



RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES ET  
SA RÉPONSE

CENTRE HOSPITALIER DE  
FONTAINEBLEAU  
(77)

Exercices 2007 et suivants

Observations définitives  
délibérées le 23 juin 2014

## SOMMAIRE

<b>SOMMAIRE.....</b>	<b>2</b>
<b>SYNTHÈSE .....</b>	<b>4</b>
<b>OBSERVATIONS .....</b>	<b>6</b>
<b>1. CONDITIONS DU CONTRÔLE .....</b>	<b>6</b>
<b>2. PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT.....</b>	<b>6</b>
<b>3. LES OBLIGATIONS LÉGALES ET RÉGLEMENTAIRES.....</b>	<b>8</b>
3.1. Accréditation .....	8
3.2. Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens .....	9
3.3. Projet d'établissement et documents annexes .....	9
3.4. Approbation et suivi de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses.....	9
<b>4. LA FIABILITÉ DES COMPTES .....</b>	<b>9</b>
<b>5. L'ANALYSE RÉTROSPECTIVE DE LA SITUATION FINANCIÈRE .....</b>	<b>10</b>
5.1. Le bilan .....	10
5.1.1. Les soldes du bilan .....	10
5.1.2. L'actif du bilan .....	11
5.1.3. Le passif du bilan .....	11
5.1.4. Les comptes de régularisation du passif.....	11
5.2. L'analyse des résultats .....	12
5.2.1. Les principaux résultats intermédiaires .....	12
5.2.2. Les soldes intermédiaires de gestion .....	12
<b>6. LE CONTRAT DE RETOUR A L'ÉQUILIBRE FINANCIER .....</b>	<b>15</b>
6.1. L'élaboration du plan de redressement .....	15
6.1.1. La nécessité d'un contrat de retour à l'équilibre financier.....	15
6.1.2. Les principaux objectifs du plan .....	15
6.2. L'exécution du plan de redressement .....	15
6.2.1. L'amélioration de la santé financière de l'établissement .....	16
6.2.2. Les éléments d'amélioration de la performance.....	16
6.2.3. Conclusion .....	19
<b>7. LES RESULTATS EN TERMES D'ACTIVITÉ .....</b>	<b>19</b>
7.1. L'activité en Médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) .....	20
7.1.1. Généralités .....	20
7.1.2. L'activité de Médecine.....	20
7.1.3. L'activité de chirurgie .....	21
7.1.4. L'activité au pôle mère-enfant .....	22
7.1.5. L'activité au pôle médico-technique .....	22
7.2. Les autres secteurs.....	22
7.2.1. Les urgences.....	22
7.2.2. L'établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD).....	22

<b>8. LES COUTS PAR ACTIVITE.....</b>	<b>23</b>
8.1. Les secteurs qui surperforment .....	24
8.2. Les secteurs qui sous-performent .....	25
<b>9. L'ACTIVITÉ LIBÉRALE DES PRATICIENS HOSPITALIERS DANS LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ .....</b>	<b>25</b>
9.1. Le cadre réglementaire .....	26
9.1.1. Les praticiens autorisés .....	26
9.1.2. Les activités concernées .....	26
9.1.3. Le contrat d'activité libérale .....	26
9.1.4. Les conditions d'exercice libéral.....	28
9.2. Les exigences pratiques d'exercice de l'activité libérale .....	29
9.2.1. L'information du patient .....	29
9.2.2. L'égalité de traitement entre les patients.....	30
9.2.3. L'expression du consentement par écrit.....	30
9.3. Modalités pratiques d'exercice de l'activité libérale .....	30
9.3.1. Les moyens humains .....	30
9.3.2. Les moyens matériels .....	30
9.4. Réglementation financière.....	31
9.4.1. Les conséquences financières pour le praticien.....	31
9.4.2. Les conséquences pour l'hôpital .....	31
9.4.3. Les conséquences pour le patient .....	33
9.5. La commission d'activité libérale (CAL).....	33
9.5.1. Composition .....	33
<b>GLOSSAIRES DES SIGLES UTILISÉS.....</b>	<b>35</b>

## SYNTHÈSE

Le centre hospitalier de Fontainebleau est un établissement de taille moyenne, doté de 497 lits et 16 places, dont 227 lits de court séjour (148 lits en médecine – y compris la pédiatrie et l'unité d'hospitalisation de très courte durée –, 45 lits en chirurgie et 34 lits en gynécologie-obstétrique), 30 lits de soins de suite et de réadaptation (SSR) et 240 lits de long séjour (EHPAD), répartis sur trois pôles soignants et aidé par un pôle médico-technique.

L'accueil et le traitement des urgences est assuré dans le cadre d'une unité de proximité d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences (UPATOU) et d'un service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR).

L'hôpital abrite un institut de formation aux soins infirmiers (IFSI) qui compte 195 étudiants infirmiers et 40 élèves préparant le diplôme d'aide-soignant.

Les comptes de l'établissement sont, dans l'ensemble, fiables.

L'accroissement du fonds de roulement, en partie gonflé par l'existence d'un important stock de créances irrécouvrables appelées à être admises en non-valeur, a permis de couvrir le besoin en fonds de roulement et de laisser la trésorerie à un niveau élevé.

Le montant de la dette au 31 décembre a augmenté jusqu'à 2010 inclus, passant de 13,7 M€ à 18,4 M€. A compter de 2011, l'encours a baissé pour s'établir à 12,9 M€ au début 2013. Le taux moyen des emprunts demeurent bas, inférieur à 4 %.

La durée apparente de la dette, qui évalue le nombre d'années d'autofinancement nécessaires à l'extinction de son encours demeure inférieure ou égale à 4,2 années et est légèrement inférieure à la médiane sur l'ensemble de la période.

Le résultat global négatif (compte principal + budgets annexes) de 2010 (- 1 078 796 €) et de 2011 (- 818 285 €) s'explique par un résultat courant insuffisant compte tenu de l'ampleur du déficit exceptionnel.

Les produits d'exploitation ont régulièrement progressé sur la période examinée, passant de 65,3 M€<sup>1</sup> en 2007 à 76,2 M€ en 2012. Mais les recettes liées à la T2A sont demeurées constantes sur l'ensemble de la période 2009-2012, soit parce que l'évolution tarifaire des GHM a été défavorable à activité croissante, soit parce que l'activité a stagné dans un environnement tarifaire stable.

---

<sup>1</sup> M€ : millions d'euros

L'hôpital a été, sur la période examinée, assez largement subventionné. Les produits liés à l'activité hospitalière ne représentent que deux fois les recettes annexes liées à l'hébergement, à la dépendance ou à la péréquation sociale assurée par l'Etat. L'établissement est donc très dépendant de l'extérieur pour ses recettes.

La valeur ajoutée et la marge brute ont augmenté sur la période examinée, expliquant l'accroissement du résultat d'exploitation de 131 %. L'ampleur des réserves ainsi obtenues permet à l'établissement de dégager chaque année un résultat courant positif en dépit de charges financières représentant 30 à 50 % du résultat d'exploitation. Seul le résultat exceptionnel négatif provenant, pour 5/6<sup>ème</sup> d'entre elles, des dotations aux amortissements et provisions sur immobilisations et, pour 1/6<sup>ème</sup>, des opérations de gestion sur exercices antérieurs, explique les résultats déficitaires annuels constatés sur la période mais avec un léger excédent en 2012.

La capacité d'autofinancement est modérément positive sur la période examinée. Sa progression découle du résultat des exercices et du montant des dotations aux amortissements et provisions, en hausse.

Bien que le taux de capacité d'autofinancement, tout comme le taux de marge brute, dépasse la médiane sur la période examinée, à l'exception de l'exercice 2010, la part de la capacité d'autofinancement dans les produits d'exploitation demeure assez faible.

La passation d'un contrat de retour à l'équilibre financier au début 2011 a entraîné des gains de productivité remarquables dans la gestion de l'établissement grâce à une meilleure valorisation des activités annexes, une réduction des dépenses de personnel, la maîtrise des dépenses non médicales et la redéfinition d'avantages en nature accordés aux personnels. Cependant, ces améliorations, qui ont rapporté à l'établissement un surplus de ressources financières de près de 1,2 M€ en moins de dix-huit mois, devraient être complétées à l'avenir par une gestion plus serrée des dépenses de fonctionnement ainsi que par un effort supplémentaire dans les activités les mieux rémunérées.

L'activité de l'hôpital a, dans l'ensemble, augmenté sur la période examinée dans un contexte de réduction de la valeur moyenne des groupes homogènes de séjour (GHS) et de la durée moyenne de séjour. Ces résultats globaux laissent apparaître des disparités au niveau de chaque pôle. Ainsi, la chirurgie ophtalmologique et, dans une moindre mesure, la chirurgie générale et digestive, connaissent-elles un fort recul de leur activité, au contraire de la chirurgie ambulatoire, qui progresse fortement, et de l'oto-rhino-laryngologie (ORL). De même, au pôle Mère-Enfant, les urgences gynécologiques ont vu leur activité progresser, tout comme la pédiatrie, alors que l'activité aux urgences pédiatriques a baissé.

L'analyse des résultats comparés issus des données du GACAH (Groupe pour l'amélioration de la comptabilité analytique hospitalière), dénote une bonne performance d'ensemble du centre hospitalier à la fin de la période examinée.

Les dépenses de personnel sont le principal facteur explicatif de l'écart en termes de résultats entre l'hôpital et la moyenne des établissements de la base. Mais l'impact de la sous-performance en matière de dépenses de personnel est annulé par la surperformance en termes d'investissement informatique (d'où un écart au final très faible avec la moyenne de l'échantillon, mais néanmoins très légèrement à l'avantage de l'établissement).

## **OBSERVATIONS**

### **1. CONDITIONS DU CONTRÔLE**

#### **Observation n° 1**

L'examen de la gestion du centre hospitalier, qui a été effectué dans le cadre du programme annuel 2012 de la chambre, a été engagé par lettre du président de la juridiction le 10 février 2012. Cet examen a porté sur les exercices 2007 et suivants jusqu'en 2012 en fonction des données complémentaires recueillies au cours du contrôle.

Durant la période examinée, la direction de l'établissement a été successivement exercée par M. Erick Bulle (jusqu'au 31 mars 2011) et par M. Jérémie Secher (à compter du 1<sup>er</sup> avril 2011).

L'entretien préalable prévu par l'article L. 243-1 du code des juridictions financières a eu lieu avec M. Secher, directeur en exercice, le 7 mai 2013.

L'entretien préalable prévu par l'article L. 243-1 du code des juridictions financières a eu lieu avec M. Erick Bulle, ancien directeur, le 6 septembre 2013.

Dans sa séance du 24 octobre 2013, la chambre régionale des comptes d'Île-de-France a formulé des observations provisoires qui ont été notifiées au directeur et à son prédécesseur le 16 décembre 2013. La réponse du directeur en exercice, datée du 13 février 2014, est parvenue le 18 février 2014.

Lors de sa séance du 23 juin 2014, la chambre a rendu définitives les observations qui suivent.

### **2. PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT**

#### **Observation n° 2**

Le centre hospitalier de Fontainebleau est un établissement de taille moyenne, doté, selon les données récemment fournies par le directeur, de 497 lits, dont 227 lits de court séjour (148 lits de médecine, 45 lits de chirurgie et 34 lits de gynécologie-obstétrique), 30 lits de soins de suite et de réadaptation (SSR) et 240 lits de long séjour (EHPAD). 7 places en médecine et 9 places en chirurgie portent le total des lits et places à 513.

L'accueil et le traitement des urgences est assuré dans le cadre d'une unité de proximité d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences (UPATOU) et d'un service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR).

L'hôpital abrite un institut de formation aux soins infirmiers (IFSI) qui compte 195 étudiants infirmiers et 40 élèves préparant le diplôme d'aide-soignant. Au 31 décembre 2011, il employait 85 médecins et 653 agents non médicaux.

Le plateau technique comprend un bloc opératoire disposant de cinq salles d'opération, un laboratoire fonctionnant 24 heures sur 24, une pharmacie à usage intérieur et un service de radiologie doté, depuis novembre 2007, d'une imagerie par résonance magnétique (IRM).

L'établissement est situé dans le secteur sanitaire Seine-et-Marne sud (77-2), le plus étendu de la région caractérisé par la faible densité, la forte croissance démographique et la jeunesse de la population. Malgré des indicateurs socio-économiques satisfaisants, les indicateurs de santé sont plutôt défavorables, avec une surmortalité générale de plus de 10 % par rapport à la mortalité régionale.

La fusion entre le centre hospitalier de Fontainebleau, le centre hospitalier de Nemours, situé à 15 kms, et la polyclinique de la forêt, très voisine géographiquement, a échoué en 2002.

Une fédération inter hospitalière entre les deux établissements a permis aussi de mettre en place une filière de soins (surveillance continue à Nemours et réanimation polyvalente à Fontainebleau) et de développer des synergies entre les deux services d'urgence. Les soins de suite, à la charge de Nemours, ont fait l'objet d'une attention particulière tandis que les soins gériatriques sont assurés par une équipe mobile partagée entre les deux établissements. Cette coopération s'est traduite, en 2013, par la création d'un Groupement de Coopération Sanitaire dont la convention constitutive a été approuvée par arrêté de l'agence régionale de santé du 8 mars 2013.

L'établissement a également développé des complémentarités avec le centre hospitalier de Nemours et la Polyclinique de la forêt.

Une convention cadre, signée en juillet 2006, a regroupé la chirurgie des deux établissements publics sur le site de Fontainebleau. Ainsi les urgences chirurgicales sont-elles désormais l'apanage exclusif du centre hospitalier de Fontainebleau, les deux établissements cherchant par ailleurs à développer la chirurgie ambulatoire.

Enfin, le projet médical commun élaboré avec la Polyclinique de la forêt en avril 2005 a permis de fusionner les blocs opératoires, les maternités, les services d'urgence et de se répartir les activités chirurgicales, Fontainebleau conservant la traumatologie et l'orthopédie, la chirurgie digestive et la gynécologie.

Comme l'a précisé le directeur dans sa réponse aux observations provisoires, le projet de reconstruction des deux établissements sur le site de l'hôpital de Fontainebleau a été validé par l'agence régionale de santé le 6 septembre 2013 (approbation du plan global de financement pluriannuel) et il est inscrit au plan Hôpital 2012.

Les pôles sont au nombre de quatre : trois pôles soignants (chirurgie et anesthésie, spécialités médicales et urgences, Mère-Enfant) ; un pôle médico-technique.

Aucun contrat de pôle n'a été jusqu'à présent conclu.

<u>Services constitutifs des pôles au 1er janvier 2012</u>			
Pôle Chirurgical et Anesthésique	Pôle Spécialités Médicales et Urgences	Pôle Médico-Technique	Pôle Mère Enfant
Anesthésie	Médecine A (orientation neurologie)	Imagerie Médicale	Gynécologie Obstétrique
Réanimation	Médecine B (orientation cardiologie)	Laboratoire	Pédiatrie
Chirurgie Générale et Digestive	Médecine C (pneumologie, rhumatologie, médecine interne)	Pharmacie - Stérilisation	Néonatalogie - Néonatalogie Soins Intensifs
Chirurgie Orthopédique	Médecine D (gastroentérologie)	DIM	Hopital de Jour Pédiatrie
Chirurgie ophtalmologique	Urgences Adultes - UHTCD Adultes - SMUR	Hygiène	Urgences Pédiatriques - UHTCD Pédiatrie
Chirurgie ORL	SSR	Brancardage	
Chirurgie Ambulatoire	Hopital de Jour Médecine	Chambre Mortuaire	
<i>Autres : Dépôt de Sang, Bloc opératoire</i>	<i>Autres : Equipe Mobile Soins Palliatifs, Unité Médico-Judiciaire</i>	Diététique	
		Kinésithérapie	

### 3. LES OBLIGATIONS LÉGALES ET RÉGLEMENTAIRES

#### Observation n° 3

##### 3.1. Accréditation

La procédure d'accréditation a débuté en 2006 et s'est achevée en 2010. Trois réserves et huit recommandations avaient été faites en 2006, elles avaient été maintenues à l'issue de la visite de suivi d'octobre 2007 et l'établissement les a prises en compte dans sa préparation de la visite de certification de la haute autorité de santé (HAS).

Comme l'a précisé le directeur, la visite des experts de la Haute Autorité en Santé (HAS) a eu lieu en décembre 2013.

Dans son rapport de mai 2014, la HAS a prononcé une certification avec réserve. L'établissement devra produire un rapport de suivi dans un délai de 6 mois sur l'ensemble de ses réserves. L'établissement a la possibilité de lever tout ou partie de ses recommandations par le biais de ce rapport de suivi. S'il ne souhaite pas ou n'a pas la possibilité de lever les recommandations dont il fait l'objet, il devra fournir dans le même délai à la Haute Autorité de Santé un plan d'actions avec échéancier.

### **3.2. Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens**

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens a été signé le 1er avril 2007 pour la période 2007 – 2011. Les objectifs en termes d'activité fixés par le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ont été difficilement atteints par l'établissement. Par exemple, le nombre de séjours en médecine n'a été que 7 244 en 2010 contre 8 050 à 9 110 prévus. En revanche, l'activité en chirurgie a été de 3 294 contre 3 165 prévus.

Dans sa réponse, le directeur a relevé les résultats de l'exercice 2012 ; il a souligné que le centre a réalisé 10 213 séjours de médecine pour une prévision inscrite au CPOM de 9 110 séjours, et 3 362 séjours de chirurgie pour une prévision de 3 165.

### **3.3. Projet d'établissement et documents annexes**

Le projet d'établissement et ses documents annexes ont été élaborés conformément à la réglementation en vigueur.

Le futur projet médical, qui devrait couvrir la période 2014 – 2017, devrait être commun entre les centres hospitaliers de Melun, de Montereau, de Fontainebleau et de Nemours. Comme l'a indiqué le directeur, ce projet médical de territoire a été validé par les instances des quatre établissements et l'ARS à l'été 2013.

### **3.4. Approbation et suivi de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses**

Les documents de l'état des prévisions de recettes et de dépenses sont produits chaque année.

## **4. LA FIABILITÉ DES COMPTES**

### **Observation n° 4**

Les comptes de l'établissement sont, dans l'ensemble, fiables. Cependant, plusieurs points doivent être relevés comme étant problématiques :

1) Le basculement, en 2008, du système informatique vers l'application Hélios s'est traduit par l'apparition de différences – comme celles constatées entre le compte financier et l'état de l'actif de 2010 – dues au gonflement artificiel de certaines des masses présentes au compte 28. Censée y mettre fin, la ventilation des crédits du compte 28 est en cours. Au moment du contrôle, elle n'était pas achevée et les écarts ont persisté jusqu'à aujourd'hui.

2) Les créances douteuses ont été faiblement provisionnées, le taux de couverture des créances irrécouvrables et des créances contentieuses par les provisions du compte 491 n'ayant guère dépassé 11 % au cours de la période examinée.

Dans sa réponse, le directeur le justifie par le fait que les créances irrécouvrables du compte 415-2, qui n'ont pas vocation à être provisionnées, mais seulement apurées par le jeu du compte 654 « Pertes sur créances irrécouvrables », ont été admises, pour une grande part d'entre elles, en non-valeur et que les créances douteuses ou litigieuses, inscrites au compte 416, qui nécessitent la comptabilisation d'une dépréciation, ont fait l'objet d'une dotation aux provisions inscrite au compte 491.

Selon le directeur, le solde du compte 491 serait passé de 80 000 € en 2005 à 542 331,83 € fin 2013. Il en résulte, selon le directeur, un taux de provisionnement du compte 416 de 25 % en 2012.

Il ajoute que l'établissement a mis en œuvre, en 2012, un plan pluriannuel d'apurement de 630 000 € (330 000 € en 2012 et 300 000 € en 2013) du compte 415-2, faisant passer son solde de 1 858 128,68 € fin 2011 à 1,228 137,08 € fin 2013.

3) Le taux de report des charges par rapport aux charges de fonctionnement mérite attention.

4) Sur la période examinée, les annulations de titres de recettes représentent en valeur, sur la période contrôlée, entre 4 et 12 % des titres émis.

Là encore, selon le directeur, cette situation se serait améliorée grâce aux efforts accomplis en matière de facturation. Ainsi, le montant des titres annulés sur exercice antérieur n'a été que de 127 377,23 € fin 2012 (contre 244 761,53 € en moyenne sur la période 2007-2011). Ce montant ne représente que 0,2 % des recettes de fonctionnement de l'exercice.

## **5. L'ANALYSE RÉTROSPECTIVE DE LA SITUATION FINANCIÈRE**

### **5.1. Le bilan**

#### **5.1.1. Les soldes du bilan**

##### **Observation n° 5**

Le fonds de roulement net global est passé de 10 M€ à 17,4 M€ en 2008 et a doublé entre 2007 et 2010. Cette augmentation aurait pu être plus importante si un report à nouveau négatif n'avait, chaque année, diminué le montant du passif.

Le fonds de roulement d'investissement a augmenté du fait de la mobilisation des emprunts contractés pour la réalisation de travaux d'investissement et de la hausse consécutive des dotations aux amortissements et provisions.

Le fonds de roulement d'exploitation a beaucoup augmenté en 2008 (+ 300 %) et en 2009 (+ 34 %). Il est nettement supérieur (100 jours de charges courantes) à la médiane de référence (33,6 jours). Il est principalement constitué de la réserve de trésorerie du compte 10685 et de dotations aux provisions réglementées. Ces dernières ont été multipliées par deux sous l'effet du compte épargne temps et du renouvellement des immobilisations. En 2009, elles ont augmenté de 60 % et, en 2010, de 37 %.

Calculé en nombre de jours de charges courantes, le besoin en fonds de roulement est très supérieur à la médiane (sauf en 2007). Il a crû de 1 500 % en 2008. Il est passé de 0,66 M€ en 2007 à 10,8 M€ en 2011 après un pic de 11,1 M€ en 2010.

En 2008, les dettes ont diminué de 26,5 % du fait, d'une part de la régularisation de la majeure partie des avances reçues de la caisse primaire d'assurance maladie, et, d'autre part, des titres émis fin 2008 et qui, de ce fait, étaient encore impayés au 31 décembre de l'exercice.

Le passage à Hélios a retardé l'encaissement des sommes en instance placées sur les comptes d'attente, ce qui explique l'accroissement des restes comptables cette année-là.

L'effet de ciseaux qui en est résulté explique la forte hausse du besoin en fonds de roulement en 2008.

L'existence d'un important stock de créances irrécouvrables – appelées à être admises en non-valeur – a aggravé cette situation au cours des années passées.

L'accroissement du fonds de roulement a permis de couvrir le besoin en fonds de roulement et de laisser la trésorerie à un niveau acceptable, qui, mesurée en nombre de jours de dépenses courantes, demeure largement supérieure chaque année à la médiane.

### **5.1.2. L'actif du bilan**

#### **Observation n° 6**

L'investissement est d'environ 4 M€ chaque année en moyenne. Les charges d'entretien oscillent entre 20 et 30 % selon les années. Le taux d'autofinancement est de l'ordre de 10 %. Le taux de vétusté des équipements demeure élevé. Selon le rapport du comptable, il dépasserait celui de la médiane des établissements français, notamment en 2007 et 2011. Cette situation, qui avait déjà été constatée par la chambre lors de son précédent contrôle, s'explique par un taux de renouvellement des équipements très inférieur à la médiane.

### **5.1.3. Le passif du bilan**

#### **Observation n° 7**

Le montant de la dette au 31 décembre a augmenté jusqu'à 2010 inclus, passant de 13,7 M€ à 18,4 M€. En 2011, il a baissé pour s'établir à 15,4 M€. Le taux moyen des emprunts demeuraient bas, inférieur à 4 % et à la fin 2012, l'encours était de 12,9 M€.

La durée apparente de la dette, qui évalue le nombre d'années d'autofinancement nécessaires à l'extinction de son encours demeure inférieure ou égale à 4,2 années et est légèrement inférieure à la médiane sur l'ensemble de la période (et très inférieure en 2011).

La part du remboursement en capital de la dette dans les amortissements évolue de manière erratique sur la période examinée. Il passe de 73,7 % en 2006 à 84,4 % en 2008, puis redescend à 77,1 % en 2010 pour remonter à 83,0 % en 2011. Ces oscillations proviennent des modifications du volume de la dette constatées sur la période examinée.

Le ratio d'indépendance financière, qui mesure la part des emprunts auprès des établissements de crédit dans les ressources stables, s'améliore en 2011 (+ 32,9 %) après s'être maintenu trois ans durant autour des 38 %. Il est sur l'ensemble de la période toujours inférieur à la médiane. L'amélioration du ratio provient de la montée en puissance, au dénominateur, des provisions.

### **5.1.4. Les comptes de régularisation du passif**

#### **Observation n° 8**

Les recettes à classer et à régulariser sont déclinantes depuis 2008 pour s'élever à 65 281 € seulement en 2011 (contre 62 647 € en 2010). Elles étaient de plus d'un million d'euros en 2008 et de 135 882 € en 2009.

## **5.2. L'analyse des résultats**

### **5.2.1. Les principaux résultats intermédiaires**

#### **Observation n° 9**

Le résultat global négatif (compte principal + budgets annexes) de 2010 (- 1 078 796 €) et de 2011 (- 818 285 €) s'explique par un résultat courant insuffisant compte tenu de l'ampleur du déficit exceptionnel. Celui-ci est en effet, du moins depuis 2008 inclus, largement supérieur au million d'euros (et même, le plus souvent, de l'ordre de 2 M€). Quant au résultat d'exploitation, qui constitue la majeure partie du résultat courant, il diminue de près de la moitié, passant de 2,8 M€ à 1,3 M€ en 2010 et 1,6 M€ en 2011. La fraction du déficit causée par l'endettement et par le déficit exceptionnel est de 2,4 M€ en 2011.

### **5.2.2. Les soldes intermédiaires de gestion**

#### **5.2.2.1. La valeur ajoutée**

##### **5.2.2.1.1. Les produits d'exploitation**

#### **Observation n° 10**

Les produits d'exploitation ont régulièrement progressé sur la période examinée, passant de 65,3 M€ en 2007 à 73,5 M€ en 2011.

Les recettes liées à la T2A sont néanmoins demeurées constantes sur l'ensemble de la période 2008-2011 parce que l'activité a stagné dans un environnement tarifaire stable.

La hausse régulière des produits d'exploitation provient d'une part de la hausse des subventions publiques<sup>2</sup>, et, d'autre part, de celle des ventes de biens et services.

Les produits liés à l'activité hospitalière ne représentent que deux fois les recettes annexes liées à l'hébergement, à la dépendance ou à la péréquation sociale assurée par les finances publiques de l'État. L'établissement est donc très dépendant de l'extérieur pour ses recettes.

### **5.2.2.2. L'excédent brut d'exploitation**

#### **5.2.2.2.1. Les dépenses de personnel**

#### **Observation n° 11**

La hausse des dépenses de personnel sur la période examinée (+ 11,8 %) est inférieure à la hausse des dépenses d'exploitation (+ 14,8 %). Elle provient pour une grande part de la hausse des impôts et taxes sur rémunérations, égale à + 18,7 % sur la période examinée.

---

<sup>2</sup> Hors dotation annuelle complémentaire.

### **5.2.2.2. L'excédent brut d'exploitation et la marge brute**

#### **Observation n° 12**

La valeur ajoutée augmente, sur la période examinée, de plus de 14,1 % et l'excédent brut d'exploitation s'accroît de 45,9 % grâce à une hausse des dépenses de personnel relativement contenue et à des subventions d'exploitation en assez forte croissance (+ 29 %).

La marge brute suit, en plus accentuée, la même évolution (+ 59,5 %), car les produits de gestion courante augmentent tandis que les charges baissent.

Grâce à cette marge brute importante, l'accroissement des charges calculées n'empêche pas le résultat d'exploitation d'augmenter de 131 %.

L'ampleur des réserves ainsi obtenues permet à l'établissement de dégager chaque année un résultat courant positif en dépit de charges financières représentant 30 à 50 % du résultat d'exploitation.

C'est donc le résultat exceptionnel négatif qui explique les résultats déficitaires annuels de l'établissement sur la période examinée.

Le résultat exceptionnel est négatif sur l'ensemble de la période examinée, mais plus particulièrement depuis 2008.

Ces charges exceptionnelles proviennent, pour 5/6ème d'entre elles, des dotations aux amortissements et provisions sur immobilisations et, pour 1/6ème, des opérations de gestion sur exercices antérieurs.

### **5.2.2.3. La capacité d'autofinancement et la marge brute**

#### **Observation n° 13**

La capacité d'autofinancement est modérément positive sur la période examinée. Elle passe de 3,512 M€ en 2007 à 5,960 M€ en 2011. Sa progression découle du résultat des exercices et du montant des dotations aux amortissements et provisions, en hausse.

Ainsi, l'amélioration constatée provient-elle principalement des dotations complémentaires spéciales de 400 000 € et 785 000 € perçues en 2008 et de l'augmentation des provisions (+ 3,1 M€) en 2011. La dégradation de 2010 provient du déficit enregistré à la fin de cet exercice (- 1,1 M€).

Centre hospitalier de Fontainebleau – Exercices 2007 et suivants - Observations définitives

<b>Formation de la capacité d'autofinancement (en milliers d'euros)</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
Excédent brut d'exploitation	4 118	4 469	5 840	4 381	6 008
Transferts de charges d'exploitation (+)	0	0	0	0	0
Autres produits d'exploitation (+)	263	569	647	876	708
Autres charges d'exploitation (-) Produits financiers (sauf reprises) (+) Charges financières (sauf dotations) (-)	330	250	184	195	255
Produits exceptionnels (sauf reprises et opérations en capital) (+)	31	26	21	15	13
Charges exceptionnelles (sauf dotations et opérations en capital) (-)	532	550	652	639	598
	536	526	369	412	611
	573	670	441	492	527
<b>CAPACITE D'AUTOFINANCEMENT</b>	<b>3 512</b>	<b>4 121</b>	<b>5 601</b>	<b>4 358</b>	<b>5 960</b>

Source : Tableaux de bord des indicateurs financiers Idaho - Rapport financier du comptable - 2011.

<b>Affectation de la capacité d'autofinancement (en milliers d'euros)</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
Résultat de l'exercice	- 472	- 492	74	- 1 079	- 818
Valeur comptable des éléments d'actif cédés (+)	0	17	7	49	34
Dotations aux amortissements et aux provisions (+)	4 142	4 657	5 975	6 342	7 356
Produits des cessions d'éléments d'actif (-)	0	0	3	20	27
Quote-part des subventions virées au compte de résultat (-)	7	7	7	7	8
Reprises sur amortissements et provisions (-)	150	54	445	928	578
<b>CAPACITE D'AUTOFINANCEMENT</b>	<b>3 512</b>	<b>4 121</b>	<b>5 601</b>	<b>4 358</b>	<b>5 960</b>

Source : Tableaux de bord des indicateurs financiers Idaho - Rapport financier du comptable - 2011.

La part de la capacité d'autofinancement dans les produits d'exploitation demeure assez faible. Elle était de 3,04 seulement en 2006. En 2007, elle s'est nettement améliorée, passant à 5,20. Elle s'améliore à nouveau en 2008 (5,82) et, surtout en 2009 et 2011 après être revenue, en 2010, à son niveau de 2008. Elle demeure proche de la médiane. Elle lui est cependant supérieure en 2009 et 2011, et inférieure en 2010.

Taux de CAF	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
Fontainebleau	5,20	5,82	7,53	5,81	7,77
Médiane	4,95	5,32	5,59	6,41	5,97

Source : Rapports du comptable 2007 à 2011

Le taux de marge brute dépasse la médiane sur la période examinée, à l'exception de 2008 (où elle lui est égale) et de 2010 :

Taux de marge brute	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
Fontainebleau	6,04	6,82	8,52	6,79	8,49
Médiane	5,80	6,83	6,83	7,65	7,05

Source : Rapports du comptable 2007 à 2011

Le résultat est similaire pour la capacité d'autofinancement :

Taux de CAPACITE D'AUTOFINANCEMENT	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
Fontainebleau	5,20	5,82	7,53	5,81	7,77
Médiane	4,95	5,32	5,59	6,41	5,97

Source : Rapports du comptable 2007 à 2011

Bien que le taux de capacité d'autofinancement, tout comme le taux de marge brute, dépasse la médiane sur la période examinée, à l'exception de l'exercice 2010, la part de la capacité d'autofinancement dans les produits d'exploitation demeure assez faible.

## **6. LE CONTRAT DE RETOUR A L'ÉQUILIBRE FINANCIER**

### **Observation n° 14**

#### **6.1. L'élaboration du plan de redressement**

##### **6.1.1. La nécessité d'un contrat de retour à l'équilibre financier**

La dégradation des résultats de l'établissement a nécessité la passation d'un contrat de retour à l'équilibre financier avec l'agence régionale de santé en novembre 2011. Le budget 2008 et 2009 n'avait été équilibré que grâce aux aides de l'agence régionale d'hospitalisation. La chute de l'activité en 2010, due à un nombre de séjours PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'informations) inférieur de 255 séjours à celui de 2009, aura été la cause principale du déficit de 1 176 258 € constaté à la clôture de l'exercice 2010. La situation s'est aggravée au début de 2011, avec un déficit prévisionnel de 1 943 125,20 €, soit 2,87 % des recettes. Ce déficit prévisionnel était dû à la baisse de l'activité, au sous-financement de l'établissement dans un contexte de pénurie budgétaire et à des perspectives de hausse de l'activité inférieures à 2 %. La conséquence était également une insuffisance de ressources pour financer les investissements.

##### **6.1.2. Les principaux objectifs du plan**

Ce plan, élaboré à la demande de l'agence régionale de santé au cours du premier semestre 2011, devait permettre à l'établissement d'optimiser ses ressources en fonction de son activité, de retrouver ses capacités d'investissement grâce à la préservation de ses fonds propres, de dégager des marges d'exploitation indispensables pour financer ses projets d'investissement et de réaliser 2,5 M€ d'économies budgétaires à l'horizon 2013.

#### **6.2. L'exécution du plan de redressement**

La passation d'un contrat de retour à l'équilibre financier début 2011 a entraîné des gains de productivité remarquables dans la gestion de l'établissement à travers la valorisation des activités annexes, la réduction des dépenses de personnel, la maîtrise des dépenses non médicales et la redéfinition d'avantages en nature accordés aux personnels.

Cependant, ces améliorations, qui ont rapporté à l'établissement un surplus de ressources financières de 2 352 021 € en moins de dix-huit mois, devraient être complétées à l'avenir par une gestion plus serrée des dépenses de fonctionnement ainsi que par un effort supplémentaire dans les activités les mieux rémunérées. Aucune subvention n'a été accordée par l'agence régionale de santé au titre de ce plan de redressement.

Dans sa réponse, le directeur a souligné que la mise en œuvre du plan, à compter de la fin de l'année 2011, couplée à une dynamique d'activité retrouvée en 2012 (+4,5 % de séjours MCO), a permis un retour à l'équilibre du compte de résultat principal dès 2012.

## **6.2.1. L'amélioration de la santé financière de l'établissement**

Un premier résultat positif a pu être observé en 2011 puisque le résultat net global de l'exercice, quoique encore déficitaire, est en hausse de 260 511 € par rapport à celui de 2010 et que cette amélioration s'est appuyée sur une augmentation du résultat courant de 359 120 €.

En 2012, le résultat est à nouveau bénéficiaire, même s'il l'est très faiblement (18 241 €). Certes, cette amélioration a pour cause une hausse de l'activité de 4,51 % (17 883 séjours), mais les effets du plan se sont fait sentir positivement.

Hors évolution des recettes de T2A, l'impact des réductions de dépenses et d'amélioration des recettes est 1 857 734,82 € en 2011 et 2012.

## **6.2.2. Les éléments d'amélioration de la performance**

### **6.2.2.1. La valorisation de l'activité**

#### **6.2.2.1.1. La valorisation de l'activité en général, soumise à la T2A (n° 1 et 2)**

Prévue pour 451 987 €, l'augmentation des recettes liées à la tarification à l'activité s'élève au 31 décembre 2012 à 493 461 € grâce à une augmentation en volume de l'activité (+ 771 séjours MCO en 2012 par rapport à 2011).

#### **6.2.2.1.2. La valorisation des activités annexes (n° 3 et 4)**

D'un montant prévisionnel de 152 600 €, l'accroissement poursuivi s'élève fin mars 2013 à 171 023 €, soit une surperformance de 18 423 € par rapport aux objectifs.

Cette surperformance est due à une surfacturation (en volume et par rapport aux prévisions en la matière) :

- des chambres particulières, qui ont rapporté 118 825 € au lieu des 69 000 € prévus, soit un surplus de 49 825 €.
- des soins dispensés au personnel, qui ont rapporté 49 281 € au lieu des 38 000 € prévus, soit un surplus de 11 281 €.

La différence entre la somme de ces deux surplus (61 106 €) et l'écart, positif et égal à 18 423 €, entre le réalisé et le prévisionnel s'explique par l'insuffisance des recettes provenant des consultations de diététicien et de psychologue ainsi que de la baisse de fréquentation du restaurant (- 12 % du nombre de repas servis).

### **6.2.2.2. La réorganisation de l'activité**

#### **6.2.2.2.1. Fonctions logistiques et administratives (n° 7)**

La réorganisation de ces deux fonctions a permis d'économiser en 2012 152 149 €, correspondant à une diminution des effectifs des services intérieurs, de lingerie, de biomédical et technique due à des mutualisations de postes.

#### **6.2.2.2. Secrétariats médicaux (n° 8)**

Aucune réalisation n'a été constatée dans ce domaine en 2012. Cependant, selon la réponse apportée par le directeur, un poste de secrétaire, représentant un coût salarial annuel de 26 615 €, aurait été supprimé au 1er janvier 2013.

#### **6.2.2.3. Service des admissions (n° 9)**

L'économie globale, à l'origine fixée à 80 000 €, ne pourra finalement pas dépasser 53 740 €. Plus de 40 000 € ont déjà été économisés.

#### **6.2.2.4. Equipes de travail de 12 heures (n° 6)**

Fin 2012, 8 équivalents temps pleins (ETP), correspondant à des économies de 197 837 €, ont été supprimés sur un total prévu de 20,55. Le solde sera effectué au gré des départs et des possibilités de redéploiement.

#### **6.2.2.5. Ajuster la capacité d'accueil en chirurgie (n° 5)**

Cette mesure a permis d'économiser fin 2012 179 810 € grâce à la fermeture de 15 lits (sur 60) dédiés à l'hospitalisation conventionnelle et à la diminution concomitante de 5,1 ETP. Il reste 1,6 ETP à supprimer.

### **6.2.2.3. La réduction des dépenses de personnel**

#### **6.2.2.3.1. Le personnel médical (n° 10)**

Prévue pour 142 800 €, la réduction des dépenses de personnel médical s'est en réalité élevée à 257 921 €, soit un surplus de 115 121 €.

#### **6.2.2.3.2. Le personnel non médical (n° 11)**

La réalisation de cet objectif a largement dépassé la prévision en la matière puisque 401 088 € étaient réalisés fin mars 2013 contre 191 950 € prévus. En effet, aux 4 départs prévus (2 cadres, 1 technicien et 1 ouvrier) se sont ajoutés 4 autres départs non compensés, soit un surplus d'économies de 209 138 €.

#### **6.2.2.3.3. Les charges sociales et fiscales (n° 12)**

L'établissement a récupéré en 2012 31 575 € de trop payé en cotisations sociales et en taxe sur les salaires. Il a déposé des réclamations en remboursement à hauteur de 183 545 €. Il lui reste donc à récupérer 151 970 € au cours des années à venir.

L'optimisation des charges sociales devrait permettre à l'établissement de réaliser une économie supplémentaire de 230 997 € en 2013, portant le surplus, par rapport à la prévision initiale de 70 000 €, à 344 542 €.

Au total, les économies réalisées au titre de la fonction personnel<sup>3</sup> (hors réduction de l'absentéisme et politique de promotion professionnelle) s'élevaient, à la fin de l'exercice 2012, à 437 804 € de plus que le niveau prévu par le plan.

#### **6.2.2.3.4. La lutte contre l'absentéisme (n° 13)**

Ces mesures ont permis d'économiser 145 732 € en 2011 et 2012 grâce à des mesures d'accompagnement et au moindre recours au personnel de remplacement. En outre, la redéfinition du mode de décompte des jours d'absence et l'instauration d'une journée de carence pour les absences dues aux maladies, ont permis d'économiser 38 722 € supplémentaires.

#### **6.2.2.3.5. La promotion professionnelle (n° 14)**

La diminution de la promotion interne et de la formation professionnelle continue, a permis, selon l'établissement, d'économiser 35 137 € en 2012.

#### **6.2.2.4. La réduction des dépenses annexes**

##### **6.2.2.4.1. La maîtrise des dépenses non médicales (n° 15)**

Ces économies, prévues pour 61 000 €, étaient, à fin mars 2013, de 73 128 €, soit un surplus de 12 128 €, la restriction des dépenses de communications téléphoniques ayant permis d'économiser 36 659 € de plus que prévu (66 659 € au lieu de 30 000 €). Ces économies ont été pour l'essentiel réalisées en 2011 et n'ont aucune chance de se renouveler à l'avenir.

##### **6.2.2.4.2. La redéfinition des conditions de logement des personnels bénéficiant d'une concession pour nécessité absolue de service (n° 16)**

Cette mesure, qui a été ajoutée au plan initial, et qui consiste à supprimer le versement d'une indemnité compensatrice de logement et d'un loyer grâce à l'hébergement sur site des personnes concernées, a permis d'économiser d'ores et déjà 20 583 €.

La réorganisation de l'hôpital a permis de réduire d'environ un quart les capacités d'hospitalisation puisque 15 lits sur un total de 60 ont été supprimés fin 2011.

---

<sup>3</sup> Somme des écarts figurant aux lignes n° 10, 11 et 12 du tableau ci-après.

### 6.2.3. Conclusion

Au total, il restait, à la fin de l'exercice 2012, 626 099 € pour atteindre entièrement les objectifs du plan de retour à l'équilibre :

Catégorie	N°	Mesure	Prévision initiale	Réalisé au 31/12/2012	Ecart	Prévision 2013	Total (réalisé + 2013)
Augmentation des recettes	1 et 2	Optimiser et développer l'activité MCO	451 987	493 462	41 475		493 462
	3	Facturation des repas	30 000	0	-30 000	1 000	1 000
	4	Prestations annexes	122 600	170 199	47 599	828	171 027
Diminution des dépenses	5	Capacité d'accueil en chirurgie	283 700	179 810	-103 890	39 744	219 554
	6	Equipes de travail de 12 h	787 300	197 837	-589 463	110 880	308 717
	7	Réorganiser les fonctions administratives et logistiques	290 200	152 149	-138 051	85 897	238 046
	8	Organisation des secrétariats médicaux	70 000	0	-70 000	45 060	45 060
	9	Service des admissions	80 000	40 606	-39 394	13 134	53 740
	10	Personnel médical	142 800	257 921	115 121	343 733	601 654
	11	Personnel non médical	191 950	401 088	209 138	59 645	460 733
	12	Charges sociales et fiscales	70 000	183 545	113 545	230 997	414 542
	13	Absentéisme	246 000	145 732	-100 268		145 732
	14	Promotion professionnelle et formation continue	130 000	35 137	-94 863		35 137
	15	Dépenses non médicales (téléphone, énergie, consommables, impression)	61 000	73 128	12 128		73 128
	16	Logement des personnels	20 583	20 583	0	14 977	35 560
	<b>Total</b>			<b>2 978 120</b>	<b>2 351 197</b>	<b>-626 923</b>	<b>945 895</b>

Il en résulte que l'objectif global d'économies de 2,5 M€ fixé par le plan pour fin 2014 est presque déjà atteint fin 2013.

## 7. LES RESULTATS EN TERMES D'ACTIVITÉ

### Observation n° 15

L'activité de l'hôpital a, dans l'ensemble, augmenté sur la période examinée dans un contexte de réduction de la valeur du groupe homogène de séjour (GHS) moyen et de la durée moyenne de séjour. L'accroissement du nombre de séjours s'est en effet accompagné d'une moindre valorisation due à la nature des GHS concernés (+ 493 461,62 €, soit + 1,25 % par rapport à 2011). En effet, le GHS moyen a baissé de 3,12 %, passant de 2 309 € à 2 238 €. Les causes de cette diminution sont les suivantes :

- La hausse de l'activité au pôle mère-enfant est supérieure à celle constatée dans les autres pôles, alors que le GHS moyen est traditionnellement moins élevé dans ses spécialités ;
- La baisse des tarifs des spécialités du pôle mère-enfant (le plus productif à Fontainebleau) est plus élevée que dans les autres pôles ;
- La modification du case-mix dans certains services (notamment pour les opérations chirurgicales les moins lourdes) a nui à l'établissement ;
- La forte croissance de l'activité aux urgences n'a pas eu d'impact sur la performance de l'établissement.

Ces résultats globaux laissent apparaître des disparités au niveau de chaque pôle. Ainsi, la chirurgie ophtalmologique et, dans une moindre mesure, la chirurgie générale et digestive, connaissent-elles un fort recul de leur activité, au profit de la chirurgie ambulatoire, à partir de 2010, qui progresse fortement, et de l'ORL. De même, au pôle Mère-Enfant, les urgences

gynécologiques ont vu leur activité mesurée progresser, tout comme la pédiatrie, alors que l'activité aux urgences pédiatriques a baissé.

## **7.1. L'activité en Médecine-chirurgie-obstétrique (MCO)**

### **7.1.1. Généralités**

Selon les données PMSI, le nombre de séjours a augmenté en 2008 de 3,82 % du fait principalement de l'intégration, à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2008, de l'activité de chirurgie viscérale en provenance du centre hospitalier de Nemours.

En 2009, le nombre de séjours a crû de 4,62 %. En 2010 et 2011, une baisse de 1,47 % et de 0,03 % fit stagner l'activité, mais, en 2012, le nombre de séjours (17 883) a augmenté à nouveau de 4,51 %.

La hausse de l'activité en 2012 s'est concentrée sur le 1er trimestre et sur le mois d'octobre.

La valorisation des séjours n'a cependant augmenté, en 2012, que de 493 461,62 € (soit + 1,25 % par rapport à 2011). En effet, le GHS moyen a baissé de 3,12 %, passant de 2 309 € à 2 238 €. Les causes de cette diminution sont les suivantes :

- La performance du pôle mère-enfant est supérieure à celle des autres pôles, alors que le GHS moyen est traditionnellement moins élevé dans ses spécialités ;
- La baisse des tarifs des spécialités du pôle mère-enfant (le plus productif à Fontainebleau) est plus élevée que dans les autres pôles ;
- La modification du case-mix dans certains services (notamment pour les opérations chirurgicales les moins lourdes) a nui à l'établissement ;
- La forte croissance de l'activité aux urgences a pénalisé un établissement dans lequel le GHS moyen est proche de celui des urgences.

Toutefois, la hausse du nombre de séjours s'est accompagnée d'une diminution de la durée moyenne de séjour, qui est passée de 4,10 jours en 2011 à 3,80 jours en 2012.

Ces résultats globaux laissent apparaître des disparités au niveau de chaque pôle.

### **7.1.2. L'activité de Médecine**

Le nombre de séjours en hospitalisation complète a augmenté de 10,8 % entre 2011 et 2012, ce qui équivaut à une augmentation de 378 séjours sur deux ans. L'hospitalisation de jour et l'ambulatoire ont crû de 6,57 % (soit 193 séjours). En revanche, l'unité d'hospitalisation de très courte durée (UHTCD) a subi un recul de 16,4 % en 2012 (- 124 séjours).

Simultanément, la durée moyenne de séjour en hospitalisation complète a baissé de 0,73 jour en 2012 pour s'établir à 7,46 jours et le taux d'occupation a diminué (87,3 % en 2012 contre 89,4 % en 2011).

En ce qui concerne les soins de suite et de réadaptation, l'évolution est similaire avec une amélioration moins soutenue cependant. La durée moyenne de séjour a en effet diminué en passant de 26,60 à 25,78 jours et, suite à l'ouverture de 4 lits fin septembre 2011, le taux d'occupation a baissé pour s'établir à 97,1 %.

Les urgences adultes, qui relèvent du pôle médecine, ont vu le nombre de passages très légèrement augmenter en 2012 (+ 42 patients, soit une hausse de 0,21 %).

Une proportion importante de patients part sans attendre (1 251 cas en 2011 et 895 cas en 2012). Le nombre de patients vus en externe a augmenté de 1,65 % en 2012, mais le nombre de patients hospitalisés a diminué de 124 séjours. Les transferts ont crû en passant de 415 en 2011 à 483 en 2012.

### 7.1.3. L'activité de chirurgie

Le nombre de séjours dans le pôle chirurgical et anesthésique diminue de 7 % en 2012 à 2 411 séjours. Le recul le plus marqué est celui de la chirurgie ophtalmologique (- 58 %), consécutive au départ du praticien exerçant cette activité. La chirurgie générale et digestive recule, quant à elle, de 13,6 %.

La durée moyenne de séjour en hospitalisation complète diminue en revanche de 13,7 %. Elle s'établit, en 2012, à 4,49 jours pour la chirurgie et à 8,27 jours pour la réanimation.

Des efforts significatifs ont été réalisés en chirurgie ambulatoire puisque celle-ci a bénéficié en 2012 d'une forte progression (+13,9 %), notamment grâce à l'unité d'ORL et à celle de stomatologie (+ 162 séjours ambulatoires). En revanche, l'ophtalmologie a baissé (- 57 séjours ambulatoires). Depuis son ouverture le 17 septembre 2007, le nombre de patients traités dans l'unité de chirurgie ambulatoire n'a cessé de progresser. De 944 patients en 2008, l'accueil de patients est passé à 1 231 en 2009, 1 304 en 2010, 1 341 en 2011 et 1 528 en 2012.

L'activité du bloc opératoire a globalement progressé de près de 21 % entre 2008 et 2012, comme l'indique le tableau suivant, qui détaille les évolutions par spécialité :

Spécialités	2008	2009	2010	2011	2012	Ecart 2012/2011	Ecart 2012/2008
Chirurgie générale et digestive	1 194	1 440	1 414	1 458	1 407	-3,50%	17,8%
Chirurgie orthopédique	1 070	1 308	1 129	1 220	1 224	0,33%	14,4%
Gynécologie - Obstétrique	1 065	1 160	1 091	1 099	1 174	6,82%	10,2%
Chirurgie ophtalmologique	184	166	146	129	55	-57,4%	-70,1%
Chirurgie ORL	31	80	106	117	187	59,8%	503,2%
Chirurgie stomatologique					103		
Anesthésie	11	11	17	25	31	24,0%	181,8%
<b>Disciplines chirurgicales</b>	<b>3 555</b>	<b>4 165</b>	<b>3 903</b>	<b>4 048</b>	<b>4 181</b>	<b>3,29%</b>	<b>17,6%</b>
Gastro-entérologie	504	514	673	658	718	9,12%	42,5%
Pneumologie	5	7	14	9	14	55,6%	180,0%
<b>TOTAL</b>	<b>4 064</b>	<b>4 686</b>	<b>4 590</b>	<b>4 715</b>	<b>4 913</b>	<b>4,20%</b>	<b>20,9%</b>
Evolution annuelle		622	-96	125	198	58,4%	

Source : Rapport d'activité 2012

Il confirme la diminution constante de l'activité en chirurgie ophtalmologique et la montée en puissance de la chirurgie ORL. L'anesthésie et, dans une moindre mesure, la gastro-entérologie, ont connu des progressions significatives.

#### **7.1.4. L'activité au pôle mère-enfant**

En gynécologie obstétrique, le centre hospitalier voit le nombre d'accouchements en nette baisse sur 2012 (- 3,41 %) et en très légère hausse de 2008 à 2012 (+ 2,67 %). Le nombre de séjours d'hospitalisation complète et d'ambulatoire diminue très légèrement en 2012. La durée moyenne de séjour demeure constante en hospitalisation complète à 3,60 jours. Le taux d'occupation diminue un peu à 78,3 %.

L'activité en urgences gynécologiques augmente de 25 % en 2012, les passages suivis d'hospitalisation, de 14 % (26 patientes). Les soins externes (1 914 cas en 2012) sont en très forte augmentation (+ 26,3 %).

La pédiatrie bénéficie également d'une forte augmentation de son activité en 2012 (+ 15,3 % à 3 323 entrées), soit un accroissement de 10,3 % sur la période 2008 – 2012.

Le service des urgences pédiatriques voit son activité diminuer en 2012 (- 3,46 %) et augmenter sur la période examinée (2008 – 2012) avec une hausse de 5,01 %.

#### **7.1.5. L'activité au pôle médico-technique**

Les actes de laboratoire ont vu leur nombre s'accroître (+ 5,28 % en 2012) grâce aux patients externes (+ 10,6 %) et aux urgences (+ 5,76 %).

En revanche, le nombre d'actes de biologie cotés en B a légèrement diminué (- 1,81 %).

Dans le domaine de l'imagerie médicale, le nombre de patients pris en charge a augmenté en 2012 de 3,22 %. Cet accroissement est dû principalement à l'activité de mammographie (+ 16,5 %), d'I.R.M. (+ 12,7 %) et d'encéphalo-électrocardiogramme (+ 9,01 %).

### **7.2. Les autres secteurs**

#### **7.2.1. Les urgences**

L'activité n'a ni progressé, ni régressé depuis 2010. Elle se maintient aux environs de 37 000 passages annuels. Cependant, l'activité a progressé de 5 % en urgences gynécologiques puisque le nombre de passages est passé de 2 020 en 2010 à 2 125 en 2012 après une baisse momentanée en 2011 à 1 700. Cette évolution différenciée se retrouve pour les soins externes et les consultations.

#### **7.2.2. L'établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD)**

Le taux d'occupation de l'EHPAD a baissé entre 2009 (89 %) et 2012 (83,3 %) à la suite de deux mouvements contradictoires :

- d'une part, la durée moyenne de séjour a diminué en passant de 252 jours en 2009 à 241 jours en 2012 ;
- d'autre part, le nombre de journées réalisées a augmenté de 78 002 en 2009 à 73 155 en 2012.

Par ailleurs, les actes de laboratoire (B) ont augmenté de 31 % en deux ans.

## 8. LES COUTS PAR ACTIVITE

### Observation n° 16

L'analyse des résultats comparés, pour 2011, issus des données du GACAH (Groupe pour l'amélioration de la comptabilité analytique hospitalière), dénote une bonne performance d'ensemble du centre hospitalier.

Les fonctions dans lesquelles l'établissement se distingue plus particulièrement sont :

- La fonction d'accueil et la gestion des malades ;
- Le département d'information médicale ;
- L'entretien des jardins ;
- Les blocs opératoires ;
- La direction générale et la fonction restauration.

Les fonctions dans lesquelles l'établissement sous-performe sont :

- La fonction Finances – Comptabilité ;
- La fonction Entretien et Maintenance lorsque celle-ci est mesurée à l'aide d'une unité d'œuvre fondée sur l'actif brut des bâtiments ;
- La fonction Services administratifs liés à la gestion du personnel ;
- La fonction Laboratoires (hors morphologie) ;
- La fonction Rééducation fonctionnelle.

Les autres fonctions sont proches de la moyenne de l'échantillon.

Les charges de personnel sont presque toujours le principal facteur explicatif de l'écart entre l'hôpital et la moyenne des établissements. En effet, bien que sa performance d'ensemble soit proche de la moyenne des établissements, et encore davantage de celle des établissements qui appartiennent à la même catégorie que lui, l'hôpital a un coût d'unité d'œuvre en matière de frais de personnel de 251,307 contre 197,582 seulement pour la moyenne de l'échantillon et 185,235 pour la moyenne des établissements de même catégorie. Cette sous-performance due aux charges de personnel provient en partie de la structure de la pyramide des âges de l'établissement, défavorable, et entraînant un coût par agent plus élevé qu'ailleurs.

La fonction informatique constitue cependant un facteur non négligeable de réduction de ces écarts. Cette surperformance s'explique par le coût moins important, à Fontainebleau, des dépenses de matériel informatique :

- Les fournitures informatiques non stockées ne représentent que 3,284 € par unité d'œuvre (l'unité d'œuvre étant ici le nombre de moyens mis à disposition) alors que les deux moyennes en sont à, respectivement, à 16,941 € et 19,091 € ;
- Il n'y a aucune dépense de crédit-bail à Fontainebleau alors que la moyenne de l'échantillon se situe à environ 35,07 € ;

- Les locations mobilières à caractère non médical sont de 14,89 € par unité d'œuvre pour la moyenne et de zéro pour l'établissement ;
- La maintenance informatique à caractère non médical est de 50 € par unité d'œuvre à Fontainebleau et de 87,38 € pour la moyenne de l'échantillon ;
- Les liaisons informatiques ou spécialisées ne coûtent que 1,535 par unité d'œuvre à Fontainebleau contre 23,137 € pour la moyenne de l'échantillon ;
- Les prestations informatiques à caractère non médical coûtent 51 € par unité d'œuvre à Fontainebleau contre 71,433 € pour la moyenne de l'échantillon ;

Seules les dotations aux amortissements du matériel informatique à Fontainebleau (169,478 € par unité d'œuvre) sont nettement supérieures à la moyenne de l'échantillon (113,439 €).

Dans ces conditions, l'impact de la sous-performance en matière de dépenses de personnel est annulé par la surperformance en termes d'investissement (d'où un écart au final très faible avec la moyenne de l'échantillon, mais néanmoins très légèrement à l'avantage de l'établissement).

Ce diagnostic ne doit pas, cependant, détourner l'établissement de la nécessité, à l'avenir, d'abaisser ses coûts de personnel dans la production des services similaires à ceux qui sont traités dans la base du GACAH.

### 8.1. Les secteurs qui surperforment

Secteurs	Fontainebleau	Moyenne E.N.C. Ensemble	Fontainebleau / E.N.C. Ensemble	Moyenne E.N.C. Même catégorie	Fontainebleau / E.N.C. Même catégorie
Jardins	1,021	1,898	-46,2%	1,951	-47,7%
Accueil et gestion des malades	6,734	8,651	-22,2%	8,880	-24,2%
Entretien et maintenance - Superficie bâtie	22,199	27,333	-18,8%	28,067	-20,9%
Département d'information médicale	7,783	9,381	-17,0%	9,797	-20,6%
Blocs opératoires	4,092	4,816	-15,0%	4,775	-14,3%
Direction générale	21,162	24,775	-14,6%	24,029	-11,9%
Génie biomédical	48,780	56,265	-13,3%	57,197	-14,7%
Imagerie hors médecine nucléaire	1,037	1,168	-11,2%	1,149	-9,75%
Restauration - Production	4,593	5,061	-9,25%	4,946	-7,14%
Restauration	5,259	5,726	-8,16%	5,728	-8,19%
Gestion économique	122,369	131,361	-6,85%	124,846	-1,98%
Formations sanitaires et sociales	4 507,743	4 715,163	-4,40%	4 665,305	-3,38%
Informatique	615,449	643,301	-4,33%	619,458	-0,647%
Service médical d'urgence et de réanimation	428,109	439,730	-2,64%	452,402	-5,37%
Anesthésiologie	4,776	4,803	-0,562%	4,780	-0,0837%

Source : GACAH 2011

## 8.2. Les secteurs qui sous-performent

Secteurs	Fontainebleau	Moyenne E.N.C. Ensemble	Fontainebleau / E.N.C. Ensemble	Moyenne E.N.C. Même catégorie	Fontainebleau / E.N.C. Même catégorie
Finances-Comptabilité - Mandats	25,685	12,369	108%	12,191	110,7%
Entretien et maintenance - Actif brut Bâtiments	41,687	27,403	52,1%	26,521	57,2%
Finances-Comptabilité - Budgets	3,429	2,354	45,7%	2,486	37,9%
Tous laboratoires (hors morphologie)	0,233	0,197	18,3%	0,198	17,7%
Rééducation fonctionnelle	3,133	2,675	17,1%	2,654	18,0%
Services administratifs liés au personnel	1 426,431	1 308,465	9,02%	1 266,668	12,6%
Administration	99,013	98,982	0,031%	97,004	2,07%

Source : GACAH 2011

On notera cependant que les trois premières familles de coûts, ainsi que les deux dernières, sont celles qui sont les plus artificiellement gonflées par les méthodes comptables qui interviennent dans leur calcul. En réalité, les sous-performances véritables de l'établissement se limitent vraisemblablement aux laboratoires et à la rééducation fonctionnelle.

## 9. L'ACTIVITÉ LIBÉRALE DES PRATICIENS HOSPITALIERS DANS LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ

Douze praticiens à temps plein, représentant neuf spécialités, exercent une activité libérale au sein du centre hospitalier de Fontainebleau. Leur activité est gérée par six secrétariats.

1. La réglementation en matière d'activité libérale est, dans l'ensemble, respectée. Toutefois, quelques irrégularités ont été relevées lors du contrôle.

Le quota d'heures autorisé par la réglementation a été dépassé momentanément par un médecin, qui a mis fin à cette situation à la demande de la commission d'activité libérale.

En deuxième lieu, les dépassements de tarifs ne sont pas affichés, comme il se devrait, à l'extérieur du bureau d'un praticien.

Même pour ceux qui affichent leurs conditions financières à l'extérieur de leur bureau, il existe des différences entre les informations données par les secrétariats et la réalité des tarifs pratiqués par les médecins.

Sur les douze praticiens concernés, neuf omettent de préciser les jours et heures des consultations et cinq omettent de préciser leur secteur d'appartenance conventionnelle.

La chambre rappelle l'obligation qu'a l'établissement de faire respecter la réglementation en vigueur, notamment l'obligation faite à chaque médecin de mentionner son statut de praticien conventionné à honoraires libres ou règlementés.

2. La chambre souhaiterait également évoquer trois dysfonctionnements qu'elle a constatés.

Le premier est l'écart plus ou moins important qui a été relevé entre les états SNIR et les relevés mensuels d'activité libérale pour l'exercice 2011. Cet écart provient du retard avec

lequel les actes sont remboursés par l'assurance-maladie par rapport à leur date de dispensation.

En second lieu, la chambre a relevé une différence entre les données fournies par les médecins et celles issues de la gestion administrative.

Enfin, le calcul des cotisations d'un médecin s'est révélé erroné, son taux de cotisation ayant été un moment surévalué.

## **9.1. Le cadre réglementaire**

L'activité libérale des praticiens hospitaliers à temps plein est régie par les articles L. 6154-1 à 6154-6 du code de la santé publique.

Au centre hospitalier (CH) de Fontainebleau, le rapprochement des recettes de l'activité libérale avec les ressources du budget principal montre que si la redevance liée à l'activité libérale ne représente qu'une très faible partie des ressources, elle est en forte progression depuis 2007 (+ 42,4 %).

Redevance perçue (en €)	2007	2008	2009	2010	2011
C/7531 – Retenue versement sur activité libérale	50 130,51	60 037,50	78 924,49	76 884,06	71 402,41

### **9.1.1. Les praticiens autorisés**

Les médecins autorisés à pratiquer une activité libérale sont les praticiens hospitaliers à temps plein<sup>4</sup> et <sup>5</sup>. Or, sur les 63 praticiens hospitaliers à temps plein employés au centre hospitalier de Fontainebleau, 12 exerçaient au moment du contrôle une activité libérale. A compter du 14 décembre 2011, un praticien hospitalier en ophtalmologie a choisi de renoncer à l'exercice d'une activité libérale.

### **9.1.2. Les activités concernées**

Au sein du centre hospitalier de Fontainebleau, neuf spécialités proposent des consultations, actes medicotechniques et soins en hospitalisation dans le cadre de l'activité libérale (pédiatrie, chirurgie orthopédique, radiologie, gynécologie obstétrique, médecine, ophtalmologie, rhumatologie, gastroentérologie et pneumologie).

### **9.1.3. Le contrat d'activité libérale**

#### **9.1.3.1. L'obligation de signature d'un contrat d'activité libérale**

L'établissement a transmis l'ensemble des contrats d'activité libérale en vigueur pendant la période du contrôle. Il a précisé qu'aucun refus n'avait été formulé aux demandes des praticiens.

---

<sup>4</sup> Article L. 615-4 et R-615-4 du code de la santé publique.

<sup>5</sup> Articles L. 1162-14-1 (sanctions), L. 1111-3 (informations usagers) et L. 162-26 du code de la sécurité sociale.

La compatibilité de l'activité libérale et la continuité du service public sont appréciés au regard des critères suivants :

1. Le respect de la réglementation : temps alloué à l'activité libérale (20 % de la durée du service hospitalier hebdomadaire) ; partage d'activité pour chaque praticien entre le secteur public et le secteur privé.

Par courrier en date du 19 décembre 2011, l'ARS a fait part de ses interrogations sur les déséquilibres constatés, pour certains praticiens, entre, d'une part, le nombre de consultations et/ou le volume d'actes effectués au titre de l'activité libérale et, d'autre part, le nombre des actes qui sont effectués au titre de l'activité publique. Ces praticiens ont été reçus par la direction et la commission d'activité libérale. Trois d'entre eux, se sont déjà engagés par écrit à rectifier leurs pratiques ; les discussions se poursuivent avec les deux autres.

2. Le caractère exclusivement programmé de l'activité libérale.

3. L'absence d'actes ou de consultations qui seraient proposés uniquement dans le cadre de l'activité libérale.

4. L'absence d'incidence de l'activité libérale sur la participation des praticiens au dispositif de gardes et astreintes.

### **9.1.3.2. Les documents contractuels**

Les contrats d'activité libérale en vigueur au sein du centre hospitalier de Fontainebleau sont élaborés sur la base du contrat type, établis par voie réglementaire<sup>6</sup> et respectent la durée maximum de cinq années préconisée par la réglementation en vigueur.

L'avis de la commission médicale d'établissement (CME) et l'avis du conseil de surveillance (CS) ont été joints aux contrats examinés, à l'exception de deux d'entre eux. Pour ces derniers, l'avis du président de la CME et l'avis du chef de pôle concerné ont été joints. Pour l'ensemble des contrats, l'autorisation de l'agence régionale d'hospitalisation (ARH) ou de l'agence régionale de santé (ARS) a été recueillie dans un délai moyen inférieur à deux mois et demi à compter de la date de demande d'autorisation du praticien. En revanche, il n'est fait état à aucun moment de l'avis facultatif de la commission d'activité libérale (CAL).

Le contenu des contrats présentés semble relativement précis, mais même s'il ne s'agit pas d'une disposition obligatoire, il semblerait utile que ces derniers comportent deux annexes : le règlement intérieur applicable à l'exercice de l'activité libérale ; et le tableau de service, dans lequel le praticien précise la répartition hebdomadaire de ses activités publiques et libérales. En effet, ces documents sont signés en même temps que le contrat d'activité libérale et ils pourraient être joints aux contrats.

### **9.1.3.3. Le renouvellement et la révision du contrat**

Les contrats ayant fait l'objet de renouvellement ont été formulés dans les délais impartis par la réglementation, soit trois mois.

---

<sup>6</sup> Article R. 6154-4 du code de la santé publique et annexe 61-2.

#### **9.1.3.4. La fin du contrat d'activité libérale**

Sur la période contrôlée, une seule fin de contrat d'activité libérale a été observée. Cette fin de contrat est intervenue le 14 décembre 2011 à la demande de son bénéficiaire, un ophtalmologue qui, compte tenu de sa charge de travail et des modifications réglementaires, avait émis le souhait d'exercer une activité hospitalière exclusivement publique.

#### **9.1.4. Les conditions d'exercice libéral**

##### **9.1.4.1. Symétrie des activités publiques et privées**

Les praticiens exerçant une activité libérale au sein du centre hospitalier de Fontainebleau le font dans la même spécialité que celle dans laquelle ils exercent leur activité principale publique.

##### **9.1.4.2. Les plafonds en termes de temps et de volumes d'actes**

Le tableau de service n'étant pas joint aux contrats, ce point a été étudié au vu des tableaux produits à la commission d'activité libérale et joints aux procès-verbaux de ces derniers.

Le temps de travail affiché pour l'ensemble des praticiens hospitaliers est inférieur ou égal à celui autorisé par la réglementation en vigueur (soit au maximum deux demi-journées hebdomadaires).

L'analyse des tableaux annexés aux procès-verbaux des séances de la commission d'activité libérale fait apparaître certains dépassements en nombre et en volume. C'est ainsi que, de son propre aveu, un médecin a reconnu avoir dépassé le quota d'heures autorisé par la réglementation et a remédié à ce déséquilibre en programmant une demi-journée supplémentaire par semaine dédiée à ses consultations publiques. La commission demande systématiquement des éclaircissements aux praticiens concernés et un rappel de la réglementation est effectué.

Il a également été relevé une différence entre les données fournies par les médecins et celles issues de la gestion administrative.

##### **9.1.4.3. Le lieu d'exercice de l'activité libérale**

L'article L. 6154 alinéa 2 du code de la santé publique dispose : « L'activité libérale (...) s'exerce exclusivement au sein des établissements dans lesquels les praticiens ont été nommés ou, dans le cas d'une activité partagée, dans l'établissement où ils exercent la majorité de leur activité publique, à la (...) condition (...) que les praticiens exercent personnellement et à titre principal une activité de même nature dans le secteur hospitalier public (...) ». Cette disposition a été respectée.

## **9.2. Les exigences pratiques d'exercice de l'activité libérale**

### **9.2.1. L'information du patient**

#### **9.2.1.1. La prise de rendez-vous**

Six secrétariats gèrent les douze médecins qui exercent une activité libérale au sein de l'établissement.

Chacun de ces secrétariats propose aux patients, lors de la prise de rendez-vous, de choisir entre une consultation publique et une consultation privée. Lorsque le patient choisit la consultation privée, le secrétariat précise le montant des honoraires (et donc des dépassements pratiqués par le médecin) et de l'avance de frais à effectuer. Il informe également le patient des conditions de remboursement par les régimes d'assurance maladie et l'invite, le cas échéant, à se renseigner auprès de sa mutuelle.

#### **9.2.1.2. Le jour du rendez-vous**

L'information, déjà communiquée au patient lors de la prise de rendez-vous, ne semble pas systématiquement réitérée le jour de la consultation.

Les secrétariats ne transmettent pas par écrit les conditions tarifaires appliquées. L'information écrite des honoraires excédant 70 € serait, semble-t-il, gérée directement par les praticiens.

Il a été constaté sur place que tous les médecins procèdent à un affichage dans la salle d'attente d'informations relatives à leur activité libérale, à l'exception de l'un d'entre eux qui les affiche au dos de la porte de son bureau.

Le contenu de l'affichage est très disparate : seul un quart des médecins précise les jours et heures des consultations ; la moitié d'entre eux fait état de leur situation vis-à-vis des organismes d'assurance maladie (conventionné ou non) ; sept d'entre eux (sur un total de 12) précisent leur secteur d'appartenance conventionnelle et deux font état de leur droit à dépassement permanent.

Les informations concernant les honoraires et fourchettes d'honoraires sont de nature très variée, car elles dépendent de la spécialité du médecin. Ainsi les pédiatres affichent-ils essentiellement leur tarif de consultation, alors que les radiologues font état de 13 actes ou spécialités.

La moitié seulement des praticiens font état, par voie d'affichage, des mentions obligatoires découlant de leur statut de praticien conventionné à honoraires libres ou règlementés.

Un rappel des obligations réglementaires en matière d'affichage des tarifs est pourtant régulièrement effectué par la direction.

## **9.2.2. L'égalité de traitement entre les patients**

### **9.2.2.1. L'égalité d'accès aux soins**

Les modalités de prise de rendez-vous sont similaires à celles qui viennent d'être décrites.

Le délai d'attente pour une consultation publique est le même que celui d'une consultation privée en gastroentérologie et en chirurgie orthopédique. Il est souvent plus long d'une quinzaine de jours à un mois en gynécologie-obstétrique, médecine, rhumatologie et pneumologie. Il est très aléatoire en radiologie.

Certains secrétariats ont précisé lors de l'enquête sur place que les médecins n'hésitaient pas à ouvrir des créneaux horaires complémentaires en consultation publique en cas de demande importante ou urgente.

### **9.2.2.2. L'égalité de traitement**

Un livret d'accueil est remis aux patients hospitalisés. Un livret est également remis en consultation d'obstétrique pour les patientes souhaitant accoucher à l'hôpital. Une information est par ailleurs disponible sur le site internet de l'hôpital. Ce livret d'accueil est destiné à l'ensemble des patients hospitalisés, secteur privé ou public.

## **9.2.3. L'expression du consentement par écrit**

Le patient est informé de la possibilité d'être hospitalisé en secteur libéral lors de la consultation. En cas d'accord de sa part, il signe, préalablement à son entrée à l'hôpital, un consentement écrit.

Deux praticiens dans l'établissement disposent d'un secteur privé en hospitalisation. L'un d'entre eux pratique des dépassements d'honoraires ciblés sur deux types d'interventions : prothèse totale de hanche et prothèse totale de genou (dépassement d'honoraire de 200 €).

## **9.3. Modalités pratiques d'exercice de l'activité libérale**

### **9.3.1. Les moyens humains**

Les moyens humains mis à disposition des praticiens sont mutualisés entre l'activité publique et l'activité privée (secrétariat, infirmière et aide-soignant).

### **9.3.2. Les moyens matériels**

Il n'existe pas de moyen matériel qui soit exclusivement réservé à l'activité libérale.

Les secrétariats en dehors du secrétariat des médecins radiologues et des services de médecine, rhumatologie et pneumologie ont indiqué que les médecins utilisaient des ordonnanciers à en-tête personnelle. Pour la radiologie, il a été précisé que les prescriptions sont rares et que les seules prescriptions effectuées concernent des produits de contraste.

## **9.4. Réglementation financière**

### **9.4.1. Les conséquences financières pour le praticien**

#### **9.4.1.1. La perte du droit à l'indemnité de service public exclusif**

Aucun médecin ayant exercé une activité libérale n'a bénéficié, au cours de l'exercice sur lequel la vérification a porté (2011), de l'indemnité de service public exclusif.

#### **9.4.1.2. Les cotisations à l'IRCANTEC des praticiens exerçant une activité libérale**

Selon l'article R6154-26 du code de la santé publique : « Les praticiens hospitaliers à temps plein qui exercent une activité libérale cotisent au régime de retraite complémentaire des assurances sociales institué par le décret n° 70-1277 du 23 décembre 1970 portant création d'un régime de retraites complémentaires des assurances sociales en faveur des agents non titulaires de l'Etat et des collectivités publiques sur les deux tiers de leurs émoluments hospitaliers, y compris certaines indemnités définies par décret ».

L'assiette des cotisations a été modifiée par le décret n° 2010-1.142 du 29 septembre 2010. Une disposition transitoire a été mise en place. Elle intègre à compter du 1er octobre 2010, de manière progressive, les indemnités d'engagement de service public exclusif et les indemnités correspondant aux astreintes dans l'assiette de cotisations.

Une autre modification de l'assiette des cotisations est intervenue par le décret n° 2011-546 du 18 mai 2011. Ce texte intègre à cette assiette, à compter du 1er juin 2011, les indemnités de chef de pôle d'activité ainsi que les indemnités de président de la commission médicale d'établissement.

La vérification des bulletins de paie des praticiens effectuant une activité libérale qui a été effectuée pour les exercices 2010 et 2011 a décelé une erreur matérielle dans le calcul de la base des cotisations d'un praticien.

Elle a en effet constaté que le calcul des cotisations d'un médecin était erroné, son taux de cotisation ayant été surévalué. Interrogé sur ce point, le directeur a répondu avoir été mis au courant par l'Institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'État et des Collectivités Publiques (Ircantec) en juillet 2012<sup>7</sup>.

### **9.4.2. Les conséquences pour l'hôpital**

#### **9.4.2.1. La saisie des actes et leur transmission à l'administration**

Le centre hospitalier a transmis, au cours du contrôle, les relevés d'activité mensuelle ainsi que les états issus du système national inter-régimes (SNIR), et ce, pour chaque praticien.

Les états établis sont transmis à l'administration dans les délais préconisés. En revanche, ils ne sont pas systématiquement revêtus de la signature du praticien. La majorité des praticiens transmet ces informations selon un formulaire établi par l'administration.

---

<sup>7</sup> « L'assiette de cotisation correspond à 50 % du plafond, que cette anomalie a été relevée par l'Ircantec en juillet 2012 et qu'une régularisation doit s'opérer ».

Le rapprochement entre les états du système national inter-régime (SNIR) et les relevés mensuels d'activité libérale pour l'exercice 2011 révèle des écarts plus ou moins importants. Ce point a été débattu lors de la dernière commission d'activité libérale et, conformément à l'invitation de cette dernière, le centre hospitalier devrait procéder à des recoupements entre les relevés d'activité libérale fournis par les praticiens et les relevés du système national d'informations inter régions d'assurance maladie (SNIRAM). Un groupe de travail avec la représentante de l'assurance maladie siégeant à la commission d'activité libérale va être formé. Il sera chargé de valider la méthode de contrôle mise en œuvre, notamment pour répondre au problème du décalage entre la date de réalisation des actes et la date de leur paiement par l'assurance maladie.

#### **9.4.2.2. Le recouvrement des honoraires et le paiement de la redevance**

Les praticiens ont fait le choix de procéder directement au recouvrement de leurs honoraires, à l'exclusion de deux d'entre eux.

Pour les praticiens qui recouvrent directement leurs honoraires, la réglementation ne prévoit aucune action particulière de la part de l'établissement. Pour les praticiens qui ont fait le choix de recouvrer leurs honoraires par le biais de l'administration, le circuit des consultants privés est le même que celui des consultants publics, avec un passage en caisse pour le paiement des actes après leur réalisation. Une note de frais pour paiement en régie différée est adressée à ceux qui ne se seraient pas présentés à la caisse. Les honoraires sont reversés mensuellement aux praticiens.

#### **9.4.2.3. Le calcul de la redevance**

La redevance est calculée :

- sur la base des relevés mensuels d'activité libérale transmis par les praticiens qui ont fait le choix de percevoir directement leurs honoraires (15 % sur les consultations et 16 % sur les actes) ;
- sur la base des actes réalisés et encaissés en régie pour les deux praticiens radiologues qui ont fait le choix de percevoir leurs honoraires par l'intermédiaire de l'administration.

Les deux catégories précitées de praticiens transmettent parallèlement le même état récapitulatif. Leur redevance est facturée trimestriellement.

Le taux de la redevance que doivent acquitter les praticiens a été modifié et uniformisé par décret<sup>8</sup>. Les taux annoncés par l'établissement sont conformes à ceux en vigueur depuis le 17 octobre 2008.

---

<sup>8</sup> Décret n° 2008-1060 du 14 octobre 2008.

### **9.4.3. Les conséquences pour le patient**

#### **9.4.3.1. La fixation des honoraires**

Les tarifs pratiqués sont les suivants :

- Radiologues : ils exercent en secteur 1, les tarifs pratiqués sont donc ceux de l'assurance maladie (absence de dépassement),
- Pneumologue : consultation à 50 € et actes de 40 à 120 €,
- Rhumatologue : consultation à 50 € et actes de 40 à 120 €,
- Interniste : consultation de 75 à 90 € et actes 80 €,
- Gynécologues : de 30 à 55 € en consultation, pas de dépassement d'honoraires pour les actes effectués en hospitalisation,
- Gastro-entérologue : application d'un dépassement d'honoraires de 10 à 25 € selon les actes pratiqués,
- Pédiatres : de 45 à 55 € en consultation,
- Orthopédiste : consultation 45 € pour les actes pas de dépassement d'honoraires, sauf sur les prothèses de hanche et de genou, 200 €.

#### **9.4.3.2. Les modalités de paiement des honoraires par le patient**

Dans le cas des actes de radiologie, scanner et échographie, le patient est invité à passer à la caisse de l'hôpital. Il peut effectuer ce dernier en espèces, carte bancaire ou chèque.

Dans le cas des autres consultations ou actes, le paiement se fait directement auprès du praticien et exclusivement en espèces ou par chèque.

La technique du tiers payant n'est pas utilisable dans le cadre des consultations ou actes privés.

### **9.5. La commission d'activité libérale (CAL)**

#### **9.5.1. Composition**

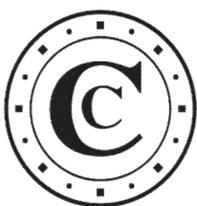
La commission d'activité libérale siégeant au centre hospitalier de Fontainebleau est bien composée des membres préconisés par l'article R. 615-4 du code de la santé publique. En application de la loi HPST (hôpital, patients, santé, territoire) du 21 juillet 2009 et du décret n° 2010-785 du 8 juillet 2010, un représentant des usagers du système de santé membre du conseil de surveillance a été nommé.

Deux élections pour le renouvellement du président de la CAL se sont déroulées au cours des exercices contrôlés. Les procès-verbaux des réunions (2007 et 2010) indiquent les résultats de ces élections, mais ne précisent pas si ces votes se sont effectués à bulletin secret ou non.

A l'appui de sa réponse aux observations provisoires, le directeur a communiqué, à titre d'information le procès-verbal de la réunion de la Commission de l'Activité Libérale (CAL) du 14 octobre 2013, qui a examiné les données de l'année 2012. Il a mentionné que les efforts accomplis tant par les praticiens, pour mettre en place les mesures correctrices sollicitées par la CAL l'année précédente que par l'établissement pour transmettre des informations de qualité ont été soulignés.

## GLOSSAIRES DES SIGLES UTILISÉS

ARS	agence régionale de santé ;
Cal	commission d'activité libérale ;
CH	centre hospitalier ;
CME	commission médicale d'établissement ;
EHPAD	établissement d'hébergement pour personnes âgées ;
Gacah	groupe pour l'amélioration de la comptabilité analytique hospitalière ;
Has	haute autorité de santé ;
HPST	hôpital patients, santé, territoires ;
Ipsi	Institut de formation aux soins infirmiers ;
Ircantec	Institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'État et des collectivités publiques ;
IRM	Imagerie par résonance magnétique ;
Mico	Médecine de chirurgie obstétrique ;
ORL	Oto-rhino-laryngologie ;
PMSI	programme médicalisé des systèmes d'information ;
SMUR	service mobile d'urgence et de réanimation ;
SNIRAM	système national d'informations inter régions d'assurance maladie ;
SNIR	système national inter régime ;
UHTCD	unité d'hospitalisation de très courte durée ;
Upatou	unité de proximité d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences.



« La société a le droit de demander compte  
à tout agent public de son administration »

Article 15 de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen

L'intégralité de ce rapport d'observations définitives  
est disponible sur le site internet  
de la chambre régionale des comptes d'Île-de-France :  
[www.ccomptes.fr/ile-de-france](http://www.ccomptes.fr/ile-de-france)

**Chambre régionale des comptes d'Île-de-France**

6, Cours des Roches

BP 187 NOISIEL

77315 MARNE-LA-VALLÉE CEDEX 2

Tél. : 01 64 80 88 88

[www.ccomptes.fr/ile-de-france](http://www.ccomptes.fr/ile-de-france)