACTED] :** *Le DCE ne définit pas de phases dont on pourrait apprécier le calendrier de réalisation car c'est un des éléments de la description de la méthodologie employée et qui permet d'apprécier le pragmatisme de la méthode de travail et, donc le temps pour conduire un projet.*

**Observation de la mission :** *Comment comparer les offres dans ces conditions puisque chacun pourrait définir son propre phasage. Observation maintenue.*

[2003] Il ne figure pas d'analyse des offres au dossier. En dépit de notre demande expresse le CHIPS n'a pas été en mesure de la retrouver ce qui ne plaide pas en sa faveur. Le cumul des délais très brefs et du manque de clarté sur le contenu des prestations sont un indice du souhait de continuer à faire appel aux services d'ADS Conseil et d'un traitement inégalitaire des candidats.

**Réponse de [REDACTED] :** *Les documents d'analyse étaient présents dans le dossier à l'époque de ma gestion. Le cumul des délais est normal. Le contenu des prestations est tout à fait compréhensible pour des professionnels maîtrisant l'AMOA; d'ailleurs aucun candidat n'a formulé de question au CHIPS durant la phase de consultation*

**Observation de la mission :** *La réponse n'apporte pas d'éléments conduisant à modifier l'observation qui est maintenue.*

## 7. FICHE N°5. MARCHÉ 217 ET 218/ 2007 CIRCUIT DU MÉDICAMENT STÉRILISATION

[2004] Le CHIPS a lancé en 2006 une consultation destinée à informatiser le circuit du médicament et l'activité de stérilisation. La procédure choisie est un appel d'offres ouvert. Le marché est composé de trois lots : circuit du médicament, préparations hospitalières, stérilisation.

[2005] Les lots ont été attribués comme suit après que le lot 3 déclaré infructueux en raison du coût trop important de l'offre la mieux classée a fait l'objet d'un marché négocié. Pour des raisons de temps nous avons audité uniquement l'attribution de ce lot.

Tableau 219 : Offres candidats et société retenues

Lot	AOO			MN après AOO infructueux		
	Offres	Classement	Retenu	Offre	Classement	Retenu
1- circuit du médicament	ACCOSS					
	AGFA					
	Mc KESSON		Mc KESSON			
2- Préparations hospitalières	ACCOSS					
	AXYOME					
	Mc KESSON		Mc KESSON			
3- Stérilisation	Mc KESSON			Mc KESSON		Mc KESSON
	AMCOR			AMCOR		
	OPTIM			OPTIM		

Source :

[2006] L'examen de l'analyse des offres entre la phase d'appel d'offres et le choix suite à la négociation a suscité de notre part des questions :

- Il y a des erreurs car certains chiffres ne peuvent être la multiplication du rang de l'offre par le coefficient ;
- Les trois offres sont classées sur le même niveau de prix alors que les prix sont différents ;
- On constate des modifications significatives de classement sur les offres :
  - Inversement complet des classements pour l'organisation de la mise en œuvre McKesson passe de ■■■■ tandis que les deux autres passent de ■■■■
  - Inversion du classement sur la maintenance entre McKesson et Optim
  - Dégradation du classement de McKesson et Optim sur l'interopérabilité, amélioration de AMCOR.

[2007] Il nous a été fourni un tableau corrigé qui prend en compte les erreurs de calcul et classe les offres sur le critère du prix. Il nous a été répondu sur les modifications de classement

[2008] Sur l'organisation de la mise en œuvre la réponse est lapidaire et peu précise « au vu des contacts avec les soumissionnaires et les sites utilisateurs le classement a été modifié »

[2009] Sur l'inversion du critère de la maintenance il nous a été répondu « McKesson apporte de meilleures garanties de maintenance avec le nouveau sous-traitant (le premier sous traitant proposé (sic) un produit en cours de développement installé sur un seul site) au vu du nombre de références et de retours des utilisateurs contactés » « Optim est déclassé suite aux retours obtenus des sites utilisateurs ainsi qu'au discours du commercial rencontré ».

[2010] Sur l'interopérabilité la modification du classement n'est pas clairement justifiée, en effet le déclassement de McKesson est justifié par les caractéristiques du nouveau logiciel et la troisième place d'OPTIM par le fait qu'il ne propose que l'interface patient ; il n'est pas expliqué en quoi ce serait nouveau par rapport la réponse à l'appel d'offres où OPTIM avait été classé premier ex æquo sur ce critère.

Tableau 220 : Comparaison classement des offres

			AOO			MN		
			AMCOR	MC KESSON	OPTIM	AMCOR	MC KESSON	OPTIM
1	valeur fonctionnelle de l'offre progicielle	17						
2	organisation proposée pour la mise en œuvre	17						
3	qualité contenu des prestations proposées dans le cadre de la maintenance	17						
4	capacité du progiciel à interopérer	17						
5	valeur financière	8						
6	qualité et précision fonctionnelle et technique de la proposition	8						
7	cohérence par rapport aux standards marché informatique	8						
8	capacité à opérer la récupération des données	4						
9	diversité des produits connexes	4						
	Nombre de points							

Source : CAO et Analyse MN corrigée des erreurs soulevées par l'IGAS. Le nombre de points

[2011] Ces observations montrent le manque de professionnalisme à la fois de l'analyse des offres et l'absence de contrôle interne

[2012] Elles montrent aussi la fragilité de la méthode de cotation du CHIPS il y a 18 points d'écarts entre l'appréciation de l'offre AMCOR et celle de Mc KESSON ; 34 points sont dus à passage de 17 à 51 pour la cotation de l'offre AMCOR sur le critère « organisation proposée pour la mise en œuvre » entre les deux appréciations sans justification autre que « au vu des contacts avec les soumissionnaires et les sites utilisateurs le classement a été modifié »

[2013] Cette absence de motivation du choix nous paraît constituer l'indice d'un traitement inégalitaire des candidats.

[2014] On notera par ailleurs que la société McKesson intervient dans ces procédures pour proposer des produits d'autres sociétés ; elle en change si nécessaire comme le montre la procédure négociée sur le lot 3.

[2015] Dans cette procédure comme dans d'autres les liens avec Crossway sont au centre des discussions, y compris s'il s'agit de pouvoir éviter une trop grande dépendance à son égard. On citera ainsi le compte rendu de la commission d'appel d'offres du 6/11/06 « La mise en œuvre des modules de prescriptions et plan d'administration du médicament dans Crossway est en parfait accord avec le choix stratégique de poursuivre le déploiement du dossier Crossway dans notre hôpital. De plus ces fonctions peuvent rester au choix selon un paramétrage spécifique dans le logiciel médical ou rester dans l'application circuit du médicament et ensuite être interfacé avec la gestion de l'administration ».

**8. FICHE 6 MARCHE 209/2007 GFI PROGICIEL GESTION DU TEMPS TRAVAILLE**

[2016] A la suite d'un appel d'offres déclaré infructueux il est fait un marché négocié. La procédure n'appelle pas d'observations.

[2017] Le marché a été résilié le 5/11/2009 pour des raisons exposées dans l'annexe relative au système d'information.

## 9. FICHE 7. MARCHÉ 390/2007 MCKESSON GESTION ADMINISTRATIVE DES MALADES

- [2018] Le CHIPS a fait en 2007 le choix a priori d'avoir un fournisseur unique la société MCKESSON à la fois pour la gestion administrative des malades et pour le logiciel de gestion des patients en retenant le fournisseur du logiciel de gestion des malades CROSSWAY.
- [2019] Le rapport de présentation explique clairement ce choix d'un marché négocié sans mise en concurrence préalable en application de l'article 35-II-8 permettant de passer sans publicité et mise en concurrence « 8 Les marchés et les accords-cadres qui ne peuvent être confiés qu'à un opérateur économique déterminé pour des raisons techniques, artistiques ou tenant à la protection de droits d'exclusivité ».
- [2020] Les raisons artistiques ne s'appliquent pas ici. Il en est de même des droits d'exclusivité : tout éditeur a un droit d'exclusivité sur son logiciel cela ne supprime pas l'obligation de mettre ce logiciel en concurrence avec les produits comparables des éditeurs concurrents.
- [2021] Il n'est pas donné de **raisons techniques** car les affirmations faites ne sont documentées sur aucune étude ou analyse montrant que seul McKESSON pouvait répondre pour des raisons techniques. Notamment l'appréciation portée sur le logiciel ORBIS de la société Agfa n'est pas étayé elle confirme par contre qu'il aurait été possible de confronter au minimum le couple Hexagone/Orbis et le couple Gam/Crossway lors d'une mise en concurrence.

**Réponse de [REDACTED] :** *Je suis en désaccord avec votre analyse, l'article 35.2. 8 pouvait s'appliquer et le rapport présenté à la commission d'appels d'offres l'expliquait : Devant les graves dysfonctionnements des passerelles des logiciels Agfa et McKesson et la difficile gestion des fichiers structures émanant de 2 éditeurs différents, le CHIPS a décidé de mettre en place une stratégie mono-éditeur. Il faut préciser que la configuration Agfa – Mc Kesson entraînait une perte conséquente des actes et avait donc une incidence directe sur la facturation et la trésorerie du CHIPS. Il était urgent de trouver une solution rationnelle et logique. Du fait de la volonté du DIM de conserver le logiciel Crossway de McKesson qui donnait entière satisfaction dans la gestion de ses besoins (PMSI, gestion des rendez-vous, recueil des actes, projet de traitement des mouvements, lancement du dossier patient dans des services expérimentaux). Il allait de soi que la gestion du dossier administratif du patient complémentaire à la gestion du dossier médical ne pouvait être assurée pour des raisons techniques que par la société McKesson. Par ailleurs, une reprise des données historiques de Crossway aurait posé problème dans le cas d'un changement de logiciel. Pour cette raison le CHIPS a considéré que l'article 35.2.8 pouvait s'appliquer. Cette stratégie a été décidée au cours d'une réunion de direction présidée par le directeur par intérim Mr Toullalan, en présence du DIM le docteur Patte ; elle revêtait un caractère d'urgence et était prioritaire à tous les projets du schéma directeur. Elle a été présentée au comité de pilotage informatique et plus tard au conseil exécutif.(voir pièce jointe n°1). L'objectif prioritaire de cette opération était l'amélioration du recueil des actes et de la facturation qui, comme indiqué plus haut, entraînait un important préjudice financier pour le CHIPS utilisant une stratégie multi-éditeurs. Il faut préciser qu'au préalable, afin de vérifier la fiabilité de ce système des visites ont été organisées sur les sites du CHU de CAEN et du CH de Meaux qui utilisaient la filière McKesson du dossier patient médical et administratif. Ont assistés à ces visites, les directions des affaires financières, de la clientèle, de l'informatique, de représentants de la DRH et du DIM, le docteur Patte. Un compte-rendu a été présenté au cours d'un comité de pilotage dont je n'ai pas souvenir de la date. A l'époque 22 sites utilisaient cette filière McKesson; un seul site utilisait la filière Agfa qui présentait des difficultés de fonctionnement (ce site a été mentionné dans le compte-rendu).Il est à noter que ce marché a été fortement négocié par le CHIPS auprès de McKesson. De mémoire nous avons pu faire baisser la proposition initiale de 2 M€ : gratuité du logiciel administratif et baisse des coûts d'installation et de formation.*

**Observation de la mission :** *La réponse confirme que l'établissement ne souhaitait pas remettre en cause Crossway et qu'il a décidé de ne pas mettre en concurrence la société MvKesson de ce fait. La mission maintient son analyse et ses observations.*

[2022] A posteriori le fait que le CHIPS utilise aujourd'hui Crossway avec un troisième produit de gestion administrative des malades confirme l'ouverture des choix techniquement possibles.

**Réponse de [REDACTED] :** *Cette observation ne peut s'appliquer au contexte de l'époque ; il n'était pas alors envisageable de prendre les risques du lancement d'une nouvelle stratégie multi-éditeurs qui présentait des dysfonctionnements majeurs dans la gestion financière du CHIPS. Votre remarque est aujourd'hui fondée sur un recul que nous ne pouvions avoir à l'époque. Il est à noter que la décision de la nouvelle direction d'utiliser Crossway avec un autre produit a entraîné l'abandon de la solution mono-éditeur Mc Kesson avant que ce système soit entièrement opérationnel.*

**Observation de la mission :** *Comme l'indique l'observation qui est maintenue elle est faite a posteriori. Toujours a posteriori on peut noter que la stratégie monoéditeur irrégulière s'est aussi révélée inefficace.*

[2023] Le CHIPS était parfaitement informé de l'irrégularité de cette procédure par son conseil la société ADS comme le montre le 0compte rendu de réunion repris dans l'annexe système d'information. **Ce marché est à signaler à l'autorité judiciaire.**

**Réponse de [REDACTED] :** *Il semble que la Sté ADS dans sa remarque d'irrégularité de cette procédure n'était pas alors en possession de toutes les données de la situation expliquée plus haut.*

**Observation de la mission :** *Au contraire la société ADS avait elle bien lue le code des marchés publics. Observation maintenue.*

## 10. FICHE 8. MARCHE SYSDIS ASSISTANCE MAITRISE D'ŒUVRE POUR L'INFRASTRUCTURE TECHNIQUE DU SYSTEME D'INFORMATION

[2024] La société SYSDIS est intervenue comme sous traitant de la société UNIVERSAL LEASING dans le cadre du marché 116/2006. Sa prestation a consisté en des jours de techniciens pour assister l'équipe du CHIPS dans le déploiement des postes, et en des jours d'assistance technique d'ingénieurs.

Tableau 221 : Prestations société SYSDIS dans le cadre du marché UNIVERSAL LEASING 116/2006

	2006	2007	2008	2009	Total
Jours techniciens		134	149	80	363
Montant		50 002	55 600	29 852	135 454
Jours ingénieurs	138	258	61	7	326
Montant	115 863	217 402	51 361	5 894	274 656
Total	115 863	267 404	106 961	35 746	410 111

Source : CHIPS DSIO

[2025] L'arrêt du recours à UNIVERSAL LEASING et à ces « achats groupés de matériel et de prestations » oblige la DSIO à faire une mise en concurrence si elle veut conserver ce type de prestations.

[2026] Les prestations définies dans le cahier des charges sont très larges et couvrent à peu près toutes les prestations exploitation et système assurées par la DSIO.

[2027] Les critères sont définis et pondérés. Il est fourni un rapport de dépouillement formalisé auquel manque l'analyse chiffrée de la réponse au descriptif d'une mission type d'assistance technique joint à l'annexe à l'acte d'engagement.

[2028] Comme pour de nombreux marchés on constate une très forte différence entre le nombre de dossiers demandés (27) et le nombre d'offres (2). La première offre est celle du titulaire historique de cette prestation. La deuxième offre est visiblement de très faible qualité. Si on ne peut critiquer la régularité de la procédure il est clair qu'en terme de politique d'achat la DSIO a un effort à faire pour montrer que la concurrence est réelle et obtenir des offres plus nombreuses et de plus grande qualité. A cet égard on rappellera que les obligations de transparence posées par le CMP sont des minima et que l'on peut faire plus.



07/03/2005 15:30

Pour :  
cc :  
Objet : AO

Bonjour ,

J'ai tenté de te joindre au tel, sans succès !!

SCC n'a pas souhaité se positionner sur cet AO car certains acteurs n'ont pas acceptés de nous faire parvenir leur prix, cette situation ne nous a pas permis de concourir dans des conditions normales et nous a conduit à ne pas répondre à cette consultation.

En espérant que cette consultation aboutira malgré tout.

A+

[IMAGE]

---

*Ingénieur Commercial*

*Agence Para-Public*

Ligne directe : +33

Mobile : +33

N° de fax : +33

[www.scc.com](http://www.scc.com)

---

Ce message contient des informations dont le contenu est susceptible d'être confidentiel.  
Il est destiné au(x) destinataire(s) indiqué(s) exclusivement.

A moins que vous ne fassiez partie de la liste des destinataires, ou que vous soyez habilité à recevoir le mail à leur place, il vous est interdit de le copier, de l'utiliser ou de dévoiler son contenu à un tiers.



07/03/2005 16:00

Pour :  
cc :  
Objet : Réf : AO [ ]

Lionel,

J'ai bien reçu ton email et je t'en remercie.

est très étonné de ta réponse et souhaiterait connaître les sociétés qui n'ont pas voulu te faire parvenir leurs prix.

Je suis en congé a/c de ce soir jusqu'au 29/3. Merci de bien vouloir répondre à :

Sentiments cordiaux



## Annexe 11.5 : Marchés médicament et dispositifs médicaux - marchés passés par la pharmacie

### 1. UN NOMBRE DE MARCHES MAL CONNU

[2029] Les marchés de la pharmacie sont symptomatiques du manque de comptabilisation du nombre de marchés dans l'établissement. On peut comptabiliser en effet le nombre de

- Procédures de marché : c'est-à-dire par exemple le lancement d'un appel d'offres pour tel ou tel produit ou services ;
- Lots : on a alors une indication de la complexité de la procédure car un lot fait référence à une prestation identifiée et doit donc
- Marchés au sens des contrats passés avec un attributaire dans le cadre de la procédure sachant qu'une même société peut se voir attribuer plusieurs lots et qu'il est le plus souvent conclu un marché pour l'ensemble des lots dont elle est l'attributaire.

[2030] Nous avons pu disposer du nombre de procédures.

Tableau 222 : Pharmacie : Nombre de procédures gérées par le CHIPS

	2005	2006	2007	2008	2009
<b>AO</b>	7	7	5	3	3
<b>MN</b>		1			
<b>MNSC</b>	2	27	4		
<b>MAPA</b>		1	1		2
<b>Total</b>	9	36	10	3	5

Source : *Exploitation tableaux CHIPS*

[2031] Nous pouvons approcher le nombre de lots car on a les données pour les appels d'offres.

Tableau 223 : Pharmacie : Nombre de lots

	2005	2006	2007	2008	2009
<b>AO</b>	772	505	279	226	50
<b>MN</b>	2	2			
<b>MNSC</b>		32	9		
<b>MAPA</b>		1	1		23
<b>Total</b>	774	540	289	226	73

Source : *Exploitation tableaux CHIPS*

[2032] On ne connaît le nombre des marchés que pour ceux passés sur une procédure d'appel d'offres, avec un champ sans doute fluctuant selon les modalités de prise en compte des marchés subséquents aux accords cadres du RESAH.

Tableau 224 : Nombre de marchés passés suite à une procédure d'appel d'offres

2006	2007	2008	2009
154	211	348	338

Source : Exploitation IGAS données CHIPS

## 2. DES DEPASSEMENTS DU MONTANT DES MARCHES PASSES SUR APPEL D'OFFRES REGULIERS SUR LA PERIODE 2006-2008

[2033] Nous avons disposé de deux tableaux Excel fourni par le service biomédical, comportant aussi les données sur les marchés de la pharmacie dont il assure la partie administrative : un pour les appels d'offres et l'autre pour les MAPA.

[2034] Ces fichiers comportent outre les données sur les procédures les montants des marchés et les montants dépensés par année sur chacune d'eux. Elles permettent donc retracer les dépassements de montant des marchés dont les gestionnaires ont connaissance.

[2035] Nous avons comparé pour chacun des marchés passés sur appel d'offre, pour les marchés dont l'exécution commence en 2006 (donc pour l'essentiel passés en 2005) le montant maximum du marché et les montants des dépenses. Ce travail n'est pas encore possible pour les marchés passés en 2009 : d'une part les marchés de la pharmacie ne sont pas individualisés, d'autre part parce que leur durée dépasse l'année 2009.

Tableau 225 : Marchés dont le montant des dépenses dépasse le seuil (AOO)

Année de début du marché	2006	2007	2008
Nombre de marchés	154	212	348
Nombre de marchés en dépassement	61	63	62
Montant total des dépassements (M€)	1,05	0,998	1,312
Montant moyen du dépassement (k€)	17	16	21

Source : Exploitation données CHIPS

Tableau 226 : Dépassements marché 2006 supérieurs à 10 K€

N° marché	TITULAIRE	Montant global	Type	Total dépenses	Dépassement	%
060107	MERCK LIPHA SANTE	53 347	négociée sans concurrence	205 920	152 573	286%
060273	DORAN INTERNATIONAL	104 937	Appel d'offres	225 812	120 875	115%
060104	JANSSEN CILAG	137 033	négociée sans concurrence	203 707	66 674	49%
060132	BAXTER	192 463	Appel d'offres	251 027	58 564	30%
060052	BECTON DICKINSON	249 724	Appel d'offres	307 968	58 244	23%
060045	ST JUDE MEDICAL	9 054	Appel d'offres	54 418	45 364	501%
060069	TYCO HEALTHCARE	100 313	Appel d'offres	143 215	42 902	43%
060047	VYGON	184 154	Appel d'offres	225 500	41 345	22%
060027	C.C.D.	33 153	Appel d'offres	74 381	41 228	124%
060103	GLAXOSMITHKLINE	259 301	négociée sans concurrence	290 252	30 951	12%

060032	GAMBRO	206 356	Appel d'offres	233 644	27 288	13%
060160	L.F.B.	432 257	Appel d'offres	459 230	26 973	6%
060041	MEDITOR	149 301	Appel d'offres	174 067	24 766	17%
060062	MEDRAD	115 996	Appel d'offres	138 709	22 712	20%
060127	AMERSHAM HEALTH	24 953	Appel d'offres	47 113	22 160	89%
060137	BOEHRINGER INGELHEIM	7 923	Appel d'offres	25 637	17 714	224%
060022	AMO	25 478	Appel d'offres	42 318	16 840	66%
060053	CAIR L.G.L.	96 697	Appel d'offres	113 393	16 696	17%
060096	CARDINAL HEALTH	20 000	négociée sans concurrence	35 898	15 898	79%
060044	N.M. MEDICAL	66 976	Appel d'offres	82 512	15 536	23%
060040	LOHMANN	37 540	Appel d'offres	52 493	14 952	40%
060167	MERCK SHARPE DOHME	18 167	Appel d'offres	31 834	13 666	75%
060119	BOSTON SCIENTIFIC	17 940	négociée sans concurrence	29 481	11 541	64%
060037	HEMOTECH	93 766	Appel d'offres	104 483	10 716	11%
060142	CSP	48 208	Appel d'offres	58 623	10 415	22%

Source : Exploitation IGAS données CHIPS

Tableau 227 : Dépassements 2007 supérieurs à 10K€

N°		Titulaire	Montant global		Dépense	Dépassement	%
070346	PH	L. F.B. BIOMEDICAMENTS	375 225	AO ouvert	551 379	176 154	47%
070334	PH	C. S. P.	29 285	AO ouvert	52 459	23 173	79%
070323	PH	ABBOTT	96 059	AO ouvert	116 419	20 360	21%
070139	RESAH	JANSSEN CILAG	233 527	AO ouvert	422 765	189 238	81%
070143	RESAH	LILLY	228 486	AO ouvert	342 435	113 949	50%
070082	RESAH	ABBOTT	670 874	AO ouvert	764 143	93 270	14%
070152	RESAH	NOVARTIS PHARMA	25 836	AO ouvert	99 511	73 675	285%
070133	RESAH	GILEAD SCIENCES	393 389	AO ouvert	433 515	40 126	10%
070158	RESAH	PFIZER	98 570	AO ouvert	134 527	35 956	36%
070131	RESAH	GENOPHARM	3 259	AO ouvert	37 100	33 841	1038%
070100	RESAH	ORPHAN	33 746	AO ouvert	65 917	32 171	95%
070090	RESAH	BAYER PHARMA	2 454	AO ouvert	26 411	23 957	976%
070118	RESAH	CSP TAKEDA	2 047	AO ouvert	19 616	17 569	858%
070167	RESAH	SANOVI PASTEUR MSD	214 657	AO ouvert	231 824	17 166	8%
070203	RESAH	MERCK GENERIQUE	11 850	AO ouvert	27 666	15 816	133%
070093	RESAH	BIOCODEX	20 332	AO ouvert	33 738	13 406	66%

Source : Exploitation documents CHIPS

Tableau 228 : Dépassements 2008 supérieurs à 10K€

N°	Titulaire	Procédure	Montant	Dépenses	Dépassement	%
080508	ABBOTT	RESAH Médicaments	860 536	1 013 551	153 015	18%
080307	BOSTON SCIENTIFIC	RESAH DM	207 533	334 725	127 192	61%
080620	SORIN	SAH – accords cadres CARDIOLOGIE	39 827	149 751	109 924	276%
080621	ST JUDE MEDICAL	RESAH – accords cadres CARDIOLOGIE	209 195	308 627	99 431	48%
080458	ETHICON	RESAH Dispositifs médicaux MN	42 790	142 163	99 374	232%
080633	SYNTHES	RESAH – accords cadres ORTHOPEDIE	6 614	91 796	85 181	1288%
080617	MEDTRONIC	RESAH – accords cadres CARDIOLOGIE	226 431	302 228	75 796	33%
080626	IMPLANTS SERVICE ORTHOPEDIE	RESAH – accords cadres ORTHOPEDIE	6 966	81 875	74 909	1075%
080634	STRYKER	RESAH – accords cadres ORTHOPEDIE	39 776	109 468	69 692	175%
080579	SCHERING PLOUGH	RESAH Médicaments	958 026	1 025 058	67 032	7%
080561	MERCK SHARP & DOHME CHIBRET	RESAH Médicaments – MNIDF	130 587	170 328	39 741	30%
080630	MEDARTIS	RESAH – accords cadres ORTHOPEDIE	5 793	43 368	37 575	649%
080545	GILEAD SCIENCES	ESAH Médicaments MNIDF	749 822	778 670	28 848	4%
080328	BELDICO	Groupement départemental 2008/2010	27 448	55 018	27 570	100%
080533	CSL BEHRING	RESAH Médicaments MNIDF	11 076	32 272	21 196	191%
080322	STRYKER	RESAH Dispositifs Médicaux	90 584	106 481	15 897	18%
080611	HEMODIA	RESAH – accords cadres HEMODIALYSE	17 597	31 421	13 825	79%
080301	ACIST	RESAH Dispositifs Médicaux	73 019	86 447	13 428	18%
080547	GRUNENTHAL-CSP	RESAH Médicaments – MNIDF	31 528	44 628	13 099	42%
080318	HOSPIRA	RESAH Dispositifs Médicaux	38 372	51 438	13 066	34%

Source : Exploitation IGAS données CHIPS

[2036] Les données ne permettent pas de faire le même travail sur les MAPA faute de saisie des dépenses effectives.

[2037] La pharmacie à qui cette liste a été communiquée a fait état de deux éléments. D'une part elle constate que certains des montants qui y figurent, ne sont pas ceux figurant dans son propre logiciel PHARMA. D'autre part elle reconnaît avoir rencontré des difficultés à estimer les besoins de certains produits compte tenu du délai entre cette estimation et la consommation réelle.

### 3. MARCHES EXAMINES

#### 3.1. *Groupement de commandes des Yvelines marché de fourniture d'objets de pansements, sets de soins et biberons à usage unique 2005*

[2038] La procédure est conduite en 2004 pour un marché d'une durée de un an, débutant le 1/1/2005 et renouvelable deux fois. Il comporte 42 lots. Les critères de jugement sont classés par ordre de priorité décroissant :

- Résultat des tests de qualité réalisés sur les échantillons
- Absence de conditions restrictives de commande, modalités de conditionnement des produits
- Prix des fournitures proposées, coût de leur utilisation et durée de la validité des prix

[2039] Nous avons examiné les tableaux de dépouillement financier. Il nous a aussi été fourni des exemples de fiche d'évaluation de produits et de résultats d'essai.

[2040] La procédure de choix est la suivante : les offres sont classées par ordre croissant de prix, l'analyse technique conduit éventuellement à ne pas retenir un ou plusieurs produits. Est retenu le produit qui « convient » le moins cher.

[2041] Ce mode de sélection est en lui-même pertinent mais il n'est pas conforme aux critères de jugement prévus. Le résultat des tests de qualité ne sont pas en pratique le premier critère. Par exemple, le produit suivant (dans l'ordre des prix) celui retenu pourrait avoir une qualité supérieure pour un prix lui aussi supérieur dans ce cas l'application de l'ordre des critères devrait conduire à le retenir alors que ce n'est pas le cas avec la procédure adoptée.

#### 3.2. *AOO groupement de commande dispositifs médicaux 2006*

[2042] La procédure est menée en 2005 selon la procédure de l'appel d'offres ouvert et comporte 41 lots de dispositifs médicaux. Elle est destinée à satisfaire les besoins du groupement de commande des Yvelines pour la période 2006-2008.

[2043] L'article 13 du règlement de la consultation prévoit les modalités de jugement des offres suivantes : « Les offres seront examinées par la Commission d'Appel d'Offres du Groupement de commandes des Yvelines selon les critères suivants classés par ordre de priorité décroissant :

- *Résultat des tests de qualité réalisés sur les échantillons*
- *Absence de conditions restrictives de commande, modalités de conditionnement des produits*
- *Prix des fournitures proposées, coût de leur utilisation et durée de la validité des prix »*

[2044] Nous avons examiné le tableau justifiant les choix proposés à la CAO pour les quinze premiers lots de la consultation. Cet examen montre que le dépouillement des offres n'est pas fait de la manière décrite dans le RC. Les offres sont classées par ordre de prix croissant et les tests techniques conduisent à ne pas retenir certaines offres insuffisantes au plan technique. La qualité des offres d'un montant supérieur à la première considérée comme techniquement acceptable n'est pas commentée dans les tableaux d'analyse.

[2045] Les commentaires des tableaux confirment cette analyse : par exemple « *deuxième moins disant convient* » dans le lot 100 où seules deux des quatre offres sont commentées.

Tableau 229 : 15 premiers lots nombre d'offres et nombre d'offres commentées

Lot	Offres	Offres commentées
100	4	2
101	3	2
102	2	1
103	4	3
104	4	4
105	8	5
106	4	2
107	12	3
108	10	6
109	12	3
110	9	6
111	7	5
112	8	1
113	10	4
114	9	3
115	7	2

Source : *Exploitation IGAS données CHIPS*

[2046] Ce mode de choix est en lui-même pertinent mais il n'est pas conforme à la clause de jugement des offres qui donne un ordre de priorité au résultat des tests de qualité. L'application de la clause de jugement des offres conduirait, en effet à classer les offres en fonction des tests de qualité, à vérifier l'absence de conditions restrictives (critère non utilisé dans les lots examinés) et à évaluer le prix.

### 3.3. *Appel d'offres dispositifs médicaux 2008*

[2047] La consultation est menée en 2007 sous la procédure d'un appel d'offres ouvert et a pour objet des marchés de fourniture de dispositifs médicaux. Les marchés auront une durée de 12 mois, du 1er janvier 2008 au 31 décembre 2008, reconductible deux fois un an jusqu'au 31 décembre 2010. L'appel d'offres comporte au total 181 lots répartis dans 11 familles homogènes. Le montant estimé de la consultation s'élève à 1.800.000 € pour un an

[2048] Les marchés sont à bons de commandes. Les quantités commandées pourront varier dans une fourchette de plus ou moins 50% par rapport à celles figurant au tableau des besoins du CCTP.

Tableau 230 : Etapes de la procédure

Etape	Date
Envoi avis pré-information au JOUE	10/5/2007
Publication avis pré-information JOUE	22/5/2007
Envoi avis publication au JOUE et au BOAMP	27/7/2007
Publication au JOUE et au BOAMP	31/7/07
Date limite de réception des offres	11/9/2007
Commission ouverture plis	18/9/2007
Commission ouverture plis	27/9/2007
Commission ouverture plis	4/10/2007
Commission appel d'offres choix	10/12/2007

Source : Documents CHIPS

### 3.4. *Mauvaise maitrise des procédures administratives*

[2049] A la date limite de réception des offres fixée au 11 septembre 2007 à 16 heures dernier délai, 93 plis ont été reçus. Or des plis ont été retrouvés postérieurement à cette réunion comme l'indique le compte rendu de la commission d'appel d'offres de choix

[2050] « Or, 4 plis supplémentaires ont été retrouvés au service Pharmacie après la réunion de la Commission d'Appel d'Offres. Il s'agit des plis des sociétés B. BRAUN MEDICAL, APPLIED MEDICAL, GALLINI et OIARSO. Tous sont arrivés dans les délais. La soumission de la société Gallini a été déclarée non conforme ; les documents administratifs (1ère enveloppe) étaient mélangés avec l'offre de prix (2ème enveloppe). Ce pli est donc renvoyé à la société (cf. courrier « 2007-98 – renvoi pli GALLINI – 24 09 07 »). Un nouveau pli, adressé dans les délais, a également été retrouvé dans un gros carton réceptionné à la Pharmacie. Il s'agit de celui de la société TYCO HEALTHCARE ».

[2051] De ce fait la commission d'appel d'offres se réunira trois fois pour procéder à l'ouverture des plis dont la dernière. Lors de ces réunions sont admis deux fournisseurs importants BRAUN MEDICAL qui répond à 53 lots le 27/9/2007 et TYCO HEALTHCARE qui répond à 58 lots le 4/10/2007.

[2052] Ces fournisseurs ont été respectivement retenus pour 10 et pour 17 lots.

[2053] Nous avons demandé une preuve de la réception de ces offres dans les délais, il ne nous a pas été fourni de pièce probante.

### 3.5. *Non respect des critères de choix*

[2054] Dans le règlement de la consultation l'établissement indique que conformément à l'article 53 du Code des Marchés Publics, la personne responsable du marché, choisira l'offre économiquement la plus avantageuse selon les critères suivants énumérés au règlement de la consultation et classés par ordre de priorité décroissant.

Tableau 231 : Critères de jugement des offres et de pondération

Libellé	%
1-Valeur technique (nature du matériau, caractéristique physico-chimique, indications du produit, tolérance, présentation, étendue de la gamme, caractéristiques de stérilisation, qualité du conditionnement permettant le maintien de la stérilité et une identification aisée)	60
2-Qualité du service fournisseur (information et formation des utilisateurs, disponibilité du matériel, délai de livraison)	20
3-Prix des prestations	20

Source : RC

[2055] Cette disposition suppose une cotation des offres selon chaque critère et un poids donné au dit critère. Le tableau d'analyse fourni à la mission ne procède pas à une analyse de ce type. Il se limite le plus souvent à une appréciation globale qui traduit un mode de décision identique à celui du marché précédent.

Tableau 232 : Argumentaire tableau analyse choix offre

Infructueux ou sans suite	14
Offre unique convient	9
Offre moins disante convient/ Offre moins disante ne nécessitant aucune mise en place	66
Offres écartées pour non-conformité ou analyse technique lot attribué à la moins disante des offres non	92
Total	181

Source : Tableau analyse des offres

### 3.6. Marchés de médicaments concurrentiels AO 2006 et 2007

[2056] Pour ces deux marchés les critères de jugement des offres sont par ordre de priorité la valeur technique du produit (indications retenues par l'AMM, tolérance, présentation galénique, étendue de la gamme, qualité du conditionnement adapté à l'usage hospitalier et permettant une identification aisée), la qualité du service fournisseur (délai de livraison), le prix.

[2057] Nous avons exploité le tableau de présentation des offres pour documenter si la pratique détectée pour les marchés de DM à nombreux lots était bien la même. Les données obtenues le confirment

Tableau 233 : Argumentaire tableau analyse choix offre

	2006	2007
Infructueux ou sans suite	14	7
Offre unique convient	18	5
Offre moins disante convient/ Offre moins disante ne nécessitant aucune mise en place	87	55
Offres écartées pour non-conformité ou analyse technique lot attribué à la moins disante des offres non écartées	55	40
Autres	16	14
Total	190	121

Source : Tableau analyse des offres

### 3.7. Acquisition des prothèses de genou AO 2008 et MAPA 2009

[2058] Le CHIPS fait l'acquisition de prothèses de genou 1<sup>ère</sup> intention à plateau fixe, prothèses de genou 1<sup>ère</sup> intention à plateau rotatoire, et de prothèse de genou de reprise. Chacune fait l'objet d'un lot dans les consultations.

#### 3.7.1. Marché subséquent accord cadre RESAH 2008

[2059] Le premier marché est un marché subséquent de l'accord cadre du RESAH. Les critères de jugement sont les suivants « *le prix (avec une pondération de 20%), la valeur technique (avec une pondération de 80%)* ». La lettre de consultation précise que « *la valeur technique des fournitures sera jugée en fonction des résultats aux essais effectués avec les échantillons qui seront fournis comme indiqué dans le catalogue des produits. Seront analysées notamment la sécurité et la facilité d'utilisation pour les opérateurs et pour les patients, la clarté de l'étiquetage et de la documentation technique, la qualité et la sécurité de l'emballage* »

[2060] L'accord cadre du RESAH ne comportait qu'un seul lot de prothèse totale de genou.

[2061] Le document intitulé classement des offres, issu du logiciel Zenon, note sur le plan économique cinq offres et en écarte quatre dont celle de la société STRYKER France (les totaux TTC sont rayés). Pour ces quatre offres la colonne INC est cochée. Le service a indiqué « INC signifie « incomplet » le lot 14 comporte 5 sous lots. Stryker a répondu aux 4 premiers et non au cinquième sous lot « autres implants et accessoires ». les éléments constitutifs indispensables de la prothèse de genou sont fournis par les 4 premiers sous lots. Le 5<sup>ème</sup> permet au fournisseur de rajouter éventuellement des éléments tels que des vis de fixation. Ce sous lot a été mis dans beaucoup de lots de prothèses. Le logiciel, n'ayant pas de réponse aux 5 sous lots, enregistre l'offre comme « incomplète », ce qui est différent de la case NC, « non-conforme ». Il précise « Cette offre n'a donc pas été écartée de l'analyse ».

[2062] Une seule offre est notée sur la qualité et donc a une offre finale (BIOMET France). Le service indique « *Aucune offre n'ayant été notée, il s'agit soit d'un problème de saisie, soit d'une erreur informatique* ».

[2063] Le document intitulé notification d'attribution montre que le lot 14 est attribué à la société STRYKER. Le motif est « *pas de recul d'utilisation des autres fournisseurs arrivée d'un nouveau chirurgien praticien difficile de changer dans un premier temps* ». Il nous a été indiqué qu'un nouveau chef de service avait souhaité imposer « *sa prothèse* » aux chirurgiens des deux sites, ayant de plus signalé qu'il en poserait lui-même un grand nombre par an et qui avait une antériorité sur cette prothèse. Il ne nous a pas été fourni d'analyse formalisée des offres appliquant les critères prévus.

[2064] L'établissement indique que « *le fournisseur de prothèses totales de genou des deux sites était WRIGHT MEDICAL France. Puis un chirurgien a souhaité poser une prothèse de technicité différente, ce qui a expliqué la différenciation du lot en 2 lots différents « prothèse de genou 1ère intention à plateau fixe » et « prothèse de genou 1ère intention à plateau rotatoire* ».

#### 3.7.2. MAPA 2009

[2065] Le praticien responsable du choix ayant quitté l'établissement les chirurgiens souhaitent revenir sur le choix qui leur avait été imposé. L'établissement résilie le marché sur le lot 14 prothèse de genou tout en confirmant son engagement sur le lot 6 « prothèse totale de hanche »

[2066] Ce « jugement de Salomon » résulte d'un compromis accepté par l'équipe chirurgicale de maintenir ce choix afin de pouvoir résilier le lot 14, selon un accord entre l'hôpital et le laboratoire STRYKER.

[2067] L'établissement engage une procédure de MAPA, pour les trois lots dont les critères de jugement des offres sont les suivants.

Tableau 234 : Critères de jugement des offres et pondération

1 - Assistance technique et logistique	40%
2 - Technologie de la prothèse et de l'ancillaire	30%
3 - Prix du produit (coût d'acquisition et d'utilisation global, mise en dépôt...)	30%

Source : CHIPS

[2068] Il nous a été fourni un dépouillement manuscrit des offres qui en donne les caractéristiques mais aucune analyse qui applique les critères de jugement des offres et leur pondération.

[2069] Dans un premier mail du 20/3/2009 il est indiqué :

- Lot 1 « on retient WRIGHT, prothèse connue avec recul de pose et maîtrise de l'ancillaire, braun moins cher mais non retenu car on se donne le temps de la tester sur quelques poses, en attendant le prochain marché » ;
- Lot 2 « on retient DEPUY, prothèse connue avec recul de pose, [REDACTED], 1<sup>er</sup> prix non retenu mais essais prévus en attendant le prochain marché [REDACTED] moins disant idem » ;
- Lot 3 « sans suite le fournisseur de la reprise est lié au fournisseur de la prothèse initiale ».

[2070] Dans un second mail il est fait état d'un changement de choix sur le lot 1 :

- Lot 1 « on retient BRAUN avec toutes les refs proposées à prix égal avec [REDACTED], la navigation est possible avec braun et pas avec [REDACTED] la navigation est intéressante sur les cas un peu compliqués »
- Lot 2 « pas de changement on retient DEPUY sur les arguments déjà dits dans les mails précédents »
- Lot 3 « on retient Braun car moins disant ».

[2071] Entre temps selon les entretiens le commercial de la société BRAUN avait fait « le forcing » auprès des chirurgiens que le test des possibilités de navigation avait convaincu.

[2072] Les motifs de rejets donnés aux sociétés sont récapitulés tableau ci-dessous.

Tableau 235 : Raisons du rejet de votre offre dans les courriers aux sociétés

Lot	Destinataire	Motifs
2	[REDACTED]	Les prothèses de la société DEPUY connues avec recul de pose
2	[REDACTED]	Plus disant
1	[REDACTED]	La navigation est possible avec prothèse Braun, navigation intéressante sur les cas un peu compliqués
123	[REDACTED]	Plus disant sur les trois lots

Source : Lettres aux sociétés

[2073] Le tableau ci-dessous montre que cet « aller et retour » aura conduit à un changement de fournisseur par rapport au précédent titulaire du marché.

[2074] On constate toutefois que les choix sont faits non en fonction des critères de jugement prévu dans le règlement de la consultation mais en fonction de l'opinion des praticiens concernés qu'il est par la suite demandé à la pharmacie « d'habiller ».

Tableau 236 : Résumé des candidatures et des attributaires

Lot	Titulaire antérieur	(A0) AC/MS RESAH		MAPA	
		N° Lot	Candidats et titulaire	N° Lot	Candidats et titulaire
Prothèses de genou 1 <sup>ère</sup> intention à plateau fixe	WRIGHT MEDICAL France	14	BIOMET FH RTHOPEDICS SMITH & NEPHEW WRIGHT MEDICAL France ASTON medical ZIMMER GROUPE LEPINE MATHYS <b>STRYKER</b>	1	WRIGHT MEDICAL France FH ORTHOPEDICS , BIOMET ZIMMER <b>B BRAUN</b>
Prothèses de genou 1 <sup>ère</sup> intention à plateau rotatoire	Pas de titulaire	14	BIOMET FH RTHOPEDICS SMITH & NEPHEW WRIGHT MEDICAL France ASTON medical ZIMMER GROUPE LEPINE MATHYS <b>STRYKER</b>	2	FH ORTHOPEDICS , BIOMET ZIMMER ISO PROGICAL GROUPE LEPINE B BRAUN <b>DEPUY</b>
Prothèse de genou de reprise	Pas de titulaire	Pas de lot	Pas prévu	3	FH ORTHOPEDICS, BIOMET, ZIMMER DEPUY WRIGHT <b>B BRAUN</b>

Source : CHIPS

### 3.8. Marché subséquent hemodialyse 2009

[2075] Conformément aux documents contractuels de l'accord-cadre, les critères de jugement de votre offre sont les suivants:

- Le prix (avec une pondération de 20%) Il sera pris en compte les prix unitaires des produits proposés.
- La valeur technique (avec une pondération de 80%)
- La valeur technique des fournitures sera jugée en fonction des résultats aux essais effectués avec les échantillons qui seront fournis comme indiqué dans le catalogue des produits. Seront analysées notamment la sécurité et la facilité d'utilisation pour les opérateurs et pour les patients, la clarté de l'étiquetage et de la documentation technique, la qualité et la sécurité de l'emballage.

[2076] Le logiciel fait une cotation des offres selon les deux critères. Le dépouillement n'appelle pas d'observations sur l'application des critères de jugement des offres.

### **3.9. Marche subséquent ophtalmologie**

[2077] Conformément aux documents contractuels de l'accord-cadre, les critères de jugement de votre offre sont les suivants:

- Le prix (avec une pondération de 20%) Il sera pris en compte les prix unitaires des produits proposés.
- La valeur technique (avec une pondération de 80%) La valeur technique des fournitures sera jugée en fonction des résultats aux essais effectués avec les échantillons qui seront fournis comme indiqué dans le catalogue des produits. Seront analysées notamment la sécurité et la facilité d'utilisation pour les opérateurs et pour les patients, la clarté de l'étiquetage et de la documentation technique, la qualité et la sécurité de l'emballage.

[2078] Le logiciel fait une cotation des offres selon les deux critères le dépouillement n'appelle pas d'observation sur l'application des critères de jugement des offres.

## **4. CONCLUSIONS GENERALES**

[2079] Jusqu'en 2009 les dépouillements se font en appliquant une méthode de travail en elle même pertinente mais non conformes aux critères inscrits dans les clauses de jugement des offres.

[2080] Le service n'a pas contredit cette affirmation et a indiqué que pour l'application du CMP 2006 « la version du logiciel permettant de "noter" les offres selon des critères techniques venait d'être installée et nous n'en avons pas encore la maîtrise, en commission des marchés, lors de l'examen des offres le pharmacien exposait les motifs de choix selon l'argumentaire technique, cette commission n'a jamais exigée la fourniture d'un classement avec note chiffré ».

[2081] Les deux marchés de prothèse illustrent le fait que des praticiens imposent leurs choix selon des appréciations qui ne sont pas formalisées selon les critères prévus par la clause de jugement des offres.

[2082] Dans les deux cas bien qu'il s'agisse d'irrégularités nous ne proposons pas de saisir l'autorité judiciaire. Dans le premier si la procédure n'est pas conforme elle n'avantage pas de fournisseurs. Dans le second la non formalisation selon les critères d'un choix très technique ne nous paraît pas un motif suffisant.

## Annexe 11.6 : Marché Cap Gemini

[2083] La nouvelle équipe de direction du CHIPS a fait appel à la société CAP GEMINI entre le 30 juin 2008 et décembre 2009, sur la base de cinq marchés d'un montant total de 1,7 M€(TTC). La chronologie de ces marchés est la suivante :

- Une première prestation portant sur l'audit financier et de fonctionnement de l'établissement ;
- Une deuxième prestation pour l'audit du recueil et du codage de l'information médicale ;
- Une troisième prestation pour la gestion du personnel de la facturation.
- Un appel d'offre d'un volume important, qui a fait l'objet d'un marché complémentaire d'un montant égal à 42% du marché initial, portant sur le projet d'établissement.

Tableau 237 : Liste et montant des marchés passés avec Cap Gemini

	Montant HT	Montant TTC	Procédure
Audit financier et de fonctionnement	196 000	234 416	procédure adaptée
Audit recueil et codage information médicale	48 500 <sup>259</sup>	58 006	Procédure adaptée
Marché gestion du personnel de la facturation	199 000	238 004	procédure adaptée
Projet établissement	699 393	836 474	appel d'offres
Marché complémentaire projet d'établissement	293 000	350 428	marché négocié sans mise en concurrence et sans publicité
Total	1 435 893	1 717 328	

Source : IGAS examen dossiers

Tableau 238 : Durées et échelonnement des marchés passés avec Cap Gemini

	Date notification	Début	Fin
Audit financier et de fonctionnement	30/6/2008	10/7/2008	24/10/2008
Audit recueil et codage information médicale	17/9/2008	22/9/2008	23/10/2008
Marché gestion du personnel de la facturation	12/01/2009	26/12/2008	6/3/2009
Projet établissement	10/4/2009	20/4/2009	7/8/2009
Marché complémentaire projet d'établissement	14/8/2009	24/8/2009	31/12/2009

Source : CHIPS

[2084] Entre le 10 juillet 2007 et le 31/12/2009 soit 539 jour les consultants sont intervenus 414 jours soit 77% du temps.

<sup>259</sup> Source document d'analyse de l'offre et non acte d'engagement

Graphique 31 : Présence des consultants entre le 10/7/2008 et le 31/12/2009

ID	Nom de tâche	Début	Terminer	Durée	Présence des consultants																														
					juil.2008	août.2008	sept.2008	oct.2008	nov.2008	dec.2008	jan.2009	fév.2009	mar.2009	avr.2009	mai.2009	juin.2009	juil.2009	août.2009	sept.2009	oct.2009	nov.2009	dec.2009													
1	Audit financier et de fonctionnement	10/07/2008	24/02/2009	154s	[Barres bleues indiquant la présence des consultants]																														
2	Audit recueil et codage information médicale	22/09/2008	23/01/2009	48s	[Barres bleues indiquant la présence des consultants]																														
3	Gestion du personnel de la fabrication	29/12/2008	06/02/2009	102s	[Barres bleues indiquant la présence des consultants]																														
4	Projet d'établissement	20/04/2009	07/08/2009	16s	[Barres bleues indiquant la présence des consultants]																														
5	Projet d'établissement marché complémentaire	24/09/2009	31/12/2009	18s	[Barres bleues indiquant la présence des consultants]																														

Source : Exploitation données CHIPS

[2085] Nous avons examiné ces marchés pour vérifier la mise en concurrence et le choix du prestataire d'une part, la réalité de l'exécution en demandant que nous soient fournis les livrables prévus.

[2086] Nous avons demandé dès les premiers entretiens avec le directeur général les rapports d'audit faits dans l'établissement. Nos demandes répétées de fournitures des livrables de ces travaux n'ont été satisfaites que dans le cadre de l'examen de la régularité de la procédure, lorsque nous avons fait remarquer à la direction des achats que les prestations avaient été payées sans que figure au dossier fourni la validation du service fait ou les livrables prévus par le marché.

[2087] L'établissement n'a pas été coopératif et n'a pas fourni des documents qui auraient pu faciliter nos travaux et notamment notre prise de connaissance.

[2088] Par ailleurs nous avons eu des difficultés particulièrement importantes pour obtenir les documents des marchés.

## 1. MARCHE 08/9048 AUDIT FINANCIER ET D'ACCOMPAGNEMENT

[2089] Le marché est passé selon la procédure adaptée. Il est laissé peu de temps aux candidats pour présenter une offre, 14 jours de travail utile entre la publication (exclue) et la date limite de remise des offres (exclue) ; de fait deux offres seulement seront présentées.

[2090] Nous n'avons eu la trace d'aucune réunion d'information des sociétés prévue (pour présenter le cahier des charges ou répondre à des questions) ou de toute démarche permettant d'élargir la concurrence au-delà des obligations réglementaires de publication.

Tableau 239 : Etapes de la procédure

Date	Étape
19/5/2008	Publication au BOAMP et CNEH Achats
2/6/08	Proposition d'appui à la mission d'audit financier et organisationnel Capgemini
2/6/08	Date limite de remise des offres
20/6/08	Post it manuscrit indiquant que Cap Gemini a été retenu et qu'après négociation l'offre a été ramenée à 234.416 €TTC
25/6/08	Lettre informant les candidats
26/6/08	Signature acte engagement par M. CHODORGE
30/6/08	Envoi de la copie du marché pour exécution

Source : Analyse dossier IGAS

[2091] Les critères d'attribution sont la valeur technique (65%) et le prix des prestations (35%). Le règlement de la consultation n'a pu nous être fourni il est « manquant ».

[2092] Le dossier qui nous a été remis par la direction des achats le 2/2/2010 ne comportait ni l'analyse des offres, ni l'offre de l'autre société, ni un exemplaire des livrables prévus par le marché ; aucun document n'atteste dans ce dossier le service fait.

### 1.1.1. L'analyse des offres et le choix du prestataire

[2093] Lors des entretiens [REDACTED] et [REDACTED] nous ont indiqué avoir fait une analyse des offres qui les conduisait à préconiser l'offre du groupe [REDACTED]. **Le rapport de [REDACTED] nous a été remis après demande formelle.**

[2094] Le mail de transmission de [REDACTED] à [REDACTED] indique « *Il ressort de cette analyse que [REDACTED] est classé premier devant [REDACTED]. Toutefois il ne m'était pas aisé de mesurer le critère équipe par exemple dans la mesure où je ne savais pas si vous préféreriez un profit d'économistes du privé (cas de [REDACTED]) ou d'économistes des la santé (cas de [REDACTED])* ».

[2095] Cette proposition n'a pas été validée par M. [REDACTED].

[2096] Un groupe composé de [REDACTED] et [REDACTED] et de [REDACTED] s'est réuni pour faire une deuxième analyse a et qu'un document avait été fourni à M. [REDACTED]. **Le document retraçant le travail du deuxième groupe ne nous a dans un premier temps pas été remis le directeur indiquant qu'il n'en disposait pas et qu'il avait été conservé par [REDACTED]. [REDACTED] nous a indiqué n'avoir jamais été destinataire de ce document.**

[2097] Nous avons demandé à [REDACTED] et [REDACTED] ne nous indiquer comment cette deuxième analyse avait été menée qui était en charge de la rédaction du rapport et s'ils en avaient conservé des traces.

[2098] Le premier nous a répondu : « *[REDACTED] m'a demandé le 12 juin 2008 de participer à une réunion concernant le choix des prestataires pour l'audit financier de l'établissement. Il lui semblait essentiel de recueillir l'avis [REDACTED]. Il était important pour réussir le projet, qu'il soit accepté par les médecins. La réunion a été assez brève pour ma part car je n'avais pas pu me dégager complètement de mes obligations professionnelles, comme c'est souvent le cas pour [REDACTED] que je suis. Mes souvenirs sur les détails de cette réunion sont flous. Je me souviens que les références de [REDACTED] (Le Mans et St Joseph en particulier) m'avaient paru sensiblement plus étoffées que celles de leur concurrent* ».

**Réponse de [REDACTED] :** *En ce qui concerne le paragraphe [2097], je confirme mes propos.*

**Observation de la mission :** Vu

[2099] Le second nous a fourni l'explication suivante « *Comme je vous l'ai précisé lors de notre dernier entretien, j'ai été amené à participer à un travail collégial [REDACTED] qui avait géré le comité de pilotage par la suite, et le [REDACTED]. Nous avons comme mission d'analyser les offres proposées par le [REDACTED] et la société [REDACTED] et de remettre le fruit de notre analyse au directeur. Après recherche dans mon agenda, j'ai constaté que la date du rendez-vous avec [REDACTED] et le [REDACTED] était fixée le mercredi 11 juin 2008 pour analyser les offres proposées. L'étude des deux offres déposées lors de la réunion de travail faisait apparaître les points suivants :*

- *La société [REDACTED] présentait une équipe un peu plus expérimentée dans le domaine économique et financier que celle présentée par le [REDACTED].*

- L'offre de [REDACTED] était plus complète et correspondait mieux au besoin de l'établissement en nombre de journées compte tenu des délais impartis dans le CCTP.
- Les méthodes de travail étaient comparables avec un engagement de la société [REDACTED] de prendre en compte des éléments contextuels.
- [REDACTED].

Cette analyse a été formalisée au fur et à mesure du dépouillement collégial. J'avais reçu précédemment comme mes collègues une copie des offres afin de préparer cette réunion. Aucun de nous trois n'a été désigné formellement comme étant le "rapporteur" du travail auprès du directeur et de la directrice de la DAHLB. Un exemplaire de notre travail a simplement été en effet remis à la direction générale qui l'a certainement adressé à [REDACTED] qui étaient en charge de ce dossier. J'imagine que c'est sur cette base que le marché a été notifié puisque [REDACTED] en a été désigné titulaire ».

**Réponse de [REDACTED] :** Il n'y a pas eu de travail collégial. [REDACTED] a souhaité me rencontrer, avec [REDACTED] pour nous faire part de l'analyse des offres faite par [REDACTED]. Une réunion, dont je ne me souviens pas de la date, a été organisée dans des délais très courts, de manière informelle, c'est-à-dire sans l'envoi d'un ordre du jour et de documents au préalable. [REDACTED] est venu nous rejoindre dans le bureau de [REDACTED]. Il avait préparé une analyse des offres et [REDACTED] et [REDACTED] ont sollicité notre avis sur cette analyse. Je me souviens de la présentation faite par [REDACTED] sur les prix par journée. Je n'avais pas lu les offres et ne me suis pas prononcée. A la fin de cet entretien, je me souviens d'avoir fait part à [REDACTED] de mon souhait qu'une réunion soit organisée en présence de [REDACTED].

**Observation de la mission :** Les réponses de [REDACTED] et de [REDACTED] indiquent que le dépouillement aurait été fait par [REDACTED] et sont contradictoires avec les affirmations de ce dernier. La réponse de [REDACTED] indique que le choix final s'est fait en présence du nouveau directeur. Observations portées à l'attention de Madame la Ministre.

[2100] Il nous a fourni un document d'analyse des offres non daté non signé dont rien ne garantit qu'il n'a pas été reconstruit a posteriori.

[2101] La comparaison des cotations est retracée au tableau ci-dessous.

Tableau 240 : Comparaison cotation des offres

Critère	Points	1 <sup>ère</sup> analyse		2 <sup>ème</sup> analyse		Variation	
		Cap Gemini	Montaigne	Cap Gemini	Montaigne	Cap Gemini	Montaigne
Equipe	5	4		4,5		+0,5	
Nombre jours	3	2		2,5		+0,5	
Méthodologie	12	8		8,5		+0,5	
<b>Qualité</b>	<b>20</b>	<b>14</b>		<b>15,5</b>		<b>+1,5</b>	
<b>Prix</b>	<b>20</b>	<b>4</b>		<b>12</b>		<b>+8</b>	
Note pondérée		10,5		14,27			

Source : Exploitation documents CHIPS

[2102] On note une appréciation de la qualité de l'offre plus favorable pour [REDACTED] et moins favorable pour [REDACTED] sans que des éléments précis conduisent à expliquer le changement.

- [2103] Pour l'équipe dont la taille est identique l'appréciation du deuxième rapport est pour [REDACTED] « équipe à dimension économique et financière répondant bien aux enjeux (..) référence du cabinet associé [REDACTED] dont la méthodologie a déjà été expérimentée par le conseil général des établissements de santé (diagnostic flash) » (la note passe de 2 à 2,5 sur 5) et pour le groupe [REDACTED] « Equipe plus récente composée majoritairement en 2007 » (la note passe de 4 à 3 sur 5).
- [2104] Pour le nombre de jours aucune explication n'est donnée sur la modification des notes ou la justification du niveau de la nouvelle note.
- [2105] Pour la méthodologie les éléments figurant dans le rapport sont reproduits ci-dessous ; ils ne permettent pas d'expliquer quelles différences justifient les variations de note (+0,5 -1,5) ou leur niveau absolu (8,5/9,5).

Tableau 241 : Appréciations critère méthodologie deuxième analyse des offres

Cap Gemini	
Réalisation d'un plan de redressement de 3 à 5 ans (prise en compte d'éléments sur le terrain susceptibles de faire évoluer la durée du plan d'économie)	Réalisation d'un plan de redressement sur 3 ans Méthode :
Méthode : Benchmarking Phasage du projet Etablissement d'une stratégie générale structurée (comité de pilotage, groupe projet) Fiches actions Phasage précis	[REDACTED]

Source : Document CHIPS

- [2106] La cotation des prix est totalement modifiée car au lieu de prendre comme dans le premier rapport le prix de la prestation la deuxième cotation des offres utilise le prix par jour de consultant. Il est alors particulièrement gênant pour l'établissement que le RC soit « manquant ». En effet l'acceptation commune du prix d'une prestation est son prix global et non le prix par jour d'intervenant.
- [2107] Or les deux prix sont très différents 244.000€ pour Cap Gemini et 180.000€ pour Montaigne. Par ailleurs la méthode de cotation utilisée dans le premier rapport pour le prix n'est pas critiquable.
- [2108] Conserver une méthode d'analyse du prix global ne conduit pas à modifier le choix du prestataire même avec la deuxième analyse de la qualité de l'offre

Tableau 242 : Cotation deuxième analyse qualité offre + cotation sur le critère du prix global

	Cap Gemini	Montaigne
Qualité	15,5	
Prix	4	
Note globale	11,475	

Source : Exploitation données IGAS

- [2109] Compte tenu des poids des deux critères pour compenser une note de 4 versus 16 sur le critère du prix il faudrait que la note qualité sur 20 de Cap Gemini soit de 6,46 points supérieure à celle de Montaigne. Les deux analyses montrent qu'il n'y avait pas cet écart.

- [2110] Nous pensons donc que le changement de critère pour l'appréciation du prix a été fait pour justifier le choix préétabli de Cap Gemini. Sauf si l'établissement était à même de produire un RC authentifié qui indique le contraire le critère utilisé n'est pas conforme au règlement de la consultation. Ces éléments constituent un non respect du CMP à signaler à l'autorité judiciaire.
- [2111] Dans sa lettre du 1<sup>er</sup> mars 2010 le directeur ne mentionne pas cet élément important qu'est le changement du critère d'analyse du prix. Il indique par ailleurs « *Je vous ai indiqué dans quel contexte la décision avait été prise, en liaison avec l'ARH Ile de France* ». Il est exact que le directeur nous a fait état de conversations avec l'ARH dont nous lui avons indiqué par oral que, compte tenu de leur contenu, elle ne seraient reprises que s'il nous en était fait état par écrit, ce qui n'a pas été fait.
- [2112] Le dossier comporte un « post it » du 26 /6/2008 mentionnant que l'offre financière a été ramenée après négociation à 234.416€TTC. Pourtant l'offre de prix faite dans un document différent de la proposition technique et comportant ce montant « après négociation » est datée du 2/6/2010. L'existence de cette « négociation » n'est pas prouvée.
- [2113] Aucune trace au dossier ne montre que la négociation ait aussi été faite avec le groupe MONTAIGNE, pourtant l'analyse faite dans le premier rapport indique « *Offre faite sans négociation. Intègre 8% de frais en sus des jours de prestations. Ceci laisse une marge de négociation pour le CH* ».

### 1.1.2. La vérification du service fait

- [2114] La démarche prévoit un comité de pilotage toutes les deux semaines et un comité de projet hebdomadaire. Les livrables sont indiqués au tableau ci-dessous.

Tableau 243 : Livrables prévus et fournis

Etape	Livrable prévu au marché	Document fourni
1- Lancement	Diagnostic flash Plan d'investigation validé	X
2- Analyse financière, analyse d'attractivité	Analyse financière approfondie Analyse du positionnement stratégique	X X
3 – Analyse efficience	Diagnostic de l'efficience  Pistes d'action	Pas de diagnostic de l'efficience diagnostics imagerie et RH « fiches d'opportunité »
4 –Elaboration du plan de redressement	Plan d'amélioration de l'efficience  Vision consolidée de l'impact de ce plan sur le EPRD 2009 à 2012 Plan de communication sur les travaux conduits	Cumul des mesures/ ventilation par axe et pole pas livrable portant ce titre  X horizon 2011  X
5- Préparation de la mise en œuvre du programme de redressement	Un livrable de synthèse à usage des instances 40 à 60 transparents Les annexes détaillant les bases et méthodes de calcul	Des transparents pas les méthodes de calcul en annexe

Source : IGAS

- [2115] Les livrables correspondent globalement à ce qui était prévu au marché, même s'ils ne prennent pas la forme proposée et si toutes les productions ne sont pas fournies.

[2116] La charge est estimée à 220 jours soit 118 pour la phase diagnostic et 102 pour la phase plan de retour à l'équilibre. Les factures Cap Gemini fournies correspondent au montant du marché.

Tableau 244 : Factures Cap Gemini

Date émission	Libellé	Montant TTC
31/7/2008	Audit financier Démarrage 20%	46 883,20
23/9/2008	Audit financier fin étapes 2 et 3	70 324,80
30/9/2008	Audit financier solde	117 208,00
	Total	234 416,00

Source : IGAS

## 2. RECONFIGURATION DES FONCTIONS DE RECUEIL ET CODAGE DES INFORMATIONS MEDICALES

[2117] Le dossier correspondant ne nous a pas été fourni spontanément. Nous en avons eu connaissance en retrouvant dans les documents fournis une facture du 27/10/2008 de 58.006 € pour une prestation audit général sur le thème de la reconfiguration des fonctions de recueil et de codage des informations médicales. Cette facture comporte comme référence le marché 9059/08.

[2118] Nous n'avons après de multiples relances obtenu un dossier encore incomplet que 23 avril 2010 soit en toute fin de rédaction du rapport.

[2119] Le marché est passé selon la procédure adaptée, il est laissé très peu de temps aux sociétés pour répondre la publication est faite le 5/9 la date limite de réception des offres est fixée au 11 septembre, soit six jours plus tard. Trois sociétés demandent un cahier des charges une seule société répond, Cap Gemini. Il nous a été fourni une analyse des offres, le cahier des charges, le règlement de la consultation mais pas l'acte d'engagement.

[2120] L'analyse des offres est un document non daté non signé dont rien ne garantit qu'il n'ait pas été établi a posteriori.

Tableau 245 : Etapes de la procédure

Etape	Date
Date envoi à la publication	5/9/2008
Date de limite de réception des offres	11/9/2008
Début des travaux	22/8/2008

Source : Documents CHIPS

[2121] Le faible délai laissé pour répondre, l'absence de réaction au fait qu'il n'y ait eu qu'une seule offre sont les possibles indications d'un traitement visant à avantager la société Cap Gemini. Cette **procédure est à signaler à l'autorité judiciaire.**

**Réponse de** [REDACTED] : 1/ Les § 2088 à 2120 concernent des marchés relatifs à « un audit financier et d'accompagnement », et à « la reconfiguration des fonctions de recueil et de codage des informations médicales », dont l'ensemble de la procédure de passation est antérieure à mon affectation au CHI de Poissy St Germain.

**Observation de la mission :** *Exact. Cette partie de l'annexe n'avait été communiquée que pour assurer une information complète de l'intéressée. Il n'était pas attendu de réponse sur ce point.*

### 3. MARCHE 09/9023 GESTION DU PERSONNEL DE FACTURATION

[2122] L'offre de la société non retenue ne figure pas au dossier conservé par la direction des achats; elle nous a été fournie tardivement.

[2123] L'objet de la mission est décrit dans la publication comme une mission de « conseil en organisation relative à la gestion du personnel du service de la facturation ». L'objet de la consultation du CCAP rajoute le fait « d'assurer, dans l'immédiat, la mise en œuvre des mesures de sauvegarde urgents permettant l'optimisation in fine du recouvrement des recettes 2008 ».

[2124] De l'article 3 du même CCAP objectifs de la mission on peut, retirer une définition plus « précise » des prestations attendues :

- Plans d'action et implication opérationnelle pour l'organisation future et pour les mesures de sauvegarde sur l'exercice 2008 ;
- Elaboration du plan général de maîtrise des recettes d'activité : actions à mettre en œuvre afin de permettre un suivi et une réalisation optimale des recettes d'activité
- Mesures de sauvegarde pour 2008 définition, coordination auprès de la direction générale et assistance opérationnelle aux équipes de l'établissement à la mise en œuvre
- Démarrage maximum 15 jours suivant la notification et fin prestation le 2 mars 2009

**Réponse de** [REDACTED] *2/ Les § 2121 à 2123 concernent un marché relatif à « la gestion du personnel de facturation », n'ayant pu avoir accès entre le 10 et le 17 mai aux pièces relatives à ce marché, je ne suis pas en capacité de formuler des observations.*

**Observation de la mission :** *Exact. Cette partie de l'annexe n'avait été communiquée que pour assurer une information complète de l'intéressée. Il n'était pas attendu de réponse sur ce point.*

[2125] Le marché est passé selon une procédure adaptée. Le jugement des offres est fait selon trois critères pondérés par un nombre de points : compréhension contexte (15), valeur technique de l'offre délai intervention (20), prix (30). Il est prévu un minimum (100K€HT) et un maximum 200K K€HT)

[2126] Neuf sociétés ont demandé un dossier, deux ont présenté une offre.

Tableau 246 : Demandes de dossier et présentation d'une offre

Dossiers demandés	Offres
BIRD consulting	
CNEH	
CAPGEMINI	X
FORSANTAL	
MAZARS	
KPMG	
ERNST & YOUNG	
SOLVING EFFESCO	X
PERSPECTIVE	

Source : Documents CHIPS

Tableau 247 : Etapes de la procédure

Etape	Date
Envoi publication	26/11/08
Publication	26/11/08
Date limite remise offres	11/12/08
Lettre sociétés	23/12/08

Source : Documents CHIPS

- [2127] Les demandes de complément d'information montrent que le DCE ne réduit pas l'asymétrie d'information entre Cap Gemini et les autres fournisseurs possibles, des informations de base devant être demandées par les sociétés : volume de factures émises, informations sur ce qui a été fait en matière de facturation en 2008, outil sur lequel est réalisée la facturation, niveau d'informatisation du processus.
- [2128] La lettre de notification indique comme motif le fait que l'offre est économiquement la plus avantageuse notamment en raison tarif journalier inférieur.
- [2129] La procédure a été visiblement faite dans l'urgence puisque cap Gemini signale que la mention à inscrire sur les plis dans le règlement de la consultation est erroné et fait référence à une mise en concurrence antérieure.
- [2130] Un tableau de comparaison des offres a été établi et est signé de [REDACTED] et de

Tableau 248 : Tableau de comparaison des offres

Critère	Note	SOLVING EFESO	CAPGEMINI
Compréhension du contexte	15	9	12
Valeur technique de l'offre	35	18	26
Délai d'intervention	20	12	16
Prix	30	18	22
Total	100	57	76

Source : Rapport d'analyse CHIPS

- [2131] [REDACTED]
- [2132] [REDACTED]
- [2133] [REDACTED]

Tableau 249 : Impact du « recalcul » du montant de la prestation

	Jours	Cout journalier	Montant	Taux recalcul	Montant recalculé
Solving					
Cap Gemini					

Source : Document analyse des offres

[2134] En raison des éléments cités plus haut nous estimons que cette procédure comporte des irrégularités qui doivent être signalées à l'autorité judiciaire.

#### 4. MARCHE 09-14 PROJET D'ETABLISSEMENT

##### 4.1. La passation du marché

[2135] La procédure est un appel d'offres ouvert. Nous n'avons pu savoir combien de dossiers ont été retirés. Huit offres ont été remises dont une hors délai.

Tableau 250 : Offres

Société	Offres
Decision publique	X
CTC Conseil	X
Groupe Montaigne	X
CNEH	X
Bird	X
Advimed	X
Cap Gemini	X

Source : CHIPS

Tableau 251 : Etapes de la procédure

Date	Action
7/11/2008	Envoi à la publication
30/12/2008	Date limite remise offres
15/01/2009	CAO ouverture des plis
20/2/2009	CAO choix
23/2/2009	Lettre aux sociétés informant du réponse

Source : IGAS

[2136] Le cahier des charges définit les objectifs que souhaite atteindre le CHIPS mais ne définit pas de manière précise les livrables attendus. Les éléments fournis aux sociétés pour répondre ne dépassent pas le cahier des charges.

- [2137] En l'absence de réponse sur ce point nous constatons qu'il n'y a aucune trace de réunions avec les sociétés ayant demandé un dossier ou la remise/consultation de documents par exemple l'audit de première phase fait par Cap Gemini, ce qui aurait pu être un moyen de rééquilibrer la concurrence.
- [2138] Les questions posées montrent bien le faible niveau d'information des sociétés à la lecture du seul DCE. On peut citer comme exemple la question suivante : « *serait il possible de disposer de l'organigramme des services supports et opérationnels de la structure ainsi que la répartition des effectifs ?* ». La réponse fournie est factuelle mais demeure sommaire. Cette faible information est de nature à donner un avantage concurrentiel considérable à Cap Gemini qui, à la date du choix, a effectué l'audit financier de l'établissement, un audit général sur le thème des fonctions de recueil et de codage des informations médicales, de la valorisation et de la facturation de l'activité ainsi que du recouvrement et est en train de mener la mission sur la facturation décrite plus haut.
- [2139] Les offres sont comparées sur la base d'une note globale en points utilisant les critères suivants : prix de l'offre (sur 40), qualité technique de la réponse (sur 50) compréhension et analyse du contexte général (sur 10).
- [2140] Le rapport d'analyse des offres a été établi par il est de qualité moyenne, présente plutôt qu'il n'explique sinon par des appréciations qualitatives les notes qui ont été données. Il comporte un récapitulatif des notes, mais par exemple pas une comparaison des charges et des prix.
- [2141] La lecture de ce rapport et l'exploitation des données qu'il contient montre bien la différence de nature des offres entre Cap Gemini qui connaît de l'intérieur l'établissement et ses besoins et les autres ;
- Même si on exclut l'offre de la société Décision Publique très sous dimensionnée (32 jours) les autres offres varient entre 91 et 128 jours (moyenne 109 jours) contre 388 jours, soit 3,5 fois plus, pour l'offre de base (correspondant au cahier des charges) de Cap Gemini ;
  - Il en résulte des prix totaux variant dans les mêmes mesures les prix journaliers étant assez comparables ; cet aspect n'est pas clairement explicité dans le rapport d'analyse des offres.
- [2142] La proposition de Cap Gemini comporte explicitement une offre de base et des « modules types complémentaires » correspondant à des prestations. Cette offre est présentée ainsi « *Nous vous proposons une offre de base (prestation forfaitaire que nous considérons minimaliste au regard du périmètre défini par le CCTP (...)) Sur chaque chantier du projet nous proposons un complément d'accompagnement (...) sous forme d'unités d'œuvre que vous êtes libres de mobiliser selon vos besoins et si les pré requis (...) sont atteints* ».
- [2143] Les autres concurrents ne bénéficiant pas de la même connaissance de l'établissement ne pouvaient faire ce type de proposition avec ce degré de détail.
- [2144] L'analyse des offres a été faite sur la base de la prestation de base ; on notera toutefois une erreur de présentation significative. Il est indiqué que le coût moyen journalier est de « 1090 € HT (699 393/388 jours) », or ce chiffre est le résultat de la division (422 800/ 388) le rédacteur a repris de manière erronée le montant de la prestation finalement retenue (699 393) au lieu de celui de la prestation de base dont il analyse le coût (422 800).
- [2145] Est retenue l'offre de base et une partie des prestations complémentaires proposées ces prestations représentent 275 jours complémentaires au total 663 jours de prestations soit 5,7 fois plus de jours que la moyenne des autres propositions.
- [2146] Un tel écart montre une énorme différence de compréhension de la prestation attendue entre Cap Gemini et tous les autres candidats. Il aurait dû conduire les personnes dépouillant les offres, dans une moindre mesure, la CAO qui n'a pas été informée de manière complète sur ce point, et enfin le directeur d'établissement à s'interroger sur le jeu réel de la concurrence.

[2147]

[REDACTED]

[REDACTED] :

- [REDACTED] ;
- [REDACTED] .

[2148]

[REDACTED]

[2149] Le total de l'acte d'engagement n'est pas conforme au calcul à partir de ses dispositions et du montant des prestations retenues. Le montant figurant au marché est de 699.393 €HT nous n'avons pas retrouvé ce chiffre à partir de la proposition financières jointe à l'acte d'engagement.

Tableau 252 : Calcul du montant du marché

	Nb UO	Unitaire		Compte tenu nombre UO	
		jours	coût ht	Jours	coût ht
Offre de base		388	422800	388	422800
impacts sur l'organisation	1	28,3	32706	28,3	32706
Séquencement des transformations	1	38,5	44517	38,5	44517
cadrage des réorganisations des services cliniques	1	59,5	63361	59,5	63361
support animation dialogue de gestion	1,5	29,5	28952	44,25	43428
élaboration des procédures à dimension globale	1	33,9	37404	33,9	37404
support à la mise en application des procédures	1	35,3	38963	35,3	38963
suiti des mesures des 5 axes du PREF	1	35	45813	35	45813
Sous total UO retenues			291716	274,75	306192
Total			714516	662,75	728992
Ecart par rapport au montant acte engagement			15 123		29 599

Source : IGAS

#### 4.1.1. L'exécution du marché

[2150] Le tableau joint l'annexe définit les livrables prévus. Il a été demandé au CHIPS de fournir les livrables produits. Cette demande a été satisfaite par la transmission d'une masse de fichiers non ordonnés et non reliés aux livrables prévus par le marché. Notre demande subséquente de disposer d'impressions des livrables prévus par le marché ou de ce qui y correspondait n'a pas été satisfaite.

[2151] Si le marché a effectivement fait l'objet d'une réelle prestation des consultants il n'a pas fait l'objet d'un suivi de réalisation calé sur les livrables prévus par les documents contractuels.

**Réponse de** [REDACTED] :

[REDACTED]

Observation de la mission :**5. MARCHE COMPLEMENTAIRE 09-811****5.1. La passation du marché**

- [2152] Il s'agit d'un marché négocié en application de l'article 35-5 d'un montant de 293.000€HT. La justification de la procédure dans le CCP reprise dans le rapport de présentation est la suivante : « *l'exécution des prestations prévues au marché initial ont mis en évidence la nécessité d'études complémentaires imprévisibles et indispensables à l'aboutissement complet du projet d'établissement* ». Le CMP suppose que les deux conditions soient remplies. Les circonstances doivent être imprévues c'est-à-dire qu'elles ne pouvaient pas entrer raisonnablement dans les prévisions des parties lors de la conclusion initiale du contrat. A contrario des prestations même complémentaires si elles étaient programmées ne rentreraient pas dans cette hypothèse.
- [2153] Les prestations figurant à l'article 7 du CCAP et reproduite ci-dessous sont de trois types.
- « *L'apport d'une assistance à la mise en place du dialogue de gestion entre la DAF (...) la direction générale et les pôles en y intégrant le suivi du PREF* » ;
  - « *l'appui à l'évolution et à la refonte du cahier des charges de la fonction de secrétaire médicale au sein de l'établissement, l'appui à sa mise en œuvre progressive conformément au schéma initial et de façon à favoriser la réalisation des recettes issues de l'activité* » ;
  - « *L'appui à la formalisation du projet médical par l'établissement de scénarios supplémentaires* ».
- [2154] Les deux premiers n'ont pas de lien direct avec l'élaboration du projet médical de l'établissement puisqu'il s'agit « *d'une assistance à la mise en place du dialogue de gestion* » et de l'appui à la refonte de la fonction de secrétaire médicale. Seul le troisième point a le même objet que le marché initial puisqu'il consiste à « *l'appui à la formalisation du projet médical par l'établissement de scénarios supplémentaires* ».
- [2155] L'établissement a apporté les explications suivantes (note [REDACTED] transmise par mail) :
- [2156] « Le volet « stratégie médicale » a fait l'objet d'une exécution qui est retracée dans le livrable remis par Capgémini : une étude d'attractivité (données PMSI 2007), un diagnostic performant sur les activités médicales contenant certains indicateurs de comparaison nationaux (DMS, taux d'occupation MCO, productivité médicale, PMCT, productivité Imagerie), des fiches PREF relatives au développement d'activités bénéficiaires non encore présentes dans le portefeuille d'activités de l'établissement, ont été établies.
- [2157] Toutefois certains éléments nécessaires à la réalisation complète et normale d'un projet médical n'ont pas été finalisés, notamment le bilan du précédent projet médical devant fonder le projet 2010-2015 puisque exécutable dans les mêmes conditions (bi site), la mise en œuvre d'une démarche projet participative avec les responsables de pôles, chefs de services et encadrement soignant, établissant de manière réaliste au regard de certaines contraintes, les lignes d'évolution médicales pour la période de transition (positions politiques des élus, rareté de certaines ressources soignantes et médicales, situation financière limitative de l'établissement ne permettant pas la mise en œuvre de toutes les hypothèses, ex : installation TEP).

[2158] Les explications à cette réalisation incomplète sont de plusieurs ordres, la rupture de continuité au niveau de la direction des affaires médicales (départ rapide en détachement de Mme Mery en avril et prise de CET préalable), la nécessité de concevoir un contenu de projet médical tenant compte d'éléments nouvellement identifiés telles que la pénurie de certaines ressources paramédicales (déficit IDE, IBODE, IADE, manipulateurs radio), de certaines spécialités médicales (anesthésistes en particulier), la difficulté à analyser l'opportunité de certains choix médicaux en l'absence d'analyse financière fiabilisée (ex : coût / avantage d'une réanimation bisite plus importante en nombre de lits qu'un seul site), et à dialoguer avec les chefs de services en l'absence de tableaux de bords, dont la conception et production était un autre volet dudit marché.

[2159] C'est dans cet objectif, qu'un marché complémentaire portant sur plusieurs éléments a été signé avec Capgémmini le 10 août 2009, avec un volet intitulé « formalisation du projet médical ».

[2160] Ces éléments, en dépit de leur réalité, ne nous semblent pas constituer des circonstances imprévues qui ne pouvaient pas entrer raisonnablement dans les prévisions des parties lors de la conclusion initiale du contrat. Les difficultés de gestion de l'établissement étaient connues et non imprévisibles. Le départ de la directrice des affaires médicales n'était pas imprévisible.

## 5.2. Exécution du marché

[2161] La proposition n'est pas claire concernant les obligations de Cap Gemini en matière de livrables peu précises dans l'offre de la société. Elle décrit tout d'abord les livrables du projet dans sa proposition, puis un tableau de planning indique, parmi les livrables, ceux qui sont produits ou formalisés par Cap Gemini. Il aurait été au minimum nécessaire de demander des précisions sur la portée exacte de l'engagement contractuel.

[2162] Nous avons demandé que nous soient fournis les livrables prévus à chaque étape et en particulier ceux qui ont été produits ou formalisés par le titulaire. Il n'a pas été satisfait à cette demande.

Tableau 253 : Prestations et livrables

	Livrables étape	Formalisé ou produit par CG dans tableau planning
Appui au dialogue de gestion	Compte rendu des réunions de suivi d'avancement des tâches confiées à la DAF par la DG Compte rendu et propositions d'actions résultant du travail de proximité avec la DAF et des réunions avec les pôles	Formalisation de documents
Déploiement de la nouvelle organisation des secrétariats médicaux	Mise en place de la nouvelle organisation sur les pôles pilotes ; description de l'état après réorganisation Retours d'expérience Formalisation d'un planning de déploiement de la nouvelle organisation sur l'ensemble des pôles Formalisation précise des différentes tâches opérationnelles à accomplir pour mener à bien le déploiement	Déploiement des services pilotes Retour d'expérience Formalisation détaillée des pré-requis au déploiement
Finalisation projet médical	Analyses détaillées sur quelques sujets complexes (réanimation, IRM, bloc chirurgical, ;...) Formalisation du projet médical Mis en forme de synthèses de communication	Soutien à la formalisation

Source : Proposition de la société

[2163] Le coût journalier du consultant qui est de 1100 € dans le marché initial (1.090 pour la prestation de base, 1.114 pour les compléments) passe à 1200 €(+9%).

**Réponse de [REDACTED] :** 4/ Les § 2151 à 2162 concernent un marché complémentaire au marché intitulé « projet d'établissement », je n'ai pas d'observations complémentaires à celles que j'avais précédemment données, et qui sont retranscrites dans l'extrait du rapport. L'appréciation du caractère imprévisible et indispensable à l'aboutissement complet du projet d'établissement, dont le volet « projet médical » n'est qu'un des différents éléments réglementaires, paraissait établie au vu des éléments cités dans ma réponse initiale.

**Observation de la mission :** La réponse n'apporte pas d'éléments nouveaux les observations sont maintenues.

## 6. CONSULTANTS INTERVENUS

[2164] Nous avons demandé à l'établissement la liste des consultants intervenus, la liste est le reroutage d'un mail de réponse de Capgemini.

Tableau 254 : Liste des consultants intervenus

Consultants	mn audit	DIM codage	pers facturation	AO projet médical	Marché complémentaire
			X		
	x			X	
	x				
	x			X	
	x				
	x				
	x				
				X	
				X	
				X	
				X	
	x				
		X			
		X			
		X			
				X	X

Source : Cap Gemini

[2165] Une équipe est constituée pour la première prestation audit une équipe. Une seconde équipe vient renforcer pour l'audit du codage. Pour la troisième prestation Cap gemini conserve deux consultants et fait venir trois personnes nouvelles.

[2166] Par contre l'équipe du marché sur le projet médical est quasi exclusivement constituée de personnes ayant travaillé sur les trois marchés antérieurs. Sur les neuf consultants qui ont travaillé sur l'appel d'offres projet médical : un avait travaillé sur les trois marchés précédents, trois sur deux de ces marchés et quatre sur le marché antérieur sur la facturation.

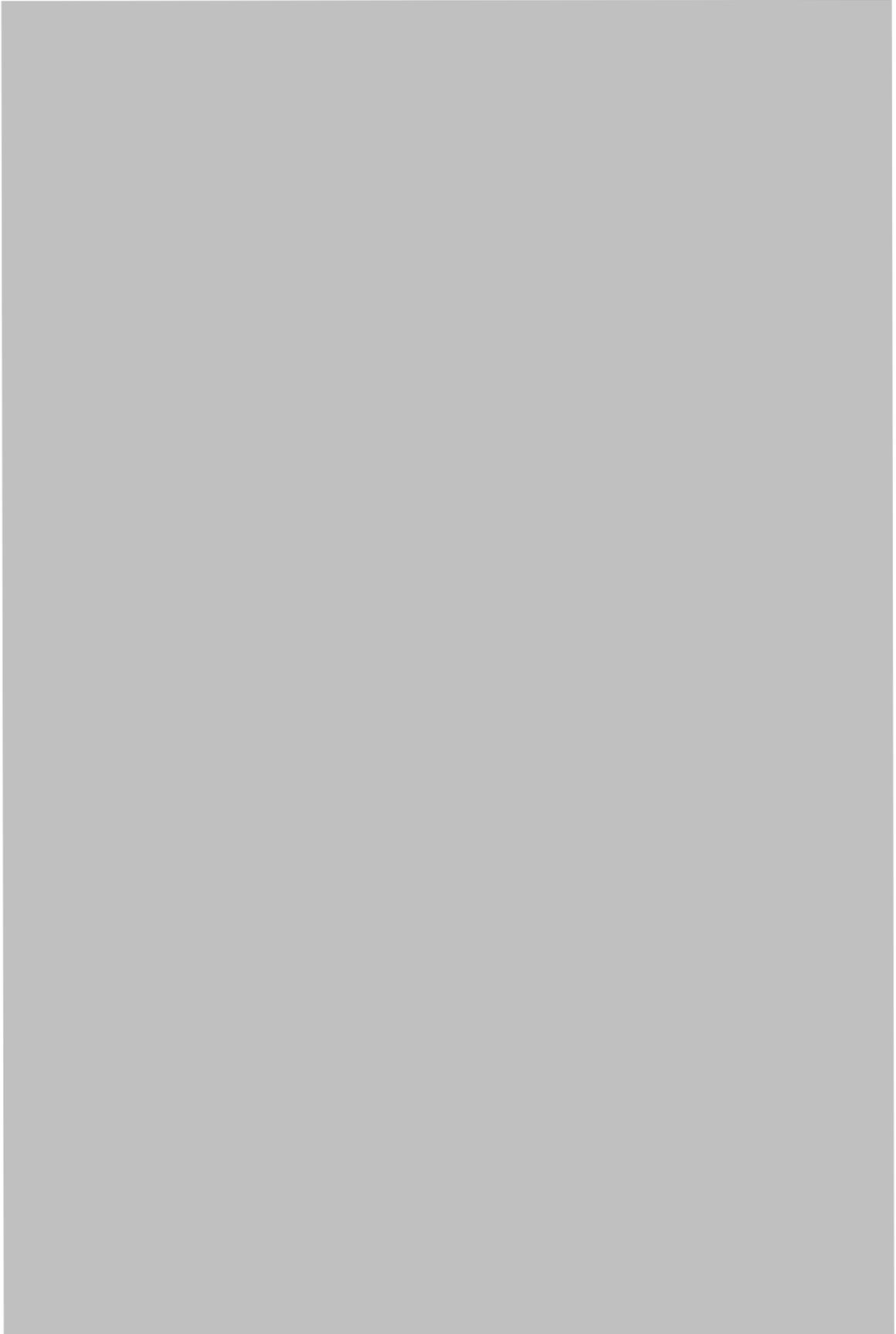


Tableau 255 : Prestations et livrables marché projet d'établissement

Projet médical et économique	Offre base	Description détaillée des activités du projet médical	Fiche identité chaque service XL Objectifs activité et moyens XL Organisation médicale PWP Document Word détaillant la stratégie de l'établissement et des spécialités
	offre base	Description détaillée des activités du modèle économique	Modèle XL de simulation économique pur chaque spécialité basés sur la comptabilité économique Mode emploi outil Excel de simulation économique PWP décrivant les scénarios et paramètres impactés Supports de formation pwp pour services
	1b	impacts sur l'organisation	Détail des impacts sur les organisations des services filières pôles
	1C	Séquencement des transformations	Planification globale des transformations en cohérence avec le PREF
	1d	cadrage des réorganisations des services cliniques	Fiche action Planification globale mesures à mettre en œuvre en 2009 Fiches de suivi des bénéfiques
Gouvernance organisation outils de pilotage	Offre base	Cadrage et conception gouvernance description détaillée activités	Diagnostic des instances Synthèses des préconisations et de la législation Schéma dispositif organisation cible Charte fonctionnement instances Trame supports types par instance Planning prévisionnel réunion
	Offre base	Mise en place conception outils suivi transformation	Maquette tableau bord animation instances Guides utilisateurs et alimentation
	2g	support animation dialogue de gestion (appui ponctuel)	Supports de formation Supports et compte rendu réunion
Maîtrise recettes	Offre base	Déploiement dans les pôles des organisations de maîtrise de recettes	Les livrables définis sont ceux du chantier dont les activités sont définies en co-production
	3B	élaboration des procédures à dimension globale	Idem
	3c	support à la mise en application des procédures	Idem
	Pd	suivi des mesures des 5 axes du PREF	Idem

Source : Proposition de la société





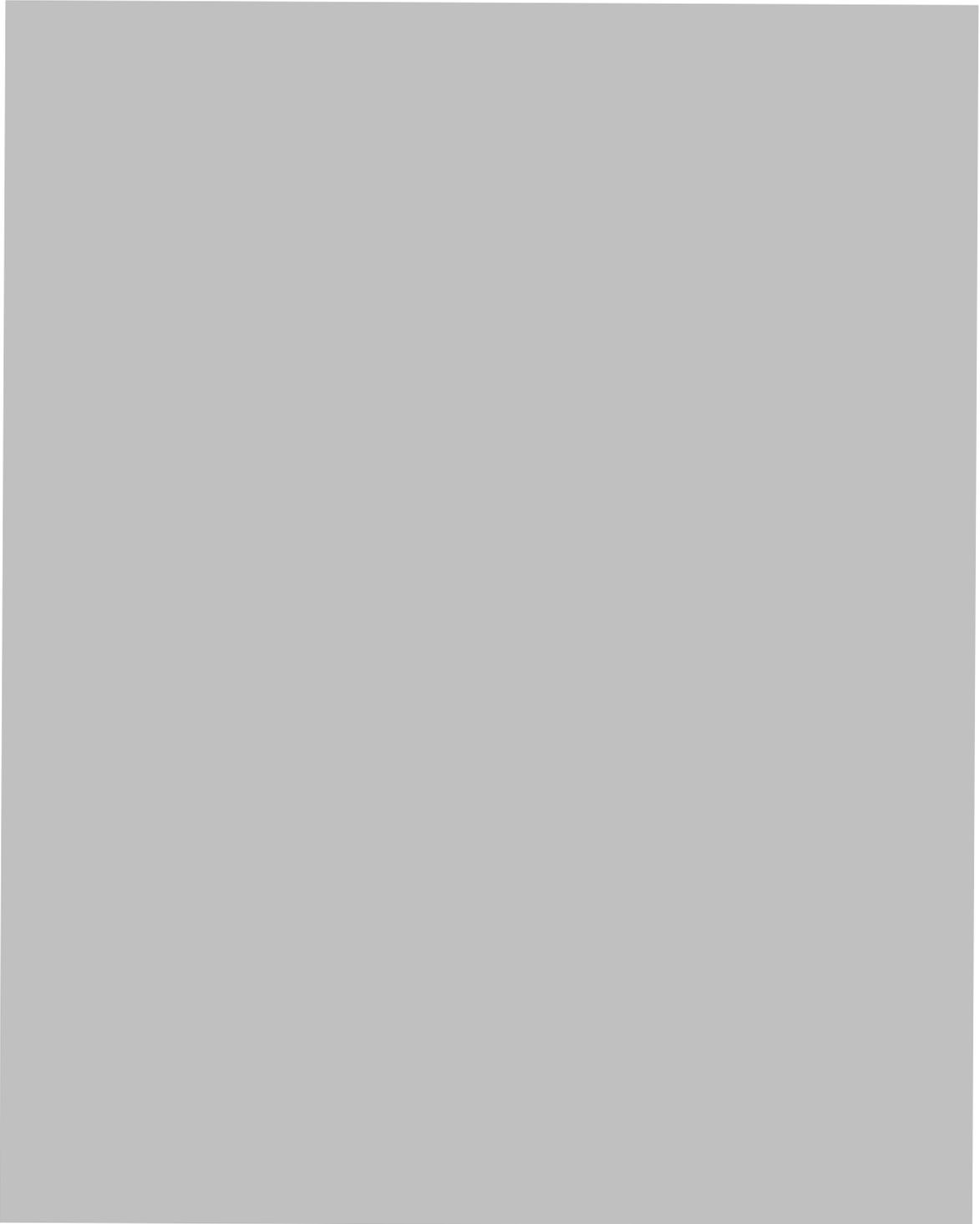


comparaison des moyens humains mis en œuvre pendant la durée du contrat par chacun des concurrents.

Je ne suis pas en possession de ce second rapport, qui a été conservé par

Je vous prie de croire, Monsieur L'Inspecteur Général, en l'assurance de mes sentiments les plus respectueux.







## Annexe 11.7 : Marchés d'intérim 2005-2009

[2167] Nous avons examiné la passation des 14 marchés d'intérim exécutés entre 2005 et 2009. Leur liste figure dans le tableau ci-dessous.

Tableau 256 : Liste des marchés d'intérim (2005-2009)

Année exécution	Type	N°	Titulaire	Calendrier initial	Montant
2005	Lot unique - marché à bons de commande	272/04	Appel Médical	1/6/04 au 31/05/05	0,8
	Lot unique - marché à bons de commande - marché complémentaire	307/04	Appel Médical	1/11/04 au 31/12/04	0,2
2006	Lot unique - marché à bons de commande	217/05	Appel Médical	1/11/05 au 31/10/06	1,2
2007	Marché à bons de commandes - alloti (5 lots)	269/06 270/06 271/06 272/06	Appel médical- Quick medical JMB Manpower	11/12/06 au 31/12/07	1,2
	marchés complémentaires	437/07 439/07	Appel médical- JMB	1/1/07 au 31/12/ 07	0,6 0,1
2008	Marché alloti à bons de commande	02/08 03/08 04/08 05/08 06/08	Appel médical- Quick médical JMB- Intermedis - EIS	1/01/08/ - 31/12/08 renouvelable 2 fois (un an)	1,8 annuels
2009	MAPA - bons de commande	09/9024	Appel médical	3 ans - a/c du 1/1/2009	2,5 maximum

Source : IGAS

[2168] **Pour 2005**, un marché n°272/04, couvrant la période du 1er juin 2004 au 31 mai 2005, est adressé le 16 juillet 2005 (mais la notification n'est réceptionné que le 23 août par le prestataire) à la société Appel médical, pour un montant de 800 000€

[2169] Un marché dit « complémentaire » n°307/2007 est signé le 9 mars 2005 par le directeur pour un montant de 200 000€ pour couvrir un besoin complémentaire du 1er novembre au 31 décembre 2004, donc antérieur à la notification. Ce marché « complémentaire » est attribué à la même société Appel médical sans mise en concurrence, l'établissement s'appuyant sur l'art 35 – III-1 b du code des marchés publics alors en vigueur, qui prévoit cette possibilité lorsque les prestations complémentaires sont devenues nécessaires, à la suite d'une circonstance imprévue, à l'exécution du service, à condition que l'attribution soit faite à l'entreprise qui exécute ce service lorsque ces services ou travaux complémentaires ne peuvent être techniquement ou économiquement séparés du marché principal sans inconvénient majeur pour la personne publique.

- [2170] La circonstance imprévue n'apparaît pas constituée car elle résulte, pour l'essentiel, d'un défaut de suivi et d'anticipation de l'établissement, et *aucune explication n'est fournie pour la justifier*. En tout état de cause **le caractère postérieur du marché à la période d'exécution doit le faire considérer comme irrégulier**. Il a pourtant été visé par la DDASS.
- [2171] **Pour 2006** un nouvel appel d'offres est publié en juillet 2005 pour couvrir les besoins de la période du 1er novembre 2005 au 31 octobre 2006. Là également, les critères sont mentionnés, mais non leur pondération. La commission d'appel d'offres fait son choix le 11 octobre 2005 parmi les 5 offres reçues, toujours au profit d'Appel médical, pour un montant de 1,2 M€ La notification n'interviendra toutefois que le 9 décembre 2005 ; une attestation signée du directeur indique alors reporter la réalisation du 11 décembre 2005 au 10 novembre 2006. Les dépenses sont supérieures au montant du marché ; elles font l'objet de commandes directement passées par l'établissement (DRH/DSSI) aux prestataires du dit marché.
- [2172] **Pour l'année 2007**, l'appel d'offres est publié en octobre 2006 ; les critères de choix sont précisés de même que la pondération (délai 40% - qualité de l'offre technique 35%- prix 25%); la commission d'appel d'offres retient plusieurs prestataires, d'un marché par lots, pour un montant total de 1,6M€
- [2173] Deux marchés complémentaires sans mise en concurrence font l'objet d'une Commission d'appel d'offres du 15 janvier 2008 et sont transmis à la DDASS le 11 février 2008. L'établissement fait une nouvelle fois référence à leur caractère indispensable pour faire face à l'augmentation des dépenses d'intérim et les difficultés financières et d'organisation que poserait un changement de fournisseur : vu le caractère répétitif de l'imprévu, la régularité de ce recours à cette disposition du code est plus que douteuse, d'autant qu'elle ne s'accompagne d'aucune justification précise de l'établissement. Ces marchés concernent clairement une exécution 2007, sans qu'il soit pourtant fait référence aux marchés initiaux, ce que la DDASS ne peut manquer de souligner ; elle demande également par bordereau du 4 avril 2008 une explication quant aux difficultés techniques et économiques justifiant cette nouvelle procédure.
- [2174] La réponse de l'établissement est éclairante s'agissant de la désorganisation interne du suivi des dépenses en la matière : la directrice de la DAHLB y explique l'absence de travail conjoint entre la DRH d'une part, et sa propre direction, reconnaît le retard pris pour transmettre les dits marchés à la DDASS en l'expliquant par le temps pris « à réaliser l'ampleur du problème » et « à estimer la catastrophe ». Elle n'est toutefois que le dernier maillon d'une procédure qu'elle ne maîtrise pas, puisque les bons de commande sont émis par la DSSI et les factures transmises également par cette direction. Il lui appartient, par contre, de traiter le problème.
- [2175] Les factures étant toutefois arrivées et correspondant à un service fait, le choix d'un marché de « régularisation » a donc été convenu pour pouvoir payer ses factures, en accord avec l'établissement avec la trésorerie générale.
- [2176] Des factures sont en outre réglées hors marché en 2007 à trois prestataires pour un montant total de 278 226,00€
- [2177] **Pour l'année 2008** un nouveau marché est publié en octobre 2007. Il s'agit d'un marché alloué, renouvelable 2 fois (soit 3 ans au total), pour un montant annuel de 1,8 M€ somme qui n'est d'ailleurs pas celle figurant sur le RC ni le CCTAP (1,6M€). La trésorière s'interrogera sur le montant exact du marché, compte-tenu des montants estimatifs différents figurant entre les documents de consultation et la transmission à la DDASS; un message interne de l'établissement indique que c'est bien 1,8M€ qu'il faut retenir, que des marchés complémentaires seront faits si nécessaires. La dépense constatée fin 2008 (2,55M€) excède le marché initial ; il n'y a pas eu de marchés complémentaires, mais poursuite de la délivrance de bons de commande adressés sous forme de télécopie aux mêmes sociétés au-delà du montant prévu du marché.

- [2178] **Pour 2009** Un nouveau marché en procédure adaptée (art 30 – demande de la DDASS) est publié pour une durée de 3 ans à compter du 1er janvier 2009, pour un montant maximum total de 2,5 M€. Le précédent marché, initialement conclu pour un an renouvelable, n'a pas été reconduit et les prestataires ont été informés de ce non renouvellement à l'issue de l'exécution de la première année (soit 2008), sur la base de l'application de l'article 16 du CMP.
- [2179] S'agissant d'un marché en procédure adaptée, il n'est pas soumis au contrôle de légalité de la tutelle. La mission constate que les formalités ont été respectées, à ceci près que le rapport d'analyse des offres ne mentionne que le critère économique comme ayant permis de retenir l'offre la plus avantageuse, alors que le cahier des charges mentionne ce critère à égalité avec le critère de délai de mise en œuvre.
- [2180] Toutefois, ce rapport final fait suite à une première analyse des offres qui a conduit, sur la base de prestations identiques en matière de délai, à négocier avec deux candidats ; c'est au terme de cette négociation que le rapport final procède au choix des offres. Dès lors, il ressort des tableaux figurant au dossier que les deux critères ont bien été analysés, et que c'est, ensuite, le critère du prix qui a fait la différence. Le montant des dépenses d'intérim 2009 (964 298€) est supérieur à la tranche théorique annuelle est de 833 K€; compte tenu de la tendance forte constatée à la baisse et de la politique affichée de diminuer le recours à l'intérim par l'embauche de vacataires, il apparaît néanmoins que l'établissement devrait être en mesure de tenir le montant du marché sur trois ans. Les « bons de commande » sont émis par la direction des soins, sur la base d'une délégation de signature fournie pour compter du 6 mai 2008. Les bons présentés à la mission ne présentent en revanche pas le caractère d'une commande mais plutôt d'un constat de service fait.
- [2181] Au total sur les quatorze marchés examinés les trois marchés complémentaires sont irréguliers car le recours à la procédure n'est pas justifié ; de plus en 2006, 2007 et 2008, des prestations au-delà du montant des marchés sont payés sur factures à des prestataires.

Tableau 257 : Irrégularités relevées sur les marchés d'intérim

Année passation	Type	N°	Titulaire	Irrégularité
2004	Lot unique - marché à bons de commande	272/04	Appel Médical	
	Lot unique - marché à bons de commande - marché complémentaire	307/04	Appel Médical	Procédure non justifiée
2005	Lot unique - marché à bons de commande	217/05	Appel Médical	Prestations hors marché aux titulaires
2006	Marché à bons de commandes - alloti (5 lots)	269/06 270/06 271/06 272/06	Appel medical Quick medical JMB Manpower	Prestations hors marché 278 K€
	Marchés complémentaires	437/07 439/07	Appel médical JMB	Recours procédure non justifié
2007	Marché alloti à bons de commande	02/08 03/08 04/08 05/08 06/08	Appel médical Quick médical JMB- Intermedis EIS	Commandes au-delà du montant du marché
2008	MAPA - bons de commande	09/9024	Appel médical	

Source : IGAS

Tableau 258 : Marchés d'intérim

	Type	N°	publication	nb d'offres	CAO	retenu	calendrier initial	montant	visa DDASS	notification	dépenses totales d'intérim
2005	Lot unique - marché à bons de commande	n°272/04	20/3/2004 JOCE 25/3/04 BOAMP	6	27-mai-04	Appel Médical	1/6/04 au 31/05/05	800 000,00	8-juil.-04	16/07/2004	2 040 518,31 €
	Lot unique - marché à bons de commande - marché complémentaire	n°307/2004	complémentaire - art 35 III-1		08-mars-05	Appel Médical	1/11/04 au 31/12/04	200 000,00	15-avr.-05	18-mars-05	
2006	Lot unique - marché à bons de commande	n° 217/05	13/07/05 JOCE 13/07/05 BOAMP	5	11-oct-05	Appel Médical	1/11/05 au 31/10/06	1 200 000,00	24-nov-05	11-déc-05	1 890 706,51 €
2007	Marché à bons de commandes - alloti (5 lots)	n° 269/06 Appel Médical n°270/°06 QMS n° 271/06 JMB n° 272/06 Manpower	27/10/06 JOUE 27/10/06 BOAMP	4	12-déc-06	Appel médical-Quick mediacel service - JMB-Manpower	11/12/06 au 31/12/07	1 200 000,00	20-févr-07	16-janv-07	2 611 435,71 €
	marchés complémentaires	n° 437/07 Appel Médical n°439/07 JMB	complémentaire - art 35-II-5 CMP		15-janv-08	Appel médical-JMB	1r janv 07-31 déc 07	600 000,00 +100 000,00	pas de visa au dossier - questions de la DDASS à/c 4 avril 08	15-févr-08	
2008	Marché alloti à bons de commande	02/08 Appel M. 03/08 Quick MS 04/08 JMB n°05/08 intermedis n°06/08 EIS	5/10/08 JOUE 5/10/08 BOAMP	8	14 dec 07 - 21 dec 07	Appel médical-Quick mediacel service - JMB-Intermedis - EIS	1er janv 08/31/12/08 renouvelable 2 fois (un an)	1 800 000,00 annuels	28-janv-08	02/01/2008 sauf Interim 3 janv 06	2 555 225,01 €
2009	MAPA - bons de commande	n°09/9024 Appel Médical	6 nov 08 JOUE et BOAMP	2	non daté - rapport du 12/02/09	Appel médical	3 ans - a/c du 1/1/2009	2,5 M€ max sur la durée du marché (3 ans)	s.o	29 déc 08	964 298,20 €

## Annexe 11.8 : Analyse des marchés passés avec la société KONE

[2182] Ce fournisseur a été choisi car il figure parmi les plus importants du CHIPS pendant la période sous contrôle.

[2183] Nous avons demandé les marchés passés avec lui pendant la période 2005-2009, un dossier que nous espérons complet nous a été fourni, après une seconde demande lorsque nous avons pointé sur les exploitations des données de liquidation la liste des marchés visés et demandé expressément ceux qui ne nous avaient pas été fournis lors de notre première demande.

[2184] Les dossiers fournis sont particulièrement mal rangés ; ils mélangent les pièces relatives à la passation et à l'exécution et parfois des pièces d'autres marchés. Les offres des autres concurrents ne sont pas conservées avec le marché et n'ont pas été fournies, sauf demande expresse.

### 1. UN FOURNISSEUR IMPORTANT ET ANCIEN

[2185] La société KONE est un fournisseur ancien qui a assuré l'installation, la rénovation, l'entretien et la maintenance des ascenseurs du CHIPS depuis de très nombreuses années, un des documents examinés fait état d'une intervention datant de 1981.

[2186] Un marché important, celui de l'entretien et de la maintenance, date de 2002, il a été passé selon la procédure de l'appel d'offres, ouvert un marché à tacite reconduction, d'une durée de 5 ans du 1/3/3002 au 27/2/2007. En 2007, un avenant a été signé pour un mois du fait que l'AOO en cours n'était pas prêt. Les autres marchés concernent des opérations spécifiques.

[2187] Les dépenses faites au profit de ce fournisseur sont importantes et régulières.

Tableau 259 : Montants liquidés société KONE (2005-2007)

Marché	2005	2006	2007	2008	2009
	39 782	33 945	24 953	25 211	470 772
20139	122 518	125 735	31 886		
50185	178 571	640 849			
60091		66 513	5 251		
60247			243 061		
70233			314 858	149 535	
79012			77 015		
Total	340 871	867 042	620 010	174 746	470 772

Source : *Exploitation des données de liquidation*

[2188] Si les montants liquidés sont sans doute exact la répartition par marchés en 2009 est sans aucun doute inexacte il paraît peut probable qu'il y ait eu 471 K€ de prestations hors marché en 2009, compte tenu des marchés antérieurs encore en cours d'exécution. La capacité de l'établissement à utiliser son système d'information pour fournir des données fiables est là aussi en cause.

## 2. HISTORIQUE DES CONSULTATIONS

[2189] Six marchés nous ont été fournis sur la période dont le marché 2002/139 qui a été exécuté jusqu'en 2007. Pour chacun de ces marchés attribués à la société KONE nous avons relevé les offres présentées.

Tableau 260 : Historique des offres présentées lors des consultations

Marché		Montant TTC	Offres présentées
02/139	Entretien maintenance et mise en sécurité	591 000	KONE
05/185	Rénovation ascenseurs	634 000	KONE OTIS
06/91	Construction centre radiothérapie lot 14 ascenseurs	70.000	THYSSEN OTIS ALMA EURO ASCENSEURS KONE
06/247	Rénovation deux ascenseurs à Saint Germain	254 000	KONE
07/9012	Modernisation cabinet ascenseur maison retraite Hervieux	77 000	KONE
07/233	Entretien maintenance travaux sécurité et modernisation	1 019 000	OTIS KONE

Source : *Exploitation IGAS documents CHIPS*

[2190] Nous avons examiné la passation de quatre des cinq marchés passés pendant la période sous contrôle.

## 3. MARCHE 185/2005 RENOVATION D'ASCENSEURS

[2191] Le marché est passé sous forme d'un marché de conception réalisation avec une procédure de concours. L'objet est « travaux de modernisation et de rénovations de plusieurs ascenseurs », le programme technique confirme qu'il s'agit de réparation « les appareils concernés sont réparés successivement de 1 à 5 » (préambule) « le titulaire doit tous les travaux de fournitures et de mise en œuvre des équipements nécessaires à la modernisation des 5 appareils, à leur mise en sécurité ».

[2192] Trois sociétés présentent leur candidature qui est retenue, deux présentent une offre.

Tableau 261 : Offres

Société	Offre TTC
KONE 1	489 428
KONE 2	633 880
OTIS	875 413

Source : PV jury

[2193] Il n'a pas été fourni d'analyse des offres précise. Les éléments explicatifs du classement fait par le jury sont plus que sommaires. Il n'y pas trace de la manière dont le jury a classé les offres en respectant les critères définis c'est-à-dire : respect du programme de l'opération, qualité de fonctionnement et mode opératoire envisagé (..) afin de réaliser les travaux, qualité technique (..), compatibilité avec l'enveloppe financière, respect du planning.

[2194] L'offre retenue n'est pas la moins couteuse qui prévoit la « simple » modernisation des cinq ascenseurs mais la seconde qui prévoit « *la modernisation complète de deux appareils et le remplacement de trois autres* ».

[2195] Le jury estime que cette proposition « *apparaît répondre en tout point au programme défini* ». Nous n'avons pas la même opinion et considérons que le remplacement d'ascenseurs ne correspond pas « en tout point » à un programme dont l'objet était des travaux de modernisation et de rénovation. Nous pensons que la proposition acceptée s'écarte très sensiblement des caractéristiques du marché.

[2196] Or la jurisprudence considère que les variantes ne peuvent, s'écarter trop sensiblement des caractéristiques du marché figurant dans les documents de consultation. Ainsi dans sa décision TA de Toulouse, 23 avril 2007, n°0701739, Société M. le juge administratif précise qu'en l'absence de dispositions le prévoyant expressément dans l'avis d'appel à la concurrence, même lorsque les candidats sont autorisés à présenter des variantes, ces dernières ne peuvent, s'écarter trop sensiblement des caractéristiques du marché figurant dans les documents de consultation. En l'espèce doit être considérée comme irrégulière la décision d'un pouvoir adjudicateur de retenir une offre comportant une variante prévoyant la fourniture de matériel reconditionné alors que le cahier des charges indiquait que le matériel proposé devait être neuf.

[2197] La prestation retenue apparaît trop différente de la prestation prévue au cahier des charges pour être considérée comme une variante autorisée.

#### **4. MARCHE 91/2006 CONSTRUCTION CENTRE DE RADIOTHERAPIE LOT 14 ASCENSEURS**

[2198] Le marché est passé sous la forme d'un marché négocié avec mise en concurrence il est un des lots d'une consultation globale qui n'a pas été auditée.

[2199] Les critères de jugement des offres sont par ordre décroissant : la valeur technique de la prestation, le délai d'exécution, les prix des prestations, l'exhaustivité de la réponse au CCTP, les coûts d'entretien et d'utilisation.

[2200] On peut s'interroger sur la pertinence du critère de « *l'exhaustivité de la réponse au CCTP* » dès lors que pour être acceptable une offre doit lui être conforme.

- [2201] La CAO classe l'offre de la société KONE en 1<sup>er</sup> et propose de la retenir « sur la base de la solution économique présentée pour un montant de 58 540 €HT soit 70.013,84 €TTC (montant inférieur aux 55.000 €HT soit 65780 € TTC d'estimation prévisionnelle de dépenses), laquelle répond en tout point et de façon conforme au DCE ». Cette CAO du 12 janvier 2006 se tient sous la présidence de M. BUISSON.
- [2202] Un rapport d'analyse des offres a été fait par un prestataire. Ce rapport ne reprend pas dans son classement les critères de jugement des offres puisque le tableau produit ne reprend que la valeur technique et le prix. Toutes les sociétés ont sur ces critères la même appréciation « bonne » pour la valeur technique « moyen » pour le prix.
- [2203] Le rapport montre que l'offre de base faite à (58 450€HT) n'est pas conforme au CCTP car la vitesse est de 0,5m/s au lieu de 0,63 m/s et la cabine en habillage filmé au lieu de stratifié. La variante proposée par la société est elle conforme au cahier des charges mais plus coûteuse (67 470 €HT).
- [2204] In fine la CAO propose et le directeur retient l'offre la moins coûteuse non-conforme au CCTP et qui de ce fait n'aurait pas du être retenue.
- [2205] On peut arguer que cela ne modifie pas le classement des sociétés car l'offre KONE conforme au CCTP était aussi la moins chère, mais cela ne prend pas en compte le fait que les autres sociétés n'ont pas eu la possibilité de présenter une offre avec un ascenseur d'une vitesse moindre que celle prévue au CCTP et qui aurait donc pu être d'un coût moindre.
- [2206] L'acte d'engagement est signé du 29/1/2006
- [2207] La procédure apparaît irrégulière car la proposition retenue n'est pas conforme au cahier des charges.

## **5. MARCHE 247/2006 RENOVATION DE DEUX ASCENSEURS A ST GERMAIN**

- [2208] Le règlement de la consultation de l'appel d'offres original envoyé à la DDASS et figurant au dossier est la réutilisation d'un document antérieur que le CHIPS n'a pas pris la peine de modifier mais sur lequel ont été portées des modifications manuscrites changement du site, remplacement de cinq par deux pour le nombre d'ascenseurs etc... La version mise au propre figure dans le dossier du marché 233/2007, avec une autre date réception DDASS.
- [2209] Le marché est un marché de conception réalisation lancé en marché de maîtrise d'œuvre avec concours par référence aux articles 37 et 69 du CMP. L'enveloppe financière est estimée à 230.000€TTC dans le règlement de la consultation ; dans le programme il est indiqué « *le budget d'investissement maximum fixé pour cette opération est de 200.000 € TTC (valeur mars 2006) y compris les frais d'honoraires du maitre d'œuvre* ». Entre les deux documents le budget n'est plus impératif et son montant a été accru.
- [2210] Il concerne la rénovation de deux ascenseurs du site de Saint Germain en Laye. La maintenance de ces ascenseurs est assurée depuis 25 ans (1981) par la société KONE (réponse de la société).
- [2211] Le marché comporte deux lots : 1 installation de chantier et de démolition et 2 travaux de modernisation des appareils de levage. Les prestations sont à la fois des prestations de maîtrise d'œuvre et de travaux de rénovation des ascenseurs. Il aurait pu être envisagé de scinder les deux prestations, ce qui aurait pu permettre au CHIPS de se doter d'une expertise indépendante.

Tableau 262 : Etapes de la procédure

Date	Etape
15/2/2006	Envoi à la publication
16/3/2006	Date limite de remise candidatures
5/5/2006	Jury examen des candidatures
29/5/2006	Date limite de remise des offres
20/6/06	Jury ouverture des offres
30/6/06	Jury examen des offres

Source : IGAS d'après dossier CHIPS

- [2212] Quatre candidatures sont reçues, deux d'ascensoristes KONE et OTIS, et deux de cabinets de maîtrise d'œuvre qui, visiblement, n'ont pas compris que la prestation comporte aussi la réalisation des prestations de travaux. Ces candidatures sont écartées. La société OTIS ne présente pas d'offres, de sorte qu'il n'y a qu'une seule offre.
- [2213] Nous avons demandé à la société OTIS les raisons de cette non réponse. Elle ne nous a répondu qu'elle n'avait pas de commentaire à faire.
- [2214] La société KONE fait dans son offre deux propositions l'une de « remise à niveau avec la mise en place de composants neufs selon CCTP » pour un montant de 235845,22 €TTC, l'autre appelée « axe orienté sur le fonctionnement des ascenseurs du pavillon Maurice Petit » comporte non seulement les deux ascenseurs prévus au CCTP mais aussi l'ascenseur visiteur et l'habillage des cabines pour un montant supplémentaire de 65586,25 TTC, soit un total de 254309,07€TTC.
- [2215] Le jury du 30 juin 2006 propose de retenir la deuxième offre de la société KONE aux motifs suivants : « Compte tenu de la première propositions KONE consistant à ne reprendre tout simplement que le changement global des composants des deux monte-malades, en réponse au CCTP, et de la deuxième proposition qui consistait à prendre en compte l'utilisation de l'ensemble des ascenseurs et de l'usage qui en était fait en modernisant de surcroît le monter visiteur, il est apparu opportun aux membres du jury de revoir et d'adapter les habillages des cabines actuels ».
- [2216] Ce choix est justifié par l'application de l'article 50 du CMP de 2004 « En cas d'appel d'offres, sauf disposition expresse contraire figurant dans l'avis d'appel public à la concurrence, les candidats peuvent présenter une offre comportant des variantes par rapport aux spécifications des cahiers des charges qui ne sont pas désignées comme des exigences minimales à respecter dans le règlement de la consultation. Les variantes doivent être proposées avec l'offre de base ».
- [2217] Or la jurisprudence considère que les variantes ne peuvent, s'écarter trop sensiblement des caractéristiques du marché figurant dans les documents de consultation. Ainsi dans sa décision TA de Toulouse, 23 avril 2007, n°0701739, Société M. En l'absence de dispositions le prévoyant expressément dans l'avis d'appel à la concurrence, même lorsque les candidats sont autorisés à présenter des variantes, ces dernières ne peuvent, s'écarter trop sensiblement des caractéristiques du marché figurant dans les documents de consultation. En l'espèce doit être considérée comme irrégulière la décision d'un pouvoir adjudicateur de retenir une offre comportant une variante prévoyant la fourniture de matériel reconditionné alors que le cahier des charges indiquait que le matériel proposé devait être neuf.
- [2218] Dans le cas particulier on peut considérer que prévoir un ascenseur supplémentaire est une modification qui s'écarte sensiblement des caractéristiques du marché. **La prestation retenue apparaît trop différente de la prestation prévue au cahier des charges pour être considérée comme une variante autorisée.**

[2219] Le marché porte sur l'entretien la maintenance et la mise en sécurité des ascenseurs ; il succède au marché de 2002 cité plus haut. Il est passé selon une procédure d'AOO.

Tableau 263 : Etapes de la procédure

Etape	Date
Envoi avis publication	13/12/06
Date remise offre après report	14/2/07
CAO ouverture et examen des dossiers de candidature	20/2/2007
CAO analyse offres	6/3/07

Source : Documents CHIPS

[2220] Les critères de jugement des offres sont classiques.

Tableau 264 : Critères de jugement des offres

Critère	Pondération
Moyens techniques et humains mis en œuvre en entretien préventifs et curatifs	40%
Modalités et délais d'intervention et de remise en état en entretien curatif	30%
Références vérifiables dans le domaine hospitalier	20%
Montant offre et sa décomposition	10%

Source : Documents CHIPS

[2221] Il est annexé au PV de la CAO des documents caractérisant les offres et une cotation des offres selon ces critères rapport de présentation ou de cotation des offres. Le PV fait pas état d'une notation des offres mais d'un ordre de classement.

[2222] La justification des points accordés est pour le moins sommaire et aurait mérité une discussion retracée au PV en CAO ainsi qu'une justification :

- OTIS est mieux coté sur les moyens humains disponibles parce qu'il propose un technicien à demeure pendant les heures et jours ouvrables tandis que KONE prévoit trois techniciens pour les deux sites « a proximité » ;
- Masi ce même choix « explique » sa moindre note sur les modalités d'intervention réactivité alors que l'analyse des offres faite montre que OTIS ne s'engage pas sur un délai de dépannage ce qui aurait été un réel argument pour expliquer sa moindre notation ;
- Délais d'intervention il est indiqué « l'étude comparative » a été faite selon les deux sites en fonction des pannes simultanées cette « étude » n'est pas fournie et on voit mal comment elle a pu être faite, si comme il est indiqué dans le dossier OTIS ne s'engage pas sur des délais d'intervention.

Tableau 265 : Cotation des offres

Critère	Nombre points possible	KONE	OTIS
Moyens humains	2	1	2
Moyens techniques	2	2	1
Délais intervention	1	1	0
Modalités intervention (réactivités)	2	2	1
Références récentes	2	2	2
Montant offre	0,5	0,5	0
Décomposition offre	0,5	0,5	0
Total	10	9	6

Source : Analyse offres

- [2223] Le même document établit une comparaison financière des offres. Les offres apparaissent très différentes au plan financier, notamment pour l'estimation des travaux de modernisation nécessaire (cf. tableau ci-dessous).
- [2224] Or il est apparent que la société qui entretient déjà le matériel est mieux armée pour apprécier les travaux à faire dessus. Le fait que les sociétés candidates ont pu visiter le site ne suffit sans doute pas à supprimer cet avantage.
- [2225] On notera, par ailleurs, que les offres sont présentées de telles manière que les travaux ne sont pas directement comparables. Il aurait été utile de demander des précisions aux sociétés.

Tableau 266 : Comparaison financière des offres

	KONE	OTIS
Prestation entretien maintenance		119 359
Stock pièces		55 375
Prestation entretien maintenance avec stock pièces inclus 1 <sup>ère</sup> année	100 759	174 734
Prestation entretien maintenance avec stock pièces inclus à partir 2 <sup>ème</sup> année	115 487	
Mise en conformité décret 95-826	243 701	122 397
Mise en conformité loi Urbanisme et Habitat		1 369 735
Travaux de modernisation complémentaire	324 577	

Source : Lettre à la société OTIS

- [2226] Au total on note une faible qualité de la justification des choix pour un marché de cette importance. On ne demande pas réellement aux « techniciens » de justifier leurs appréciations et des différences majeures sur l'estimation du montant des travaux ne suscitent aucune interrogation pour un type de marché où le nombre de prestataire est réduit.
- [2227] Toutefois les éléments recueillis ne permettent pas de qualifier de notre point de vue une irrégularité.

## 6. CONCLUSIONS

[2228] Au total nous constatons des irrégularités sur trois des quatre marchés dont la passation a été auditée. Nous sommes dans le contexte d'un fournisseur installé et d'un marché sans doute peu concurrentiel. Le marché 07/233 montre qu'il est peu demandé aux techniciens quant à l'explication de leurs choix.

[2229] La critique faite sur les marchés 05/185 et 06/247 repose sur l'application d'une jurisprudence et peut être discutée au plan juridique. L'irrégularité constatée sur le marché 06/01 est nette ; elle sera justifiée par l'établissement par le souci de retenir une offre moins coûteuse ce qui ne l'empêche pas d'être irrégulière. **Ces trois procédures sont à signaler à l'autorité judiciaire.**

Tableau 267 : Irrégularités constatées

Marché		Irrégularité
05/185	Rénovation ascenseurs	Proposition trop différente du cahier des charges pour constituer une variante
06/91	Construction centre radiothérapie lot 14 ascenseurs	Proposition retenue non-conforme au cahier des charges
06/247	Rénovation deux ascenseurs à Saint Germain	Proposition trop différente du cahier des charges pour constituer une variante
07/233	Entretien maintenance travaux sécurité et modernisation	

Source : IGAS

## Annexe 11.9 : Société RICOH

[2230] Nous avons demandé les marchés passés avec la société RICOH et la justification des commandes faites à cette société sur la période 2005-2009. Les prestations concernent des photocopieurs.

### 1. LES MODALITES D'ACQUISITION OU DE LOCATION

[2231] Nous avons exploité les dossiers par photocopieurs qui nous ont été fournis comprenant les commandes et les contrats par photocopieur. La liste correspond aux photocopieurs qui ont été en service pendant la période sous contrôle. Il s'agit, pour une part, d'achats faits antérieurement, et pour une part de photocopieurs qui ne sont plus en service à la date du contrôle.

[2232] Le recensement ci-dessous montre les modalités d'acquisition ou de location telles qu'elles apparaissent à l'analyse des dossiers fournis.

Tableau 268 : Modalité d'acquisition ou de location

	Contrat location maintenance copie	Pas commande au dossier	Commande sans référence marché	Commande avec référence marché	Don	Total
avant 2005	18	11	30	38	1	98
2005		1	10	12		23
2006				20		20
2007	7			1		8
2008	17					17
2009						0

Source : *Exploitation données CHIPS*

[2233] Ce tableau appelle plusieurs commentaires :

- Avant 2005 dans 40% des cas les commandes font référence à un marché et il existe un nombre non négligeable de contrats de location maintenance avec un coup à la copie ;
- La situation s'améliore en 2005 et surtout en 2006 où toutes les commandes font référence à un marché ;
- Elle se dégrade en 2007 et surtout 2008 où il est fait appel à des contrats copieurs par copieurs sans mise en concurrence.

[2234] En 2009 des matériels ont été achetés auprès de l'UGAP.

[2235] Nous n'avons pas audité la passation des marchés auquel il est fait référence.

## 2. MARCHE PASSE AVEC LA SOCIETE RICOH EN 2009

- [2236] L'objet du marché est la location et la maintenance de photocopieurs il comporte trois lots : photocopieur noir et blanc, photocopieur couleur, logiciel de soumission de travaux à distance et de gestion de flux. Le marché a été passé selon la procédure de l'appel d'offres ouvert ; son montant est de 49 K€ par an, pendant cinq ans soit un total de 246 K€. Trois sociétés ont présenté une offre.
- [2237] Il nous a été présenté un dossier complet rangé comportant des sous chemises identifiées et facile à compiler.
- [2238] La procédure est conduite en 2008 il n'est pas nécessaire de la décrire ici car elle n'appelle pas d'observation. Par contre la motivation du choix appelle des remarques qui ne portent toutefois pas sur la régularité de la procédure.
- [2239] Les critères de jugements des offres sont la qualité technique du matériel et fonctionnalité (35%) fonctionnalité et ergonomie du matériel (10%) qualité de service proposée (maintenance et formation) 25% coût d'utilisation et prix (30%).
- [2240] Le dossier fourni ne comporte pas de document formalisé d'analyse des offres. Il y a une comparaison financière et pour chaque lot un regroupement du questionnaire technique avec le contenu des trois offres « mises en regard ». Le tableau de comparaison figurant dans le compte rendu de la commission d'appel d'offres est le suivant

Tableau 269 : Comparaison offres

Société	Coût d'utilisation et prix 30%	Qualité technique du matériel et fonctionnalité	Fonctionnalité et ergonomie	Qualité de service proposé	Total
RICOH	30	25	5	25	85%
KONICA					
OPCE Franc					

Source : *Compte rendu CAO du 20 novembre 2008*

- [2241] Des éléments manuscrits satisfaisants nous ont été fournis à la suite d'une demande d'information complémentaire pour expliquer la cotation sur le prix. Il n'en va pas de même pour la comparaison des offres sur les autres points.
- [2242] Nous avons remarqué, en comparant un contrat 2008 avec les résultats du marché, que les conditions financières apparaissaient moins favorables en terme de coût à la page. Il n'a pas été répondu à une demande d'éclaircissement sur ce point.

Tableau 270 : Comparaison coût à la page contrat 2008 et AO 2009

	Contrat 2008		Marché suite appel d'offres 2009	
Location	X		X	
Maintenance par page		0,0054	0,0026	0,007
Coût à la copie	0,0054		0,0044	

Source : *Documents CHIPS*

### 3. ETAT DES LIEUX ET MESURES PRISES POUR RESORBER LE STOCK

[2243] Aucune mesure n'a été décrite à la mission sur d'éventuelles mesures pour traiter la situation des contrats en cours.

### 4. CONCLUSION ET PROPOSITIONS

[2244] Les investigations documentent la location de photocopieurs sans mise en concurrence globale jusqu'en 2008 inclus. Le CHIPS est revenu en 2009 à des pratiques conformes au CMP. Il lui reste encore à revoir les contrats en cours pour ne pas continuer à payer ce fournisseur sur la base de modalités contractuelles non-conformes au CMP. L'établissement peut envisager par exemple de résilier les contrats et de relancer une mise en concurrence.

[2245] L'argument selon lequel le fournisseur pourrait demander une indemnisation, sans aucun doute exact, pourrait amodié s'il était indiqué au fournisseur que ces contrats sont irréguliers, que leur conclusion et leur poursuite sont susceptibles de constituer un délit pénal, dans lequel il pourrait être impliqué.

**Recommandation n°112 : Résilier les contrats avec RICOH (si possible dans le cadre d'une transaction) et procéder à des acquisitions ou locations régulières**



## Annexe 11.10 : Appel d'offres ouvert téléphonie (2007)

[2246] La procédure est un appel d'offres ouvert. Le marché est de un an à partir du 1/2/2008 renouvelable deux fois pour une période de trois ans maximum renouvelable. Pour le lot 6 une variante obligatoire est demandée le raccordement de ces sites par une solution de voix sur IP.

[2247] Le règlement de la consultation prévoit des critères et sous critères pondérés pour le jugement des offres retracés au tableau ci-dessous.

Tableau 271 : Critères de jugement des offres

	Poids sous critère dans critère	Poids total
<b>Valeur technique des prestations</b>		<b>50%</b>
Qualité solution technique proposée	40%	20%
Engagements de qualité de service	15%	7,5%
Gestion du projet (moyens humains et procédures de mise en œuvre pour la réalisation et le suivi technique du marché)	20%	10%
Facturation et outils d'aide à la gestion	25%	12,5%
<b>Coût des prestations</b>		<b>40%</b>
<b>Délai de mise en service</b>		<b>10%</b>

*Source : RC*

[2248] Pour quatre des six lots il n'y a qu'une seule offre. Pour un lot une seule des deux offres est jugée conforme, l'autre ne comportant pas une variante obligatoire prévue dans le cahier des charges.

Tableau 272 : Lots candidatures et offres

Lot		Offres	Attributaire
1	Accès primaires Numéris T2	Neuf Cegetel	Neuf Cegetel
2	Raccordements abonnements de type T0	Orange	Orange
3	Liaisons permanentes numériques et analogiques	Orange	Orange
4	Téléphonie mobile	Orange SFR	Orange
5	Data transpac et divers	Orange	Orange
6	Raccordements abonnement Bon repos ...	Neuf Cegetel Orange	Orange

*Source : Compte rendu CAO du 10/12/2007*

[2249] Pour le lot 4 la concurrence est faussée, en effet l'établissement disposait auparavant de mobiles pour lesquels il avait souscrit des contrats individuels avec des engagements de durée. Le montant des pénalités de 17.000€ rend le choix de tout autre contractant que Orange financièrement inintéressant.

[2250] Il existe un tableau de comparaison des offres dans le document de synthèse sommaire sans explication sur les modalités de cotation et qui ne détaille pas le poids des sous critères prévus au RC.

Tableau 273 : Cotation des offres

<b><u>CRITERES DE CHOIX ET LEURS PONDERATIONS</u></b>		
Lot n° 4		
Téléphonie mobile, abonnement, communications et achat des terminaux		
avec un minimum de 20.000 € HT/an et un maximum de 80.000 € HT/an		
1°) Valeur technique des prestations : 50 %		
2°) Coût des prestations : 40 %		
3°) Délai de mise en service des prestations : 10 %		
<b>Société France TELECOM</b>		
1°)	4 points	
2°)	4 points	
3°)	1 point	
	<hr/>	1 point
<b>TOTAL</b>	<b>9 points</b>	
Lot n° 6		
Prestations de raccordements d'abonnement pour les sites Bon Repos/Ropital Anquetin et Hervieux (trafic)		
avec un minimum de 4.000 € HT/an et un maximum de 16.000 € HT/an		
1°) Valeur technique des prestations : 50 %		
2°) Coût des prestations : 40 %		
3°) Délai de mise en service des prestations : 10 %		
<b>Société France TELECOM</b>		<b>Société NEUF CEGETEL</b>
Pas de comparatif possible car seul, France TELECOM ORANGE a proposé une offre conforme, NEUF CEGETEL n'ayant pas proposé une offre avec variante obligatoire.		

Source : Document direction des travaux décembre 2007

[2251] Le critère financier a prévalu puisque la CAO propose « d'attribuer le lot 4 à France Telecoms Orange afin d'assurer la téléphonie mobile en réalisant l'économie de frais de résiliation d'abonnement des lignes actuellement activées par l'opérateur historique tout en bénéficiant d'une même pérennité de services (...) ».

Tableau 274 : Comparaison offres lot 4 montant (40 mobiles)

Offre	Montant TTC
Offre SFR	5 770
Offre Orange	10 199
Pénalité résiliation contrats antérieurs Orange	17 000

Source : Document analyse des offres CHIPS

- [2252] Le lot 6 est attribué à Orange car l'autre offre ne propose pas la variante obligatoire voix sur IP. On peut s'interroger sur la légalité et l'opportunité de cette décision.
- [2253] Sous le titre « Variante obligatoire » il est indiqué dans le CCTP « le candidat **pourra** proposer une solution de raccordement direct et d'acheminement des communications en utilisant la voix sur IP ». La rédaction est contraire au titre l'utilisation de « pourra » laissant penser que ce n'est pas obligatoire.
- [2254] En principe une variante dont la définition est une modification, **à l'initiative du candidat**, de certaines spécifications des prestations décrites dans le cahier des charges ou plus généralement dans le dossier de consultation et non une prescription du CCTP que l'on rend obligatoire.
- [2255] De ce fait les offres ne sont pas comparées or les offres Orange sont de plus de 40% supérieures à celle de Neuf Cegetel.

Tableau 275 : Comparaison financière des offres lot 6 (montant TTC)

Offre	Orange		Neuf Cegetel	
	Annuel	Total marché	Annuel	Total marché
Base	14 682	44 046	10. 178	30 534
Variante obligatoire	21.855 (année 1) 11 330 (années 2 et 3)	44 514		

Source : Document analyse des offres CHIPS

- [2256] Ces éléments montrent une politique d'achat en matière de téléphonie antérieure à l'appel d'offre peu favorable à l'établissement en matière de téléphonie mobile où les décisions antérieures conduisent à fausser la concurrence du fait des engagements pris et de leur conséquence en matière de résiliation et donc le conduisent à retenir une offre sensiblement plus chère.
- [2257] S'agissant du lot 6 la procédure apparaît critiquable au plan juridique par l'utilisation d'une notion de « variante obligatoire » qui nous paraît non fondée.
- [2258] Conjuguée à l'absence de suivi des consommations relevé par ailleurs ces éléments nous conduisent à recommander à l'établissement de revoir sa politique d'achat et de suivi en matière de téléphone, de donner à la personne qui la suit des orientations claires et des objectifs précis et enfin de superviser de très près le travail fait.

**Recommandation n°113 : Recadrer la politique d'achat et de suivi des dépenses en matière de téléphone**



## Annexe 11.11 : Marché Audit organisation activité médicale marché procédure adaptée 9197/07 Hommes et technologies.

### 1. PASSATION DU MARCHÉ

[2259] Par mail du 28/5/2007 [REDACTED] indique à [REDACTED] « Lors de notre réunion de direction du 4 avril, Monsieur BUISSON, a annoncé le déroulement d'un audit sur les effectifs médicaux. Depuis nous avons déjà eu deux réunions avec un consultant dont une avec des représentants du corps médical. Le déroulement d'un audit n'est donc plus un projet mais une réalité ! ». [REDACTED] indique ensuite la procédure qu'elle compte suivre pour un coût évalué à 65.000€: « adresser un courrier à deux consultants en plus de celui dont elle a déjà une offre, classer ces offres en fonction de critères relatifs à la prestation et retenir une offre sur la base des critères ».

**Réponse de [REDACTED] :** §2258 : *Quelques mois avant la mise en œuvre de ce projet, la question était de savoir s'il fallait ou non avoir recours à un prestataire extérieur. Nous avons ensuite, sur la base d'un exemple de prestation offerte sur le marché, choisi de nous faire accompagner.*

**Observation de la mission :** *Il n'est pas répondu aux éléments précis figurant dans l'observation qui est maintenue.*

[2260] [REDACTED] lui répond le 29/5/2007, à juste titre, qu'il faut faire une publicité et y préciser les critères de choix qui doivent être pondérés ; elle précise les délais et lui propose de « voir ensemble comment organiser cela »

Tableau 276 : Etapes de la procédure

Date	
14/06/2007	Accusé de réception JO
21/6/2007	Envoi proposition par Hommes et Technologies
25/6/2007	Date limite de remise des offres
1/7/2007	Signature de l'acte d'engagement
19/7/2007	Envoi par la direction des affaires médicales d'une « copie de la convention pour l'audit du temps médical » à la DAHLB et à la direction des finances et de la clientèle
9/8/2007	Envoi du marché à la société

Source : Exploitation IGAS du dossier fourni

[2261] L'envoi de l'avis à la publication est le 14/6/07. Il est laissé quinze jours pour remettre les offres alors que la prestation doit commencer « à l'été 2007 » selon le CCTP. Il s'agit d'une procédure adaptée.

- [2262] Le cahier des charges est envoyé par mail à sept sociétés entre le 18/6 et le 20/6 de sorte que les sociétés ont eu entre sept et cinq jours effectifs pour faire une offre. **La liste des sociétés destinataire du cahier des charges n'a pas été fournie par le CHIPS en dépit de notre demande expresse.**
- [2263] La société Hommes et Technologies envoie une proposition par courrier du 21/6/07. Il ne figure au dossier aucune autre offre. Le CHIPS n'a pas répondu à notre demande de confirmer qu'il n'y avait eu qu'une seule offre ce qui apparaît néanmoins probable.
- [2264] L'acte d'engagement est signé «pour M. TOULALAN » par une signature non désignée le 1<sup>er</sup> juillet 2007. Le CHIPS nous a indiqué que le signataire est [REDACTED] qui bénéficiait d'une délégation pour signer les marchés.
- [2265] Lui est annexé un contrat de 6 pages signé par une personne non identifiée du CHIPS, en date du 4 juillet 2007 le contrat faisant référence au projet du 21 juin 2007 en réponse à l'appel d'offres. La réponse faite est transmise par courrier du 21 juin mais n'est pas datée. Le contrat daté du 4 juillet prévoit une date de début de la prestation « *fin juin 2007, selon la date fixée avec l'établissement* ».
- [2266] Le montant figurant dans l'acte d'engagement est de 64.999€; celui figurant dans l'article 3 du contrat (prix) est une prestation facturée sur la base de 1300€TTC, frais de déplacement inclus, par jour pour 50 jours de prestations soit 65.000€
- [2267] La proposition prévoit les phases et document suivants

Tableau 277 : Etapes et documents prévus dans la proposition Hommes et Technologies

Etape	Produit
Adhésion du corps médical : documenter la cartographie des acteurs	Projetogramme et cartographie des acteurs
Rencontre avec tous les chefs de services	Présentation outil et remplissage Synthèse Présentation dans les instances médicales ad hoc
Outil Sujétion / Rétribution	Collecte données Synthèse Propositions de règles communes de fonctionnement Présentation aux instances
Charte de fonctionnement commun	

Source : Proposition de la société

## 2. EXECUTION DU MARCHE

- [2268] La prestation a été payée 45.500 € en 2007 et 19.500 € en 2008.
- [2269] Le CHIPS a après de nombreuses relances fourni des documents qui ne correspondent pas aux livrables prévus par le marché mais qui témoignent d'une prestation réelle.
- [2270] [REDACTED]

[2271]

[REDACTED]

**Réponse de** : §2270 : *La prestation d'audit a commencé début juillet.*

**Observation de la mission :**

[REDACTED]



## Annexe 11.12 : Marché d'assurance (2009/12).

[2272] Pendant la période 2005-2008 le CHIPS a vécu sous le régime d'un marché passé en 2003 et donc en dehors de la période de notre contrôle. Nous avons examiné le marché passé en 2009. Apparemment il conduit à reconduire, pour l'essentiel les mêmes prestataires. En réalité il y a changement de prestataire sur le lot 1 qui représente l'essentiel du montant. Pour des raisons de temps nous avons réduit nos investigations à ce lot.

Tableau 278 : Comparaison prestataires appels offres assurance 2003 et 2009

Marché 2003			Marché 2009		
Lot	Objet	Titulaire	Lot	Objet	Titulaire
1	Responsabilité civile	Cabinet YVELIN	1	Responsabilité civile hospitalière	SHAM
2	Frais de soins en accident du travail pour le personnel titulaire et stagiaire	Cabinet YVELIN	3	Garanties statutaires	Cabinet YVELIN
3	Capital décès du personnel titulaire et stagiaire	Cabinet YVELIN			
4	Incendie et risques annexes	Cabinet YVELIN	4	Dommages aux biens et risques annexes	Cabinet YVELIN
5	Risques techniques bris de machine	VERSPIEREN	5	Risques techniques	VERSPIEREN
6	Assurance du parc automobile	SHAM	6	Parc automobile	SHAM
7	Protection juridique	Cabinet YVELIN	2	Protection juridique	Cabinet YVELIN

Source : IGAS d'après documents CHIPS

[2273] La procédure est conduite en 2008 pour un marché passé pour une durée de quatre ans (2009-2012).

Tableau 279 : Déroulement de la procédure

Etape	Date
Envoi avis de pré-information	15/2/2008
Envoi avis information	17/4/2008
Date limite remise des offres	13/6/2008
CAO ouverture des plis	19/6/08
CAO examen des offres	24/9/08
Envoi avis attribution	23/10/2008

Source : Documents CHIPS

[2274] Les critères d'attribution sont donnés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 280 : Critères de jugement des offres par ordre de priorité décroissant

	Critère	Pondération
1	Conditions administratives et financières	3
2	Valeur technique et juridique	3
3	Adaptabilité et suivi du marché	2
4	Présentation de l'offre	2

Source : RC

[2275] La cotation des offres est donnée au tableau ci-dessous.

Tableau 281 : Cotation des offres

	Note maximale	YVELIN	SHAM
Conditions administratives et financières	3		2
Valeur technique et juridique	3		2,5
Adaptabilité et suivi du marché	2		1,5
Présentation de la proposition	2		2
Total	10		8

Source : Tableau dépouillement des offres

[2276] Le compte rendu de la CAO décrit ainsi les motivations du choix proposé « Les deux offres sont très similaires et présentent un bon niveau de garantie (..) Avec un « taux modulable » garantissant une remise de 10% sur la cotisation à la souscription ainsi qu'une réduction possible de 5% de cette cotisations tous les deux (sic) si l'établissement met en œuvre les recommandations de l'assureur la SHAM propose une tarification intéressante, au taux de 0,57% sur le montant des produits de l'exercice antérieur (contre 0,62% chez Axa) »

Tableau 282 : Comparaison offres lot 1

		YVELIN/AXA	SHAM	Ecart
Offre base	sans garanties individuelles		1 914 961,27	
	garanties individuelles		11 546,06	
	total		1 926 507,33	64 243,09
Variante sans franchise				
Variante franchise uniquement sur IN, rappel des malades, RC biens confiés			2 275 393,75	
Variante taux modulable			1 737 280,28	-124 983,96

Source : IGAS d'après dossier CHIPS

[2277] On notera que dans la présentation retracée par le compte rendu il n'est pas expressément mentionné que la prime peut aussi évoluer à la hausse en fonction d'un indice représentatif des réclamations relatives à des sinistres corporels transmis à la SHAM par l'ensemble des établissements de santé assurés auprès d'elle en responsabilité civile et ayant une activité de chirurgie obstétrique. L'établissement a indiqué que cela avait été clairement présenté aux membres de commission.

[2278] La clause d'ajustement joue lorsque l'indice a varié par rapport sa valeur initiale de plus de 11%, depuis le début du contrat et non par an. Elle est définie comme suit.

Tableau 283 : Clause ajustement contrat SHAM



SPECIMEN  
CONDITIONS PARTICULIERES  
RESPONSABILITE HOSPITALIERE  
N° assuré : 11955600  
N° projet : 90042992

CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL  
DE POISSY / SAINT-GERMAIN-EN-LAYE  
10 RUE DU CHAMP GAILLARD  
78300 POISSY

L'indice SR 01 est calculé à partir des réclamations relatives à des sinistres corporels transmises, à la Société, par l'ensemble des établissements de santé assurés auprès de SHAM en Responsabilité Civile et ayant une activité de chirurgie/obstétrique.

Le calcul et la mise à jour de l'indice SR 01 (2 fois par an : le 30 juin et le 31 décembre) sont réalisés par un organisme indépendant. Il s'agit, au 1<sup>er</sup> janvier 2006, du cabinet d'audit PRICEWATERHOUSECOOPERS.

✓ **Modalités de l'ajustement**

Le taux applicable à la souscription est ajusté, à chaque échéance, par référence à la valeur connue au 30 juin de l'indice SR 01 lorsque la variation à la hausse comme à la baisse est supérieure à 11% (zone de neutralisation de l'indice).

Le taux ajusté est calculé suivant les formules ci-après :

- Augmentation de l'indice SR 01 supérieure à 11% :  $V^{(t)}$  est supérieur à 1,11.  
 $T_a = T_0 \times (V - 0,11)$
- Diminution de l'indice SR 01 supérieure à 11% :  $V^{(t)}$  est inférieur à 0,89.  
 $T_a = T_0 \times (V + 0,11)$
- Variation de l'indice comprise entre -11% et +11% :  $V^{(t)}$  est compris entre 0,89 et 1,11.  
 $T_a = T_0$

Où :

$T_a$  = taux ajusté

$T_0$  = Taux à la souscription

$V$  = variation de l'indice SR 01 à l'échéance

$(t) V = SR\ 01 / SR\ 01^{(0)}$

où : SR 01 = indice connu à l'échéance  
SR 01<sup>(0)</sup> = indice connu à la souscription

La valeur du taux ajusté est arrondie à la 2<sup>ème</sup> décimale la plus proche. »

SHAM SOCIÉTÉ HOSPITALIERE ET ASSURATRICE MUTUELLE  
18 rue Edouard Rocher - 69372 LYON CEDEX 08  
Tel : 33 (0)4 72 24 50 94 - Fax : 33 (0)4 72 24 50 93 - www.sham.fr

NOTRE REGLEMENT EST SOUScrit A L'ORDRE DES ASSURÉS  
REPARATION RÉGIE PAR LE CODE DE LA CONSOMMATION  
LE 10/01/07 (N°2006-03004) - 06/02/07 (N°2006-03004)  
2007 (N°2006-03004) - 06/02/07 (N°2006-03004)

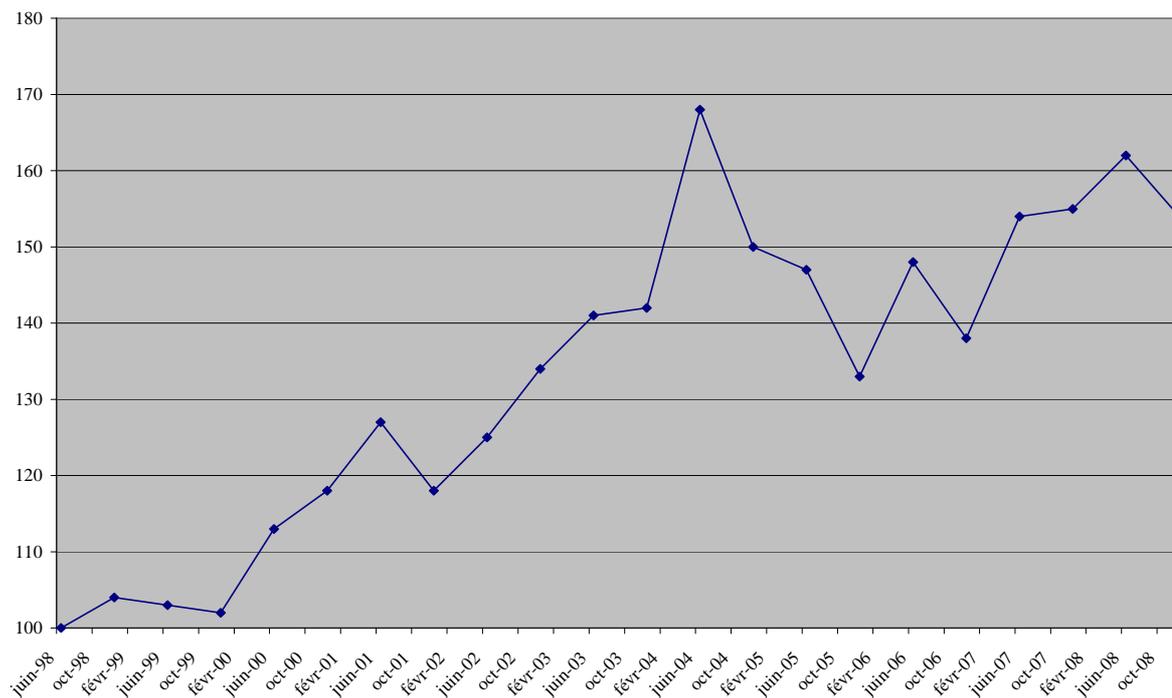
Le Directeur Général



SHAM est certifiée ISO 9001 pour son processus de gestion de la formation et de suivi de la qualité des services assurés par ses membres.

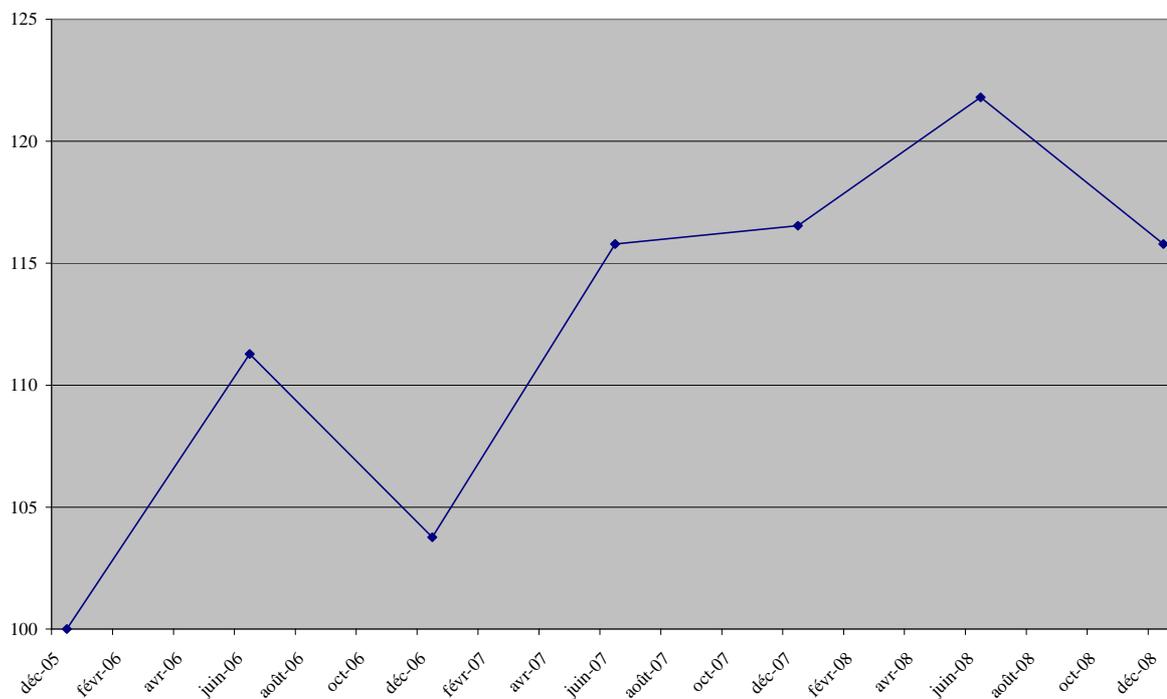
[2279] Il ne figure au dossier aucune simulation des conséquences que pourrait avoir cette hausse sur le montant des primes et donc le coût global du contrat. Or la chronique de l'évolution de l'indice montre des possibilités d'évolution significative, même si l'établissement indique que la SHAM n'aurait jamais fait jouer cette clause.

Graphique 32 : Evolution indice SHAM base 100 juin 1998



Source : Site SHAM

Graphique 33 : Evolution indice base 100 décembre 2005



Source : Site SHAM

[2280] Une telle courbe montre la sensibilité des contrats aux conditions initiales et l'impact potentiel d'un pic comme celui de 2004 selon qu'on a conclu le contrat avant la croissance ou au haut de la courbe ainsi que la sensibilité du contrat à des sinistres qui augmenteraient brusquement et resteraient à un niveau élevé.

[2281] Nous avons fait des simulations pour voir comment se serait comporté un contrat du type de celui signé par le CHIPS pendant des durées de quatre ans. Nous avons fait nos calculs avec les hypothèses suivantes :

- Le premier taux est de 0,57%
- La base initiale de calcul de l'indice est celui de juin avant le début du contrat
- Le réajustement est annuel et se fait sur la base du dernier chiffre de juin disponible ;
- Cela revient à dire qu'un contrat commençant le 1/1/2000 sera réajusté pour l'année 2001 de l'évolution de l'indice entre juin 1999 et juin 2000.

Tableau 284 : Simulations de l'offre SHAM

Année début	Taux moyen	Economie	Taux année 2	Taux année 3	Taux année 4
2000	0,61	16 010	0,59	0,64	0,63
2001	0,62	71 122	0,58	0,57	0,65
2002	0,60	43 566	0,57	0,57	0,69
2003	0,62	-11 546	0,58	0,70	0,70
2004	0,58	98 678	0,62	0,57	0,57
2005 (1)	0,57	126 234	0,57	0,57	0,57
2005 (2)	0,59	71 122	0,57	0,6	0,63

Source : IGAS (1) calcul base départ juin 2004 (2) calcul base départ décembre 2004

[2282] Ces simulations montrent que sur la période, pour les périodes de quatre ans commençant en 2000 le taux moyen n'est jamais plus défavorable que celui proposés par YVELIN/AXA. Les économies si on prend en compte le complément de garantie sont de 125.000€

[2283] La passation de ce marché n'appelle pas d'observations.

[2284] Par ailleurs la visite d'analyse des risques faites en mai 2008 a donné lieu à un compte rendu adressé par courrier du 29/01/2008 comportant des propositions. L'évaluation de la mise en œuvre et l'éventuelle baisse de la prime qu'elle pourrait permettre devrait avoir lieu au cours de l'année 2010.



## **Annexe 11.13 : Marché communication société MEDIAL 08/9055**

[2285] Il a été fourni un dossier comportant l'avis d'information, le CCTP (incomplet 2 pages sur 3), le CCAP, un photocopie de registre de dépôt des offres, la proposition de la société et l'acte d'engagement, ainsi que des productions de la société (documents et un CD comportant des fichiers).

### **1. PASSATION DU MARCHE**

#### ***1.1. Une mission à l'objet général***

[2286] L'objet du marché est une mission générale d'assistance à la communication d'une part dite « d'information », d'autre part dite « de crise » telle que définie dans l'article 1 du CCTP.

[2287] Sa durée est de un an renouvelable deux fois. Il nous a été indiqué que le marché n'avait pas été reconduit au-delà de sa période, pourtant des livrables fournis sont postérieurs à juillet 2009 (cf. infra).

#### ***1.2. Un unique soumissionnaire***

[2288] 17 sociétés ont demandé le cahier des charges une seule a soumissionné. L'écart L'offre est de 36.000 €HT annuel soit 43.058€TTC facturés sur une base mensuelle de 3.588€TTC.

Tableau 285 : Etapes de la procédure

<b>Date</b>	<b>Étape</b>
28/5/08	Modification
16/6/08	Date limite de réception des offres
10/7/2008	Notification du marché

*Source : Exploitation données CHIPS*

### **2. EXECUTION DU MARCHE**

#### ***2.1. Les livrables prévus dans la proposition***

[2289] La proposition n'est pas très explicite sur les livrables prévus. Le tableau ci-dessous en reprend les principaux éléments.

Tableau 286 : « Livrables » prévus dans la proposition

	<b>Stratégie d'existence</b>	
Assistance permanente	Relations presses forte	Un communiqué de presse toutes les trois semaines
		Voyages de presse d'une demi-journée
	Assurer à distance les fonctions d'un service complet de communication externe	Fichier presse Dossier de presse continu
	Formation aux média	Une journée pour deux groupes 6-7 personnes
Assistance de crise	Assistance de crise	Une personne dédiée 24/365 disponible sous 1H
	Sensibilisation à la crise	Une demi-journée pour ensemble équipe de direction et président de la CME
	Aide à la constitution d'une cellule de crise	
	Media training de crise	
Communication interne		« mettre en œuvre les modalités d'évaluation des outils actuels » Propositions Aide conception

Source : Exploitation proposition société

## 2.2. Les documents fournis

[2290] Le marché est d'une durée de un et le directeur nous a indiqué qu'il n'avait pas été reconduit. Or les livrables et les factures s'arrêtent en novembre 2009 début des investigations sur place de l'IGAS.

[2291] L'absence de reconduction formelle est une irrégularité comme les responsables concernés l'ont largement fait valoir à l'égard de leurs prédécesseurs.

Tableau 287 : Livrables fournis par le CHIPS

Note de procédure la cellule de crise (2p)
Note de synthèse gestion de crise (1p)
Typologie des crises (1p)
Evaluation des crises (1p)
Powerpoint les relations presse et la gestion de crises au CHIPS (25 diapositives)
Un fichier de journalistes
2 communiqués de presse et un projet
Un « plan de com » (3p)
Des alertes (reprise de message alert TNS ©) mots clés saint germain et poissy
Des revues de presse reprises d'articles généraux sur le domaine de la santé

Source : Document fournis par le CHIPS

[2292] On notera pour l'amusement du lecteur que dans les typologies dressées par le consultant explicitement parmi les crises de type « gestion » figure dans la catégorie « gestion-management finances » la catégorie « *dénoncée, annoncée (IGAS)* ».

[2293] Les livrables fournis ne permettent pas de conclure que l'établissement a fait accomplir à la société la prestation prévue dans sa proposition. Son apport a sans doute été plus immatériel.

## Annexe 12 : Biomédical

### 1. ORGANISATION DU SERVICE

- [2294] Avant la fusion, à l'hôpital de Poissy le biomédical était rattaché aux services techniques, à celui de Saint Germain aux services économiques, ce dernier rattachement prévaut lors de la fusion.
- [2295] A cette époque il n'a pas été fait de hiérarchie entre les deux ingénieurs biomédicaux présents. L'un [REDACTED], avait en charge l'encadrement des personnels techniques (pour l'essentiel située sur le site de Poissy) et l'autre [REDACTED] celui des personnels administratifs. Ils se répartissent la partie technique de leur activité selon la nomenclature des produits qui recoupe largement celle des services médicaux. Chacun reste situé sur son site d'origine, Poissy pour la première, Saint-Germain pour le second.
- [2296] Cette gestion par site s'est d'ailleurs dans une moindre mesure poursuivie après le départ de [REDACTED] car la gestion des personnes d'atelier biomédicaux n'a été confiée au même responsable qu'au mois de mars 2009. Auparavant le site de St Germain était géré par le technicien en place, sous la responsabilité de l'ingénieur.
- [2297] Au départ de [REDACTED] en décembre 2007, [REDACTED] devient responsable de la partie biomédicale, [REDACTED], ingénieur sortant d'école est recrutée.
- [2298] A la date des investigations le service comporte deux ingénieurs biomédicaux, un atelier comportant cinq personnes dont un responsable et un maître ouvrier, une cellule administrative avec cinq agents dont un faisant fonction d'adjoint des cadres, soit au total 13 agents.
- [2299] Avant 2006, le biomédical est en charge, outre ses missions techniques, de l'acquisition des matériels mais pas des consommables. La réorganisation des services économiques, en 2006, conduit à leur transférer aussi ces achats.
- [2300] Pendant la période, on a constaté une diminution relative de l'activité du site de Saint Germain et donc une migration des techniciens biomédicaux vers le site de Poissy. Aujourd'hui le site de Saint Germain est géré depuis Poissy.
- [2301] Le responsable a fait état de l'impact de la taille de l'atelier biomédical qui génère le mécontentement des personnels qui y travaillent : un recrutement récent est reparti après six mois en évoquant, notamment, cette promiscuité. Deux postes de techniciens sont restés vacants en 2008/2009 : le premier poste de novembre 2008 à avril 2009, le second de mars 2009 à septembre 2009
- [2302] Au moment de la séparation avec la direction des achats, l'ensemble du service a été déplacé à Poissy à l'exception de trois personnels administratifs qui sont restés dans les anciens locaux. Depuis le départ de [REDACTED], le service biomédical n'a aucun rattachement intermédiaire réel s'agissant de son fonctionnement.
- [2303] La notion de pôle administratif n'a donné pour ce qui concerne le biomédical, lieu à aucune concrétisation. Ainsi depuis le départ de [REDACTED] (réel comme juridique) les ingénieurs biomédicaux n'ont eu aucune consigne de travail, aucun point de suivi bien qu'ils l'aient expressément demandé au directeur. Il est estimé dans ce service que l'établissement est dans une période floue en matière d'organisation et que les cadres ne sont pas informés des évolutions.

[2304] Le service biomédical a dans le cadre du PREF été sollicité pour contribuer aux achats nécessaires pour mettre en œuvre les fiches PREF. Il ne lui a été demandé aucune action d'économie sur les dépenses qu'il gère.

## 2. EVOLUTION DU PARC ET ACTIVITE DE MAINTENANCE

### 2.1. Un parc vieillissant faute d'un renouvellement adapté

#### 2.1.1. Les plans d'équipements

[2305] Nous avons eu à la fois des impressions de tableau Excel intitulés plan d'équipement et la version électronique du suivi de ceux-ci effectué par le biomédical.

[2306] Les plans d'équipement qui nous ont été fournis montrent une stabilité des prévisions d'acquisitions autour de 3 M€ Le plan 2009 n'est pas d'une clarté absolue sur son montant ; en effet, il est prévu des économies non ventilées et le total des demandes, même corrigé du montant des économies est supérieur aux crédits.

Tableau 288 : Plans équipement biomédical

	2005	2006	2007	2008	2009
Demandes services	6 754	6 133	5 911	7 442	6 534
Demandes retenues	3 093	2 565	2 882	3 070	3 083
Aléas	100	100	217	150	150
Retenus hors demandes	196	80	132		
Economie					-289
Total demandes -économie	3390	2 745	3 233	3 220	2 794
Crédits			3223	3 228	2410

Source : CHIPS documents fournis par le CHIPS

[2307] Les montants mandatés relèvent à la fois du plan d'équipement, de l'enveloppe aléa et des restes à mandater sur les plans antérieurs. On note une forte augmentation des dépenses en 2009.

Tableau 289 : Montant mandatés

	2005	2006	2007	2008	2009
Montant exécuté	2 595	2 355	2 336	2 813	4 473

Source : CHIP

[2308] Ces données sont supérieures à celles figurant sur les documents fournis relatif au plan 2009 en raison du coût des matériels acquis pour opérations non incluses dans le plan.

Tableau 290 : Exécution plan équipement 2009

Programme équipement 2009		Document exécution 2009	
Demandes services	6 534		
Demandes retenues	3 083		
Economie	-289		
Total	2 794	Financement prévu	4 987
		Mandaté	4 630

Source : CHIPS

### 2.1.2. Les rapports d'activité

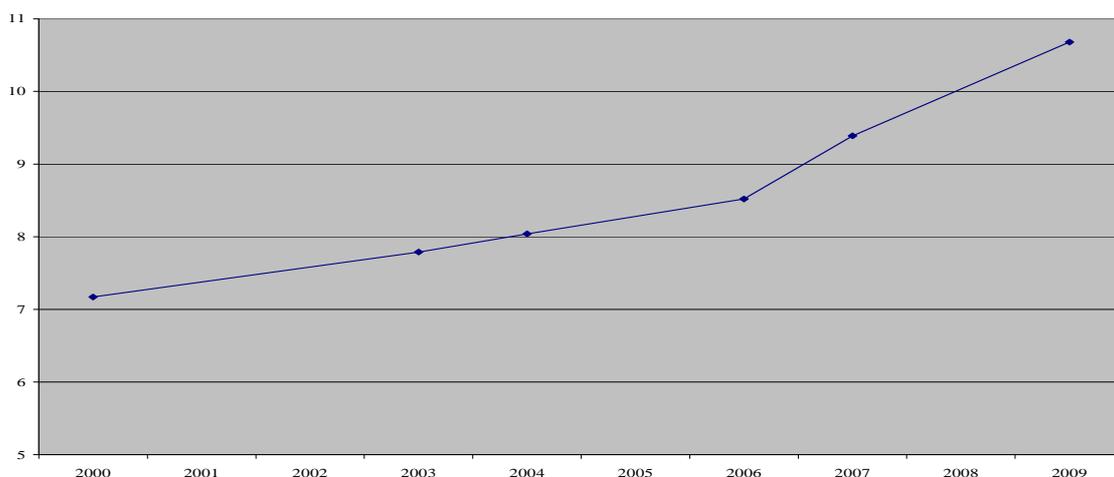
- [2309] Le parc comporte environ 8200 équipements (accessoires compris). Il est estimé que son état s'est amélioré sous l'impact des la réglementation. En particulier, ont été noté les obligations de maintenance annuelle des matériels de la classe 2B (matériels de surveillance et invasifs).
- [2310] Il n'est pas procédé à une réelle analyse des interventions et du coût de la maintenance pour renouveler les matériels. Au coup par coup, et sans caractère systématique, quand le coût de la maintenance dépasse celui du matériel, et en fonction de sa criticité, on procède au remplacement.
- [2311] Le responsable estime que le montant de l'enveloppe n'est pas suffisant pour assurer le renouvellement du matériel, ce que les données fournies confirment.
- [2312] Les rapports d'activité ne comportent qu'une seule donnée pour l'ensemble de la période (bien qu'il ne soit pas calculé à date fixe) le taux de vétusté (ancienneté moyenne des équipements). Celui-ci est fortement croissant : il passe de 7,2 à 10,7 années, soit une augmentation de 49%. Cette augmentation s'accélère à partir de 2006. Le taux de vétusté atteint est globalement inquiétant et potentiellement dangereux pour les patients.

Tableau 291 : Taux de vétusté (2000-2009)

août-00	7,17
mars-03	7,79
août-04	8,04
mars-06	8,52
avr-07	9,39
nov-09	10,68

Source : CHIPS

Graphique 34 : Taux de vétusté (2000-2009)



Source : CHIPS

[2313] Des données financières comparant le montant des achats, des réformes et la valeur d'achat du parc ne sont disponibles que pour 2008 et 2009 ; elles montrent, en 2009, une réduction des achats et des mises à la réforme.

Tableau 292 : Valeur d'achat du parc

	2005	2006	2007	2008	2009
Valeur achat matériels neufs	2,51	2,95	4,44	5,59	3,25
Valeur d'achat matériels réformés	1,92	2,22	4,86	3,99	1,92
Valeur d'achat du parc	39,64	40,38	40	41,64	42,98

Source : CHIPS

## 2.2. Entretien maintenance

[2314] Le logiciel de GMAO Asset + permet d'inventorier les dispositifs, de saisir les rapports d'intervention et de planifier les maintenances. Il permet aussi de connaître les coûts d'entretien qui leur sont associés.

### 2.2.1. Données physiques

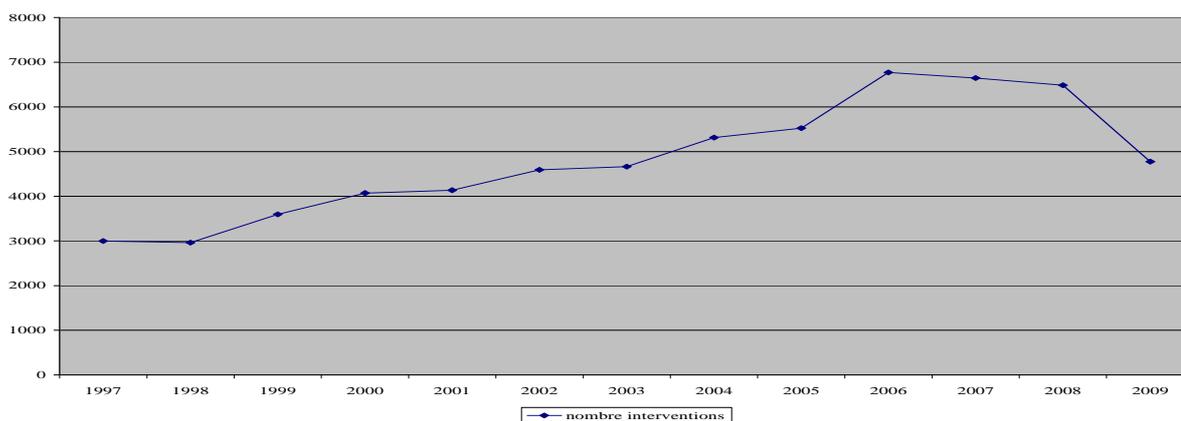
[2315] Les rapports d'activité donnent en annexe des données précises sur le nombre d'intervention de maintenance, la répartition entre préventif et curatif et entre interne et externe ni de chiffres sur la répartition entre les interventions préventives et les autres. Le nombre total d'intervention croissant jusqu'en 2006 diminue depuis, particulièrement en 2009 où il connaît une forte chute.

Tableau 293 : Nombre d'interventions de maintenance

	2005	2006	2007	2008	2009
Nombre d'interventions de maintenance	5 526	6772	6647	6488	4881
Nombre interventions préventives	1353	1660	1621	1526	1267
% préventif	24,5%	24,5	24,4	23,5	26
ETP moyen année	5	5	5,5	5,8	5,4

Source : CHIPS

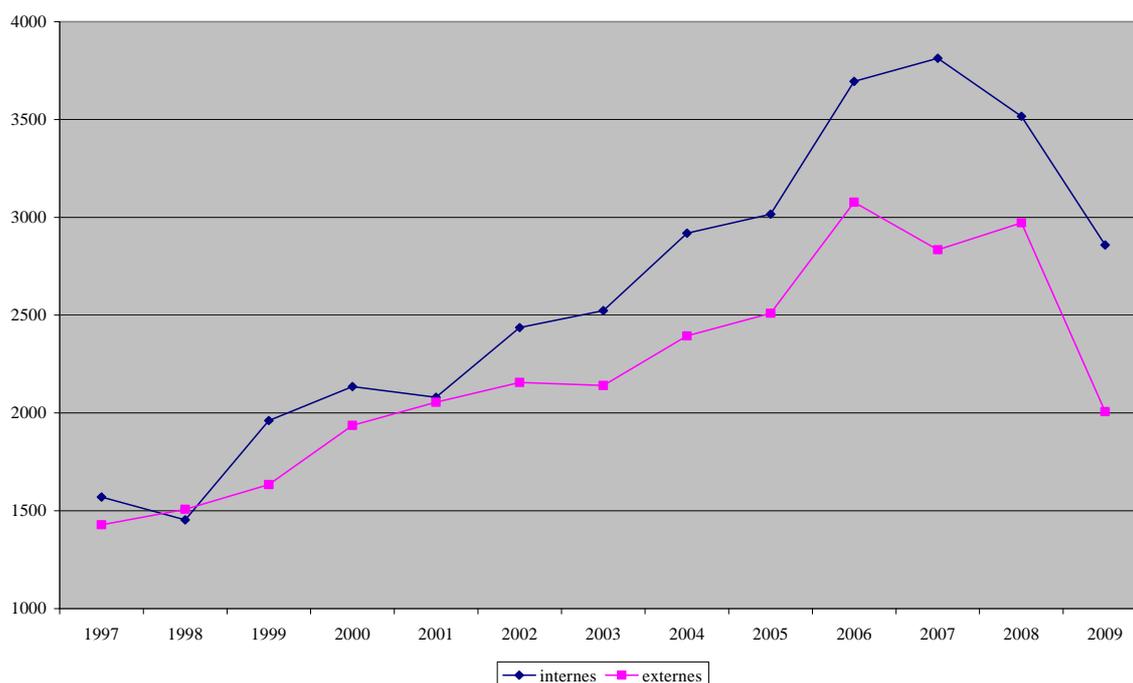
Graphique 35 : Nombre interventions



Source : Données CHIPS

[2316] La répartition entre interventions internes et externes montre que l'augmentation des interventions interne en 2007 vient contrebalancer la diminution des externes. En 2009 les deux décroissent.

Graphique 36 : Répartition interventions externes et internes



[2317] Nous avons disposé de données de suivi des interventions de maintenance préventive par type d'appareil type d'appareil. Les données 2009 n'ont pas été fournies. Certaines sont incomplètes.

[2318] Le service explique que l'extraction des données est lourde car non automatisée dans le logiciel ; 2007/2008 a été une période où un ingénieur biomédical est parti, avec une charge de travail accumulée pour celui qui est resté seul pendant six mois, le manque de temps a fait que ces données n'ont pas été extraites pour cette catégorie de matériel. Cela explique aussi un seul rapport d'activité pour 2007 et 2008.

[2319] Pour certaines catégories d'appareils le service indique avoir privilégié une maintenance préventive conditionnelle (selon norme AFNOR) c'est-à-dire conditionnée à une panne, donc réalisée de manière non systématique. Cela est par exemple le cas du monitoring, de la perfusion où les quantités d'appareils sont importantes la révision se fait à l'occasion d'une panne. Dans un autre cas de figure, la ventilation, le service assure la maintenance préventive des respirateurs lourds de réa et d'anesthésie, mais par exemple les respirateurs portables d'urgence sont souvent indisponibles, ce qui fait chuter le résultat. Cela a été fait en raison de l'effectif interne, de la volonté de réduire les risques

[2320] Nous n'avons pas audité le respect de la réglementation sur ce point. Nous invitons la direction du CHIPS à se saisir de ce sujet, à organiser un débat sur ce point avec la CME et à fixer les objectifs et les moyens pertinents, c'est-à-dire à avoir une politique claire et formalisée. Les outils de gestion le permettent.

### 2.2.2. Données financières

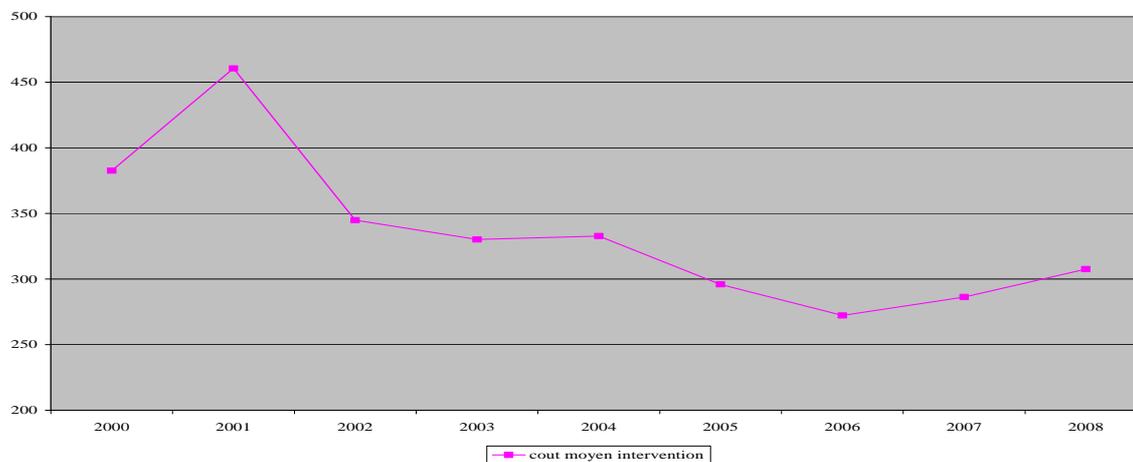
[2321] Après une diminution constante depuis 2000 le coût moyen d'une intervention repart à la hausse en 2006.

Tableau 294 : Cout moyen d'intervention

Année	Cout moyen intervention
2000	382,66
2001	460,58
2002	344,93
2003	330,17
2004	332,78
2005	295,93
2006	272,25
2007	286,34
2008	307,58

Source : CHIPS

Graphique 37 : Cout moyen d'intervention



### 2.2.3. Un cout du biomédical supérieur à la moyenne de la base d'Angers

[2322] Les personnes rencontrées ne disposent pas de données comparatives avec d'autres établissements publics de santé. Elles estiment être particulièrement rigoureuses, voir « radin ». Cette opinion ne concorde pas avec les données de la base d'Angers. Rapporté à l'unité d'œuvre qu'est l'actif brut en équipement le coût du génie biomédical est de 63,1 contre 54,7 en moyenne soit un surcout de 15% et une marge d'action<sup>260</sup> de 350 K€

Tableau 295 : Génie biomédical base Angers

Dépenses CHIPS	Nb UO	Cout chips	Cout moyen	Cout max	Marge d'action
2 678 945	42 445	63,1157	54,7212	79,759	356 304

Source : Base Angers CHIPS

[2323] Le service fait valoir

- La mise en œuvre du Guide des Bonnes Pratiques Biomédicales dès septembre 2003 avec un audit et un programme d'application de décembre 2003 à 2006 ;
- Une comparaison en 2006 de l'activité de maintenance par rapport à 24 hôpitaux suite à un travail statistique réalisé par des ingénieurs : bien que le nombre de lits MCO/par technicien et le nombre d'équipements biomédicaux/par technicien du CHIPSG étaient alors bien supérieurs à la moyenne des 24 hôpitaux, le budget de maintenance/nombre d'équipement était moins élevé ;
- Une politique de gestion ainsi où il est demandé aux techniciens de dépanner au maximum les cartes électroniques et non de faire des échanges complets de cartes (ex : une carte électronique pour un échographe >5000€ et le coût des composants <100€).

[2324] Certes l'argument selon lequel « Pour pouvoir vraiment nous comparer avec un autre service biomédical, il faudrait trouver un établissement ayant les mêmes caractéristiques (bi-sites équivalent, nombre de lits, équipements lourds,...) » a une validité ; cela n'exonère toutefois pas l'établissement de la nécessité de se fixer des objectifs d'économies qui auront par ailleurs pour conséquence d'améliorer la position de l'établissement dans les comparaisons.

[2325] Si comparaison ne vaut pas raison, ces chiffres montrent qu'il est pertinent de fixer au service biomédical des objectifs d'économies.

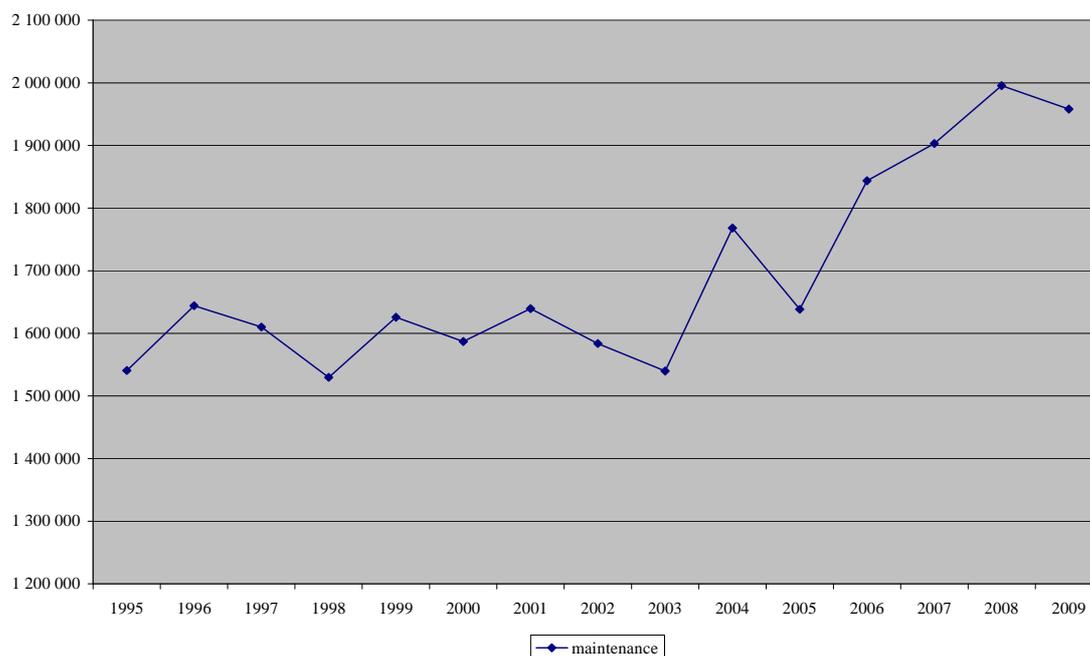
### 2.2.4. Des dépenses de maintenance qui baissent pour la première fois, de 2%, en 2009

[2326] Les dépenses de maintenance baissent pour la première fois en 2009 de 2% soit 37 K€ d'économies

[2327] Sur la longue période les dépenses de maintenance sont stables jusqu'en 2003 et croissent depuis. Cela est cohérent avec l'augmentation de l'ancienneté du parc.

<sup>260</sup> Comme dans l'ensemble du rapport la comparaison avec la base d'Angers donne une idée des marges d'action et de leur importance comparative elle ne permet pas de fixer des objectifs chiffrés

Graphique 38 : Evolution dépenses de maintenance 2003-2009



Source : CHIPS

[2328] Sur la période sous contrôle la part dépenses faites sur la base d'un contrat (ce qui ne veut pas dire qu'il y ait eu marché et mise en concurrence mais que la prestation et son coût sont organisés à la différence de l'intervention sur ponctuelle sur bon de commande) s'est accrue en dehors d'une baisse temporaire en 2006.

Tableau 296 : Evolution des dépenses maintenance 2005-2009

	Réparation sur bons commande	Achats pièces	Contrats maintenance	Contrôle qualité	Total	% contrats
2005	424	124	1199		1747	69%
2006	526	185	1133		1844	61%
2007	371	162	1370		1903	72%
2008	396	181	1401	18	1996	70%
2009	352	105	1476	25	1958	75%

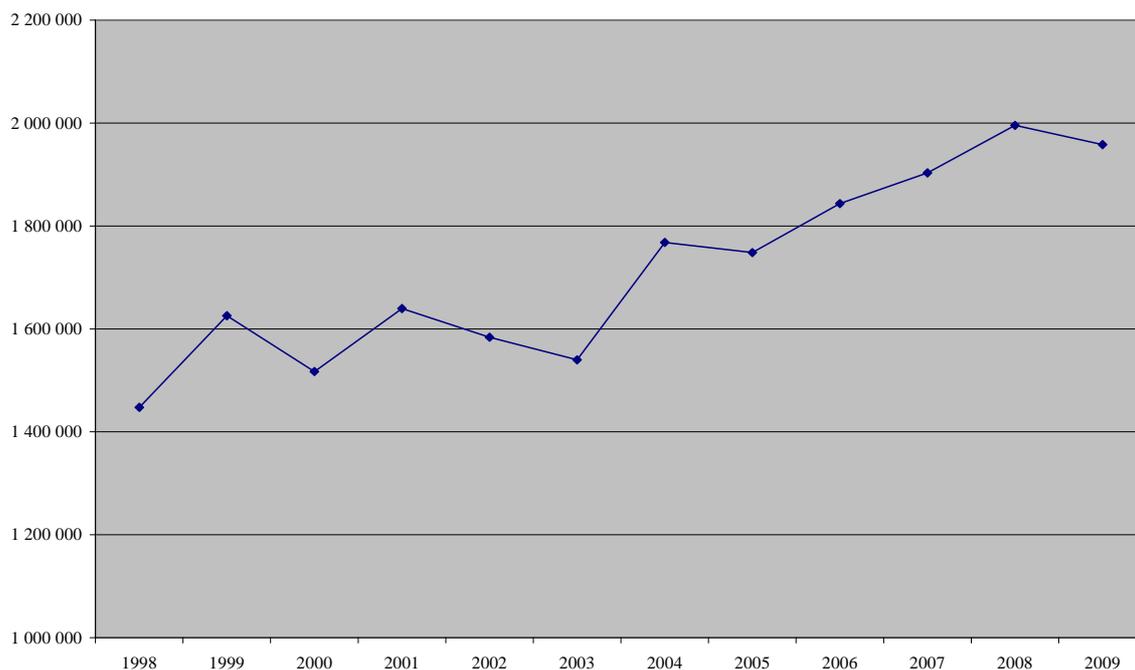
Source : Exploitation IGAS données CHIPS

[2329] Le rapport d'activité explique ainsi cette évolution : « cette baisse a été réalisée grâce aux efforts des techniciens dans la maintenance en interne des appareils (11% d'économie sur les réparations faites par les sociétés), et l'obtention systématique avec négociation de devis pour les achats de pièces détachées (44% d'économie). La renégociation de certains contrats de maintenance arrivant à échéance a permis également de limiter l'augmentation prévisible du compte des contrats (avec l'intégration en cours d'année des contrats des accélérateurs, de l'IRM, et des deux scanners, tous sortis de garantie courant 2009). Les dépenses en maintenance sur 2009 représentent 4,5 % du parc ».

### 2.2.5. Les dépenses de consommables

[2330] Sur la longue période après une relative stabilité avant 2003 les dépenses augmentent régulièrement sur la période 2003-2008.

Graphique 39 : Evolution des dépenses de consommable (1998-2008)



Source : CHIPS

[2331] La progression est accrue par deux changements de périmètre qui ne modifient pas la tendance.

Tableau 297 : Evolution des dépenses de consommable

	<b>H 6022410</b>	<b>H606621</b>	<b>H602251</b>	<b>Total</b>
	<b>Consommables pour laboratoires</b>	<b>Consommables et Petit matériel médical</b>	<b>Consommables pour Imagerie</b>	
2006	2 380 900	1 075 885	281 918	3 738 703
2007	2 444 370	1 144 592	283 375	3 872 337
2008	2 695 782	1 141 435	235 444	4 072 661
2009	2 520 996	1 093 531	172 778	3 787 305

Source : CHIPS

[2332] En 2009 pour la première année on constate une diminution des dépenses de consommables. Elle est expliquée dans pour les consommables pour laboratoires par « l'optimisation des automates de laboratoires entre les deux sites » qui « porte enfin ses fruits pour endiguer l'augmentation des dépenses en réactifs depuis 3 ans » et pour les consommables d'imagerie par « la mise en place des impressions papier des scanners/IRM contre anciennement les films ». Sur ce dernier point le passage à la radio numérisée a entraîné ce phénomène dans l'ensemble des établissements de santé.

### 3. PROCEDURES D'ACHAT

#### 3.1. Avant 2005

- [2333] Un recensement annuel des besoins est effectué selon le planning suivant : demande en mai juin, réponse en juin juillet, études des demandes et passage en COMET entre septembre et décembre, décision de la CME et du chef d'établissement en début d'année. Une enveloppe est prévue pour les achats « en urgence » dite aléatoire/fond de réserve.
- [2334] Les CCTP des acquisitions de matériels et des réactifs de laboratoires à l'occasion des achats d'automate uniquement, sont faits par les ingénieurs biomédicaux, les CCAP et le règlement de la consultation par la cellule marché des services économiques. Les consommables sont acquis par la cellule administrative sans intervention des ingénieurs biomédicaux, les ingénieurs biomédicaux assurent le dépouillement des offres au plan technique.
- [2335] Il n'y a pas de liaison entre les achats de matériels et l'acquisition des consommables. Certes lors de l'acquisition le service déclare analyser les coûts de fonctionnement mais les coûts annoncés ne sont pas « sécurisés » et les consommables sont achetés par la suite sans mise en concurrence car ils sont le plus souvent liés aux matériels acquis.
- [2336] Les « commandes » de réactifs de laboratoire sont déléguées aux cadres des laboratoires. Elles ne sont pas systématiquement saisies dans le logiciel de GEF pour donner lieu à une commande au sens plein du terme.
- [2337] Par ailleurs la partie administrative des marchés passés par la pharmacie (médicaments et dispositifs médicaux implantable) est prise en charge par un agent administratif du biomédical, « pour des raisons historiques ». Cela cause des difficultés quand arrivent au même moment les marchés de pharmacie et de réactifs.

#### 3.2. Après 2005

- [2338] Le dispositif antérieur est maintenu avec quelques modifications.

##### 3.2.1. Les procédures générales

- [2339] Les plans d'équipement ont continué à exister jusqu'à 2008 compris. La procédure de collecte des besoins peut faire l'objet d'une observation : il est demandé aux services de fournir un devis même si celui-ci n'est qu'une « proposition » et est demandé uniquement pour estimer la valeur financière de la demande cela ne facilite sans doute pas une mise en concurrence ultérieure.
- [2340] En 2009 le travail de recensement a été fait pour la COMET mais la mise en œuvre du PREF a conduit à limiter les acquisitions à quelques priorités du plan (tables d'opération, autoclaves,..) ; Sur ce plan figure également le financement de l'IRM qui vient en accroître le montant.
- [2341] En 2010 un plan a été élaboré sur la base des demandes pour 2009 en limitant la consultation des services. Il leur a été proposé d'apporter des modifications d'appareil mais en restant dans la même enveloppe financière. Les président et vice-président de la COMET ont été consultés.
- [2342] Le secteur biomédical a élaboré des « guides de procédures » qui sont, en pratique, le rappel des obligations du code des marchés publics et la répartition des tâches qu'il prévoit.

Tableau 298 : Guides de procédures secteur biomédical

Date	Guide
4/2/2005	Guide de procédure adaptée
Janvier 2006	Guide de procédure adaptée
2006	Guide de procédures d'achat appels d'offres et MAPA
2009	Guide de procédures d'achat appels d'offres et MAPA

Source : CHIPS

- [2343] La réorganisation intervenue en 2006 a conduit les ingénieurs biomédicaux à acheter aussi les consommables et donc de faire la part entre les consommables captifs et ceux concurrentiels. Ainsi un appel d'offres a été lancé en 2006 pour le petit matériel médical et les consommables conduisant à un marché d'une durée de trois ans.
- [2344] En 2009 le service a relancé cet appel d'offre sur la base d'une analyse des consommations par famille de produit et inclus dans l'appel d'offres tous les produits dont la dépense avait été supérieure à 4.000€
- [2345] Depuis 2008 le service fait plus appel à l'UGAP et depuis 2009 il entame une démarche de participation au RESAH.

Tableau 299 : Evolution des dépenses faites à l'UGAP (k €)

2005	2006	2007	2008	2009
152	319	530	691	755

Source : CHIPS

Tableau 300 : Marchés bio-médical passés dans le cadre du RESAH (K€)

	2008	2009
<b>Nombre marchés</b>	5	9
<b>Montant annuel</b>	375	368
<b>Montant total</b>	1 354	1 078

Source : CHIPS

- [2346] Toutefois ces chiffres ne donnent pas le montant des engagements du CHIPS pour l'essentiel des marchés les quantités indiquées dans le CCAP sont données à titre indicatif pour l'ensemble des adhérents et n'ont pas valeur contractuelle. Seule l'exclusivité de commandes est garantie au titulaire pour la durée totale du marché, soit 3 ans.

### 3.2.2. Les procédures d'acquisition de la maintenance

- [2347] La quasi-totalité des marchés de maintenance des matériels d'imagerie médicale et de laboratoire est faite sur la base de marché négocié sans publicité préalable et sans mise en concurrence selon l'article 35-III-4, car selon le service elle ne peut être faite que par les fournisseurs. La réparation des matériels se fait sur devis des fournisseurs et hors marché. L'établissement est captif sauf dans un nombre très limité de domaines pour lesquels il existe de la tierce maintenance (endoscopie) ou pour les autoclaves pour lesquels la maintenance fait l'objet d'un appel d'offres.<sup>2</sup>

[2348] Le service a fourni une liste de 77 contrats, mis en œuvre en 2010, qui ont pour caractéristiques d'être tous valables un an avec possibilité de reconduction sur 3, 4 ou 5 ans. Il conviendrait de vérifier la durée de ces marchés et la nature de leur clause de reconduction ce que nous n'avons pu faire.

[2349] Sur ces 77 contrats, dans 5 cas l'état mentionne un MAPA, dans un cas un marché négocié. Parmi les 72 autres contrats pour 40 le cout net annuel est supérieur à 4.000€ Le service a indiqué que ces contrats sont tous des marchés passés pour l'essentiel sous forme de marchés négociés sans mise en concurrence. La régularité juridique du recours à cette procédure n'a pas été vérifiée.

[2350] Il est acquis des PC dans le cadre des achats de matériels biomédical, jusqu'à présent ceux-ci n'étaient pas recensés par la DSIO qui « commence à s'y intéresser ».

### 3.2.3. Le suivi des achats et marchés

[2351] Il n'y a ni suivi régulier des engagements, ni des seuils de marché, ni des consommations hors marché par famille CMP.

[2352] Dans le cadre de l'accréditation de la HAS l'établissement note un « allègement » de l'analyse, il est moins demandé de preuves de ce qui est indiqué dans l'auto diagnostic et lors de la dernière visite la rencontre a été annulée au dernier moment.

[2353] Il nous a été fourni un rapport d'activité 2005, 2006, un rapport d'activité global pour 2007 et 2008, et un rapport d'activité 2009. Ce documents est intéressant et rend compte de l'activité. Il serait intéressant de le retravailler pour suivre de manière pluriannuelle des indicateurs.

[2354] Les tableaux de suivi des marchés dont avons disposés montrent qu'il y a eu des dépassements de marché en 2006 et 2007. S'agissant de données figurant sur les tableaux de suivi leur exhaustivité et leur fiabilité ne sont pas garanties.

Tableau 301 : Biomédical marchés et dépassements

AO	2006	2007	2008
Nombre marchés	28	58	10
Dépassements	9	8	
Montant dépassements K€	233	155	
Montant moyens K€	26	19	

Source : Exploitation des données CHIPS

Tableau 302 : Dépassements marchés passés en 2006

N°	Titulaire	Objet	Global	Dépenses	Dépassement	%
060020	DADE BEHRING	Réactif pour dosage PROBNP	243 316	389 976	146 661	60%
060074	SIGIL	Maintenance du parc d'imagerie médicale	91 853	97 177	5 324	6%
060205	H.N.E.	Location de supports thérapeutiques (matelas antiescarres)	120 000	148 356	28 356	24%
060229	COMÉPA	Petit matériel médical	53 974	49 736	7 284	13%
060230	INTERSURGICAL	Petit matériel médical	94 840	90 350	16 102	17%
060233	MEDLY	Petit matériel médical	100 844	93 127	11 542	11%
060235	TYCO HEALTHCARE	Petit matériel médical	65 768	62 640	8 307	13%
060241	TELEFLEX	Petit matériel médical	16 544	18 758	4 514	27%
060244	FISHER PAYKEL	Petit matériel médical	43 355	38 607	5 051	12%

Source : Exploitation des données CHIPS

Tableau 303 : Dépassements marchés en 2007

			Global	Total dépenses	Dépassement	%
070013	MEDTRONIC		27 195	46 167	18 971	70%
070014	HOSPITALIA		28 264	29 596	1 332	5%
070020	BECTON DICKINSON	Réactifs et petit matériel de laboratoire	71 096	96 780	25 684	36%
070027	I 2 A	Réactifs et petit matériel de laboratoire	40 974	62 573	21 599	53%
070029	MERIDIAN	Réactifs et petit matériel de laboratoire	20 815	70 575	49 760	239%
070030	OXOID	Réactifs et petit matériel de laboratoire	65 693	85 753	20 060	31%
070032	SOFIBEL	Réactifs et petit matériel de laboratoire	6 665	8 376	1 711	26%
070377	ROCHE DIAGNOSTICS	Réactifs et consommables automate PCR quantitative en temps réel	12 169	28 146	15 977	131%

Source : Exploitation IGAS tableaux Excel CHIPS

#### 4. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

[2355] Au plan technique il nous apparaît nécessaire que l'établissement confronté à un important taux de vétusté chiffre précisément les besoins d'investissement dans une perspective de sécurité du service rendu aux patients et, en second lieu, dans une perspective de gestion économique. Il s'agit de définir une politique claire formalisée et pluriannuelle.

[2356] Dans le cadre du PREF il doit être aussi être fixé des objectifs d'économies.

**Recommandation n°114 : Réévaluer les objectifs de renouvellement du parc sur la base d'objectifs en matière de taux de vétusté et des économies potentielles en maintenance**

**Recommandation n°115 : Formaliser les objectifs de maintenance et les faire valider par la direction générale.**

**Recommandation n°116 : Evaluer l'évolution prévisible des coûts de maintenance.**

**Recommandation n°117 : Fixer au service biomédical des objectifs d'économie.**

[2357] S'agissant de la politique d'achat et des règles globales de suivi des marchés des progrès sont à faire pour assurer la régularité des procédures.

**Recommandation n°118 : Vérifier les clauses de reconduction des marchés et leur durée.**

**Recommandation n°119 : Mettre en place un suivi formalisé du respect du montant des marchés.**

**Recommandation n°120 : Vérifier la réalité de l'absence de concurrence pour les marchés passés aujourd'hui sans concurrence ni publicité.**



## Annexe 13 : Pharmacie

[2358] Pour des raisons de temps, et en l'absence de pharmacien dans l'équipe, nous n'avons pas procédé au contrôle de la pharmacie. Nous avons mené un entretien avec le responsable et ses adjointes et recueilli quelques documents. Nous avons, par ailleurs, examiné des marchés (cf. annexe spécifique).

### 1. EVOLUTION DES DEPENSES DE MEDICAMENTS

[2359] Il nous a été fourni un suivi des dépenses de médicament repris ci-dessous.

Tableau 304 : Evolution des dépenses de médicament

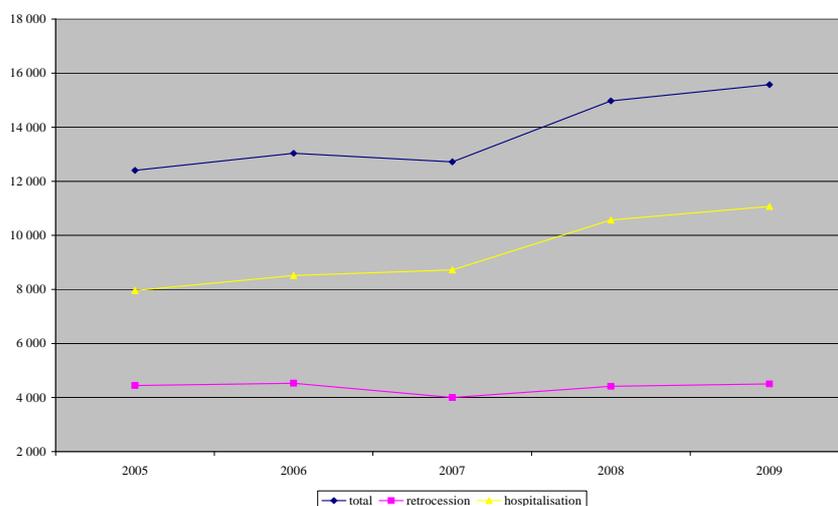
	2005	2006	2007	2008	2009	2009-07
Total médicaments	12 403	13 038	12 718	14 976	15 574	2 856
Rétrocession	4 448	4 526	3 997	4 413	4 503	506
Hospitalisation	7 955	8 512	8 721	10 563	11 071	2 350
hors GHS	3 096	3 743	3 698	5 549	6 520	2 822
GHS	4 822	4 751	4 885	4 774	4 263	-622
DMI hors GHS	1 147	1 467	1 538	1 655	1 966	428

Source : CHIPS Pharmacie

[2360] Les dépenses correspondant à des médicaments rétrocédés diminuent en 2007, elles retrouvent leur niveau antérieur en 2008 et 2009.

[2361] L'évolution globale des dépenses de médicament est marquée par une relative stabilité entre 2005 et 2007 puis une forte augmentation en 2008 et 2009.

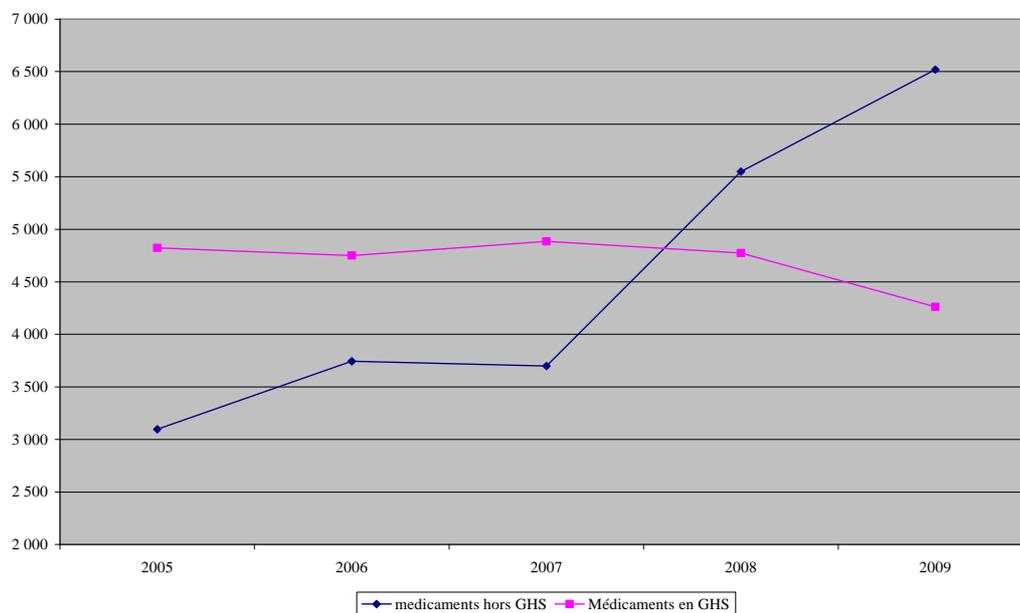
Graphique 40 : Evolution dépenses médicaments dont hospitalisation et rétrocession



Source : Pharmacie CHIPS

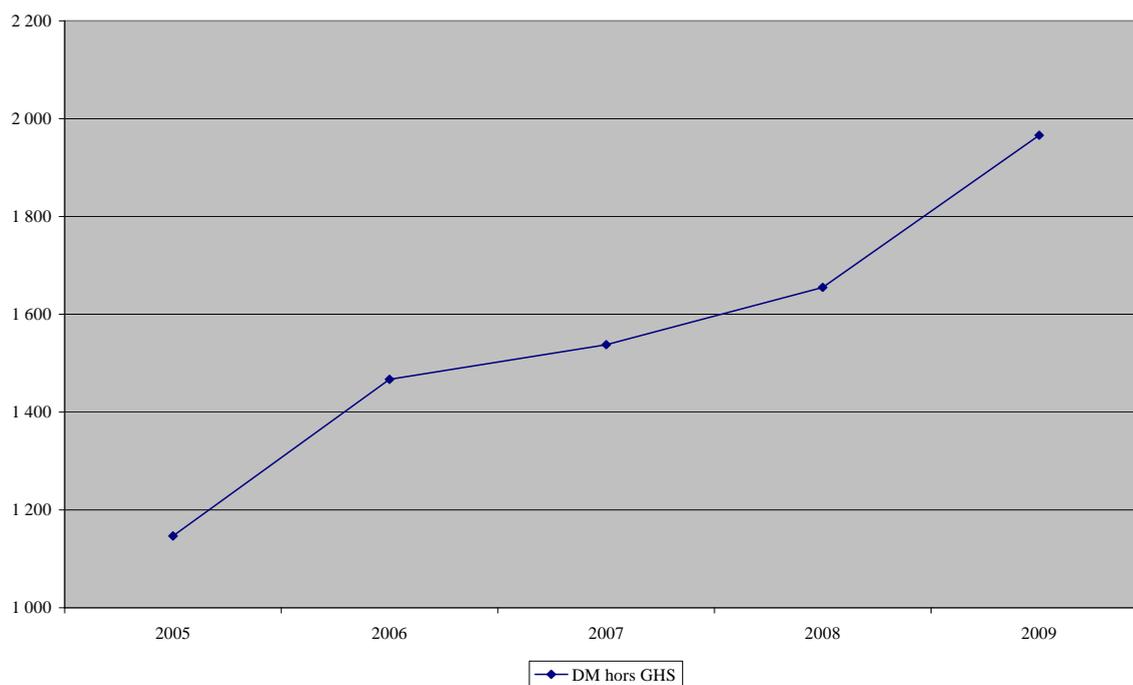
[2362] La croissance des dépenses de médicaments liés à l'hospitalisation s'explique non par l'évolution des médicaments pris en compte dans les GHS (qui diminuent en valeur entre 2007 et 2009) mais de ceux figurant dans la liste en sus. Elles ne viennent donc pas accroître le déficit.

Graphique 41 : Dépenses médicament GHS et hors GHS



[2363] Les dépenses de dispositifs médicaux implantables (DMI) hors GHS sont elles aussi en forte croissance.

Graphique 42 : Dépenses DMI Hors GHS



Source : CHIPS

## 2. ORGANISATION GENERALE ET ACHATS PHARMACEUTIQUES

[2364] La pharmacie comporte deux PUI, une par site (ainsi qu'un site à l'UCSSA). Elle était constituée de quatre UF dont une pour les achats avec chacune un responsable. Les achats ont été regroupés repris par les UF médicaments et Dispositifs médicaux en 2008 suite à un départ à la retraite (elle continue toutefois à exister au plan administratif).

[2365] La prescription nominative est considérée comme « *difficile à mettre en œuvre car elle suppose que les services aient un seul logiciel pour faire les prescriptions de médicaments, d'analyse de laboratoires et d'examen dans les autres services* ».

[2366] Les achats sont regroupés depuis la fusion (un seul livret pharmaceutique) mais chaque pharmacie fait ses commandes et reçoit ses livraisons. Le système de distribution est identique ainsi que l'informatique.

[2367] Le CHIPS était coordonnateur d'un groupement des Yvelines pour les médicaments et les dispositifs médicaux. Depuis 2007 il a fait basculer une part croissante de ces achats vers le RESAH qui réduit fortement les tâches administratives, sous réserve des accords cadres et marchés subséquents pris en charge localement par les pharmaciens. Cela est visible dans le nombre de procédures mais surtout dans le nombre de lots auquel elles correspondent (les données ne sont pas fournies pour le RESAH car le mode de comptabilisation des lots n'est pas homogène).

Tableau 305 : Nombre de procédures gérées par le CHIPS

	2005	2006	2007	2008	2009
AO	7	7	5	3	3
MN		1			
MNSC	2	27	4		
MAPA		1	1		2
Total	9	36	10	3	5

Source : Exploitation tableaux CHIPS

Tableau 306 : Nombre de lots

	2005	2006	2007	2008	2009
AO	772	505	279	226	50
MN	2	2			
MNSC		32	9		
MAPA		1	1		23
total	774	540	289	226	73

Source : Exploitation tableaux CHIPS

[2368] La pharmacie assure la passation des marchés (CCTP, quantification, saisie des offres, évaluation technique, analyse des offres de la passation des marchés), à l'exception de la partie purement administrative (qui est prise en charge à ce jour par un agent du biomédical, puis l'ensemble de leur exécution jusqu'à la liquidation des dépenses dans Emagh2).

[2369] Elle utilise le logiciel EPICURE pour l'analyse économique des offres. Le logiciel ZENON est utilisé pour les marchés subséquents. Nous n'avons pas audité l'utilisation de ces logiciels.

[2370] A la demande de la direction en 2008 une commission a été créée pour examiner l'intérêt des dispositifs médicaux innovants qui ne passent pas en commission d'équipement. Le coût de leur utilisation est évalué et la décision prise par la direction des finances.

### **3. INFORMATISATION**

#### ***3.1. Des délais de mise en œuvre d'un nouveau produit***

[2371] L'informatique est une préoccupation depuis plusieurs années. L'établissement a choisi une solution proposée par la société McKESSON comportant CROSSWAY interfacé avec le logiciel PHARMA. L'offre concurrente avec le produit DISPORAO proposait une solution unique mais « était faible sur la prescription ».

[2372] Le déploiement dans les services a pris du retard parce que CROSSWAY n'était pas au point et pas interfacé correctement avec les autres logiciels. Un service pilote l'UMIT a démarré le 22/3/2010.

[2373] Ce retard d'informatisation pourrait avoir des effets financiers car l'établissement a obtenu un taux de remboursement de 100% des médicaments et DMI liste en sus dans le cadre de son contrat de bon usage sur la base d'engagements de délais dans cette informatisation.

#### ***3.2. Une interface avec le logiciel de gestion économique et financière qui demeure problématique***

##### **3.2.1. Ce fut le cas jusqu'en 2008 avec Hexagone**

[2374] Pour l'essentiel de la période où la gestion économique et financière est faite avec HEXAGONE les procédures sont les suivantes.

[2375] Les commandes sont saisies dans PHARMA. Il n'existait pas d'interface entre PHARMA et HEXAGONE à ce niveau, donc les commandes ne sont pas enregistrées dans HEXAGONE. Il n'y a pas de contrôle budgétaire au moment de l'engagement.

[2376] Chaque site (Poissy et St-Germain) émet des bons de commande, réceptionne et liquide. Pour les commandes à envoyer à des répartiteurs tels que DEPOLABO, la commande est passée auprès du laboratoire titulaire du marché avec une adresse de commande DEPOLABO. Les bons de commande de PHARMA sont édités et envoyés par télécopie au fournisseur. Un bon interne est édité.

[2377] Les réceptions sont saisies dans PHARMA. Il n'y a pas d'interface entre PHARMA et HEXAGONE au moment des réceptions, donc les entrées en stock ne sont pas enregistrées dans HEXAGONE. Les réceptions sont effectuées avec des terminaux portables NEWAC.

[2378] Les sorties sont intégrées dans PHARMA et envoyées dans HEXAGONE une fois par mois lorsque les liquidations sont faites. Ce fonctionnement génère beaucoup de retard et beaucoup de décalage dans la gestion du stock d'HEXAGONE. L'interface est très lourde à gérer (gestion de plages horaires différentes entre St-Germain et Poissy). Ce fonctionnement engendre une perte de temps considérable pour les agents de la pharmacie.

[2379] Ces difficultés de liaison entre PHARMA et HEXAGONE, ont entraîné beaucoup de retard dans les balances et conduit à une absence de visibilité des dépenses pharmaceutiques.

### 3.2.2. Cela ne s'est pas amélioré avec le passage à Emagh2

[2380] L'interfacage avec le logiciel de gestion économique et financière n'a pas été amélioré au passage à Emagh2. Les principaux problèmes sont les suivants :

- Les dépenses engagées ne donnent pas les mêmes chiffres dans PHARMA et Emagh2 la pharmacie était, à la date des investigations, dans l'impossibilité de suivre ses engagements ; en particulier l'état des consommations par service n'est pas fiable ce qui empêche d'alimenter les CREA sur les dépenses de médicaments ;
- Les flux de commandes ne passent pas de manière fiable ;
- Les marchés doivent être saisis deux fois une fois dans chaque logiciel ;
- Les mouvements de stocks ne passent pas de manière fiable il y a de nombreux rejets ;
- Lorsque des liquidations sont faites dans EMahg 2 les prix moyens pondérés (PMP) ne sont pas mis à jour dans PHARMA (exemple d'une vis dont le PMP était à 20.000€) ;
- L'inventaire n'est pas fiable ; au moment du démarrage la pharmacie a fait un inventaire mais celui-ci n'a pas été envoyé à l'éditeur de sorte qu'en début d'exercice 2009 des rejets sont intervenus en raison d'un stock passant en négatif faute d'avoir alimenté le stock initial ;
- La pharmacie n'est pas en mesure de suivre la consommation sur les marchés car elle n'a dans PHARMA que les données de volume et n'a pas la capacité de disposer des données pertinentes depuis Emagh2 ;
- La pharmacie dispose des engagements mais pas des liquidations ; cela peut poser des problèmes quand la livraison est différente de la demande.

Tableau 307 : Point sur les rejets interface sorties de stock PHARMA Emagh2 au 7/9/2009

Motif du rejet	Sorties rejetées	Produits concernés
UF non renseignée ou à zéro	5 424	
Code produit à zéro	3	
Code produit n'existe pas dans Emagh2	3	3
Produit n'est pas en stock dans Emagh2	3477	933
Stock insuffisant du à l'alimentation erronée début exercice	5571	

Source : CHIPS pharmacie

### 3.2.3. La facturation des médicaments figurant sur la liste en sus est difficile

[2381] Le remboursement des médicaments hors GHS nécessite un travail très important pour produire les fichiers FICHCOMP et FICHSUP.

[2382] Avec Hexagone le fichier FICHSUP était produit sous forme d'un fichier Excel auquel il fallait ajouter à la main les données de séjour, ce qui nécessitait de se rapprocher du DIM. En particulier on notait d'importantes incohérences dans les séjours (par exemple si le service avait utilisé une étiquette datant d'un séjour antérieur) ou en cas de transferts entre services.

[2383] Avec PHARMA il n'est plus nécessaire de rajouter les numéros de séjour. Toutefois il demeure un problème pour les malades récurrents (par exemple hémodialyse) dans ce cas le numéro de séjour qui est automatiquement attaché au médicament n'est pas celui de sa dernière hospitalisation mais celui de sa dernière venue soit par exemple une consultation externe. Il faut corriger ces numéros de séjour à la main.



## Annexe 14 : Travaux

[2384] Pour des raisons de temps nous n'avons pas audité le fonctionnement de la direction des travaux, nous avons recueilli au travers d'un nombre d'entretiens limités des informations sur son fonctionnement, testé les pratiques du CHIPS sur quelques sujets (téléphone, consommation des véhicules qui font l'objet d'annexes spécifiques) et examiné un nombre limité de marchés (cf. annexe spécifique).

### 1. ELEMEMENTS GLOBAUX SUR LA DIRECTION DES TRAVAUX

[2385] [REDACTED] a pris ses fonctions à la direction des travaux en 2003. A l'époque le programme d'investissement avait été gelé dans la perspective de la construction (déjà) d'un nouvel hôpital à l'exception de la radiothérapie.

#### 1.1. *Estimation des besoins et programmation des travaux*

[2386] Les entretiens sont contradictoires sur les procédures effectivement mises en place avant 2009.

[2387] Nous avons compris qu'il existait un programme de travaux courants de faible montant (environ 300K€). A aussi été réalisée dans ce cadre une mise aux normes des installations de sécurité électriques du site de Poissy (TGBT et adjonction d'un nouveau groupe électrogène). Cette programmation a été maintenue jusqu'en 2007 où elle a été abandonnée parce que le montant des crédits, restés stables, et les dépenses obligatoires (importance du coût des ascenseurs par exemple) ne permettaient pas de le mettre en œuvre.

[2388] Dans ce cadre des demandes étaient faites aux services sur la base de questionnaires (il nous a été fourni une demande de 2004). [REDACTED] envoyait des questionnaires de recensement aux services puis faisait la synthèse des réponses. Les techniciens supérieurs chiffrèrent chacune les mesures qui les concernaient et leur attribuait une cote classifiante (hygiène, accompagnement d'un équipement, mise aux normes...). L'ensemble des mesures étaient ensuite soumises à la commission des équipements et des travaux. Les travaux retenus étaient ensuite réalisés.

[2389] Comme pour le biomédical ce dispositif a été abandonné pour 2008. Le recueil des besoins a été fait mais il n'a pas été donné suite compte tenu des difficultés dont il est fait état plus haut.

[2390] Jusqu'en 2005 le programme d'investissement est régi par des données financières (résultat de « l'étude d'endettement » faite par la direction des finances). En 2005 ont été établis le projet médical, un programme pluriannuel d'investissement et un schéma directeur de restructuration. Nous n'avons pas pu disposer de plans d'investissements formalisés sur la période mais uniquement de deux fichiers Excel intitulés plan de travaux 2006 (deux pour le site de Saint Germain, un pour le site de Poissy) et un pour 2008 sur le site de Saint Germain ainsi que de comptes rendus de réunion de suivi.

[2391] Faute de document probant la programmation n'a pas été audité.

## 1.2. Montant des dépenses de travaux

[2392] Le programme d'investissement a conduit à des opérations importantes, qui expliquent l'accroissement du nombre de marchés pendant la période. Le programme a été terminé en 2008, les retards étant liés notamment à des raisons techniques (sécurité sur le site de Poissy par exemple).

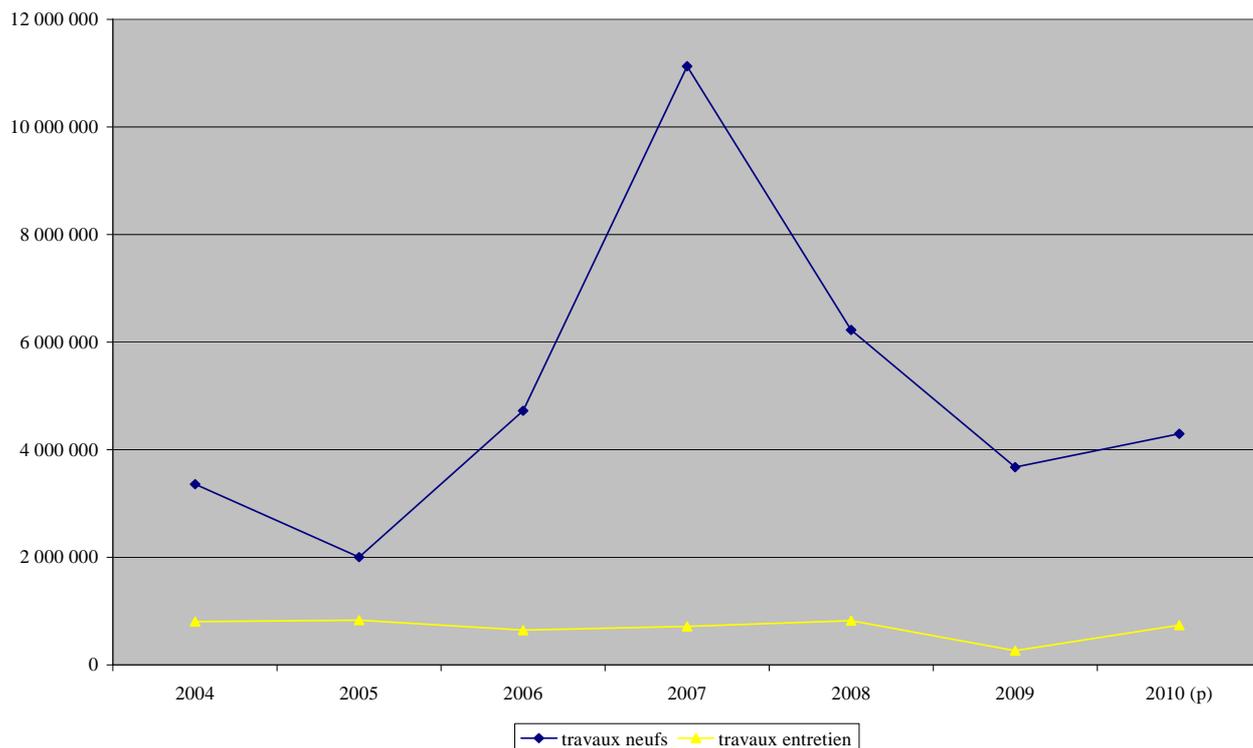
[2393] Les dépenses retracées dans le tableau et le graphique ci-dessous montrent bien cette évolution.

Tableau 308 : Evolution des dépenses de travaux

K E	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010 (p)
NEUFS	3 359	2 002	4 726	11 129	6 229	3 675	4 298
ENTRETIEN	807	833	647	715	825	267	740
Total	4 166	2 836	5 374	11 844	7 054	3 942	5 038

Source : CHIPS

Graphique 43 : Evolution dépenses de travaux (2004-2010)



## 2. ORGANISATION DE LA DIRECTION

### 2.1. *Un organigramme modifié par le nouveau directeur*

- [2394] La direction des travaux a été pendant la période sous revue sous la direction de [REDACTED] puis de [REDACTED] depuis le 1/1/09. [REDACTED] ingénieur présent depuis longtemps dans l'établissement, part le 1/6.2008.
- [2395] La direction, à l'arrivée de [REDACTED], était organisée autour de deux ingénieurs l'un ayant en charge les services techniques et l'autre les opérations et travaux. Au départ de ce dernier son remplaçant a eu un positionnement d'adjoint plutôt en charge des travaux neufs.
- [2396] Au moment de son recrutement, il avait une faible expérience professionnelle, [REDACTED] compte tenu de difficultés, rencontrées, liées notamment à un défaut de coordination, a confié la coordination de l'ensemble de l'équipe travaux à [REDACTED], qui avait en plus en domaine propre les services techniques. [REDACTED] gérait directement les opérations complexes: radiothérapie, reconstruction du bâtiment SCHNAPPER, bâtiment modulaire avec en appui un adjoint technique dépendant de l'équipe travaux neufs. Les autres opérations étaient gérées par [REDACTED] a indiqué que [REDACTED] était position d'adjoint et de conseil technique même si elle n'avait pas pris la peine de modifier sur l'organigramme son positionnement.
- [2397] L'organisation trouvée à son arrivée par [REDACTED] était, pour [REDACTED], transitoire car [REDACTED] n'avait pas souhaité que [REDACTED] soit remplacé, en raison de son souhait de faire venir [REDACTED]. L'organisation a été adaptée en fonction des compétences de chacun : [REDACTED] a repris la gestion de tous les travaux neufs à l'exception des travaux de désenfumage et [REDACTED], adjoint de [REDACTED] sur les services techniques a repris en liaison directe avec [REDACTED] la gestion des services techniques. Cette situation a duré près de 10 mois.
- [2398] [REDACTED] nous a indiqué avoir trouvé une direction organisée en un pôle études et travaux confié à un ingénieur [REDACTED] comportant en outre quatre autres personnes, une cellule administration et finances composée de six personnes. Le reste, c'est-à-dire l'essentiel, des effectifs étant affecté au service technique et entretien maintenance et sécurité incendie auparavant sous la responsabilité de [REDACTED].

Graphique 44 : Organigramme direction des travaux avant le départ de [REDACTED]

*Source : CHIPS*

[2399] A la date des investigations le poste d'ingénieur de [REDACTED] n'avait pas été remplacé et [REDACTED] assumait les fonctions d'adjoint de [REDACTED]. La cellule administrative maintenue ne comportait plus que quatre personnes. Le reste des effectifs ont été répartis en cinq secteurs sous l'autorité de quatre responsables techniques chargés d'opérations (un couvrant deux secteurs) : ateliers, sécurité, électricité, fluides et annexes.

Graphique 45 : Organigramme direction des travaux à la date des investigations

Source : CHIPS

## 2.2. Des effectifs en diminution

- [2400] Les effectifs ont sensiblement diminué sur la période. Nous n'avons pas audité le turnover et la gestion des ressources humaines de la direction.
- [2401] Il nous a été indiqué que cette baisse était liée à la mise en œuvre du CREF : s'il avait été décidé de maintenir le potentiel en compétences d'électriciens et de plombiers, pour les autres compétences les départs n'étaient pas forcément remplacés.
- [2402] Sur la base de nos travaux nous estimons que la cellule administrative est aujourd'hui sous dimensionnée pour assumer les fonctions de passation et d'exécution des marchés qui lui sont confiées. Les personnels rencontrés se sont pour l'essentiel formés « sur le tas » et il ressort des entretiens que les personnels techniques sont insuffisamment informés et formés sur les procédures de marché public dont ils ont à suivre la mise en œuvre. Le départ anticipé de [REDACTED] récemment accordé devrait être l'occasion d'un remplacement par un profil administratif connaissant bien la commande publique.

Tableau 309 : Evolution des effectifs

ETP Moyen	2005	2006	2007	2008	2009
DIRECTION TRAVAUX	13,17	13,8	14	14,12	11,38
ATELIERS	49,88	48,64	43,85	42,30	35,57
JARDINS	5,16	5	4,83	4	4
SECURITE INCENDIE	3	1,63	1	6,98	9,45
TOTAL TRAVAUX	71,21	69,07	63,68	67,40	60,4

Source : CHIPS DRH

[2403] Nous avons chiffré avec Mme HUMBERT les moyens consacrés à la passation des marchés ils apparaissent très limités : 20% du temps de la directrice, 70% 30% et 30% des trois agents administratifs soit 1,5 ETP. Ils ont été réduits au minimum de 0,3 ETP un des agents administratifs étant parti sans avoir été remplacé.

### 2.3. *Un suivi sur des fichiers Excel non coordonné avec le logiciel de GEF*

[2404] [REDACTED] nous a indiqué qu'elle faisait tenir un suivi des engagements par compte dans un tableau Excel comportant des données ressaisies depuis Hexagone.

[2405] [REDACTED] a mis en place un suivi des opérations sur un tableau Excel dans lequel sont ressaisies les données d'engagement et de liquidation. [REDACTED] tient par ailleurs des « feuilles d'opération » sur Excel qui lui permettent de suivre son activité.

[2406] Comme les autres utilisateurs rencontrés les personnes de la direction des travaux estiment Emagh2 très lourd à utiliser et regrettent les « retours en arrière » rendus nécessaires par l'organisation du logiciel.

[2407] Toutefois on note que le module opération d'Emagh2 n'est pas utilisé, même si une formation, jugée trop rapide, a été faite.

[2408] Par ailleurs, certaines critiques montrent l'existence de contrôles qui apparaissent normaux : ainsi il a été regretté que lorsqu'une commande est passée sur un marché « qui n'a pas été prolongé » il faille quitter cette commande et revenir dans l'écran approprié pour modifier la durée du marché.

## 3. LES PROCEDURES D'ACHAT

### 3.1. *Evaluation des besoins et planification des procédures de mise en concurrence*

[2409] Il ne nous a été fourni aucun programme d'achat formalisé pour la période 2005-2008. La directrice des travaux nous a indiqué (voir ci-dessus) que les opérations d'achat étaient conditionnées par le programme technique de travaux. Cela n'exclut pas l'intérêt d'en tirer un planning prévisionnel des consultations et donc la charge administrative correspondante.

[2410] En 2009 [REDACTED] a mis en place un programme de travaux incluant les travaux courant tenu sur un fichier Excel qui ne conduit pas non plus à planifier les procédures de consultations.

[2411] De ce fait il n'existait et n'existe d'ailleurs toujours pas, de planification des procédures de consultation.

### 3.2. Procédures et nombre de marchés

[2412] La période a été marquée par de nombreuses opérations à tiroir qui ont entraîné une importante activité de passation de marchés de travaux auxquels s'ajoutent les marchés de maintenance et de fournitures.

[2413] Les chiffres ci-dessous montrent une forte augmentation du nombre des marchés en 2006, une très forte activité en 2007 et 2008 une réduction très importante en 2009.

[2414] Il nous a été indiqué qu'un retard a été pris dans le lancement des procédures, ainsi à la date des investigations 21 marchés de maintenance étaient à relancer cette année sans que les procédures aient été entamés. En l'absence d'anticipation le CHIPS est souvent en situation de devoir « prolonger » des marchés pour pallier le retard pris dans les procédures de passation.

Tableau 310 : Répartition des marchés par procédure

	2005	2006	2007	2008	2009
AOO	6	12	19	6	1
AOR	8	2			
AO		4	12	5	
Sous total appel offres	14	18	31	11	1
MAPA	8	44	58	29	13
Négociés		27	10	25	8
Autres	2			1	
Complémentaires			6	5	
non donnée				15	1
Total	24	89	105	86	23

Source : Exploitation IGAS relevé CHIPS DT des marchés 2005-2009

[2415] L'organisation des procédures est classique rédaction des pièces administratives et aspects administratifs de la procédure par la cellule administrative. Rédaction des CCTP et dépouillement des offres par les techniciens. Il n'est pas utilisé de logiciel d'aide à la passation des marchés. Quand MARCO a été implanté dans l'établissement les agents ont été formé mais il n'a pas été utilisé pour trois raisons : il aurait fallu ressaisir les DCE existant sous Word, il n'était pas adapté à la constitution de dossiers comportant des documents autres que des documents Word (plans), les fournisseurs ne répondaient pas sous forme dématérialisée.

[2416] Il nous a été clairement indiqué que la cellule administrative manque de formation aux marchés publics, les séances d'information qui sont organisées ne lui permettent en particulier pas de voir aborder les dispositions spécifiques aux marchés de travaux ou certaines dispositions techniques (clauses de révision des prix,..).

### 3.3. Depuis 2008 de nouvelles orientations en matière de procédures d'achat

[2417] La direction des travaux a, en 2008, décidé d'adhérer au RESAH pour des achats de fournitures. La raison principale de cette décision est de réduire la charge administrative de la passation des marchés.

[2418] En 2009 il a été décidé de passer des accords cadres qui permettent de remettre en concurrence les attributaires multiples pour chaque opération.

### 3.3.1. Les accords cadres conduisent à remettre en concurrence les fournisseurs antérieurs

[2419] Un accord cadre a été passé en 2009 sous forme d'une procédure adaptée décomposée en cinq lots. La comparaison des titulaires des lots et des attributaires des marchés antérieurs pour ces prestations montre que les anciens titulaires ont toujours été retenus mais la procédure choisie conduit à les remettre en concurrence pour chaque marché subséquent.

Tableau 311 : Comparaison attributaires accords cadres et titulaires des marchés antérieurs

Lots	Entreprises sélectionnées	Titulaires marchés antérieurs
Maçonnerie extérieure	ITE Chambourcy BATICACH Cachan SMC Le Thillay	SMC
Métallerie serrurerie menuiserie aluminium et PVC	MAP Laval SEMAP Evreux	MAP
Courant fort	SFEE Saint Léonard (76)	SFEE
Courant faible	FORCLUM Mantes la jolie INDUSTRELEC Sartrouville	
Plomberie génie climatique	SAGA Gennevilliers BOUTEL Maule (78)	BOUTEL

Source : Exploitation IGAS documents DT

### 3.3.2. L'adhésion au RESAH pour les fournitures conduit à changer les fournisseurs

[2420] L'adhésion au RESAH pour certaines fournitures des ateliers a conduit à un changement de fournisseurs.

Tableau 312 : Comparaison titulaires marchés fournitures RESAH et titulaires marchés CHIPS

	RESAH	Titulaires marchés CHIPS
Plomberie	SIDER	BATIMANTES
Matériel électrique	REXEL	Société FRANCO BELGE
Quincaillerie	ROUSSELY	SETIN – LEGALLAIS
Menuiserie	VILATTE	CARESTIA
Peinture	CYP	DEMAZEL (ZOLPAN)

Source : Exploitation IGAS données CHIPS

## 3.4. Exécution des marchés

### 3.4.1. Demandes d'interventions des services

[2421] Le processus de demande d'interventions des services a été décrit comme non formalisé et non maîtrisé jusqu'en 2009 : services faisant appel aux prestataires directement car les services techniques étaient considérés comme trop peu réactifs.

[2422] Nous avons lors des entretiens dans les services recueillis des avis extrêmement défavorables sur la qualité des prestations de la direction.

[2423] Cela a été le cas en 2009 une note de service a été, fort opportunément, faite le 10 mars 2010, soit pendant les investigations, pour organiser les demandes et demander à ce qu'elles soient faites par courrier électronique. Il n'est pas prévu de centraliser les demandes dans une boîte spécifique ou de mettre en place un système permettant le suivi des demandes.

### **3.4.2. Exécution**

[2424] La direction des travaux assure la liquidation des dépenses le mandatement est fait par la direction des finances. Les modes opératoires décrits sont classiques : vérification du service fait par les techniciens, liquidation par la cellule administrative. Ils n'ont pas été audités.

[2425] Il a été indiqué qu'une alerte à 90% du seuil des marchés était mise de manière systématique. Le hasard a voulu que lors d'une démonstration de liquidation de commande cette alerte n'ait pas été paramétrée pour le marché concerné. Il n'est pas procédé à une vérification du caractère systématique de la mise en place d'une alerte sur la base d'extractions fournies par l'application de GEF.

[2426] L'utilisation des liquidations directes mériterait une analyse particulière en effet tant les procédures décrites que certains éléments recueillis dans les entretiens laissent penser que ce sujet n'est pas entièrement traité. Cela peut être du, par ailleurs à la non utilisation du module opération.

## **4. CONCLUSION ET PROPOSITIONS**

[2427] Les investigations menées ne constituant pas un audit de la direction des travaux nous limiterons nos conclusions et nos recommandations au domaine des achats qui a été vu de manière plus approfondie.

[2428] Dans le domaine des achats la direction des travaux présente des faiblesses qui ne la démarquent pas de l'ensemble de l'établissement.

**Recommandation n°121 : Mettre en place une planification des procédures de marché**

**Recommandation n°122 : Utiliser le module opération de Emagh2**

**Recommandation n°123 : S'inscrire dans un paramétrage global de Emagh2 assurant un meilleur contrôle interne et en vérifier la mise en œuvre**

[2429] Compte tenu des observations recueillies dans les services et de l'absence de suivi des demandes nous recommandons fortement de formaliser les relations avec les utilisateurs et de suivre précisément la mise en œuvre de leurs demandes acceptées.

**Recommandation n°124 : Formaliser les relations avec les utilisateurs**

**Recommandation n°125 : Suivre de manière précise la réponse qui leur est donnée et sa mise en œuvre**



## Annexe 15.1 : Téléphone

[2430] Pour tester les procédures de gestion de l'hôpital nous avons pris comme exemple un domaine classique, celui des dépenses de téléphone, secteur dans lequel l'informatisation totale permet de disposer de données de consommation fines. Nous avons cherché à savoir si le CHIPS dispose d'un suivi de sa consommation téléphonique et mène des actions de maîtrise.

### 1. EVOLUTION DE LA CONSOMMATION GLOBALE

[2431] A la date des entretiens le parc est composé de postes répartis comme suit

Tableau 313 : Parc postes téléphoniques

Type poste	Nombre
DECT	400
SDA	1 899
Mobiles	101
Total	2390

Source : CHIPS nota 50 BIPS

[2432] Lors des entretiens il nous a été indiqué que le CHIPS « avait été parmi les premiers » à dégrouper ses communications et que cela avait permis une réduction de 25 à 30% des coûts par la passation de marchés successifs.

[2433] Le tableau ci-dessous rempli à notre demande par le CHIPS donne l'évolution de la dépense de téléphone. L'année 2005 n'a pas été remplie<sup>261</sup>. Sans doute les coûts unitaires ont-ils décreu, mais le montant des consommations est lui croissant en 2007 et surtout en 2009, après une baisse en 2008.

Tableau 314 : Evolution des dépenses de téléphone

2005	2006	2007	2008	2009
	263 807	278 985	261 529	295 206
		6%	-6%	13%

Source : CHIPS

[2434] L'établissement ne dispose pas de données relatives aux volumes (nombre de minutes, appels) et à la répartition de la destination des appels (fixes mobiles). Il nous a été répondu par dans un document transmis du directeur « Nous disposons des factures détaillées sous forme papier pour les années 2006 à 2009, lesquelles ont pu être analysées par [REDACTED] qui vous les remettra mercredi 7 avril à 11heures ». Cette réponse est inexacte lors de cet entretien il nous a été remis une copie des factures pour la seule année 2005. Il n'a été fourni aucune analyse sur la période.

<sup>261</sup> Ce qui est significatif de « l'à peu près » généralisé dans les réponses faites

## 2. PROCEDURES DE GESTION

- [2435] [REDACTED] nous a indiqué qu'un suivi de la consommation était fait entre 2003 et 2004/2005 de manière régulière et précise. Il est devenu par la suite irrégulier à la demande.
- [2436] Dans le cadre du CREF des mesures auraient été prises en 2007 et 2008, pour limiter la consommation : restriction des lignes ayant accès à l'international par exemple.
- [2437] [REDACTED] nous a indiqué qu'il en figurait des traces dans les chronos de la direction A notre demande d'en disposer il nous a été répondu « *Après recherche, [REDACTED] lors de son changement de poste, n'a pas conservé trace des mails relatifs aux restrictions d'utilisation de certains numéros 06, 08, province et internationaux. Par contre, à titre d'exemple Mr DA SILVA vous remettra demain matin la copie papier d'une demande d'accès aux 02, 03, 04, 05, formulée par l'école des sages femmes et l'accord de [REDACTED]* ». Il n'est pas répondu sur l'existence ou non de ces documents dans les chronos qui n'est donc pas exclue. Il a été fourni la réponse à deux demandes individuelles ce qui ne correspond pas à notre souhait de savoir si des mesures générales avaient été prises.
- [2438] A la date des investigations il ne nous a été décrit aucune procédure, aucun outil de suivi de la consommation par pôle (ce qui serait cohérent avec l'établissement des CREA) ou par poste (ce qui serait nécessaire pour donner aux responsables de pôles les moyens de maîtriser la consommation).
- [2439] Nous n'avons pu rencontrer que la personne responsable depuis le 1/4/2009. Elle nous a indiqué qu'avant son arrivée il n'y avait pas de suivi régulier et formalisé de ces dépenses (si ce n'est la demande annuelle faite par la direction des finances du suivi des appartements de fonction afin d'établir un titre de recettes)<sup>262</sup>. Elle nous a indiqué plusieurs éléments positifs entrepris, et a fait état du fait que l'établissement ne disposait pas de téléphonistes et avaient réorienté des agents spécialistes des courants faibles. Il n'en demeure pas moins qu'à la date des investigations il n'y a pas de suivi organisé dont il est rendu compte.
- [2440] Il nous a été fourni des tableaux de suivi par lot de marché et numéro de postes faites à partir nous a-t-on indiqué d'une ressaisie des données sur Excel qui correctement utilisé pourrait fournir des éléments utiles. Les données existent et sont saisies par les agents, elles ne sont pas utilisées pour le management.
- [2441] Selon les personnes rencontrées il n'existe pas de document fixant les modes d'utilisation des portables professionnels et proscrivant de manière formalisée leur utilisation à des fins personnelles.

## 3. DONNEES DE CONSOMMATION

### 3.1. Appel depuis les postes fixes

- [2442] Nous avons demandé des données de consommation par poste, celles-ci ne nous ont pas été fournies. L'établissement s'est aperçu en cherchant à satisfaire notre demande que l'opérateur avait paramétré l'autocommutateur de sorte qu'il n'y avait que 90 jours d'historique disponible.
- [2443] Les données fournies permettent toutefois de chiffrer en montant HT et en durée les consommations selon le type de destinataire de l'appel.

---

<sup>262</sup> Nous n'avons pas audité la réalité de cette affirmation et le montant de ces titres

[2444] Les appels vers les mobiles représentent 32% du temps de communication mais 63% du coût c'est donc le sujet principal de maîtrise tant des coûts que des consommations. Les numéros spéciaux représentent 20% de la dépense. Enfin les appels locaux et nationaux vers des fixes 56% de la consommation pour 13% seulement de la dépense.

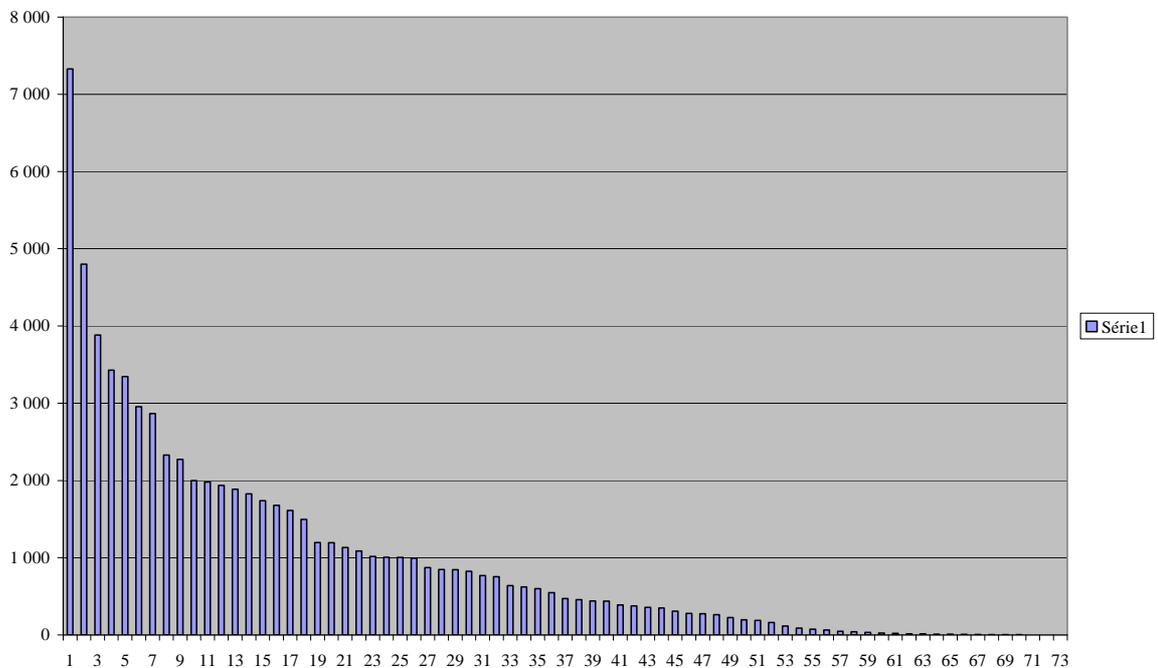
Tableau 315 : Consommation 2009 téléphonie fixe

	Montant (ht)	%	Durée (h)	%
Total	161 778		46 795	
Abonnements	28 806		0	
Consommations	132 972		46 795	
<b>Mobiles</b>	<b>83 911</b>	<b>63%</b>	14 868	32%
Internationales dom tom	6 114	5%	325	1%
<b>Numéros spéciaux</b>	<b>26 013</b>	<b>20%</b>	5 233	11%
Locales	9 599	7%	14 947	32%
Nationales	7 335	6%	11 422	24%

Source : Exploitation données opérateurs

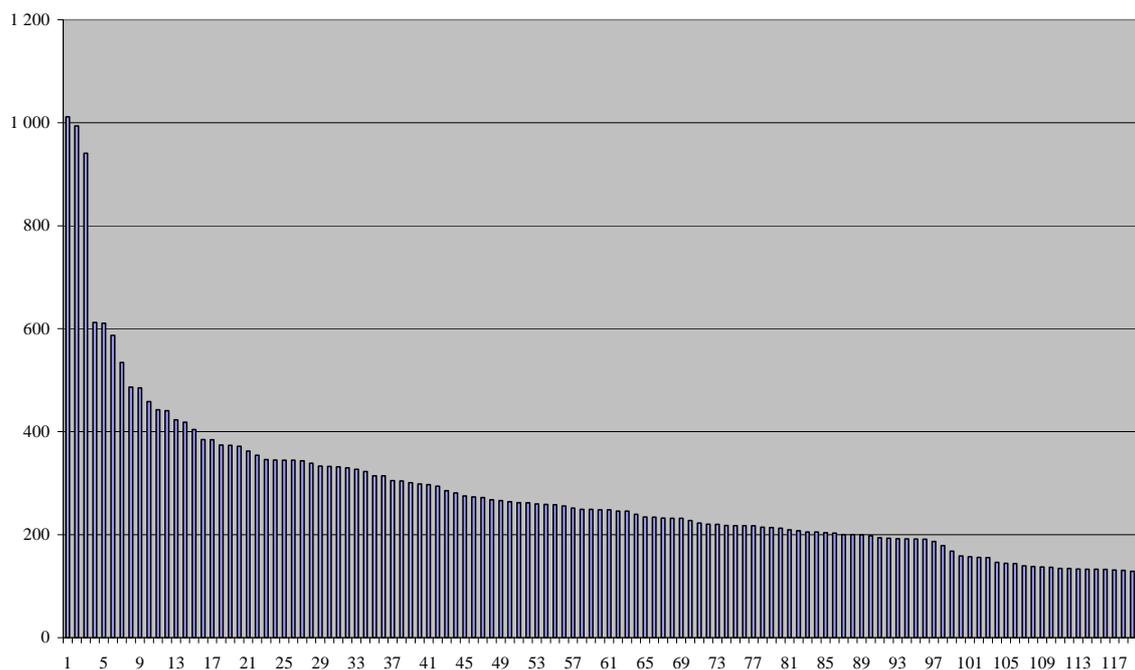
[2445] Nous avons obtenu pour le premier trimestre 2010 les données par centre de frais et le relevé du palmarès des postes les plus consommateurs. L'exploitation des données montre consommations très importantes qui méritent un suivi formalisé.

Graphique 46 : Cout par centre de frais premier trimestre 2010 (HT)



Source : Exploitation données CHIPS

Graphique 47 : Consommations par poste palmarès plus gros consommant (HT)



Source : Exploitation données CHIPS

[2446] Nous avons demandé des explications pour les sept plus gros consommateurs :

- Le plus important Télécoms Services (1000€) serait refacturé
- Pour quatre postes (994-612-587-535 €) il nous a été indiqué que cela était dû à la nature de leur activité ; il conviendrait de vérifier formellement que l'activité en question justifie un tel montant ou que des économies ne peuvent pas être recherchées.
- Pour un poste (994€) il s'agit de transmissions de données de laboratoire par modem une solution technique moins coûteuse pourrait être recherchée
- Enfin pour un poste (fax bloc central 611€) le contrôle a mis à jour un abus manifeste « Les consommations sur ce fax ont été utilisées pour des consommations en 089..... (messagerie, horoscope, etc...) et sur des mobiles »

[2447] Ce type de suivi est à faire en routine et de manière plus approfondie.

### 3.2. Appels depuis des postes mobiles

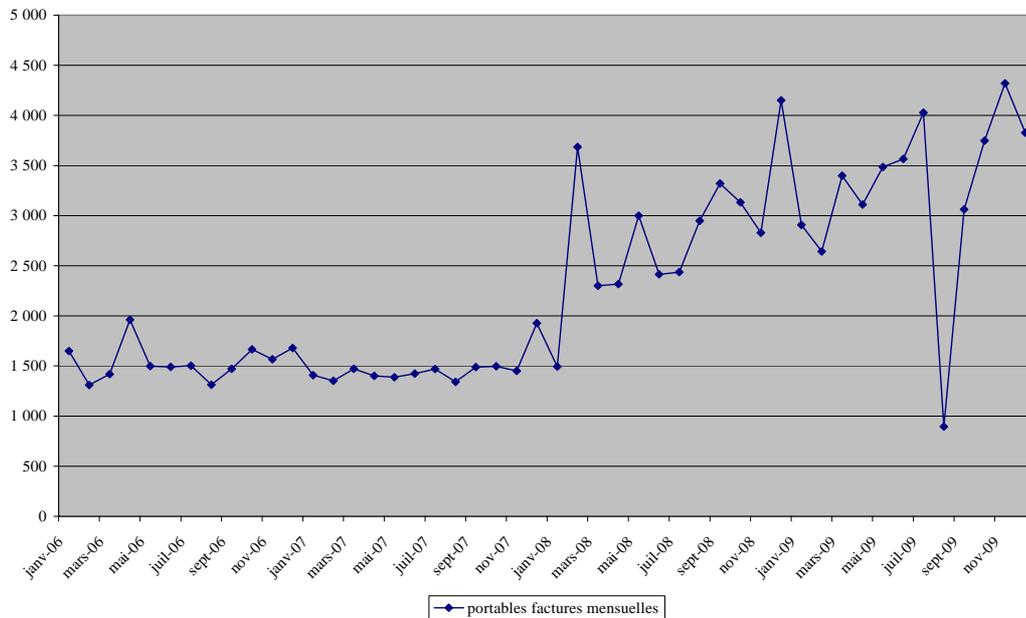
#### 3.2.1. Données générales

[2448] Nous avons d'abord obtenu des données partielles ne comportant en particulier pas tous les noms des personnes qui ont puis ? en ayant de nouveau réclamé un relevé nominatif pour l'année 2009. Nous n'avons pas vérifié sur facture les données fournies par l'établissement faute de temps.

[2449] Les données montrent une forte augmentation au cours de l'année 2009 de la flotte de portables de l'établissement qui passe de 64 au 1/1 à 101 au 31/12 (+58%), soit en moyenne 78 bénéficiaires. Cette augmentation est justifiée par l'établissement par le remplacement progressif des DECT, lesquels sont plus fragiles et dont le remplacement est plus onéreux, pour un périmètre d'utilisation plus limité. Certains de ces mobiles pour lesquels il est payé un abonnement ne sont pas encore attribués.

[2450] L'exploitation des relevés de factures mensuelles figurant dans les documents fournis par le CHIPS montrent une très forte augmentation de la consommation la facture mensuelle est de 1490€ entre janvier 2006 et octobre 2007 et de 2938€ entre novembre 2007 et décembre 2009.

Graphique 48 : Evolution de la facture mensuelle de téléphone mobile



Source : Exploitation données CHIPS

[2451] Le montant de la facture pour 2009 est de 33 000€ hors taxe soit 20% de la facture totale des fixes, à titre de comparaison les agents qui les consomment représentent 2,3% des ETP.

Tableau 316 : Dépenses de téléphonie mobile 2009

	Toutes communications /data <sup>263</sup>	international	N° spéciaux	Data (hors forfait)	A l'acte SMS	A l'acte autres	Montant facture (TTC)	Coût moyen/ligne (TTC)
Janvier	2 497	30	43	0	44	9	3 137	49
Février	2 310	32	23	0	35	1	2 873	45
Mars	2 550	189	65	2	33	3	3 398	53
Avril	2 447	73	48	0	31	2	3 110	49
Mai	2 738	82	66	1	26	0	3 485	46
Juin	2 649	61	30	390	40	4	3 796	50
Juillet	2 677	28	41	576	27	3	4 010	53
Août	644	21	38	1	14	4	863	11
Septembre	2 299	66	30	0	163	2	3 063	30
Octobre	2 811	6	23	5	283	5	3 748	37
Novembre	3 083	26	16	11	253	2	4 054	40
Décembre	2 702	<b>210</b>	26	92	163	7	3 827	38
<b>Total</b>							39 363	503

Source : Données opérateur

<sup>263</sup> sauf International, numéros spéciaux ainsi que Data et à l'acte hors forfait



### 3.2.3. Demandes explications sur consommations particulières

[2459] Nous avons, par ailleurs, demandé les explications pour les factures particulièrement importantes figurant au tableau ci-dessous.

Tableau 318 : Consommations de mobile pour lesquelles des explications ont été demandées

N° mobile	Nom affecté	Juin	Juillet	Novembre	décembre

Source : Document fourni par le CHIPS

[2460]



[2461] S'agissant du mobile [REDACTED] attribué à [REDACTED] la consommation de décembre est fortement accrue par des pénalités de résiliation qui n'ont pas été expliquées (398€HT) et celles de novembre par de nombreux appels de ou vers l'étranger (190 €HT).

## 4. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

[2462] Les investigations montrent une absence de règles formalisées et de suivi de dépenses qui ne sont pas maîtrisées. Des abus ont été détectés par un contrôle simple d'examen des postes les plus consommants qui devrait être fait en routine.

[2463] L'utilisation de téléphones portables professionnels est faite en l'absence totale de règle et avec une ampleur depuis 2007, notamment au sein de l'équipe de direction, qui est excessive et mal venue dans un établissement où l'équipe de direction devrait être exemplaire au moment où il est demandé à tous une plus grande rigueur.

[2464] Les conditions juridiques de modification des marchés sont douteuses et doivent être vérifiées. Les conditions financières, notamment pour les portables, sont aussi à vérifier car sans doute défavorables.

**Recommandation n°126 : Mettre en place un suivi de la dépense de téléphone et des consommations**

**Recommandation n°127 : Revoir les avantages donnés aux agents en particulier à l'équipe de direction dans l'utilisation des téléphones portables dans le sens d'une plus grande rigueur.**



## Annexe 15.2 : Frais de déplacement

[2465] Sur la base des fichiers de liquidation qui nous ont été communiqués nous avons effectué un contrôle des dépenses consacrées aux frais de déplacement.

### 1. EVOLUTION DES FRAIS DE DEPLACEMENT 2005-2009

[2466] Le tableau ci-dessous récapitule l'analyse faite sur cinq ans de l'évolution des frais de déplacement à partir des fichiers de liquidation qui nous ont été fournis. Ils recourent les fournisseurs les plus importants d'une part, les personnels ayant bénéficié de plus de 1000 € de remboursements dans l'année.

[2467] Plusieurs observations globales peuvent être faites :

- Les fournisseurs AIR France et ACTOUR correspondent au paiement des congés bonifiés dont le volume a été sensiblement réduit en 2009 ; il conviendrait sans doute d'établir les droits des agents et de les provisionner, car il est possible que la réduction de 2009 soit due à un report des départs ;
- Le nombre de bénéficiaires a fortement chuté en 2009 (-46%) tandis que les dépenses ont diminué plus faiblement (-11%) ;
- Une part importante des « gros consommateurs » sont des formateurs qui interviennent dans d'autres organismes (parfois semble-t-il dans le cadre de formations pour lesquelles l'hôpital est rémunéré) ; il serait sans doute plus cohérent que ces frais soient pris en charge par l'organisme qui organise la formation.

Tableau 319 : Evolution des frais de déplacement et nom des « plus gros consommateurs »

		2005	2006	2007	2008	2009
	<b>Nombre bénéficiaires</b>	343	484	333	338	155
N° frs	Montant total	70 839	197 192	217 684	218 797	194 573
3567	AIR FRANCE SA		90 202,93	132 070,76	118 171,05	
3006	FACT N PARVENU	15 974,62	2 721,61	16 436,36	40 000,00	81 145,00
663	TOTAL France	2 539,14	3 289,61	2 980,99	3 991,51	5 340,58
3062	TRESORERIE PRINCIPALE DE POISSY		1 889,16	1 644,02	1 219,60	1 524,50
1457	TRESORIER PRINC					26 417,16
7053	TELEVOYAGES		1 122,83			
3762	REGIE D AVANCES			2 999,48		
551	ACTOUR					49 726,50
	sous total	18 513,76	99 226,14	156 131,61	163 382,16	164 153,74
	sous total frais individuels	52 325,24	97 965,86	61 552,39	55 414,84	30 419,26
186		1 869,34	2 527,60	2 701,80		
660						1 764,32
697				4 292,68		
2033		1 059,56	1 652,68	1 664,91		
2576		1 130,81	2 232,70			
3488						1 312,83

3848		2 532,90	4 738,06		1 848,70	
4353			3 296,98	2 085,71	2 105,16	
4354		1 166,98	2 635,07	1 657,40	1 893,60	
4641			1 532,62			
4926			1 214,89			
5674			1 009,62			
7836			1 473,81			
10394					2 980,88	1 786,11
10945					1 466,56	
3295			1 457,35		1 234,77	1 143,29
	sous total	7 760	23 771	12 403	11 530	6 007

## 2. JUSTIFICATION DES DEPENSES

### 2.1. Fournisseurs importants

- [2468] Les dépenses au profit du fournisseur Télévoyages correspondent à un marché antérieur pour lequel figure au dossier fourni le seul acte d'engagement.
- [2469] L'augmentation des factures non parvenues n'a pas été expliquée par l'établissement en dépit de notre demande et il n'a pas été en mesure d'en donner la décomposition par fournisseurs pour les années 2008 et 2009.
- [2470] Nous avons demandé la justification des marchés passés avec Air France il nous a été fourni un dossier dans un état de désordre maximal, ne séparant même pas les éléments relatifs aux consultations et à l'exécution. Nos avons demandé pour chacun des marchés passés le DCE et les analyses des offres ; ils ne nous ont pas été fournis.
- [2471] Le dossier du marché passé avec ACTOUR est bien tenu et retrace la procédure de passation qui n'appelle pas d'observations.

### 2.2. Remboursements aux agents les plus importants

- [2472] A notre demande de justification des dépenses il nous été fourni des pièces justificatives, « en vrac », sans état récapitulatif et donc sans travail de justification réelle. L'examen de ces documents ne nous conduit à formuler aucune observation sur les remboursements en question à deux exceptions près.

#### 2.2.1. Remboursements de [REDACTED] après son départ de l'établissement

- [2473] Pour justifier les remboursements faits à [REDACTED] il nous a été fourni des copies d'écran de liquidation et non les justificatifs des frais engagés. Les dates de saisie et les montants montrent que [REDACTED] a bénéficié pour des périodes postérieures à son départ de l'établissement du remboursement de frais de déplacement d'un montant de [REDACTED] ne correspondant pas à son activité pour l'hôpital, mais, soit à son activité [REDACTED], soit à d'autres fins.
- [2474] Des remboursements pour un montant de 4234 € ont été faits à tort et doivent faire l'objet de l'émission d'un titre de recettes.

**Réponse de [REDACTED] :** *J'ai pris mes fonctions de [REDACTED] le 1er juin 2007. Comme vous le savez, le CNG n'a pris en charge le traitement et les frais de mission des [REDACTED] qu'à partir du 1er janvier 2008. Auparavant, chaque CGES était rattaché, pour ces rémunérations, à un établissement hospitalier qui en faisait l'avance pour le compte du ministère. Je n'ai donc bénéficié d'aucun remboursement indu. Le tableau 10 « remboursements indus faits à [REDACTED] n'a pas lieu d'être.*

**Observation de la mission :** *Vu. Titre du tableau modifié. Au fond, il appartient à l'établissement de se faire rembourser ces sommes par le débiteur approprié.*

Tableau 320 : Remboursements fait à [REDACTED] en 2007.

date saisie	Objet	montant
03/12/2007	octobre 2007 frais de déplacement	626,31
03/12/2007	septembre 2007 frais de déplacement	489,33
03/12/2007	novembre 2007 frais de déplacement	435,97
05/10/2007	frais de déplacement	658,39
05/10/2007	frais de déplacement	1338,26
09/08/2007	juin 07 frais de déplacement	686,07
28/05/2007	mars 2007	30,5
24/04/2007	janvier 2007 frais de déplacement	27,85
	Total	4292,68
	dont indus	4234,33

### 2.2.2. Frais de déplacement de [REDACTED]

[2475] [REDACTED], membre du conseil d'administration et membre de la commission d'appel d'offres a bénéficié de remboursements d'un montant important.

[2476] Ce remboursement est fait en application de l'article R6143-18 du CSP « Les fonctions de membre des conseils d'administration sont gratuites. Toutefois, les intéressés sont indemnisés au titre des frais de déplacement engagés dans le cadre de leurs fonctions »

[2477] Des justificatifs ont été apportés résumés dans la note figurant dans l'encadré ci-dessous (non signée non datée).

[REDACTED] (Administrateur) :
<p><b>Année 2005</b> : Mandat 42 925 pour 1 869.34 €</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Copie détaillée de l'état de frais de déplacements.</li> <li>- Pas de pièces justificatives à l'appui,</li> <li>- liquidation faite par les finances (refus de la DAHLB),</li> <li>- copie de passation des écritures</li> </ul>
<p><b>Année 2006</b> : mandat 45 351 de 2 527,60 €</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- copie des états de frais de déplacements incomplets</li> <li>- contrôle du Trésor Public du 18/01/2007</li> <li>- Pas de pièces justificatives à l'appui</li> <li>- liquidation faite par les finances (refus de la DAHLB),</li> <li>- Reçu RIB + carte grise</li> <li>- Copie de passation d'écritures.</li> </ul>

**Année 2007** : Aucune pièce retrouvée

- liquidation faite par la DAHLB

Devant ce résultat, je me suis autorisée à faire appeler L'Adjoint des cadres à la retraite qui travaillait dans cette direction. Elle fait savoir, qu'en 2007, des ordres leur avaient été donnés par la hiérarchie pour ne pas faire de photocopies des pièces justificatives, car trop nombreuses. Cette affirmation a été depuis confirmée par d'autres agents du service.

A ce jour, seuls les documents détaillés et les pièces justificatives de l'année 2008 sont détenus par le Trésor Public, mandatés en 2009.

Monsieur [REDACTED] a présenté pour l'année 2008, sur des états, ses frais de déplacements dûment complétés par lui, de sa résidence familiale de Voisins le Bretonneux au CHI. Ces remboursements concernaient :

- Les commissions d'appels d'offres (pour plus de la moitié)
- Les Conseils d'Administration
- Les réunions qualité
- Les inaugurations
- Les jurys de concours
- Les remises de décoration
- Les journées éthiques....

Ce remboursement annuel incluait :

- les convocations par déplacements
- la copie du certificat d'immatriculation de son véhicule,
- un RIB.

Pour les années 2005, 2006 et 2008, le calcul des indemnités kilométriques se faisait au tarif fourni par lui de la CRAM (ancien employeur de Monsieur [REDACTED]), auquel s'ajoutaient une indemnité forfaitaire plus une indemnité kilométrique (plus de 50 km) lorsque les déplacements étaient sur Poissy.

*Source : CHIPS*

[2478] Nous n'avons pu savoir ni pourquoi la DAHLB avait refusé de mandater, ni pourquoi elle était revenue sur cette position, ni pourquoi il avait été passé outre à ce refus et pourquoi la direction des finances avait elle accepté. Les documents fournis laissent penser que le régime de remboursement appliqué n'est pas celui de l'hôpital.

[2479] Plus ennuyeux nous n'avons pas pu obtenir de description des procédures retenues en 2009.

[2480] Au total nos investigations n'ont pas fait apparaître de dysfonctionnement majeur et les frais engagés ont été justifiés, notamment pour 14 des 16 personnes pour lesquelles une vérification a été fait sous les trois réserves suivantes :

- le remboursement de frais de mission à l'ancien directeur après son départ de
- Un régime de remboursement spécifique et non justifié pour un administrateur
- L'incapacité de fournir les documents justificatifs de la passation de marchés

**Recommandation n°128 : Emettre un titre de recette à l'égard du débiteur approprié pour les frais de mission de [REDACTED] postérieurs à son départ de l'établissement.**

**Recommandation n°129 : Vérifier le régime de remboursement des frais de déplacement des administrateurs et l'aligner sur celui de l'établissement si nécessaire.**

**Recommandation n°130 : Mettre en place un archivage des marchés permettant de reconstituer les procédures de choix.**



## Annexe 15.3 : Véhicules

- [2481] Nous avons demandé un état du parc de véhicules du CHIPS il nous a été fourni une liste de 93 véhicules, 72 achetés et 21 loués. La liste des attributaires n'apparaît pas d'une totale fiabilité car [REDACTED] qui n'est plus dans l'établissement est toujours considérée comme attributaire d'un véhicule, alors que la mission a été informée, par ailleurs, qu'elle l'a rendu.
- [2482] La répartition par service figure ci-dessous.

Tableau 321 : Répartition par services des véhicules

Atelier	8
CCP	11
Centrale course	13
CMP Conflans	6
SSIAD	10
sous total	48
Autres services	45
Equipe de direction	14
Total	93

Source : *Etat de suivi du parc automobile*

- [2483] Le suivi de l'utilisation des véhicules n'est pas assuré. Suite à notre demande de données de consommation par véhicule le directeur nous a adressé une lettre qui fait état de contrôles inopérants « *force est donc de constater que les contrôles actuels sont inopérants* » et l'existence de consommations abusives « *des incidents ont été constatés au dernier trimestre 2009 ayant entraîné des consommations excessives* » sans nous fournir les données correspondantes comme nous lui avons demandé. En particulier, nous ne pouvons pas attester que des contrôles aient existé pendant la période sous contrôle.
- [2484] Fort opportunément des mesures sont envisagées comme par exemple un croisement des consommations avec les relevés kilométriques sont envisagés à partir de mars 2010, c'est-à-dire postérieurement aux investigations de la mission. Un projet de règlement intérieur modifié nous a aussi été communiqué.

**Recommandation n°131 : Mettre en place un suivi de l'utilisation des véhicules et de leur consommation**

PJ : lettre [REDACTED]

Poissy  Saint-Germain-en-Laye  
Centre Hospitalier Intercommunal  
LE DIRECTEUR

Monsieur Pascal PENAUD  
Inspecteur Général de la  
Mission Igas  
39/43 Quai André Citroën  
75739 PARIS CEDEX 15

Poissy,  
Le 24 mars 2010

Monsieur l'Inspecteur Général,

Vous m'avez interrogé sur des possibilités de contrôle des frais kilométriques des véhicules utilisés par les agents habilités du Centre Hospitalier Intercommunal de Poissy/Saint-Germain.

Je reviens vers vous pour vous faire le point des moyens de contrôle existants ainsi que les orientations en cours afin de pouvoir exercer un véritable contrôle.

Il faut d'abord décrire la grande diversité des véhicules concernés dans leur usage respectif.

Certains véhicules sont quasiment dédiés, soit en raison de leur usage (véhicule de direction), soit par leur nature (camions frigorifiques destinés au transport des repas), d'autres sont utilisés par de multiples conducteurs en particulier les véhicules 9 places, destinés au transport des patients de psychothérapie.

Par ailleurs, se croise à cela la notion d'ordres de mission permanents pour ceux qui font des trajets répétitifs et des ordres de mission ponctuels, pour ceux qui sont amenés à se déplacer ponctuellement en dehors de la région Ile-de-France.

Force est donc de constater que les contrôles actuels sont inopérants. En effet, les cartes de carburant de Total sont normalement rattachées à un véhicule (avec un seul carburant essence ou diesel), avec un code et un code chauffeur.



Ceci n'empêchait pas en particulier pour les véhicules utilisés par plusieurs personnes, que les cartes circulent d'un conducteur à un autre.

Des incidents ont été constatés au dernier trimestre 2009, ayant entraînés des consommations excessives.

Outre ces deux codes, les terminaux dans les stations Total, demandaient le kilométrage, mais ce de façon facultative, car il suffisait d'entrer 0000 pour que le terminal accepte la transaction. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2010, Total a modifié ce logiciel et le kilométrage exact doit être rentré à chaque fois.

En tous cas, le kilométrage 0000, entraîne un refus de l'automate, l'entrée d'un kilométrage fantaisiste entraînera des contrôles de cohérence qui aboutiront à des consommations de carburant fantaisistes.

Parallèlement, le passage de la location longue durée à l'achat pour certains véhicules et le programme d'économies, nous conduisent à réduire le nombre de véhicules et donc d'accroître le nombre de véhicules utilisés en pool.

J'ai donc demandé sur l'instigation de Madame [REDACTED], à Monsieur [REDACTED] (Ingénieur logistique) de faire la synthèse de ces réflexions afin de proposer une nouvelle organisation qui sera soumise au vote des instances représentatives, en particulier du CTE.

De plus, un chapitre du règlement intérieur reproduisant les conditions d'utilisation des véhicules de service (document joint) sera soumis au prochain CTE.

La nouvelle disposition du logiciel de Total permet dès maintenant à Monsieur Marc Alain de vérifier la cohérence entre les relevés kilométriques et les consommations fournies par Total.

En cas de désaccord entre ces données, il est possible chaque mois de relever le kilométrage sur les véhicules, ce que j'ai demandé à Monsieur [REDACTED] de faire régulièrement à compter du mois de mars 2010.

Poissy  Saint-Germain-en-Laye  
Centre Hospitalier Intercommunal

Les cartes de carburant ou des anomalies seraient ainsi relevées seront immédiatement bloquées par nos soins auprès du fournisseur Total.

Monsieur [REDACTED] prépare aussi une organisation physique des bases des véhicules remis en pool (aire de stationnement et remise des clés).

Il est actuellement mis en route de façon expérimentale des traceurs de géo-localisation pour quelques véhicules affectés aux coursiers. Ce dispositif permet ainsi, à la fois de trouver en temps réel le véhicule afin de lui affecter une nouvelle tâche et à posteriori de vérifier le parcours réellement effectué.

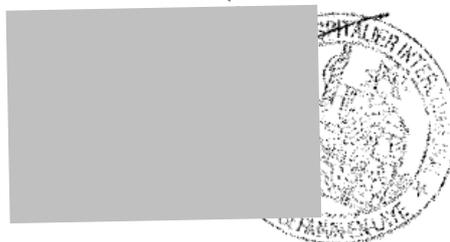
Il est envisagé d'étendre à l'ensemble du parc ce dispositif afin de s'assurer de la bonne utilisation et surtout restreindre les utilisations indues de ces véhicules. Le coût mensuel pour l'ensemble des ces véhicules de géo-localisation est d'environ 1.000 €. Il nous faut maintenant déterminer par une analyse « coût/avantages » l'intérêt de cette dépense.

Ce travail est mené en commun entre la direction de la logistique, la DRH, ainsi que le service juridique, responsable du secteur « assurances », tout ceci pour garantir l'utilisation normale des véhicules au profit des patients, tout en recherchant la limitation des utilisations abusives.

J'espère avoir répondu à votre question, je reste à votre disposition pour vous informer des développements en cours.

Je vous prie de croire, Monsieur l'Inspecteur Général, en l'assurance de mes sentiments respectueux.

Le Directeur,



## Annexe 15.4 : Restauration

- [2485] Nous avons rencontré une équipe nouvelle puisque [REDACTED] avait été recrutée par [REDACTED] en octobre 2008 après une candidature spontanée, [REDACTED] venait de prendre ses fonctions.
- [2486] Les investigations se sont limitées aux entretiens, dans un secteur qui a clairement connu des difficultés importantes, dont on peut espérer que la venue d'un nouveau responsable modifiera profondément la situation. Il n'a pas été étudié de documents.
- [2487] L'organisation antérieure mettait sous la responsabilité de [REDACTED] deux responsables de cuisine l'un à Poissy, l'autre à Saint Germain. L'hôpital a connu une importante rotation de l'encadrement de ce secteur et des difficultés de gestion des personnels.

Tableau 322 : Effectifs de la restauration

	2005	2006	2007	2008	2009
RESTAURATION	111,18	109,82	113,19	110,70	105,76

Source : CHIPS

- [2488] L'hôpital a été confronté à un contrôle des services vétérinaires concluant à la non-conformité de la cuisine la production étant située à Poissy. Il a été décidé de transférer la production à Saint Germain ce qui a été fait le 13/5/09. Ce transfert était opportun car la surface était insuffisante sur le site de Poissy.
- [2489] Le nouveau responsable nous a fait l'état des lieux suivants.
- [2490] Les objectifs qui lui sont fixés sont financiers c'est-à-dire de modifier les modes de fonctionnement pour rendre la fonction restauration moins coûteuse.

Tableau 323 : Comparaison cout du repas base Angers

Dépenses CHIPS	Nb UO	Coût chips	Coût moyen	coût max	Economie potentielle
6 709 272	1 108 024	6,0552	5,515	7,314	598 520

- [2491] Les modes d'organisation et de travail nécessitent des modifications qu'il a entrepris de mettre en œuvre : modification des menus pour harmoniser les charges de travail, meilleur suivi des commandes et modification du « cadencie »r des commandes en raison des erreurs récurrentes de livraison des fournisseurs, travail à faire sur les feuilles de production, possibilité de diminuer le volume des matières jetées par un meilleur suivi des péremptions, ..
- [2492] L'équipe lui apparaît « *fortement blessée par l'historique* », et donne la perception de salariés laissés à eux-mêmes, d'un manque de communication et de concertation, et un système de management où le responsable ne donnait pas l'exemple (présence dans le restaurant sans « sur chaussures »).
- [2493] Cette vision d'une situation largement imputée au responsable n'est sans doute pas la seule appréciation possible d'une situation que nous n'avons pas auditée. Ainsi interrogé sur l'absence de boissons aux selfs du personnel il nous a été dit que cela était du au fait que s'il en était mis ils seraient consommés sans faire l'objet d'une recette.
- [2494] Les contrôles DSV demandés lors de l'entretien n'ont pas été fournis.



## Annexe 16 : Le projet de nouvel hôpital

[2495] Le projet de nouvel hôpital n'est pas dans le périmètre de la mission demandée par la ministre et n'a donc pas été audité. Il nous a toutefois paru intéressant d'en connaître les grands contours au regard des résultats actuels de l'hôpital et de sa capacité, dans le cadre du projet médical transitoire et de la poursuite du PREF, à préparer cette nouvelle implantation.

[2496] Les éléments contenus dans la présente fiche sont issus de documents remis par l'établissement :

- le préprogramme (version du 22 octobre 2009) ;
- le programme général (version du 9 novembre 2009) ;
- le business-plan (version du 23 novembre 2009) ;
- le rapport de la mission d'assistance technique, juridique et financière pour la valorisation du patrimoine hospitalier CGEI Immobilier (janvier 2009).

Ainsi que d'un entretien avec la directrice chargé du Projet nouvel hôpital.

### 1. LA GENESE DE LA CONSTRUCTION DU NOUVEL HOPITAL

[2497] La chronologie de cette genèse figure en pièce jointe (n°1) à la présente annexe.

[2498] Elle s'étale entre février 2003, lorsque le rapport Delanoë-Fernandez conclut à la nécessité d'envisager un nouvel hôpital qui regrouperait les activités MCO des deux sites de Poissy et Saint Germain, et le courrier de Mme Bachelot –Narquin du 15 novembre 2007, qui confirme cet objectif d'un site unique tiers après plusieurs évolutions du contenu et de la localisation du projet.

[2499] L'étude de faisabilité initiée à l'été 2007 concernant le site des Vergers de la Plaine, sur la commune de Chambourcy, aboutit à la validation du choix de ce site par la ministre en juillet 2008.

[2500] La promesse de vente pour l'acquisition des terrains a été signée en juin 2009

### 2. LE PILOTAGE DU PROJET

[2501] Il est confié, pour l'hôpital à Mme HUMBERT, directrice, responsable du projet et rattachée au chef d'établissement.

[2502] Elle est assistée d'un programmiste qui suit l'opération (Polyprogramme), d'une assistance à maîtrise d'ouvrage HQE, d'une assistance technique à maîtrise d'ouvrage et d'une expertise logistique sur le programme.

[2503] Plusieurs groupes de travail ont été réunis, en phase 1 (2005-2007) lors du projet de nouvel hôpital de Poissy, groupes complétés ou ajustés en phase 2 (2007-2009) après la décision prise du site de Chambourcy.

Tableau 324 : Liste des groupes de travail

<u>2006-2007</u>	<u>2008-2009</u>
Comité de pilotage Groupe Organisation Médico Spatiale Groupe Consultation Groupe logistique Groupe plateau médico-technique	Groupe Organisation Médico Spatiale Groupe HQE Groupe étude de flux logistique pour mise en place des transports automatisés Groupe programme capacitaire Groupe accueil Groupe radiologie

Source : CHIPS – chef de projet Nouvel Hôpital

[2504] Il n'existe toutefois pas, aux dires du chef de projet, de comité de pilotage transversal du projet en interne à l'hôpital.

### 3. LES GRANDES LIGNES DU PROJET

#### 3.1. Les activités concernées par le regroupement sur Chambourcy

[2505] Il s'agit des activités MCO des deux sites, des lits de psychiatrie, de services de soins de suite et de réadaptation (SSR) polyvalent et de gériatrie.

[2506] Le centre de radiothérapie (dont l'activité est actuellement suspendue) n'a pas vocation à rejoindre Chambourcy. L'évolution possible de cette activité est évoquée en annexe 5-9.

[2507] Les soins de longue durée, les EPHAD et les structures de psychiatrie de jour resteront où ils sont actuellement implantés<sup>264</sup>.

#### 3.2. Le choix d'un site hospitalier « urbain »

[2508] Le site des « vergers de la Plaine » est situé sur la commune de Chambourcy, au pied du coteau de Chambourcy dans une zone d'urbanisation de 36,8Ha, délimitée au nord l'A14 et au sud par la RD 113. (cf. pièce jointe n°2)

[2509] Le projet inclut le site de l'hôpital et une zone commerciale ; le principe retenu par la municipalité est de créer un véritable quartier urbain.

[2510] L'emprise de l'hôpital, au nord de la zone, occupant au total 16,9ha dont 8,8 dédiés en phase 1 au centre hospitalier lui-même et 8,1ha en phase 2 (non urbanisable) pour de futurs développements.

[2511] Si le territoire de la commune est traversé par diverses infrastructures routières (A14, A13 et RD 113), la desserte ferroviaire n'est pas assurée sur Chambourcy ni par le RER A (qui dessert Poissy et Saint-Germain) ni par les trains de banlieue (desserte de Poissy et de Saint-germain Grand-Couronne).

[2512] *Une offre devra donc compléter ce dispositif (offre de bus prévue à ce stade, avec un projet de gare routière à finaliser).*

<sup>264</sup> Poissy, Saint-Germain, Chanteloup-Les-Vignes, Achères, Conflans-Sainte-Honorine

### 3.3. Le programme capacitaire

[2513] La capacité envisagée est de 834 lits et places.

Tableau 325 : Programme capacitaire Nouvel hôpital

Médecine		Chirurgie - GO et urgences (hors MCO)		Ambulatoire	
<b>Services</b>		<b>Services</b>		<b>Services</b>	
<b>Médecine adulte</b>		<b>Chirurgie</b>		<b>Rééducation réadaptation</b>	<b>90</b>
Cardiologie	30	Viscérale	50		Médecine adulte
Gastroentérologie	22	Orthopédique/spécialités	30		Chimiothérapie
Néphrologie	10	Gynécologie	20		Chirurgie
Médecine interne	40	<b>total chirurgie</b>	<b>100</b>		Orthogénie
Neurologie	24				Obstétrique
MIT	18				Pédiatrie
Diabétologie	24	<b>Obstétrique</b>		<b>Psychiatrie</b>	<b>92</b>
Pneumologie	24	Suites de couche	60		Hémodialyse
Cancérologie	20	Mères-enfants	6		Polysomnographie
Court séjour gériatrique	20	Grossesses pathologiques	14		<b>Total HDJ</b>
Pédiatrie	30	<b>Total maternité</b>	<b>80</b>		<b>101</b>
Néonatalogie	24				
<b>Total médecine adulte</b>	<b>286</b>				
Réanimation		Urgences			
Soins intensifs pédiatrique	12	UHTCD urgences adultes	12		
Réanimation néonatal	12	UHTCD urgences adultes	6		
Unité Soins intensifs cardio	12	<b>Total Urgences</b>	<b>18</b>		
USINV	6				
Réa médico-chirurgicale	15				
Surveillance continue	10				
<b>Total réanimation</b>	<b>67</b>				
<b>TOTAL MEDECINE</b>	<b>353</b>	<b>TOTAL MCO</b>	<b>551</b>	<b>TOTAL+ 24H</b>	<b>783</b>
				<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>834</b>

Source : Dossier Nouvel Hôpital novembre 2009

[2514] Les deux sites actuels comptent (données SAE 2008 cf. annexe 3-1) 1170 lits et places dont 996 en hospitalisation complète et hospitalisation de semaine, et 174 en alternative à l'hospitalisation complète (chirurgie ambulatoire, hospitalisation de nuit, hospitalisation de jour et HAD). Le rapport hospitalisation de jour/chirurgie ambulatoire sur totalité de lits et places est de 14,9%.

[2515] Le projet de nouvel hôpital, avec un ratio de 14,3%, ne fait pas évoluer ce rapport au profit de l'hospitalisation de jour et de la chirurgie ambulatoire ; la diminution du nombre total de lits et places est importante, elle est pour partie motivée par le constat de la sous-utilisation actuelle des lits « théoriques » et porte sur l'ensemble des secteurs.

[2516] La conception des bâtiments repose sur un regroupement des locaux par nature d'activité (consultations, plateaux techniques, locaux d'hospitalisation, espaces tertiaires, espaces médico-techniques, espaces logistiques et techniques) et par filières de prise en charge des patients.

[2517] Le projet prévoit un système logistique automatisé, fonctionnant en flux tendu, pour limiter les stocks, avec des moyens d'acheminement efficaces et une logistique adaptée (tortues, réseau de pneumatiques, locaux /paliers logistiques adaptés).

[2518] Le confort des usagers et l'engagement d'une démarche HQE (sans certification toutefois) ont fait opter pour quelques choix structurants :

- une offre majoritaire de chambres individuelles en hospitalisation ;
- un accès aisé aux structures ambulatoires ;
- un système d'information médical permettant un accès facilité au dossier du patient et la gestion optimale de la dispensation ;
- une climatisation des locaux tenant compte des contraintes environnementales.

[2519] Le projet met en avant le développement de moyens mutualisés pour les unités d'hospitalisation conventionnelle.

[2520] Les espaces dédiés à l'administration prennent en compte la nouvelle gouvernance (pôles).

[2521] Les surfaces programmées sont les suivantes :

- surfaces utiles : 2598 m<sup>2</sup> ;
- surfaces dans œuvre : 105 366 m<sup>2</sup>.

### 3.4. *Le business plan*

Tableau 326 : Projection d'évolution des produits et charges en M €

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2020	2030
<b>Charges</b>											
T1 - Personnel	162,5	163,1	161,7	160	158,5	156,2	153,9	151,6	149,3	149,3	149,3
T2 - Médical	38,8	41,9	43,9	43,5	43,1	43,1	38,8	40,7	40,7	40,7	40,7
T3 - Hôtellerie et général	27,7	28,5	28,7	28,7	28,7	28,7	25,7	27,5	23,1	23,1	23,1
T4 - Amortissements-provisions, charges except.	21,5	22,5	26,1	30,9	40,5	50,6	76,1	78,5	50,1	45,9	36,8
<b>Produits</b>											
T1 - Assurance Maladie (T2A, MIIG autres ont H 2012)	187,1	195,7	208,2	216,6	216,8	216,8	196,4	216,8	216,8	216,8	208,12
T2 - autres produits de l'activité (forfaits - prestation...)	18,6	19	19,3	19,6	19,9	19,9	19,9	19,9	19,9	19,9	19,9
T3 - autres produits	27,1	29,2	26,3	26,3	26,3	25,8	64,8	58,1	26,2	26,2	26,4

Source : *Business-plan – DAF novembre 2009*

[2522] Les hypothèses posées sont les suivantes :

➤ **Les charges**

- [2523] Les dépenses de personnel (titre 1) continuent de décroître jusqu'en 2016 et se stabilisent alors autour de 149 M€; cette baisse reste fondée, jusqu'en 2015, sur une baisse des dépenses de personnel non médical, celles de personnel médical continuant de croître jusqu'alors. Cette diminution de la masse salariale repose sur une poursuite de l'ajustement des effectifs et de la diminution du coût moyen agent (poursuite des efforts sur le CET, moindre recours à l'intérim, ...). Pour le personnel médical, l'effort envisagé porte notamment sur une diminution du nombre de jours CET générés.
- [2524] Les dépenses à caractère médical (titre 2), en augmentation jusqu'en 2012, en lien avec la croissance de l'activité, décroissent jusqu'en 2015, avec l'effet en 2015 du déménagement ; ces dépenses se stabilisent ensuite autour de 40 M€ les augmentations de charges de maintenance et l'augmentation de l'activité étant compensée par des économies réalisées en particulier dans la politique d'achat et de stockage ;
- [2525] Les dépenses à caractère hôtelier et général (titre 3) en augmentation en 2010 se stabilisent autour de 28,7 M€ dépenses assez soutenues en lien avec le développement de l'activité (axe 2 du PREF) et de la fin de politique de crédit bail informatique (d'où un renouvellement de matériel informatique) ; elles enregistrent une baisse structurelle à compter de 2015 du fait de l'optimisation liée au site unique;
- [2526] Les charges financières, provisions et amortissement augmentent très fortement jusqu'en 2016, avant de décroître, avec un encours de la dette au plus haut en 2014 ; cette projection repose à la fois sur l'échéancier du remboursement de la dette en cours et des emprunts souscrits à la fois pour le nouvel hôpital (en complément des fonds propres issus de la cession des actifs et des fonds Hôpital 2012) et pour les investissements à réaliser sur la période intermédiaire (8,7 M€ à l'EPRD 2009, 8,8M€ ensuite).
- [2527] Sept emprunts au total sont souscrits pour la période 2009-2015, pour un montant total de **312 M€** dont les emprunts pour Chambourcy (emprunts sur 25 ans à 5% - intérêts = 211 M€).
- [2528] **Aucun nouvel emprunt n'est prévu après 2015, ce qui suppose que tous les investissements postérieurs à l'ouverture soient autofinancés.**
- *Les produits*
- [2529] Les produits du titre 1 (assurance maladie) augmentent de manière sensible en 2010 et 2011, puis de manière marginale entre 2012-2013 avant de se stabiliser à compter de 2014. Cette hypothèse repose sur la meilleure valorisation de l'activité (mesures du PREF) et le développement d'activités bénéficiaires. La baisse en 2015 est liée au déménagement, l'activité retrouvant ensuite le niveau de 2014.
- [2530] Les produits du titre 2 (autres produits de l'activité) sont stables.
- [2531] Les produits du titre 3 enregistrent entre 2009-2010 une hausse liée à la meilleure valorisation de l'activité et pour 2010 la cession prévue des terrains de Triel (2M€), puis une relative stabilité hormis les hausses conjoncturelles liés à la cession des actifs (site de Saint-Germain en 2015 et de Poissy en 2016).

Tableau 327 : Estimation des actifs

Hypothèses	Valeur de cession	Année de cession
Hôpital + écoles Poissy	33,8 M€	2016
Hôpital+écoles Saint-Germain	38,6M€	2015
IFMEM <sup>265</sup>	2,5M€	2011
Terrains de Triel	2,0M€	2010

Source : DHIPS-DAF – étude CGEI Immobilier pour les deux sites principaux

### 3.5. Le coût du projet et son financement

[2532] Le coût total estimatif du projet est de **419,2 M € hors mobiliers et équipement**.

Tableau 328 : Financement du projet

<b>Emplois</b>	
Etudes	6,2 M€
Travaux	413,0 M€
<b>Ressources</b>	
FMES	41,9M€
Cessions d'actifs	70,5M€
Emprunts	306,8M€
<b>Total</b>	<b>419,2M€</b>

Source : Business-plan –DAF novembre 2009

[2533] La participation en *subvention* est prévue à hauteur de 10% du projet, soit **41,9M€**. Le business plan intègre des aides en fonctionnement sur la période 2012-2031 à hauteur de **167,69M€** (dotations MIGAC), venant conforter la capacité d'autofinancement de l'établissement pour prendre en charge le coût des emprunts.

[2534] Le dossier hôpital 2012 n'a pas encore été déposé ; la valeur estimée des terrains découle d'un audit de valorisation réalisé en janvier 2009.

[2535] Le maire de Poissy nous a confirmé son souhait de faire du site de Poissy un pôle à la fois de formation et recherche en lien avec l'hôpital mais peut-être également d'y implanter des logements à vocation sociale ; la destination des terrains de Saint-Germain, certes en plein centre ville, reste à déterminer. La présence de la crèche, le caractère historique d'une partie du bâti sont également des éléments à prendre en compte. Il n'est nullement certain que la clinique actuellement implantée sur le site et qui a connu quelques difficultés, avec un changement de promoteur pour son implantation, soit intéressée par le site ou en capacité de les acquérir.

[2536] L'estimation de valorisation de la cession de ces actifs comme d'ailleurs leur date restent donc hypothétiques compte tenu de la destination possible des terrains.

<sup>265</sup> Institut de formation des manipulateurs en électroradiologie médicale

### 3.6. L'instruction du projet

- [2537] Les premiers projets ont été soumis à l'ARH, qui n'a pas été toutefois en mesure de nous communiquer un dossier d'analyse ni du programme ni du business-plan, estimant la tâche difficile « dans le contexte perturbateur de mise en place des ARS » (sic); une analyse demandée à la mission d'expertise économique et financière (MEEF) a été « officieusement différée en attendant l'achèvement de la mission IGAS ». Le second dossier parvenu fin 2009 à l'ARHIF n'a donc pas fait l'objet d'instruction approfondie à ce stade, en l'absence de la directrice des affaires financières du CHIPS <sup>266</sup> par ailleurs.
- [2538] Il ressort toutefois des échanges avec l'ARH, d'un courrier du 30 avril adressé à l'établissement et des documents fournis par l'hôpital, que le programme capacitaire a évolué dans le sens d'une réduction du nombre de lits notamment en médecine et chirurgie, passant ainsi d'une proposition initiale globale de 937 lits à 834 lits.
- [2539] S'agissant du business plan le premier dossier a été présenté à l'ARHIF le 16 octobre 2009. Il a fait l'objet d'un premier échange relativement informel, au cours duquel il avait été demandé à l'établissement de revoir le business-plan en fonction des hypothèses de financement (aides en fonctionnement plutôt que des subventions), d'assurer une totale cohérence entre business-plan et plan de retour à l'équilibre ; de justifier les gains du projet notamment par des études d'organisation et plus globalement d'expliquer le passage du réel actuel à la cible.
- [2540] Nous n'avons pas analysé plus avant les documents, qui appellent toutefois les remarques suivantes :
- Le portage du projet au sein de l'établissement nous semble sous-dimensionné : un seul directeur de projet, certes placé auprès du directeur, mais sans comité de pilotage formalisé et/ou équipe projet qui assure une réelle transversalité ;
  - La construction du plan de financement lui-même n'est pas stabilisée (part respective des subventions et/ou aides en fonctionnement/emprunts/ apports de l'hôpital) ; la vente des terrains et immeubles<sup>267</sup>, qui constitue l'apport en propre du CHIPS hors emprunts, reste au stade d'hypothèse même si les chiffreages réalisés se veulent conservateurs ;
  - Les chiffres du business-plan (cf. tableau 3 supra) ne correspondent pas au PREF ; ils semblent plus proches de la réalité<sup>268</sup>, notamment sur le titre 4 que le PREF n'éclaire pas du tout, alors que ce titre augmente fortement et va continuer à augmenter ;
  - Le poids de cet investissement est lourd et un retour *rapide* à l'équilibre illusoire : l'hypothèse est celle d'une forte hausse des produits de l'assurance maladie en 2010 et 2011, les produits de la tarification des séjours passant notamment de 110 à 124,5 M€ Les premiers résultats du PREF tels qu'éclairés par nos travaux démontrent le caractère très ambitieux des gains attendus de la valorisation de l'activité, réels mais non reconductibles au-delà d'une amélioration encore possible du codage ; quant au développement de l'activité dans les proportions affichées, ***rien ne vient valider cette hypothèse à ce stade*** ;
  - La poursuite affichée de la baisse des dépenses de personnels est à mettre en regard des postes actuellement vacants (notamment de personnel infirmier), indispensable pour développer l'activité ;
  - Les évolutions organisationnelles et celles des systèmes d'information doivent être mise en place avant Chambourcy ce dont l'établissement est conscient mais ce qui n'a pas encore commencé à la date de rédaction du rapport ;
  - Le document dont nous disposons<sup>269</sup> ne décrit pas les différentes évolutions et gains d'organisation, même si le site unique permet à l'évidence des mutualisations et gains de fonctionnement ;

---

<sup>266</sup> [REDACTED]

<sup>267</sup> Hôpital et écoles de Poissy, hôpital et école de Saint-Germain, IFMEM et terrains de Triel

<sup>268</sup> Le PREF, siongé fin de 2008, est construit sur le constat des comptes financiers 2007 et des premières tendances 2008 ; le business plan intègre des constats plus récents

- Tant le programme capacitaire que le business-plan pourront utilement approfondir d'autres pistes relatives à un meilleur parcours du patient (travail sur les sorties, lien ville hôpital, lien avec les autres capacités long séjour, EPHAD, ...) et **un développement des alternatives à l'hospitalisation complète** en lien avec l'ARS.

**Recommandation n°132 : Mettre en place un comité de pilotage du projet au sein de l'hôpital.**

**Recommandation n°133 : Prévoir à l'ARS un correspondant de l'hôpital en charge du suivi du PREF et du projet « nouvel hôpital ».**

**Recommandation n°134 : Réétudier les hypothèses de croissance des ressources et notamment de l'activité.**

---

<sup>269</sup> Synthèse des tendances et hypothèses de construction (business-plan DAF novembre 2009)

## Pièce jointe n° 1 Genèse de la construction du nouvel hôpital – chronologie

### ➤ **Février 2003**

[2541] La mission Delanoë- Fernandez conclut à la nécessité d'envisager la construction d'un nouvel hôpital regroupant les activités MCO des deux sites

### ➤ **Juin 2003**

[2542] Une étude de site demandée au cabinet G3A sur plusieurs sites situés sur les communes de Poissy, Saint Germain, Fourqueux et Chambourcy.

[2543] Le site de la Maladrerie sur Poissy est retenu et fait l'objet d'une présentation devant les instances dont le conseil d'administration du 3 juillet (réuni hors la présence du maire de Saint Germain en Laye, président du conseil d'administration, qui en conteste la validité)

### ➤ **3 septembre 2003**

[2544] Le courrier de M Mattei, ministre de la santé, préconisant une organisation sur deux sites et un partenariat public privé sur le site de saint Germain en Laye. Le teneur en sera régulièrement confirmé par les ministres de la santé jusqu'à la nomination de Madame Bachelot.

### ➤ **23 février 2006**

[2545] Le projet d'établissement dans lequel est inclus le schéma directeur architectural qui préconise la restructuration du site de Saint germain en Laye et la construction du Nouvel Hôpital pour Poissy est présenté aux instances.

[2546] Deux sites sont successivement étudiés pour le nouvel hôpital de Poissy:

- le site de la Maladrerie, retenu en 2003, était classé en terres agricoles. La constitution d'un dossier de Projet d'Intérêt Général est faite en novembre 2005 pour permettre la modification du classement du site. Le dossier est retiré à la demande du Préfet
- le nouveau site choisi est celui de la Coudraie

### ➤ **Février 2006 à juin 2007**

[2547] Site de Saint Germain en Laye : lancement de la 1<sup>ère</sup> phase de restructuration du site de Saint Germain en Laye (bâtiment Schnapper) ; cette procédure ira jusqu'au lancement du concours en loi MOP et à la sélection de plusieurs cabinets d'architecte. La procédure est gelée en juin 2007 à la demande de l'ARH.

[2548] Site de Poissy : élaboration du préprogramme qui, validé par les instances est également gelé en juin 2007 à la demande de l'ARH

### ➤ **Eté 2007**

[2549] Une étude est réalisée sous l'égide de la DDE de Saint Germain en Laye pour l'implantation d'un hôpital unique, avec quatre localisations possibles :

- Poissy
- Aigremont
- La Coudraie (Poissy)
- Chambourcy (terrain des Vergers de la Plaine)

[2550] Le site de Chambourcy terrain des Vergers de la Plaine est préconisé.

➤ **Courrier de Madame Bachelot du 15 novembre 2007**

[2551] La ministre y indique « *renoncer au choix du site de la Coudraie sur Poissy pour la localisation du nouvel hôpital intercommunal* » et souhaiter « *la relance d'une démarche de projet dont l'aboutissement est attendu pour la fin du 1er semestre 2008 et qui devra aboutir à la proposition d'un nouvel hôpital, site unique, dont le siège sur un site tiers reste à déterminer* »

[2552] La direction départementale de l'équipement est missionnée pour sélectionner un bureau d'étude qui réalisera une étude d'aménagement du site des vergers de la plaine.

[2553] Un comité technique et un comité de pilotage sont mis en place en appui de l'étude qui devra aboutir, après une phase de diagnostic et d'analyse des besoins, à un plan masse de l'organisation sur la zone d'étude et à un calendrier.

Le comité technique et le comité de pilotage sont composés :

- de représentants de la ville de Chambourcy
- de représentants du département (réseau routier)
- de représentant du promoteur (SOPIC)
- de la DDE
- de représentants du CHI
- de la DDASS

➤ **juin 2008**

[2554] L'étude de faisabilité est présentée au préfet des Yvelines en présence des membres du comité de pilotage et des maires des communes concernées (Poissy, Saint Germain en Laye et Chambourcy) et valide le choix du site des vergers de la Plaine à Chambourcy.

➤ **7 juillet 2008**

[2555] Confirmation du choix du site par la ministre à Chambourcy

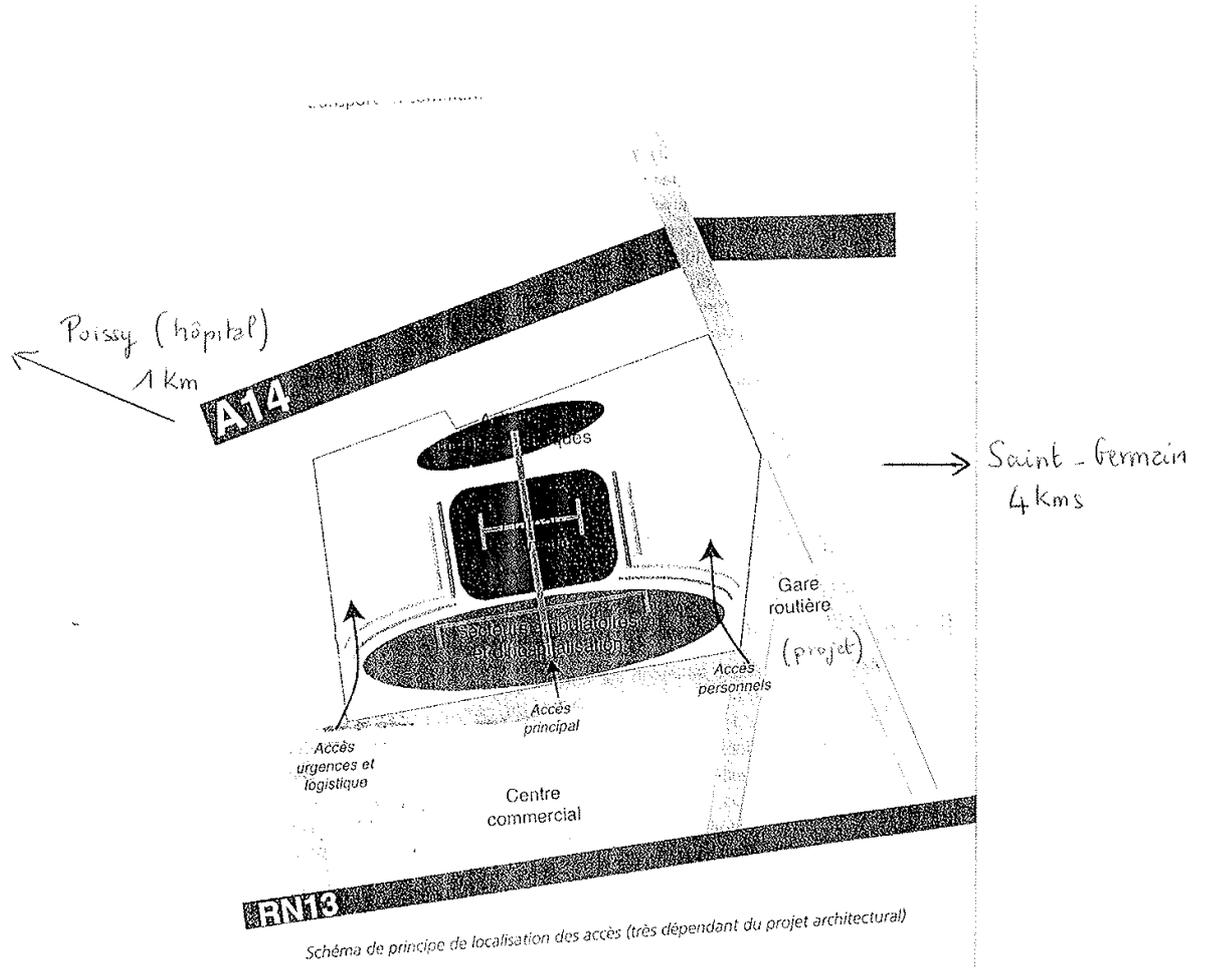
➤ **28 novembre 2008**

[2556] Signature d'un protocole d'accord entre l'Etat, la commune de Chambourcy, le Département, l'ARH, l'hôpital et le promoteur SOPIC.

➤ **17 juin 2009**

[2557] Signature de la promesse de vente pour l'acquisition des terrains

### Pièce jointe n°2 Schéma d'implantation du nouvel hôpital





## Principales recommandations de la mission

N°	Recommandations	Autorités responsables	Echéance
<b>Activité libérale des praticiens</b>			
1	S'assurer que les polices d'assurance actualisées figurent dans les dossiers des praticiens exerçant une activité libérale	CHIPS	Immédiat
2	Réunir au moins deux fois par an la commission d'activité libérale et vérifier l'ensemble des obligations contractuelles et notamment que les modalités d'information des patients soient appliquées, par des contrôles internes réguliers (conformité de l'affichage des créneaux horaires et des tarifs à la réglementation actuelle).	CHIPS	Immédiat
3	Faire procéder pour les trois prochaines années par les agents habilités de l'ARS ou de la DIRRECTE à un contrôle des modalités d'information et d'affichage.	ARS	D'ici 2012
<b>Gestion des autorisations</b>			
4	Avec notamment la publication des décrets d'application de la loi du 21 juillet 2009 (HPST), l'établissement va devoir revoir les dossiers d'autorisation des activités, il est nécessaire qu'il porte dès à présent une attention vigilante à la remise à jour et au suivi des autorisations.	CHIPS	Immédiat
5	La nouvelle juriste en charge du secteur des autorisations doit être positionnée pour être en lien avec les médecins, qui doivent être fortement associés à l'élaboration des futurs dossiers d'autorisation. Un positionnement au sein de la DAM serait de nature à faciliter ce suivi ; ce qui suppose toutefois d'organiser par ailleurs la prise en charge des autres tâches de cet agent (appui juridique – assurances – plan blanc).		
<b>Nouvelle gouvernance : pôles d'activité</b>			
6	Accélérer la mise en place des contrats de pôles et des délégations de gestion pour des signatures fin-2010. Cette délégation ne peut qu'être bénéfique à la réduction du déficit en responsabilisant les acteurs des pôles et en acceptant de leur faire confiance, elle ne peut que valoriser les professionnels et les associer plus directement à la réalisation des objectifs du PREF, notamment sur l'axe relatif au développement des activités bénéficiaires.	CHIPS	2010
7	Sans attendre la finalisation de la comptabilité analytique, faire des délégations de gestion aux pôles dans les domaines de la formation, de l'évaluation/notation, de la gestion des secrétariats médicaux, et la programmation des remplacements		
8	Positionner en conséquence le cadre et le secrétaire de pôle.	CHIPS	2010

9	Affecter d'ici septembre 2010, un cadre de gestion ou un contrôleur de gestion à chaque pôle (0,25 à 0,50 équivalent-temps plein selon les pôles et le niveau de délégation prévu.		
10	Affecter un directeur référent à chaque pôle, le positionner comme tel et lui attribuer un temps pour réaliser cette mission.		
11	Mettre en place un EPRD et des tableaux de bord opérationnels pour chaque pôle.		
12	Accorder des crédits en compensation du temps passé à la chefferie de pôle à utiliser par les pôles à leur gré.		
13	Mettre en place des réunions thématiques mensuelles des responsables de pôles et des directeurs référents des pôles pour accélérer la mise en place des contrats de pôles et des délégations de gestion et pour assurer un suivi trimestriel de l'avancement des objectifs.		
14	Le directeur doit prévoir au moins, une réunion annuelle de fixation des objectifs et de bilan des réalisations avec chaque responsable de pôle.		
15	Mettre en place une communication régulière positive sur les réalisations des pôles ne se limitant pas à l'atteinte des objectifs financiers.		
<b>Réorganisation des activités</b>			
<i>Urgences</i>			
16	Compte-tenu des personnalités et des soutiens locaux, il faudra une volonté interne forte pour fusionner le service, mais une décision devra être prise pendant cette phase intermédiaire pour travailler sur l'harmonisation des pratiques et définir une organisation unique avant le transfert : le plus tôt serait le mieux.	CHIPS	2010
17	Le fonctionnement des urgences risque d'être difficile si l'établissement n'arrive pas à recruter d'ici mi-2010 ou ne propose pas une nouvelle organisation.		
<i>Réanimation</i>			
18	Avant toute prise de décision et notamment en cas de fermeture de la réanimation sur Saint Germain, construire un dossier médico-économique pour évaluer l'impact sur l'organisation médicale, mais aussi sur les finances pour l'établissement.		
19	Avant toute prise de décision et notamment en cas de fermeture de la réanimation sur Saint Germain, élaborer avec les professionnels concernés et tester tous les protocoles nécessaires à la réponse aux besoins des médecins du site de Saint Germain.	CHIPS	2010
20	Si cette organisation doit être testée en août prochain par fermeture de la réanimation sur Saint Germain, et du fait du contexte de ressources médicales et paramédicales rares en période estivale, prendre la décision immédiatement et en informer les professionnels et les partenaires extérieurs pour leur permettre de mettre en place une organisation sécurisée.		
<i>Laboratoires</i>			
21	Faire un bilan détaillé notamment financier du regroupement des laboratoires et le transmettre à		2010

	la responsable de pôle pour motiver les personnels dans la dynamique des réorganisations.	CHIPS	
22	Suivre l'impact des mesures sur le coût du B et informer les personnels des résultats obtenus avec les réductions d'effectifs réalisées		
<b><i>Soins palliatifs</i></b>			
23	Au regard des disciplines de l'établissement, notamment du développement prévu de l'oncologie, nous ne pouvons que soutenir la création de cette unité de soins palliatifs au moins pour le nouvel hôpital	CHIPS	2010
<b><i>Bloc opératoire</i></b>			
24	Consolider le suivi du plan d'action pour la réorganisation des blocs opératoires, avant le départ du chargé de mission prévu en octobre 2010, pour que les professionnels s'emparent des outils méthodologiques (notamment résabloc) et les utilisent en routine dans leur pratique quotidienne.	CHIPS	2010
<b><i>Chirurgie orthopédique et traumatologique</i></b>			
25	Ce service ne peut pas rester éternellement sans chef de structure interne (ex-service), sauf à décliner, ce qui n'est pas acceptable dans cette phase intermédiaire de préparation de la future implantation sur un site unique.	CHIPS	2010
26	La mutualisation des activités de chirurgie orthopédique et traumatologique commence par un chef de structure interne commun et ensuite la définition d'un projet à 5 ans, avec une réorganisation du service, le développement de la chirurgie ambulatoire et la préparation du futur programme capacitaire.		
27	Une réflexion est également à mener sur les effectifs médicaux de chirurgie traumatologique, en lien avec la réorganisation des blocs et la permanence des soins pour améliorer la productivité.		
28	Récupérer l'agrément pour recevoir des internes pourrait être un moteur de réorganisation de ce service à moyen terme		
<b><i>Chirurgie viscérale</i></b>			
29	Dès l'officialisation de cette fusion par le conseil d'administration, la direction devra soutenir fortement la structuration de cette structure interne, car les risques d'inertie existent compte-tenu des personnalités médicales en présence. Une réflexion collective pour la mise en place d'un tableau de service commun, l'harmonisation des pratiques, l'évolution vers une mutualisation des personnels non médicaux et l'organisation des activités chirurgicales dans les blocs opératoires devra être rapidement menée pour élaborer un projet de service dans les plus brefs délais	CHIPS	2010
30	Une réflexion est également à mener sur les effectifs médicaux du futur service de chirurgie générale et viscérale rapportés au nombre d'interventions réalisées.		

<i>Stomatologie</i>			
31	Si aucun projet sérieux n'émerge, la question de la suppression de cette activité de stomatologie hospitalière est posée, après analyse médico-économique et intérêt en termes de réponse aux besoins, au regard des activités du bassin.	CHIPS	2010
<i>UCSA</i>			
32	Il conviendrait que mi-2010, l'établissement transmette aux autorités de tutelle un bilan sur l'état d'avancement de la mise en œuvre des recommandations formulées dans le rapport de l'UCSA de mai 2008.	CHIPS	2010
<i>Gériatrie</i>			
33	Deux priorités doivent rapidement faire l'objet de programmation d'une part, l'informatisation du pôle 7 et d'autre part l'inventaire des matériels et du mobilier pour son éventuel renouvellement.	CHIPS	2010
<i>Imagerie médicale</i>			
34	Un équilibre doit être trouvé par l'établissement et les autorités de tutelle, entre la réduction prioritaire du déficit et la possibilité pour l'établissement de poursuivre ses missions de soins pour la population du bassin et, pour développer les activités bénéficiaires, de disposer d'équipements performants en imagerie.	CHIPS	2010
35	La mutualisation de l'équipe médicale de l'imagerie médicale présente sur les deux sites avec l'organisation d'un véritable tableau de service commun, harmonisation des pratiques, décloisonnement et rotation sur les deux sites est une priorité d'ici fin 2010 pour préparer le travail collectif sur le nouvel hôpital.		
36	Réaliser en interne, sur les deux sites une analyse plus approfondie des pratiques de rédaction des comptes-rendus radiologiques pour sécuriser les actes réalisés et améliorer la qualité des prises en charge.		
37	Si le choix d'installer dès maintenant (après acquisition de l'autorisation) une IRM de 3 Tesla sur Poissy est arrêté par l'établissement, cet investissement ne doit pas se faire au détriment du remplacement des équipements de l'ensemble du pôle d'imagerie, dont certains sont largement amortis.		
<i>Médecine nucléaire</i>			
38	Si à l'optique du nouvel hôpital, le renouvellement d'autorisation et l'acquisition d'un Pet-scan sont envisagés, ce projet doit être réfléchi dès maintenant pour être intégré d'une part, dans les études architecturales et d'autre part, dans les projections financières : cet équipement lourd devant permettre avec la T2A la réalisation d'activités qui s'intègrent dans un budget général équilibré.	CHIPS	2010
39	L'établissement doit rapidement prendre une position sur l'avenir de l'activité de médecine nucléaire et décider s'il prévoit de la conserver, de la développer et d'occuper une véritable place sur le territoire de santé. Par ailleurs, la mise aux		

	normes des locaux et du matériel existant s'impose rapidement.		
<b>Radiothérapie</b>			
40	Compte-tenu des multiples intervenants publics et privés, parfois en circuit croisé du fait d'activité à temps partiel, un bilan précis (ce pourrait être une mission IGAS spécifique) doit être réalisé sur la prise en charge actuelle des patients dans les centres de radiothérapie du grand ouest parisien, avec une projection à 5 ans, avant toute décision engageant des investissements coûteux . L'ARS qui va devoir prendre rapidement des décisions aura besoin de cette étude prospective.	CHIPS	2010
41	L'équipe de radiothérapeutes de l'établissement n'a pas fait la preuve de sa capacité à organiser la prise en charge des patients ; un nouveau schéma de coopération doit être défini avec une responsabilité identifiée par un nouveau radiothérapeute chef de service à temps plein.		
<b>Ressources humaines</b>			
42	Mettre en place un outil informatique permettant une information en temps réel de la direction des achats dès qu'une commande de personnel intérimaire est faite par la DSSI.	CHIPS	Fin 2010
43	Appliquer la réglementation relative aux mises à disposition de personnels de la fonction publique hospitalière.	Ministère Santé (DGOS-DREES)	Immédiat
44	Adopter dans les deux ans un guide du temps de travail médical.	CHIPS	Fin 2012
45	Intégrer la réflexion sur la gestion des CET dans la démarche à initier sur le temps de travail médical Adopter une politique de provision à la hauteur du risque pour les CET médicaux.	CHIPS	Fin 2012
46	Poursuivre la mise en place partagée de l'outil d'évaluation.	CHIPS	Fin 2010
47	Utiliser les outils de l'évaluation, de la communication interne et d'un dialogue social renouvelé pour peser sur la dérive du taux d'absentéisme.	CHIPS	Fin 2010
48	Appliquer le code des marchés publics en matière de formation.	CHIPS	Immédiat
49	Recentrer le rôle du service de formation sur le pilotage, l'appui, et le contrôle Recentrer le rôle de la commission de la formation et de la DRH sur la définition des orientations.	CHIPS	Fin 2010
<b>Dialogue social -Communication</b>			
50	Veiller à l'envoi dans les délais réglementaires des comptes-rendus et documents préparatoires aux instances.	CHIPS	Immédiat
51	Communiquer aux pôles à l'avance le planning des diverses interventions/travaux. Associer systématiquement les cadres concernés (pôle + service) à la réception des travaux.	CHIPS	Immédiat
52	Mettre en place rapidement une réelle communication interne, notamment sur les enjeux des évolutions en cours, reposant à la fois sur la direction de la communication mais s'appuyant aussi sur les relais que sont les organisations syndicales et les pôles.	CHIPS	Immédiat

53	Produire sans délai le document unique	CHIPS	Fin 2010
<b>Finances -PREF</b>			
54	Continuer à améliorer le contrôle de gestion et impliquer davantage la communauté médicale à la construction et au débat sur les outils de pilotage médico-économiques indispensables à la contractualisation des pôles.	CHIPS	2010
55	Améliorer les tableaux de bord de suivi médico-économique par pôle en intégrant le suivi de l'activité « consultations externes ».		
56	Améliorer le suivi des engagements de la dépense, mettre en place des tableaux de bord de suivi des dépenses.		
57	Institutionnaliser le dialogue entre le département de l'information médicale, la direction de la clientèle et la direction des finances afin d'assurer un suivi plus précis des recettes.		
58	Effectuer une revue générale du PREF et notamment les hypothèses financières de l'axe 2 (le développement des activités bénéficiaires) pour apprécier le réalisme de l'augmentation d'activité attendue et des recettes en découlant, en lien direct avec l'ARS et en coordination étroite avec la communauté médicale.	CHIPS/ARS	Immédiat
59	Mettre en place un comité de pilotage de suivi du PREF et mettre à jour régulièrement les fiches actions du PREF.	CHIPS	Immédiat
60	Instaurer une véritable réflexion collective sur les effectifs médicaux, les organisations de soins, les priorités de remplacement de personnels soignants pour améliorer la productivité médicale globale	CHIPS	2010
<b>Facturation</b>			
61	Facturer au fil de l'eau afin d'éviter les opérations de rattrapage de fin d'année qui ne permettent pas un suivi infra annuel optimal et la prise de mesures correctrices éventuelles sur les recettes et en parallèle sur les dépenses.	CHIPS	Immédiat
62	Poursuivre les objectifs du chantier MEAH et améliorer le taux d'encaissement direct en régie.	CHIPS	2010
<b>Codage et tarification à l'activité</b>			
63	Inverser totalement le système et décentraliser le codage, pour, d'une part recentrer le responsable du DIM, sur l'accompagnement des responsables de pôles au pilotage médico-économique en lien avec le contrôleur de gestion (analyse des tableaux de bord, utilisation de pmsi-pilot, projection d'activités...) et d'autre part, sur le contrôle interne de codage.	CHIPS	Immédiat
64	Elaborer un plan de formation des médecins (ou des professionnels identifiés par service) au codage.	CHIPS	Immédiat
65	Mettre rapidement à leur disposition le matériel informatique et les logiciels adaptés, en particulier au niveau des blocs opératoires pour permettre un codage au fil de l'eau.		
66	Assurer un suivi de proximité, hebdomadaire ou bimensuel pour éviter le retard au codage et		

	prendre des mesures rapides si certains services se trouvent ponctuellement en difficultés.		
<b>Archivage des dossiers médicaux</b>			
67	Faire valider en CME les orientations médicales pour organiser la destruction des dossiers et assurer un suivi du fonctionnement du service des archives médicales. Celui-ci doit être considéré comme partie intégrée de la démarche qualité des soins et de la préparation à l'informatisation du dossier-patient. Les personnels qui y sont affectés doivent être revalorisés et ne pas servir de variable d'ajustement pour d'autres secteurs d'activité.	CHIPS	Immédiat
68	Réactiver les travaux sur le dossier-patient pour préparer le passage au dossier-informatisé.		
<b>Informatique</b>			
69	Formaliser une planification des projets (2010-2012) partagée au sein de l'établissement et incluant la prise en compte des constats de l'IGAS.	CHIPS	2010
70	Lancer une mise en concurrence sur l'ensemble des logiciels des services médicaux.	CHIPS	2010
71	Formaliser les données de pilotage et mettre en place une alimentation automatisée et traçable assurant la qualité des données.	CHIPS	2010
72	Mettre en place une réelle relation maîtrise d'ouvrage/maîtrise d'œuvre qui n'est pas aujourd'hui organisée.	CHIPS	2011
73	Faire un inventaire sérieux des postes et imprimantes et refuser toute dotation nouvelle aux services dont l'inventaire n'est pas à jour.	CHIPS	2010
74	Planifier globalement et avec chaque pôle le remplacement des postes et inclure cette planification dans le volet technique et budgétaire d'un plan informatique (2010-2012).	CHIPS	2010
75	Audit des compétences techniques des personnes présentes, renforcer l'équipe en contrepartie de la suppression de l'assistance à maîtrise d'ouvrage.	CHIPS	2010
76	Définir les objectifs à atteindre en matière de sécurité les formaliser dans un plan d'action et suivre la mise en œuvre de leur recommandations par un audit régulier (au moins tous les deux ans).	CHIPS	2010
77	Mettre en place des procédures et des règles d'exploitation et de sécurité logique conformes aux normes admises.	CHIPS	2011
78	Donner pour toutes les applications sans exception à la DSIO la maîtrise de son administration technique.	CHIPS	Immédiate
79	Envisager l'externalisation de la production informatique.	CHIPS	2011
<b>Achats</b>			
80	Mettre à plat les procédures, les formaliser dans un cadre commun.	CHIPS	2011
81	Renforcer les compétences en marché public et former le personnel à ses dispositions tant pour la passation que pour l'exécution des marchés. Planifier les procédures de mise en concurrence.	CHIPS	Progressif 2012
82	Revoir l'organisation interne sur la base d'analyses de charges documentées afin de stabiliser l'équipe.	CHIPS	2010

	Reconstituer la DAHLB et lui donner un rôle de coordination des achats, ce qui peut justifier la création en son sein d'une cellule marchés ayant un rôle d'appui.		
84	Mettre en place une réelle analyse et un suivi des achats, y intégrer le suivi des fournisseurs.	CHIPS	2010
85	Compléter la formation du personnel à Emagh2 et utiliser les possibilités de ce logiciel ; formaliser les règles d'utilisation et les contrôles Sécuriser la qualité des données et produire des données de gestion. Mettre en place un contrôle interne utilisant les possibilités de Emagh2 dont le paramétrage sur ce point est à vérifier dans sa mise en œuvre.	CHIPS	2010
86	Confier la liquidation et le mandatement aux mêmes personnes.	CHIPS	2011
87	S'intéresser au fonctionnement du magasin et en particulier sécuriser les procédures pour éviter la faible qualité de la gestion des stocks dont témoigne le dernier inventaire.	CHIPS	2010
88	Résilier les contrats avec RICOH (si possible dans le cadre d'une transaction) et procéder à des acquisitions ou locations de photocopieurs régulières.	CHIPS	2010
89	Recadrer la politique d'achat et de suivi des dépenses en matière de téléphone	CHIPS	2010
<b>Biomédical</b>			
90	Réévaluer les objectifs de renouvellement du parc sur la base d'objectifs en matière de taux de vétusté et des économies potentielles en maintenance.	CHIPS	2011
91	Formaliser les objectifs de maintenance et les faire valider par la direction générale.	CHIPS	2010
92	Evaluer l'évolution prévisible des coûts de maintenance	CHIPS	2010
93	Fixer au service biomédical des objectifs d'économie.	CHIPS	2010
94	Vérifier les clauses de reconduction des marchés et leur durée.	CHIPS	2010
95	Mettre en place un suivi formalisé du respect du montant des marchés.	CHIPS	2010
96	Vérifier la réalité de l'absence de concurrence pour les marchés passés aujourd'hui sans concurrence ni publicité.	CHIPS	2010
<b>Travaux</b>			
97	Mettre en place une planification des procédures de marché.	CHIPS	2010
98	Utiliser le module opération de Emagh2.	CHIPS	2011
99	S'inscrire dans un paramétrage global de Emagh2 assurant un meilleur contrôle interne et en vérifier la mise en œuvre.	CHIPS	2010
100	Formaliser les relations avec les utilisateurs. Suivre de manière précise la réponse qui leur est donnée et sa mise en œuvre	CHIPS	2010
<b>Logistique (téléphone/ frais de déplacements/véhicules)</b>			
101	Téléphone : Mettre en place un suivi de la dépense de téléphone et des consommations. Revoir les avantages donnés aux agents en	CHIPS	Immédiat

	particulier à l'équipe de direction dans l'utilisation des téléphones portables dans le sens d'une plus grande rigueur.		
102	Frais de déplacement : Emettre un titre de recette à l'égard du débiteur approprié pour les frais de mission de M. BUISSON postérieurs à son départ de l'établissement Vérifier le régime de remboursement des frais de déplacement des administrateurs et l'aligner sur celui de l'établissement si nécessaire Mettre en place un archivage des marchés permettant de reconstituer les procédures de choix	CHIPS	Immédiat
103	Véhicules Mettre en place un suivi de l'utilisation des véhicules et de leur consommation	CHIPS	Immédiat
<b>Projet Nouvel Hôpital</b>			
104	Mettre en place un comité transversal de pilotage du projet au sein de l'établissement	CHIPS	Immédiat
105	Avoir un correspondant unique « PREF/projet nouvel hôpital » dédié à l'ARS	ARS	Immédiat
106	Revoir le projet avec l'ARS en lien avec la revue du PREF et notamment de l'axe 2 et en s'interrogeant sur le développement de coopérations supplémentaires et d'alternatives à l'hospitalisation complète	CHIPS/ARS	Immédiat