

Armentières, le 04 août 2017

Nos réf. : PP / CB - CHA - 2017 - 34
Affaire suivie par Monsieur Pierre PAMART, Directeur
Ligne directe : 03.20.48.10.26 (secrétariat)
Fax direct : 03.20.48.33.00



Monsieur le Président
de la Chambre Régionale des Comptes des Hauts de France
Monsieur Frédéric ADVIELLE
Hôtel Dubois de Fosseux
14, rue du Marché au Filé
62012 Arras Cedex

Lettre Recommandée avec Avis de Réception n°1A 132 493 7428 3

Objet : réponse de l'ordonnateur du Centre Hospitalier d'Armentières à la notification du rapport d'observations définitives relatif au contrôle des comptes et de la gestion du Centre Hospitalier d'Armentières

P. J. : rapport en réponse au rapport d'observation définitif (10 pages)

Vos réf. : ROD 2016-0057
2017-1529

Monsieur le Président,

Vous m'avez notifié par courrier du 3 juillet 2017, reçu le 5 juillet 2017, le rapport d'observations définitives relatif au contrôle des comptes et de la gestion du Centre Hospitalier d'Armentières pour les exercices 2010 et suivants ; rapport qui a été délibéré par la Chambre le 30 mai 2017.

Conformément aux dispositions de l'article L243-5 du code des juridictions financières, je vous adresse ma réponse écrite à ces observations dans le cadre du document joint.

J'ai bien pris note qu'un document final constitué du rapport et de ma réponse aux observations définitives me serait ensuite notifié et que suite à sa communication par le Président du Conseil de Surveillance dans les conditions prévues par l'article L243-6 du code des juridictions financières, le document final deviendrait alors public et communicable à toute personne en faisant la demande.

Je vous prie de croire, Monsieur le Président, à l'assurance de ma très haute considération.

Le Directeur,

Pierre PAMART

Direction Générale
Centre Hospitalier
d'Armentières
Direction Générale

Réponse aux observations définitives relative au contrôle des comptes et de la gestion du Centre Hospitalier d'Armentières Exercice 2010 et suivants

I. Présentation générale de l'établissement

Le Centre Hospitalier d'Armentières présente cinq caractéristiques principales en matière d'activité et de positionnement qui sont les suivantes :

1 - L'importance du taux d'hospitalisation non programmée. Là où il est en moyenne de 25 % dans la métropole lilloise, il est de 35,3 % soit le taux le plus important après celui du CHRU de LILLE (*Source diagnostic Projet Médical Partagé GHT Lille Métropole Flandre Intérieure mars - avril 2017*).

Ce taux marque l'importance de la prise en charge de l'activité non programmée par rapport à l'activité programmée, ce qui génère de fortes contraintes en matière de permanence des soins, notamment en dépenses et en organisations internes.

2 - Le taux d'hospitalisation issu des urgences est également très important, se situant pour le Centre Hospitalier à 61 %, ce qui en fait le taux le plus élevé des hôpitaux de la métropole lilloise. (*Source diagnostic projet médical partagé GHT Lille Métropole Flandre intérieure mars 2017*)

3 - A cela, il convient de rajouter que le taux de chirurgie ambulatoire à fin 2016, sur la base des actes marqueurs, était de 61,89 % (*Source DIM établissement*), faisant de ce taux un des taux très élevé pouvant considérer que l'établissement a en cela réalisé une grande partie son virage ambulatoire.

4 - L'établissement a une vocation territoriale marquée (SMUR - Urgences, Imagerie, Permanence des soins, Niveau 2 en Obstétrique, Pédiatrie-Néonatalogie, Biologie, Hygiène) et il est structurant de l'activité des Centres Hospitaliers d'Hazebrouck et de Bailleul.

Cette vocation territoriale construite et structurée dans le temps depuis plus de vingt ans a permis d'améliorer la qualité et la sécurité des prises en charge dans les trois établissements.

5 - Il est à souligner que l'établissement est confronté depuis 2013 à un renforcement important de la concurrence privée, notamment celle de médecins spécialistes implantés sur Armentières dans le cadre de cabinets secondaires, en lien avec le groupe RAMSAY - Générale de Santé et de ses établissements qui bénéficient de l'adressage des patients de ces cabinets sur les cliniques du groupe, notamment la Clinique du Bois à Lille (depuis 2013, 17 cabinets secondaires ont été implantés sur des activités médicales ou chirurgicales identiques à celles existantes au Centre Hospitalier, d'autres sont en cours).

Je mentionne aussi l'impact d'un cabinet de groupe très important en ophtalmologie sur Hazebrouck, en lien avec la clinique Ambroise Paré à Lille.

Ces cinq caractéristiques sont représentatives et significatives des spécificités du Centre Hospitalier et expliquent les contraintes fortes qui pèsent sur son organisation et son niveau de charges. Cet établissement assurant la mission de permanence de soin hospitalière pour le territoire Flandre Intérieure Lys (187 000 habitants) (*Source ARS, Découpage zone de proximité et d'activité de soins Programme régional de santé*).

II. Les coopérations

Comme indiqué dans le rapport d'observations définitives, le Centre Hospitalier d'Armentières a mis en place de nombreuses coopérations citées dans le rapport. **Il ne peut être tenu pour responsable des fortes tensions et des importantes difficultés rencontrées pour mettre en œuvre les coopérations qui avaient été définies avec le Centre Hospitalier d'Hazebrouck dans le cadre de la Communauté Hospitalière de Territoire ainsi que celles avec l'EPSM Lille Métropole au titre de la mise en place d'une Unité centrale de restauration commune.**

Les conflits rencontrés ont pénalisé l'établissement.

Le Groupement Hospitalier de Territoire Lille Métropole Flandre Intérieure devrait permettre d'envisager la mise en œuvre des coopérations dans un contexte plus favorable avec le CH d'Hazebrouck, de renforcer la coopération avec le CHRU de Lille et les autres établissements. De même, que pour les relations avec l'EPSM Lille Métropole pour la partie fourniture d'une prestation de restauration (repas+transports) il convient que les prix pratiqués par cet établissement soient compétitifs en comparaison des données existantes au niveau national dans ce domaine comme la base d'Angers par exemple et que le partenariat soit bénéfique pour les deux hôpitaux conformément au projet initial.

III. Les recettes de l'établissement

Lors du passage à FIDES externe en juin 2015, l'établissement a été confronté à différents problèmes **mais les dysfonctionnements rencontrés** qui expliquent pour une large part le taux de rejet enregistré, **ne peuvent lui être imputés**. Les dysfonctionnements ayant été liés :

- Au contexte de changement de CPAM de rattachement dans le cadre de la politique de restructuration des CPAM (de la CPAM de Dunkerque à la CPAM du Hainaut) ;
- A des dysfonctionnements informatiques importants lors du transfert des fichiers d'une caisse à l'autre. Ces dysfonctionnements, dus à des problèmes de paramétrage spécifiques à FIDES externe au niveau de la CPAM du Hainaut, ont généré des rejets de lots complets et contribué à augmenter de façon artificielle nos taux de rejet.

L'équipe Patientèle s'est mobilisée durant cette période afin de réduire ces taux.

Une réorganisation du travail interne a permis de systématiser l'utilisation des Consultations des Droits (CDR) ainsi de réduire les taux de rejet une fois le dysfonctionnement informatique résolu. De même, des interventions ont été sollicitées auprès des partenaires spécialisés afin de finaliser les paramétrages existants qui étaient nécessaires.

En 2016, le taux moyen de rejet est de 5 % sachant qu'une part des rejets de 2016 est imputable à des problèmes de codes association en imagerie médicale (éditeur incorrect). Sur le premier trimestre 2017, le taux de rejet a baissé à 4,1 %.

Le taux de recouvrement moyen de l'établissement se situe à 96,52 % en 2016, ce qui représente un taux supérieur à celui des établissements publics de santé des départements du Nord (96,94 %) et de l'arrondissement de Lille (94,85 %) (Source Direction Départementale des Finances Publiques).

IV. Le sous-financement historique de la Dotation Annuelle de Financement (DAF) pour les activités de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et les problématiques de financement MIGAC et FIR

Il y a lieu de préciser le sous-financement en DAF des activités de SSR sur l'ensemble de la période du contrôle pour des sommes annuelles allant de 1,1 millions d'euros par an à 950 000 euros pour l'année 2016, objectivé par l'analyse des points IVA (Indicateur de Valorisation d'Activité pour l'activité de Soins de Suite et Réadaptation)

Cette situation a été actée dans les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM), signés entre l'établissement et l'ARS Nord Pas-de-Calais sans que l'établissement puisse obtenir malgré ses demandes annuelles répétées dans le cadre des procédures budgétaires une correction de cette situation dans le cadre d'un rebasage financier.

A cela, il convient d'ajouter, comme le démontre le tableau joint en annexe, une évolution à la baisse des MIGAC de - 34 % de 2011 à 2016, soit une baisse de 7 % par an, partiellement compensée par des dotations au titre du Fonds d'Intervention Régional (FIR) depuis 2012. L'établissement ayant été au global pénalisé financièrement, la progression de ces deux dotations progressant moins pour l'établissement que la moyenne nationale et régionale (Source ARS, Données médico-économiques, février 2017).

A toutes fins utiles, on mentionnera aussi le sous financement de la dotation soins de l'EHPAD de 180 lits à hauteur de 578 000 euros équivalent à 19%, qui a été acté par la réalisation d'une coupe PATHOS en 2016 par les services de l'ARS. Cette dotation n'a pu être revalorisée en 2016 et doit l'être en 2017.

Annexe 1 - Evolution des dotations et forfaits

En M€	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Evolution globale	Evolution moyenne annuelle
Urgences et forfaits	1,58	1,76	1,76	1,76	1,76	1,75	11 %	2 %
Dotation SSR	3,43	3,24	3,18	3,26	3,25	3,26	-5 %	-1 %
MIGAC	4,1	3,34	2,56	2,7	2,71	2,7	-34 %	-7 %

Source - Chambre Régionale des Comptes : pour 2016 le chiffre est aussi au 31/12

V. Les investissements et le schéma directeur général de l'établissement

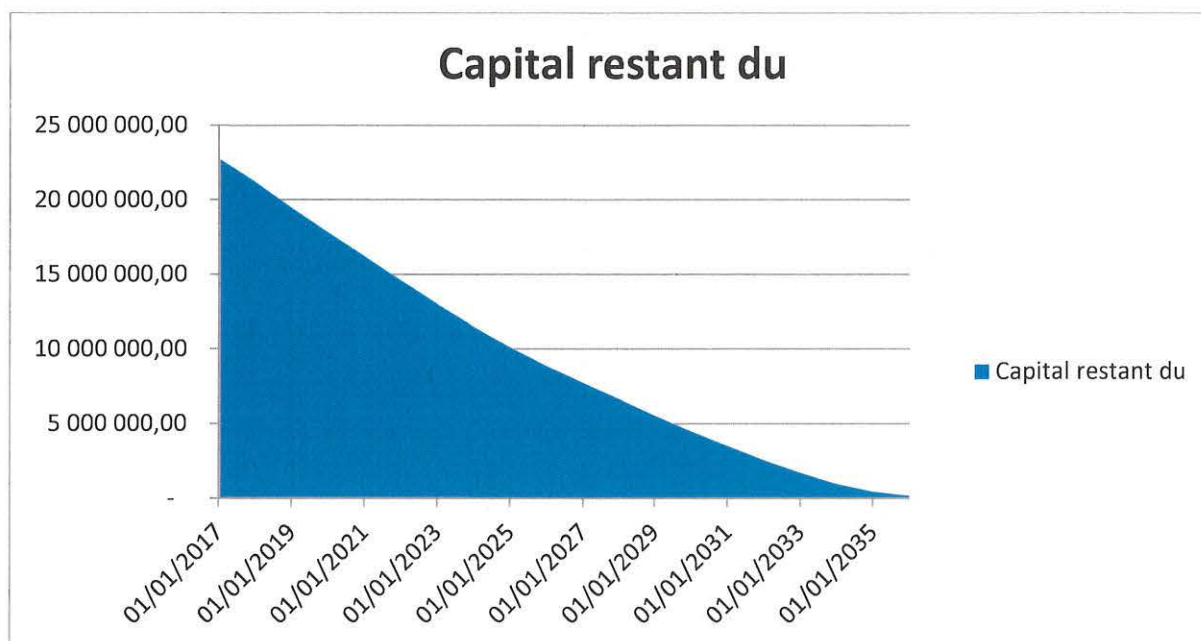
Il y a lieu de préciser que le montant de la dette exigible va baisser de façon très importante à partir de l'année 2018 et pour les années suivantes, selon le tableau d'amortissement ci-joint, ce qui constitue une donnée favorable à l'établissement.

Annexe 2 - Tableau d'amortissement du capital restant dû à rembourser

Evolution de la dette

Date	Capital restant du
01/01/2017	22 756 735,00
01/01/2018	21 193 311,00
01/01/2019	19 451 090,00
01/01/2020	17 824 586,00
01/01/2021	16 225 510,00
01/01/2022	14 592 795,00
01/01/2023	13 026 035,00
01/01/2024	11 500 303,00
01/01/2025	10 127 319,00
01/01/2026	8 892 074,00
01/01/2027	7 758 518,00
01/01/2028	6 674 695,00
01/01/2029	5 570 720,00
01/01/2030	4 487 315,00
01/01/2031	3 521 143,00
01/01/2032	2 566 017,00
01/01/2033	1 734 458,00
01/01/2034	965 018,00
01/01/2035	452 203,00
01/01/2036	176 861,00

Source - Direction des Affaires Financière - Centre Hospitalier d'Armentières



Source - Direction des Affaires Financière - Centre Hospitalier d'Armentières

Les efforts de maîtrise des investissements ont été importants depuis 2010 et ont permis malgré des dotations aux amortissements basses de mener une politique minimaliste de renouvellement des équipements et de modernisation des services, permettant malgré cela une mise à niveau au niveau d'une partie des chambres ainsi qu'une modernisation des blocs opératoires, des installations techniques notamment.

Le projet de schéma directeur permettant une modernisation globale de l'établissement n'a malheureusement pas pu aboutir. Il aurait permis de renforcer le positionnement du Centre Hospitalier et de renforcer son attractivité dans un environnement très concurrentiel, d'améliorer les conditions d'hébergement, d'optimiser l'utilisation des ressources ainsi que permettre une meilleure organisation générale des services.

Le projet de modernisation et d'extension des urgences, soutenu par l'ARS, permettra une mise à niveau de ce service, constituant la principale porte d'entrée des patients pour l'hôpital.

VI. La gestion des ressources humaines

On précisera que les besoins et dépenses de personnel médical et non médical ont sur 7 ans évolué en intégrant les très nombreuses mesures catégorielles nationales, d'amélioration statutaires, de rémunération, reclassements, revalorisation des indemnités et primes non compensées par des financements correspondants aux coûts de leur mise en œuvre dans un environnement de baisse des tarifs, des financements des forfaits, MIGAC.

1. Gestion des ressources humaines médicales

Les efforts de maîtrise de dépenses des personnels médicaux ont porté sur la gestion des équipes médicales par rapport à leur composition afin d'ajuster au mieux les effectifs de ces équipes par rapport aux missions de l'établissement, son activité, la nécessité de prendre en compte la gestion prévisionnelle des départs à la retraite de certains médecins et d'assurer, compte-tenu de la tarification à l'activité, l'anticipation nécessaire des relais au sein des équipes.

Ont été pris en compte aussi les départs non programmables, les mutations pour projets personnels, les changements de région pour rapprochement familial ou d'orientation pour certains médecins.

Compte tenu des missions de l'établissement, notamment celles liées à la permanence des soins, qui est par essence consommatrice de temps médical (urgences, SMUR, réanimation, Unité de Soins Continus, anesthésie, gynécologie-obstétrique, imagerie médicale) et de la taille de certaines équipes pour les équipes notamment chirurgicales, il est difficile quantitativement de baisser le nombre de praticiens, en particulier pour ces spécialités.

Globalement, la progression des dépenses de personnel médical qui n'est que de 3% par an hors coût de la permanence des soins (gardes et astreintes) sur la période examinée, s'analyse différemment de celle du personnel non médical, leur nature étant par essence différente (nombre, fonction, état de la démographie médicale, impact du renforcement de la concurrence entre hôpitaux publics et privés en matière de rémunérations).

Les organisations médicales ont été améliorées dans le cadre notamment de la mise au point de nouvelles maquettes d'organisation permettant de mieux définir les effectifs nécessaires au fonctionnement d'un service ainsi que le lien avec le fait de générer du temps additionnel.

Enfin, le recours à l'intérim médical sur la période examinée est faible, hormis pour l'année 2016 pour des raisons purement conjoncturelles ; l'établissement ayant fin 2016 consolidé et stabilisé ses équipes médicales, baissé le turn-over médical et arrêté le recours à l'intérim médical.

Pour mémoire la rémunération d'un intérimaire varie en fonction de la spécialité médicale et du prestataire choisi.

La stabilisation des équipes du fait de la politique menée par la Direction a permis à plus de 20 médecins contractuels en 2015, 2016 et 2017 dans le cadre de leur projet professionnel de passer et réussir le concours de praticien hospitalier et de rester dans l'établissement après publication d'un poste sur lequel ils ont candidaté .

De même, le turn over au niveau des équipes, a été stabilisé depuis 2014 autour de 14% soit un taux comparable au taux régional et national et a baissé encore en 2016 à 13% pour atteindre 6,4% au premier semestre 2017.

Pour ce qui concerne l'évolution des dépenses de personnel médical (Annexe n°2 tableau 16 évolution des charges de personnel page 33), celles-ci ont évolué depuis 2010 en effet au global en moyenne de 4% par an, ramenés à 3% si on prend en compte la ligne de permanence des

soins qui a été impacté elle par les réformes en modifiant les conditions de rémunération, ce qui constitue une augmentation raisonnable et maîtrisée dans l'environnement hospitalier. L'augmentation de la ligne attachés et praticiens contractuels a augmenté de 205,6% et non de 321,05% sachant de plus qu'il y a lieu de prendre en compte dans cette ligne les postes d'assistants des hôpitaux qui représentent en 2016 10,5 ETP rémunérés et qu'entre 2014 et 2016 ont été recrutés 6 assistants (soit une augmentation de 75% des effectifs et ceci compte tenu des situations suivantes : mise en œuvre d'un nouveau protocole national sur le temps de travail pour les urgentistes dans le cadre du passage aux 39 heures (2 postes) remplacement de 2 pédiatres et anticipation du départ du chef de ce service, anticipation des départs en retraite en anesthésie (1 poste). La hausse de 8% mentionnée intègre la permanence des soins qui, à elle seule représente environ 7% compte tenu des effets en année pleine pour 2016 de la mise en application des nouveaux textes sur les astreintes, le décompte du temps de travail durant les déplacements depuis 2015 étant désormais rémunéré pour les praticiens, même si certains choisissent de récupérer ces temps comme les y autorisent les textes.

En matière de rémunération des praticiens contractuels depuis 2014, un a démissionné, un autre a réduit son temps de 20%, les autres passés sur des postes de praticiens hospitaliers pour la quasi-totalité. De même, deux praticiens sont recensés dans les attachés alors qu'ils n'occupent pas ce statut. A ce titre il convient donc de corriger les montants indiqués qui correspondent à 260 344 euros au lieu de 696 664 euros ; les écarts ainsi constatés étant donc ramenés à 503 000 euros soit 100 000 euros/an.

L'objet n'a pas été d'accorder des avantages injustifiés aux praticiens mais de prendre en compte la situation exceptionnelle telle qu'elle était, de la gérer dans un contexte de démographie médicale difficile, de crise dans certains secteurs, de turn over élevé, de continuité d'activités et de permanence des soins au niveau territorial et de soutien des activités générales de l'établissement qui étaient pour certaines menacées prenant en compte l'intérêt structurel de tels recrutements comme cela a été développé dans la réponse dans le cadre de la procédure contradictoire.

Il convient de rappeler que les recrutements ont été effectués faute d'avoir pu trouver des candidats sur des postes de praticiens hospitaliers suite aux publications réalisées, que l'établissement n'a pas subi de préjudice financier le recours généralisé à l'intérim médical aurait été plus onéreux et que cela a permis de recomposer, consolider les équipes médicales avec les résultats indiqués ci-dessus.

L'établissement se conformera à l'avenir aux dispositions réglementaires en vigueur, sachant qu'il n'a jamais été dans ses intentions de faire perdurer ces situations qui doivent rester exceptionnelles dans une situation qui elle-même était exceptionnelle.

2. Gestion des ressources humaines non médicales

Comme l'indique les éléments repris dans le tableau 17 page 33, les dépenses de personnels non médical ont fait l'objet d'une maîtrise sur la période examinée avec une

accélération des efforts sur les dernières années, notamment 2015 et 2016 ; efforts qui seront poursuivis en 2017 et les années suivantes.

A ce titre, les Effectifs Equivalent Temps plein travaillés(ETP) en 2015 était de 1009,96, de 1005,23 en 2016 et de 993,34 au 30 juin 2017 .

Pour ce qui concerne l'absentéisme de 2014 à 2016, des succès ont été obtenus sur le retour à l'emploi d'agents en Congés Longue Maladie et Congés Longue Durée grâce à la politique menée leur proposant des postes adaptés, permettant leur réintégration et leur réinsertion dans la vie de l'hôpital.

Une dizaine de personnes ont été concernées avec sept réussites de réinsertion.

Sur les données d'absentéisme global, il y a lieu de constater que, du fait des différentes actions engagées par la Direction en lien avec les cadres, celui-ci a baissé en 2016. Au total, le nombre de jours d'absence, tous motifs confondus, a baissé de 4,67 %, passant de 31 339 jours à 29 939 jours sur le budget principal (médecine, chirurgie et obstétrique plus Soins de Suite et de Réadaptation) et tous budgets confondus avec les Soins de Longue Durée et l'EHPAD une baisse de 3,73 %, le nombre de jours passant de 39 439 à 38 019 jours (Source Direction des Ressources Humaines - CHA).

De très nombreuses actions ont été menées depuis 2012 afin de maîtriser l'absentéisme.

Dans le cadre de la lutte contre l'absentéisme et des actions à mettre en œuvre, y compris préventives, la Direction a réalisé en 2014 un audit global sur le risques psycho-sociaux dont les résultats étaient globalement favorables, hormis trois secteurs identifiés.

Les actions entreprises à la suite ont permis d'améliorer les conditions de travail des personnels et d'améliorer fortement la prévention de ses risques, à la fois avec une formation très suivie pour les cadres et une formation tout aussi suivie pour les agents de l'établissement qui le souhaitaient.

De même, l'établissement a déposé régulièrement auprès de l'ARS des dossiers d'amélioration des conditions de travail, comprenant des thématiques ciblées. Ces dossiers ont été financés au titre des Contrats Locaux d'Amélioration des Conditions de Travail (CLACT) ; le dernier l'ayant été au titre d'une démarche menée de la Communauté Hospitalière de Territoire (CHT).

Le service de médecine du travail a été redéfini en service de santé au travail avec un recrutement temps plein d'un médecin du travail, chargé aussi de participer à la définition d'une nouvelle politique et à sa mise en œuvre.

Un baromètre social ainsi qu'une enquête de satisfaction des personnels sont réalisés annuellement. Les résultats de ces deux enquêtes étaient en amélioration pour l'année 2016.

Une politique plus globale, permettant de traiter la qualité de vie au travail et le bien-être au travail, sera élaborée dans le cadre du prochain projet d'établissement dans son volet social.

VII. Le Plan de Retour à l'Equilibre financier (PRE)

L'établissement a été très proche de l'équilibre en 2010 et a signé en 2015 un Plan de Retour à l'Equilibre financier qui a été tenu pour cette année-là.

La performance globale a été améliorée depuis 2013 par la mise en place de nombreux chantiers performance menés en lien avec la MEAH (Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitalière) puis avec l'ANAP (Agence Nationale pour l'Amélioration de la Performance), notamment dans le cadre ces trois dernières années de la mise en œuvre pour l'établissement des mesures du plan triennal national d'économie au niveau des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) ; comme l'optimisation de l'utilisation des blocs opératoires, la gestion des lits qui a permis une réorganisation complète des capacités en lits en 2015 avec une baisse de 35 lits sur les secteurs de Médecine, Chirurgie et Obstétrique afin d'augmenter les taux d'occupation des services et maîtriser notamment les durées moyennes de séjours et la création d'une activité nouvelle de Court Séjour Gériatrique d'abord à hauteur de 15 lits qui a évolué progressivement jusqu'à 25 lits et ceci à moyens constants par redéploiement pour le personnel non médical, le passage de 10 à 8 lits d'UHCD, la fluidification du parcours du patient entre les Urgences et les services d'hospitalisation, le virage ambulatoire permettant d'augmenter de façon importante l'activité de chirurgie ambulatoire ainsi que de l'étendre aux disciplines médicales, l'optimisation de l'organisation des consultations externes, la réorganisation des secrétariats médicaux avec mutualisation des moyens, la création d'une plateforme centrale de prise de rendez-vous téléphonique, la mise en place à des organisations permettant d'absorber les pics d'activité, la mise en œuvre en lien avec les services de l'assurance maladie de leurs préconisations en matière de plan d'accompagnement du retour des patients à domicile (PRADO)

Depuis 2010, l'établissement a engagé un important projet d'informatisation des activités médicales, d'abord axé sur l'informatisation généralisée du dossier du patient (médical et soignant), l'informatisation du service des Urgences en cohérence avec l'informatisation du dossier patient existant, l'informatisation de la Réanimation, des Laboratoires, des Blocs Opératoires, de l'Anesthésie, du circuit du médicament.

Ces projets réussis ont permis à l'établissement d'avoir un taux de 97% de prescriptions informatisées.

Le déficit 2016 s'est accru de façon importante du fait principalement d'une insuffisance conséquente d'activité engendrant par conséquent un fort impact sur la baisse de recettes.

Parallèlement et de façon conjoncturelle, l'établissement a dû, pour assurer la continuité et la permanence des soins poursuivre la consolidation des équipes médicales et dans l'attente d'y parvenir recourir à des dépenses liées à l'intérim médical qui ont été incontournables compte-tenu de la situation.

Sur l'ensemble de la période examinée, l'absentéisme du personnel non médical a augmenté et l'établissement a mis en place de nombreuses actions permettant de traiter cette situation comme indiqué précédemment au chapitre VI-2.

Le taux d'absentéisme du Centre Hospitalier d'Armentières est certes élevé, notamment du fait de l'importance des Congés Longue Maladie et Longue Durée qui sont la conséquence des avis donnés par le médecin du travail et par le comité médical départemental.

Il est équivalent voire inférieur à celui d'autres établissements comparables, y compris au sein de la Métropole Lilloise.

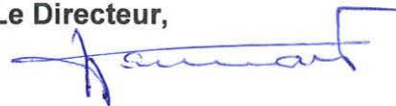
Comme indiqué ci-dessus, cette politique a permis à certaines périodes soit de stabiliser l'absentéisme soit de le faire baisser, comme en 2016.

Une politique plus globale permettant de traiter la qualité de vie et le bien-être au travail est en cours d'élaboration et permettra d'améliorer aussi la maîtrise de l'évolution de l'absentéisme.

L'établissement, compte-tenu de la situation de 2016, a élaboré courant du premier semestre 2017 en associant tous les professionnels de l'établissement, un avenant au Plan de Retour à l'Equilibre financier de 2015, comportant trente et une actions tant en renforcement de la maîtrise des dépenses que de soutien et développement de l'activité médicale dans le cadre du renforcement des coopérations avec le CHRU de Lille, le CH d'Hazebrouck et le CH de Bailleul, des liens avec les médecins de ville dans le cadre de projets nouveaux et novateurs et du développement d'activités médicales nouvelles en interne, la réorganisation liée à l'aménagement et la réduction du temps de travail, le renforcement du pilotage des activités dans la contractualisation interne et de la productivité médicale, la poursuite des actions visant à renforcer la maîtrise de la masse salariale tant au niveau du personnel médical que du personnel non médical.

Des négociations avec l'ARS permettront de finaliser cet avenant afin de permettre de valider un plan de retour à l'équilibre financier à échéance de fin 2019.

Le Directeur,



Pierre PAMART

Direction Générale

Centre Hospitalier
d'Armentières
Direction Générale

Le 2 août 2017