



Inspection générale
des affaires sociales

Mission d'Appui Conseil
auprès de l'ARS Ile-de-France
concernant le groupe hospitalier Paul Guiraud
(Villejuif)

COMPTE RENDU D'INTERVENTION

Établi par

Mustapha KHENNOUF

Jean-Paul SEGADE

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

- Décembre 2014 -

2014-044C1

Sommaire

RAPPORT.....	5
1 ETAT D'AVANCEMENT DE LA SITUATION AU SEIN DU GHPG AU TERME DE LA PREMIERE ETAPE DE LA MISSION D'APPUI AUPRES DE L'ARS	7
1.1 La structuration de la gouvernance de l'établissement est en place.....	7
1.1.1 Une nouvelle direction par intérim installée pour une durée limitée.....	7
1.1.2 Un directoire et une commission médicale d'établissement dont le fonctionnement se normalise.....	8
1.1.3 Un conseil de surveillance sans président.....	8
1.2 Les grands lignes du schéma directeur des investissements ont été tracées.....	8
1.3 Le plan global de financement pluriannuel a été finalisé.....	9
1.3.1 Un volet financier globalement maîtrisé	10
1.3.2 Le projet médical en action autour de professionnels mobilisés.....	11
2 LES ELEMENTS DE CONTEXTE A PRENDRE EN COMPTE	13
2.1 Une situation financière qui s'inscrit dans une trajectoire d'équilibre des comptes.....	13
2.2 Un contexte social qui demeure fragile	14
3 LA SITUATION DU GHPG AU TERME DE LA MISSION D'APPUI.....	16
3.1 Le chemin réalisé entre le 1er juillet et le 1er novembre 2014.....	16
3.2 Le chemin qui reste à parcourir	17
3.2.1 Vers une gouvernance normalisée.....	17
3.2.2 Vers une psychiatrie territorialisée	18
3.2.3 Vers une organisation hospitalière tripolaire.....	20
4 LES RECOMMANDATIONS DE LA MISSION.....	23
 LISTE DES ANNEXES	 25
 ANNEXE N°1 : NOTE D'ETAPE 2014-044 N1, MISSION D'APPUI CONSEIL AUPRES DE L'ARS CONCERNANT LE GHPG (VILLEJUIF), JUILLET 2014.....	 27
 LISTE DES PIECES JOINTES	 97
 PIECE JOINTE N°1 : ARRETE DU 19 AOUT 2014 DE LA DIRECTRICE GENERALE DU CNG PORTANT PLACEMENT EN RECHERCHE D'AFFECTATION DU DIRECTEUR DU GHPG A COMPTEUR DU 28 AOUT 2014.....	 99
 PIECE JOINTE N° 2 : ARRETE 14-870 DU 27 AOUT 2014 DU DIRECTEUR GENERAL DE L'ARS ILE DE FRANCE PORTANT DESIGNATION DE MADAME NICOLE PRUNIAUX EN QUALITE DE DIRECTRICE INTERIMAIRE DU GHPG A COMPTEUR DU 28 AOUT 2014.....	 101
 PIECE JOINTE N° 3 : MOTION DE LA CME EN DATE DU 22 OCTOBRE 2014.....	 105
 PIECE JOINTE N° 4 : APPROBATION DU PGFP 2014-2018 DU GHPG PAR L'ARS LE 24 JUILLET 2014.....	 107
 PIECE JOINTE N° 5 : DECISION 2014-61 PORTANT ORGANISATION DU TEMPS DE TRAVAIL POUR MISE EN APPLICATION AU 1 ^{ER} OCTOBRE 2014 REPOUSSEE AU 1 ^{ER} NOVEMBRE 2014.....	 113

PIECE JOINTE N° 6 : NOTE DU 16 OCTOBRE 2014 DE LA DIRECTION DU GHPG ADRESSEE A L'ARS ET A LA PREFECTURE.....	117
PIECE JOINTE N° 7 : UN CERTAIN "COMITE DE GREVE" APOSTILLE LE BULLETIN D'ADMISSION D'UN PATIENT, ANONYMISE PAR LA MISSION.....	121
PIECE JOINTE N° 8 : EXTRAIT DU RAPPORT DE CERTIFICATION HAS DU GHPG, "DECISION DEFINITIVE DE LA HAS", JANVIER 2014 MIS A JOUR EN MAI 2014.....	123
PIECE JOINTE N° 9 : CARTOGRAPHIE DES SECTEURS DE PSYCHIATRIE GENERALE DES HAUTS-DE-SEINE.....	125
PIECE JOINTE N° 10 : CARTOGRAPHIE DES SECTEURS DE PSYCHIATRIE GENERALE DES HAUTS-DE-SEINE SUD ET VAL-DE-MARNE RATTACHES AU GHPG.....	127

RAPPORT

- [1] La mission d'appui à l'ARS Ile-de-France sur le Groupe Hospitalier Paul-Guiraud (GHPG) fait suite à un rapport de contrôle de l'IGAS rendu en décembre 2013, lequel avait formulé une série de recommandations :
1. Faire un avenant au projet d'établissement, sur la base d'un projet médical reformulé ;
 2. Redonner à l'établissement des marges de manœuvre budgétaires lui permettant de poursuivre sa modernisation par la mise en œuvre d'un plan de retour à l'équilibre ;
 3. Rénover les modes de gouvernance ;
 4. Corriger les points critiques constatés dans la gestion des ressources de l'établissement ;
 5. Inscrire dans le CPOM, avec un échéancier, les éléments majeurs de la feuille de route, et veiller à un suivi et un accompagnement fort par l'ARS Ile-de-France de ces engagements.
 6. Mobiliser une mission d'appui et de conseil auprès de l'ARS Ile-de-France pour accompagner l'établissement dans la mise en œuvre de sa feuille de route.
- [2] C'est dans le cadre de cette dernière recommandation que la présente mission a œuvré en deux étapes :
- [3] L'actuelle mission d'appui s'est attachée dans un premier temps à la mise en œuvre d'un accord de gouvernance, à la définition des orientations stratégiques et à l'élaboration des principes du schéma directeur. Ces points ont fait l'objet d'avancées et le rapport d'étape transmis au ministère le 21 juillet 2014 montre le chemin parcouru et trace des perspectives en formulant des recommandations.
- [4] Afin de répondre à la demande du DG de l'ARS et dans le droit fil de la commande formulée dans la lettre de mission de la ministre, la mission d'appui a été prolongée jusqu'à fin octobre 2014 en conformité avec la demande initiale puisqu'il était en effet prévu une éventuelle poursuite de la mission au-delà des 6 premiers mois. Cette dernière étape est marquée par le départ de l'ancien directeur et l'arrivée d'une nouvelle directrice chargée de la direction par intérim. Cette note constitue un compte rendu d'intervention de la phase 2 et pour mesurer l'ensemble de la réalisation de la mission d'appui, il convient de joindre le rapport du 21 juillet 2014 -phase 1- accompagné de celui-ci retraçant la phase 2¹.
- [5] Au terme de la mission d'appui, il est fait état d'abord de la situation, puis du chemin parcouru et enfin des recommandations sont formulées et constituent un plan d'actions souhaitable à mettre en œuvre pour assurer la pérennité de la stratégie du GHPG au sein de son territoire.

¹ Cf. annexe n° 1 : Note d'étape 2014-044 N1, mission d'appui Conseil auprès de l'ARS concernant le GHPG (Villejuif), juillet 2014.

1 ETAT D'AVANCEMENT DE LA SITUATION AU SEIN DU GHPG AU TERME DE LA PREMIERE ETAPE DE LA MISSION D'APPUI AUPRES DE L'ARS

- [6] Suite à la transmission du rapport de la phase 1 en juillet 2014, la seconde étape a été conduite dans l'optique de consolider les avancées liées à la gouvernance, au SDI et de tracer les perspectives sur les orientations stratégiques du projet d'établissement dans la logique de son insertion territoriale.

1.1 La structuration de la gouvernance de l'établissement est en place

- [7] La gouvernance du GHPG composée de son conseil de surveillance, son directoire, (au sein duquel la communauté médicale doit apporter une forte contribution dans les choix stratégiques de l'établissement) et la direction ont fait l'objet d'un travail particulier de la part de la mission d'appui et conseil avec un objectif majeur : revenir à une organisation et un fonctionnement normalisés.

1.1.1 Une nouvelle direction par intérim installée pour une durée limitée

- [8] Suite à la décision de l'actuel directeur de solliciter une recherche d'affectation auprès du Centre National de Gestion², et dans l'attente de la nomination d'un nouveau directeur, l'intérim de direction est assurée par Nicole Pruniaux³. Il a permis un passage de témoin plus serein. Sa connaissance ancienne du GHPG ainsi que les relations de confiance développées avec le président de la CME constituent des atouts majeurs dans le contexte particulièrement sensible que connaît le GHPG. L'établissement pourra ainsi passer le cap du deuxième semestre 2014 et du premier semestre 2015.
- [9] Le calendrier des publications prévoit que la prochaine publication des postes est prévue semaine 46 avec un comité de sélection fin janvier 2015 et donc une CAPN mi-avril (les dates du calendrier 2015 seront précisées avant la fin de l'année). Il appartient bien sûr à l'ARS de demander cette publication. Quant à la date de prise de poste, elle dépend également du poste occupé par le candidat qui sera retenu. Le CNG et l'ARS doivent porter une attention particulière sur la gestion de la transition de direction⁴ mais aussi sur le burn-out manifesté par l'équipe de direction.
- [10] L'équipe de direction du GH Paul Guiraud a été reçue au CNG le 16 juillet dernier. Elle est composée de directeurs adjoints et directrice des soins expérimentés, dont un directeur-adjoint dont le départ est annoncé prochainement à l'APHP. Selon la note du CNG : « *Ils sont tous encore motivés et passionnés par leur métier malgré les épreuves terribles traversées au cours des derniers mois. Ils expriment avec beaucoup de dignité et de solidarité leur souffrance individuelle et collective face au manque de déontologie, à la manipulation et à la violence dont ils ont été et sont toujours l'objet, et regrettent profondément la mise en avant voire en insécurité des patients et de leurs familles car ces méthodes inacceptables ne correspondent pas à leurs valeurs* ».

² Cf. pièce jointe n° 1 : Arrêté du 19 août 2014 de la directrice générale du CNG portant placement en recherche d'affectation du directeur du GHPG à compter du 28 août 2014.

³ Cf. pièce jointe n° 2 : Arrêté 14-870 du 27 août 2014 du directeur général de l'ARS Ile de France portant désignation de Madame Nicole Pruniaux en qualité de directrice intérimaire du GHPG à compter du 28 août 2014.

⁴ L'intéressée ne peut plus faire d'intérim au delà du 1^{er} septembre 2015, date de sa radiation des cadres pour mise à la retraite.

- [11] Cette situation a conduit, suite aux attitudes syndicales lors du conflit social (voir infra) a un mouvement national des cadres de direction de menacer de boycotter la prochaine vacance de poste.

1.1.2 Un directoire et une commission médicale d'établissement dont le fonctionnement se normalise

- [12] La signature de l'accord de gouvernance et l'adoption du règlement intérieur du directoire ont consolidé les nouvelles relations entre la communauté médicale et la direction. La décision de la nouvelle direction de recomposer le directoire⁵ en date du 8 septembre s'inscrit dans une gestion normalisée de la gouvernance et les premières réunions révèlent une attitude constructive de la part des acteurs et montrent ainsi que le défi peut être relevé.
- [13] Plus récemment lors du conflit social, la CME a apporté son soutien à la nouvelle direction⁶ et le fonctionnement de la CME s'est normalisé. On peut désormais constater que les débats portent sur les projets institutionnels et font l'objet de prise de position de cette instance avec l'émission d'avis en bonne et due forme.

1.1.3 Un conseil de surveillance sans président

- [14] L'établissement dispose d'un conseil de surveillance qui n'a pu se réunir faute d'un candidat déclaré pour sa présidence⁷. Faute de candidat déclaré, il appartient à l'ARS de susciter les candidatures en alertant sur les risques de blocage institutionnel. A défaut, la mission ne peut pas se satisfaire de l'absence de tenue de cette instance qui aura à définir et porter les orientations stratégiques de l'établissement. La mission rappelle que cette instance peut se réunir sous la présidence du doyen d'âge.
- [15] L'absence de président de conseil de surveillance⁸ ne doit pas servir de prétexte à un blocage institutionnel qui, in fine, renforcerait les tenants d'une gestion par exception de cet établissement que rien ne justifie. Il doit au contraire retrouver des modalités de fonctionnement normales.
- [16] De façon générale, cette normalisation du fonctionnement des instances de l'établissement constitue un préalable au déploiement d'une stratégie et à la mise en place des projets. Les mouvements sociaux devenus récurrents ou les manœuvres internes dont certains pourraient être tentés pour favoriser un immobilisme ou revenir vers un régime d'exception ne doivent pas contrarier le plan d'actions inscrit dans le SDI.
- [17] la restructuration de la gouvernance fournit le cadre institutionnel d'un fonctionnement normalisé, son succès dépendra de la capacité du nouveau président du conseil de surveillance comme du nouveau directeur de s'inscrire dans cette nouvelle dynamique.

1.2 Les grands lignes du schéma directeur des investissements ont été tracées

- [18] Le périmètre du SDI a été délimité par la mission d'appui en lien avec l'ARS. Les grandes lignes du SDI sont au nombre de trois :

⁵ Décision n° 2014 -72 du 8 septembre 2014 portant composition du directoire.

⁶ Cf. pièce jointe n° 3 : Motion de la CME en date du 22 octobre 2014

⁷ Lors de la première tenue du conseil de surveillance, ce dernier doit en préalable désigner et installer un président élu en son sein dans le respect des règles de compatibilité.

⁸ Le précédent rapport de l'Igas de décembre 2013 avait attiré l'attention sur une présidence « hésitante », p. 39.

- La limitation de la plateforme logistique à la restauration aura deux incidences directes pour le SDI : l'externalisation de la blanchisserie et la capacité pour l'établissement de dégager des priorités internes à orientation médicale dans la rénovation de son domaine immobilier. En parallèle, il importe que l'ARS conduise la mise en œuvre d'un schéma territorial des unités de production (blanchisserie et restauration) afin que les établissements concernés disposent d'une feuille de route sur leurs projets et consolident une démarche de coopération. Les tailles critiques ne sont pas toujours atteintes et génèrent des surcoûts injustifiés. Ce point peut être utilement inséré dans les CPOM des établissements d'un territoire ou d'une zone déterminés par l'ARS.
- Sur le plan domanial, les opérations suivantes ont été mises en œuvre:
 - Le directeur a signé le 8 juillet dernier avec une association (qui gère déjà le Foyer d'accueil médicalisé (FAM) « Les Tamaris » à Villejuif) une promesse de bail emphytéotique à construction permettant l'installation d'un nouveau FAM dans les pavillons 14 et 15. Les patients au long cours, souffrant d'un handicap psychique, pourront bénéficier de 30 studios et d'une prise en charge médico-sociale adaptée à leurs besoins.
 - Le 24 juillet 2014, le Groupe Valophis et le Groupe hospitalier Paul-Guiraud ont signé les accords qui permettront la construction du nouveau centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) et la construction de deux immeubles :
 - ✓ Le CHRS de la Croix-Rouge installé au rez-de-chaussée haut et au 1^{er} étage du Pavillon 29 devrait accueillir les 48 personnes précaires, hébergées actuellement dans les locaux du pavillon 30.
 - ✓ Le foyer Grosmesnil fera place à deux immeubles gérés par des offices sociaux. Le premier contiendra 160 studios, dont 42 réservés pour les étudiants de l'IFSI de Paul Guiraud et quelques chambres de logement d'urgence pour les agents en très grande difficulté et suivis par le service social du personnel. Le deuxième contiendra 55 logements familiaux dont 17 priorités aux agents du GH Paul-Guiraud. La construction de 204 logements sociaux et équipements sociaux se fera sur la base d'un bail à construction, l'établissement récupérant à son terme, la pleine propriété des deux immeubles et parking souterrain. L'ensemble de ces opérations s'autofinance au moyen de baux emphytéotiques à construction et de la cession d'une parcelle de 3 500 m² seulement sur les 199 000 m² du domaine à Villejuif.

[19] Il convient de souligner l'effort réalisé par l'établissement dans la mise en œuvre d'une politique sociale en matière de logement qui s'ajoute au financement interne de la crèche estimée à 1,8 M€.

1.3 Le plan global de financement pluriannuel a été finalisé

[20] Le PGFP 2014-2018 a été approuvé dans le cadre de la procédure budgétaire 2014⁹.

[21] Dans ce cadre, l'établissement présente une série de mesures d'efficacité qui devrait conduire au rétablissement de son résultat d'exploitation dès 2015. Conformément aux dispositions de l'article R.6145-66 du CSP, il a été demandé durant cette deuxième phase une actualisation de ce plan à la lumière du nouveau schéma directeur d'investissement, du projet médical et des résultats de l'année 2014.

⁹ Cf. pièce jointe n° 4 : Procédure budgétaire PGFP 2014-2018 du GHPG approuvée par l'ARS le 24 juillet 2014.

1.3.1 Un volet financier globalement maîtrisé

[22] Force est de reconnaître que l'établissement a su dans un délai réduit retrouver une trajectoire financière équilibrée comme le montre les résultats des trois dernières années.

- Le tableau 1 retrace les résultats financiers trois dernières années écoulées :

Tableau 1 : Résultats comptables de 2011 à 2014 (en M€)

	2011	2012	2013	2014 EPRD	2014 CAA rectifié
Résultat comptable	+0,700	-1,240	-0,422	-1,151	-0,400
Capacité d'Autofinancement	7,88	0,86	3,46	4,556	4,820

Source : GHPG, retraitement mission, octobre 2014.

- Le tableau 2 infra reprend les estimations de l'établissement pour les quatre prochaines années et fait apparaître dès 2015 un excédent comptable. Ces informations fournies par l'établissement sont en cours de validation par l'ARS et feront l'objet d'une approbation dans le cadre de la procédure budgétaire 2015. Le PGFP est construit de manière prudente avec un taux de croissance des recettes du titre 1 de 0,5 %, et une évolution de la masse salariale de 0,5%¹⁰. Les résultats demeurent positifs avec un taux de marge supérieur à 6% sur la période étudiée 2015-2018 et une CAF supérieure à 6 M €. Ces projections de résultats en fonctionnement conjuguées à un taux d'endettement relativement faible devraient permettre à l'établissement de financer la rénovation des unités d'hospitalisation.

Tableau 2 : Projection de comptes de résultats de 2013 à 2018

I) PROJECTION DES COMPTES DE RESULTAT PREVISIONNELS							
		2013	2014	2015	2016	2017	2018
PRINCIPAL							
CHARGES							
TITRE 1	Charges de personnel	109 507 656	109 774 210	107 843 129	108 473 952	110 748 216	111 536 460
	dont personnel médical	17 109 000	17 228 763	17 349 364	17 470 810	17 938 106	18 061 257
	dont personnel non médical	92 398 656	92 545 447	90 493 765	91 003 142	92 810 111	93 475 202
TITRE 2	Charges à caractère médical	4 111 648	4 152 764	4 194 292	4 236 235	4 340 597	4 383 383
TITRE 3	Charges à caractère hôtelier et général	13 539 519	13 674 914	13 811 663	13 949 780	15 083 548	15 224 440
TITRE 4	Charges d'amortissements, de provisions et dépréciations, financières et exceptionnelles	9 514 981	9 735 851	9 673 186	10 167 425	10 517 811	10 698 555
TOTAL DES CHARGES		136 673 804	137 337 739	135 522 270	136 827 391	140 690 172	141 842 839
RÉSULTAT PRÉVISIONNEL (EXCÉDENT)		0	0	6 614 871	541 462	713 760	199 553
TOTAL EQUILIBRE DU COMPTE DE RESULTAT PRÉVISIONNEL		136 673 804	137 337 739	142 137 141	137 368 854	141 403 932	142 042 392
PRODUITS							
TITRE 1	Produits versés par l'assurance maladie (a)	120 189 622	121 090 570	121 394 522	122 001 495	126 011 503	126 624 560
	Produits attendus non notifiés (b)		300 000	0	0	3 400 000	3 400 000
	dont produits hôpital 2007 - 2012 dans (a) + (b)		0	0	0	0	0
TITRE 2	Autres produits de l'activité hospitalière	7 882 292	7 921 704	7 961 312	8 001 119	8 041 125	8 081 330
TITRE 3	Autres produits	8 179 801	7 393 761	12 781 306	7 366 240	7 351 305	7 336 501
TOTAL DES PRODUITS		136 251 715	136 406 035	142 137 141	137 368 854	141 403 932	142 042 392
RÉSULTAT PRÉVISIONNEL (DÉFICIT)		422 089	931 705	0	0	0	0
TOTAL EQUILIBRE DU COMPTE DE RESULTAT PRÉVISIONNEL		136 673 804	137 337 739	142 137 141	137 368 854	141 403 932	142 042 392
Taux d'évolution prévisionnel des résultats du CRPP			120,7%	-810,0%	-91,8%	31,8%	-72,0%
Résultat / total des produits du CRPP		-0,3%	-0,7%	4,7%	0,4%	0,5%	0,1%

Source : GHPG, octobre 2014

¹⁰ Cf. commentaires explicatif, page 2, pièce jointe n° 4, PGFP.

Par ailleurs, l'analyse du PGFP montre que les enjeux financiers du programme d'investissement sont à la hauteur d'un établissement qui au terme du programme verra son taux d'indépendance financière demeurer sous le seuil des 40 % et un taux de CAF de 4,62% en 2018, sachant que la CAF finance près de 50%. Le taux de marge brute reste supérieur à 6% des 2016.

- [23] Sur le plan de l'exploitation, le GHPG dispose des moyens d'autofinancer ses projets :
- La révision de l'accord cadre, déduction faite de la création d'un pool de remplacement garantit une marge de 2 772 000 euros soit 60 ETP.
 - Le redimensionnement des unités de 15 à 20 lits, financé par un programme d'investissement permet d'optimiser le fonctionnement et de dégager des marges de manœuvre de l'ordre de 35 ETP soit 1,6 M€ en année pleine à partir de 2018.
- [24] Il appartiendra à l'ARS et à l'établissement d'élaborer un tableau de réduction et de redéploiement des effectifs avec un suivi annuel lequel sera intégré dans la lettre d'objectifs du nouveau directeur. La toute récente note datée du 6 novembre¹¹ de la direction du CH précise que pour l'année 2015 il est prévu une réduction de 30 postes au titre de la révision de l'accord RTT et de 19 postes liés au redimensionnement des unités, auxquels il conviendrait d'ajouter la diminution des effectifs administratifs et généraux.
- [25] Pour l'ensemble des mesures prises, l'établissement pourra dégager une marge de manœuvre totale estimée à près de 4 M€ avec un double effet positif :
- Il permettra de consolider l'équilibre financier de l'établissement ;
 - Cette autonomie financière se traduira par un retour à un taux de marge supérieur à 6% et devrait permettre, entre autres, de couvrir les besoins en financement liés au projet médical estimés à 2,5 M€, sous réserve d'étaler les opérations envisagées.
- [26] Le PGFP intègre une opération nouvelle avec la création d'une USIP de deux fois 15 places avec 36,5 ETP en personnel non médical et 3,5 ETP en personnel médical.
- [27] L'équilibre financier reste par définition fragile et supposera un suivi annuel dans le cadre de l'actualisation annuelle du PGFP menée de concert entre l'ARS et l'établissement.

1.3.2 Le projet médical en action autour de professionnels mobilisés

- [28] La mission d'appui, soucieuse des enjeux en termes de prise en charge des patients, a souhaité que le projet médical révisé soit décliné en fiche actions pour un déploiement réel et rapide en particulier pour les actions simples, visibles et apportant une plus value. En effet, la forte dégradation du climat social ne pouvait justifier un quelconque immobilisme.
- [29] Durant la période septembre-octobre 2014, en lien avec l'ARS, la mission a eu vocation à préciser la trajectoire du projet médical eu égard à deux faits nouveaux :
- Le premier est national et tient à la mise en œuvre prochaine des groupements hospitaliers de territoire¹²,
 - Le second est régional avec les suites de l'appel à projet lancé par l'ARS pour l'organisation de l'offre psychiatrique pour le Nord du département 92, dans le prolongement de la recommandation préconisée dans le rapport de l'IGAS de décembre 2013.

¹¹ Actualisation des données de titre I PGFP - Année 2015 : document direction CH – 6 novembre

¹² Ce point sur les coopérations hospitalières constitue un axe fort du projet de loi de réforme hospitalière qui sera porté prochainement par la nouvelle loi de santé.

- [30] Le lancement du projet médical s'est donc fait par tranches sur la base des opérations présentant des incidences financières limitées démontrant ainsi que le plan de retour à l'équilibre (PRE) est un élément de consolidation du projet médical. L'ARS a arrêté le principe d'un accompagnement financier non reconductible pour cette fin d'année pour un montant de 195 500 euros démontrant sa volonté d'aider le GHPG à se développer, mais également pour amorcer la marge de redéploiement interne. Il importe que l'établissement sorte d'un débat trop long sur les 35H et se tourne vers les projets médicaux d'avenir, l'ARS ayant décidé d'affecter les économies dégagées au retour à l'équilibre et au financement d'opérations nouvelles s'inscrivant dans les priorités du plan de santé mentale.
- [31] Les opérations présentées dans l'étude de faisabilité financière ont été actées et ont fait l'objet d'une saisine des instances : le 8 octobre pour la CME et le 15 octobre pour le CTE¹³.

Tableau 3 : Actions du projet médical engagées en 2014

Actions	Montant en euros
Recherche et développement pharmacogénétique	40 000
Accès à la thérapie familiale	22 000
Consultations tabacologie	8 500
Outils de recherche pour soins intensifs en psychiatrie	5 000
Création d'une équipe handi-psy	40 000
Création d'une équipe psy-préca	40 000
Création d'un hôpital de jour jeunes-adultes	40 000

Source : GHPG, octobre 2014

- [32] Fort d'un fonctionnement des instances aujourd'hui apaisé, d'une mobilisation de la communauté médicale et des personnels soignants en faveur de la mise en œuvre du projet médical, l'établissement devrait retrouver une situation normale, dès lors que le climat social s'apaisera davantage (cf. infra § 2.2).
- [33] Les nouvelles orientations stratégiques, les modalités récentes de la nouvelle gouvernance expliquent le retard apporté à la mise en œuvre d'une contractualisation des pôles, les pôles devant se restructurer avec la suppression d'un secteur, le regroupement de petits pôles (art thérapie).
- [34] Dans son rapport du 28 octobre 2014¹⁴, la CRC d'Ile-de-France formule des recommandations sur la finalisation de la contractualisation interne, de nature à améliorer la performance économique de cet établissement par une déconcentration de la gestion. Pour la mission, dans les CH spécialisés en psychiatrie, cette démarche doit aller de pair avec une approche territoriale, la sectorisation conduisant à une diversification territoriale des unités de psychiatrie.

¹³ Le report de la séance du CTE à la demande des organisations syndicales ne fait que retarder le processus de décision. La non-présence d'une organisation syndicale à la dernière convocation du 30 octobre 2014 a conduit la direction à mettre fin au processus de concertation.

¹⁴ Cf. rapport d'observations définitives, GHPG, CRC Ile-de-France, 28 octobre 2014.

2 LES ELEMENTS DE CONTEXTE A PRENDRE EN COMPTE

2.1 Une situation financière qui s'inscrit dans une trajectoire d'équilibre des comptes

- [35] L'analyse du compte administratif anticipé sur les neuf premiers mois de l'année 2014 a permis de vérifier que les tendances de 2013 se confirment. Avec toute la prudence requise, l'analyse des résultats prévisionnels 2014 souligne une amélioration par rapport aux résultats attendus de l'EPRD.
- [36] Comme le montrent les tableaux 5 et 6 infra, le déficit anticipé devrait se situer entre les 400 000 euros selon la note fournie par le DAF le 23 juillet 2014 et les 900 000 euros prévus dans la note du 6 octobre 2014. La CAF avec un montant de 4,8 M€ inscrit l'établissement dans un cycle vertueux de nature à consolider sa politique d'investissement.

Tableau 4 : CAA des dépenses 2014

Chapitre	BP	BP+DM	Total net dépensé au 30/09/2014	% crédits consommés	en 12ème	Compte administratif anticipé
T1 - Charges de personnel	110 049 000,00	110 049 000,00	82 862 984,35	75,30 %	9,04	109 800 940,44
T2 - Charges à caractère médical	3 890 000,00	3 890 000,00	2 986 800,16	76,78 %	9,21	3 783 307,53
T3 - Charges hôtelières et générales	12 893 000,00	12 893 000,00	10 117 626,31	78,47 %	9,42	12 925 869,42
T4 - Charges fi, except, amort	10 474 974,97	10 474 974,97	3 640 752,53	34,76 %	4,17	10 962 609,82
TOTAL CHARGES	137 306 974,97	137 306 974,97	99 608 163,35		8,71	137 472 727,21

Source : GHPG, octobre 2014.

Tableau 5 : CAA des recettes 2014

Chapitre	BP	BP+DM	Montant recettes validées	Recette / BP (en %)	en 12ème	Compte administratif anticipé
T1 - Produits de l'AMO	120 857 507,00	120 857 507,00	121 090 124,68	100,19 %	12,02	121 095 684,20
T2 - Autres produits d'activité	7 873 000,00	7 873 000,00	4 639 563,92	58,93 %	7,07	7 953 538,15
T3- Autres produits	7 425 232,00	7 425 232,00	2 897 410,49	39,02 %	4,68	7 468 593,54
TOTAL PRODUITS	136 155 739,00	136 355 739,00	128 628 623,56	94,33 %	11,34	136 517 815,89
RESULTAT PREVISIONNEL (CRPP)	-1 151 235,97					-954 911,32
CAF PREVISIONNELLE	4 556 198,17					4 820 250,28

Source : GHPG, octobre 2014.

- [37] Sur le plan financier, l'analyse du CAA 2014 montre que l'équilibre budgétaire est à la portée de l'établissement même si le deuxième semestre est grevé par la remise à plat de certaines opérations comptables génératrices de surcoûts conjoncturels à l'exemple de l'évolution du compte 67 (annulation de titres) et des comptes 61 et 62 (fin du marché de location du parc automobile et contrat de matériel de bureau), dépenses non reconductibles pour 2015 et dont le montant est estimé par l'établissement à près de 500 000 euros.
- [38] En neutralisant ces dépenses non reconductibles, le déficit structurel du GHPG est plus proche du niveau de 2013 que de l'EPRD 2014, sachant qu'en 2014 l'effet budgétaire lié à la nouvelle organisation du temps de travail n'a pas été intégré.

- [39] Cette dynamique devrait être amplifiée par les incidences budgétaires liées à un retour à la normale dans l'organisation du temps de travail, incidences non intégrées dans le CAA 2014 (effet attendu 2,7 M€).

2.2 Un contexte social qui demeure fragile

- [40] Le contexte social reste marqué par un problème de fond : le retour à une organisation du temps de travail conforme aux préconisations du rapport de l'Igas a été à l'origine d'un mouvement social en dehors des règles habituelles du dialogue social.
- [41] Suite au constat d'échec des négociations formalisées par le directeur dans sa lettre du 1er août 2014, un syndicat avait lancé une nouvelle demande de médiation. Plus récemment après avoir constaté l'échec de l'épreuve de force, une nouvelle proposition a été lancée avec les mêmes objectifs dilatoires.
- [42] Les multiples saisines du tribunal administratif par les organisations syndicales participent de la volonté de remettre en cause de façon systématique le processus de décision. Le tribunal administratif a rejeté successivement les recours en rappelant dans une décision¹⁵ du 23 août 2014 qu'au terme de « *trois réunions du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail du groupe Paul Guiraud [...] qu'une quatrième et dernière réunion [...] prévue pour le 27 août 2014 ; [...] qu'il est de la responsabilité du directeur de l'établissement d'arrêter l'organisation du travail et des temps de repos à défaut d'un accord avec les organisations syndicales représentant le personnel de l'établissement* ».
- [43] Après avoir constaté l'échec de toute forme de négociations la direction avait pris, dès le 23 mai 2014, toutes les mesures nécessaires pour mener à bien la concertation avec les institutions représentatives du personnel et les instances consultatives du groupe hospitalier, ainsi que pour organiser les négociations avec les organisations syndicales qui disposent d'au moins un siège au sein du Comité Technique d'Etablissement (CTE) et du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), compétents sur l'organisation et l'aménagement du temps de travail.
- [44] Le directeur a pris une décision¹⁶ qui est à la fois conforme au principe d'égalité, de légalité¹⁷ comme au principe de réalité, en instituant un nouveau régime d'organisation de travail et en sollicitant les pôles pour une application plus concertée de sa mise en œuvre :

Extrait de la décision du directeur

*Article 1 : A partir du 1^{er} octobre 2014, la durée quotidienne de référence du travail est réajustée à 7h36 pour l'ensemble des personnels non médicaux.
La durée hebdomadaire de référence est portée à 38 heures par semaine pour ces agents, quels que soient leurs grades et leurs fonctions.*

Article 2 : Dans le respect de l'obligation annuelle de service et de la durée hebdomadaire fixée à l'article 1 ci-dessus, les chefs de pôle peuvent proposer l'application d'une durée quotidienne différente, pour certains emplois déterminés, si l'intérêt du service le justifie.

¹⁵ Décision du Tribunal Administratif de Melun du 23 août 2014

¹⁶ Cf. pièce jointe n° 5 : Décision 2014-61 portant organisation du temps de travail pour mise en application au 1^{er} octobre 2014 repoussée au 1^{er} novembre 2014.

¹⁷ CA de Marseille 25 avril 2014. : Communauté Urbaine Marseille Provence Métropole, AJDA 2014 p 1891 rappelle le principe selon lequel la durée annuelle de travail effectif est de 1605 heures. (Sur une pratique locale du fini parti).

- [45] Sur la base de l'article L 6143-7 du code de la santé publique, la mise en œuvre d'un nouveau régime de temps de travail s'impose. En ce sens, l'actuelle direction a respecté à la fois le droit et l'esprit de la réforme en permettant une concertation au sein des pôles afin de trouver des aménagements prenant en compte la spécificité de certaines activités en milieu psychiatrique. Ceci a conduit la direction à accepter une nouvelle organisation sur la base de 18 RTT auxquels a été ajoutée une tolérance de deux jours en dehors du cycle pour heures complémentaires. Ce qui ramène les droits à RTT de 27,5 jours à 18 + 2 jours.
- [46] Pour faciliter cette mise en œuvre, la direction a reporté au **1^{er} novembre 2014** la mise en place de la nouvelle organisation du temps de travail.
- [47] Le conflit est toujours d'actualité¹⁸. Il a été marqué par des comportements violents et des dégradations par des auteurs agissant masqués et un blocage des admissions, ce qui a conduit la direction à déposer un référé au tribunal administratif sollicitant le recours à la force publique et une astreinte de 300 € par jour à charge des acteurs. La note de contexte de la direction ci-jointe¹⁹ fait état de cette situation. La mission a eu connaissance d'agissements qui sortent largement du cadre des négociations notamment par la volonté de grévistes se substituant à l'autorité ayant pouvoir d'admettre un patient²⁰. Le respect des règles de droit, doit en tout état de cause, constituer un préalable mais ce type de comportement illustre une situation anormale à bien des égards²¹.
- [48] Ce conflit révèle les difficultés de l'établissement pour revenir à un fonctionnement légal et un climat social respectueux des personnes comme des exigences de service public. Il marque néanmoins une double rupture :
- L'intervention du juge administratif a permis de rappeler le cadre dans lequel s'exerce le dialogue social et à réaffirmer la compétence du directeur pour déterminer après concertation une organisation du travail.
 - L'intervention de l'ARS a permis de rappeler que le directeur était légitime et que l'application du principe de subsidiarité lui interdisait d'intervenir dans la définition d'une organisation interne. Jusqu'alors la pratique antérieure consistait à contourner le directeur par un appel aux autorités extérieures, facteur qui renforçait la faiblesse de la direction.
- [49] Les organisations syndicales ont toujours revendiqué une légitimité institutionnelle avec parfois l'appui de la communauté médicale face à la légalité du pouvoir de direction qualifiée d'extérieure. Ce discours entre une légitimité interne détenue par les acteurs locaux face à une légalité externe allait de pair avec le droit de demander de financer les incidences de cette revendication.
- [50] En volume, l'activité n'a pas souffert du mouvement social et des grèves répétées. On note même une légère progression sur la période étudiée comme le montre le tableau ci-dessous.

Tableau 6 : Comparaison de l'activité sur les 9 premiers mois des années 2013 et 2014

	DU 01/01/2013 au 30/09/2013	DU 01/01/2014 au 30/09/2014
Entrées	3 034	3 235
Journées HC	136 107	143 073
Journées HDI	21 275	22 868

Source : GHPG, octobre 2014.

¹⁸ L'ordonnance du 23 octobre 2014 du TA de Melun conclu dans son article 1^{er} qu' « il n'y a plus lieu à statuer sur les conclusions de la requête tendant à l'évacuation des occupants sans titre de l'établissement public de santé Paul-Guiraud au besoin avec le concours de la force publique ».

¹⁹ Cf. pièce jointe n° 6 : Note du 16 octobre 2014 de la direction du GHPG adressée à l'ARS et à la Préfecture.

²⁰ Cf. pièce jointe n° 7 : Un certain "comité de grève" apostille le bulletin d'admission d'un patient, anonymisé par la mission.

²¹ Cf. pièce jointe n°7, *op. cit.*

[51] Cette approche purement quantitative ne fait pas état des difficultés rencontrées dans la prise en charge des patients pendant cette période.

3 LA SITUATION DU GHPG AU TERME DE LA MISSION D'APPUI

3.1 Le chemin réalisé entre le 1er juillet et le 1er novembre 2014

[52] Au terme de la première étape, la mission d'appui Conseil avait formulé des recommandations qui ont servi de base pour l'élaboration d'une feuille de route. Ces recommandations s'attachaient à répondre aux objectifs posés dans la lettre de mission :

- Sur la gouvernance de l'établissement,
- Sur le schéma directeur des investissements,
- Sur le projet d'établissement et sa déclinaison territoriale.

Tableau 7 : Etat d'avancement de la mise en œuvre des recommandations issues de la note d'étape n° 1 au 1er novembre 2014.

N°	Recommandation	Modalités de travail de la mission	Responsable du dossier	Situation au 1 novembre	Etat au 1 ^{er} novembre 2014
<i>Sur la gouvernance de l'établissement</i>					
1	Gérer la transition avec le changement de directeur et l'intérim de direction confiée à Nicole Pruniaux.	Poursuivre le travail mis en œuvre avec l'ARS	ARS + mission IGAS	Transition réalisée de manière optimale	acté
2	Définir un profil de poste visant à rechercher un cadre de direction expérimenté, chef d'établissement, et ayant surmonté une expérience de climat social difficile.	Proposer un profil de poste en lien avec l'ARS et le CNG	ARS + Mission IGAS	Document réalisé en annexe	acté
3	Organiser une réunion de travail avec le DG d'ARS et le président de la CME pour rappeler les règles institutionnelles validées. Il en est de même après l'élection du nouveau président du conseil de surveillance.	Participation à la réunion	Mission IGAS	Réunion programmée	En cours
<i>Sur le schéma directeur des investissements</i>					
4	Externaliser la blanchisserie et inscrire sans délai le projet restauration dans un projet médico-administratif.	Finalisation du projet	GHPG ARS	Validation du projet en cours pour présentation Septembre 2015	acté
5	Etablir une cartographie des unités de production par territoire et articuler les projets de réalisation en recherchant l'optimisation des ces unités.	Lancement d'une démarche de territoire	ARS	Document à produire par l'ARS en juin 2015	En cours
<i>Sur le projet d'établissement et sa déclinaison territoriale</i>					
6	Mettre en œuvre les projets offrant une visibilité forte et engendrant un coût compatible avec un accompagnement ARS pour 2014, et un redéploiement interne dès 2015.	Acter les opérations	GHPG	Validation et saisine des instances CME et CTE en octobre 2014	acté
7	Engager une étude concernant le Sud du département des Hauts de Seine sur l'implantation avec en perspective un nouveau modèle institutionnel.	Elaborer plusieurs scénarios et analyse comparative	ARS GHPG + Mission IGAS	Octobre 2014 accord de l'ARS	Attenter de l'appel à projet des suites du nord des Hauts-de-Seine, mars 2015
8	Définition des activités médicosociales ou régionales USIP à intégrer dans le projet d'investissement et localisation	Formalisation du transfert de l'enveloppe psychiatrie au médicosocial	ARS + Mission IGAS	Projet acté et à valider pour la procédure budgétaire 2015	acté
9	Mise en œuvre de la nouvelle organisation de travail	Prise de la décision formalisant la nouvelle organisation	GHPG	Réalisation au 1 ^{er} Novembre	acté

- [53] Sur les 9 recommandations formulées en juillet 2014 :
- 5 sont actées
 - 2 sont en cours de réalisation
 - 2 sont validées mais seront actées en 2105
- [54] L'établissement a, par ailleurs, fait l'objet d'une certification avec réserve²² en février 2014 qui a justifié un suivi. La prochaine visite est prévue en 2016.

3.2 Le chemin qui reste à parcourir

3.2.1 Vers une gouvernance normalisée

- [55] La crise actuelle se termine avec une aspiration des acteurs de retrouver une vie institutionnelle normalisée. Pour la première fois depuis trois ans la CME a retrouvé un fonctionnement normal, avec des débats conduits sereinement et des avis rendus et formalisés.
- [56] La mission encourage vivement tous les acteurs à inscrire cette dynamique dans le temps afin qu'elle ne soit pas perçue comme une posture conjoncturelle liée au départ de l'ancien directeur.
- [57] Il est indispensable que les règles institutionnelles soient connues de tous et respectées.
- [58] La mission considère que cet établissement doit revenir à un fonctionnement normalisé. Les acteurs internes à l'origine des difficultés de cet établissement utilisent le caractère exceptionnel ou spécifique pour le maintien de pratiques ou de droits acquis contraires aux règles normales de fonctionnement de toute institution collective et que rien ne justifie. Le régime d'exception fait partie de la stratégie antérieure.
- [59] En parallèle, la mission s'est interrogée sur une éventuelle demande d'administration provisoire.
- [60] Selon la doctrine posée dans un rapport de l'IGAS sur les sept domaines pouvant justifier une mise en administration provisoire²³, un passage en revue des critères montrent que le GHPG n'est pas éligible :
- **Engager un plan d'action global** : le GHPG dispose d'un SDI, d'un PGFP. La mission a joué sur ce point le rôle d'aiguilleur.
 - **Provoquer des changements dans la direction de l'établissement** : le rapport précédent de l'Igas avait rejeté cette hypothèse et l'actuelle directrice par intérim jouit d'une forte légitimité.
 - **Redresser une gouvernance** : ce débat est récurrent au sein du GHPG et ne présente plus une acuité forte même si la vacance de poste du président du conseil de surveillance pose problème. La mission en consolidant le règlement intérieur du directoire a participé au règlement de cette difficulté.
 - **Etablir les bases du redressement financier** : l'analyse du CAA 2014 réalisée par la mission démontre que l'équilibre financier devrait être atteint en 2015.
 - **Reconstruire la relation avec le corps médical** : à ce jour, l'intérim de direction assuré par l'actuelle directrice montre une relation normalisée et empreinte de confiance.

²² Cf. pièce jointe n° 8 : Extrait du rapport de certification HAS du GHPG, "décision définitive de la HAS", janvier 2014, mis à jour en mai 2014. Une réserve majeure avec suivi avait été formulée lors de la première visite.

²³ Rapport RM 2012-130P portant sur la capitalisation sur les missions d'administration provisoire, Christian CAHUT et François MAURY, octobre 2012.

- **Revoir le management des ressources humaines** : le travail est en cours avec la révision de l'accord local RTT pour sa mise en conformité en termes de jours RTT générés d'une part et, dans le choix des nouvelles organisations de travail, d'autre part. Cette remise à plat participe pleinement au PRE comme le précise ce rapport.
- **Repositionner l'établissement au sein de son territoire** : ce travail est en cours avec l'ARS et la mission d'appui ayant permis une prospective plus ambitieuse.

[61] En conséquence, la mission ne retient pas l'hypothèse de l'administration provisoire et attire l'attention sur :

- la recherche d'un directeur ayant exercé comme chef d'établissement avec une carrière opérationnelle forte et une capacité à surmonter les conflits sociaux est fondamentale. Le fait qu'il ne soit pas issu de la région parisienne serait un facteur de réussite supplémentaire ;
- l'élaboration d'une lettre de mission lui précisant pour cinq années minimum les objectifs et lui attribuant une autonomie dans leur mise en œuvre comme dans le management de son organisation ;
- le suivi particulier des procédures en lien avec le CNG afin d'éviter un nouvel intérim qui maintiendrait une forme d'instabilité.

3.2.2 Vers une psychiatrie territorialisée

[62] Le volet territorial de la prise en charge de la santé mentale en Ile-de-France revêt plusieurs aspects structurants :

- La reconnaissance d'un territoire de vie. En l'espèce, les territoires n'épousent pas les contours des territoires administratifs départementaux mais se sont dessinés au fil du temps avec le poids de l'histoire, avec les voies de communication (réseaux de transports en commun, etc.) ou encore avec les lignes de fractures urbaines ;
- La reconnaissance des territoires de santé. Le projet de la nouvelle loi de santé interroge la pertinence de rattacher les hôpitaux psychiatriques à des groupements hospitaliers de territoire de santé soit médicaux soit exclusifs à la psychiatrie ;
- La revendication d'une spécificité psychiatrique en dehors de la prise en charge somatique aurait pour corollaire un rapprochement vers le secteur médicosocial ou social. Le risque à prévenir dans cette configuration serait de déconnecter le soin psychiatrique du soin somatique ;
- La prise en compte de la réforme territoriale. Dans le débat national, la région parisienne présente une particularité avec la nouvelle approche du territoire dessiné par les perspectives du Grand Paris structuré notamment autour des grandes voies de communication.

[63] A cette dimension territoriale, s'ajoute un volet commun à l'évolution de la santé avec :

- Les problématiques liées à la démographie médicale,
- La spécialisation des prises en charge et le débat sur l'intersectorialité,
- La notion de masse critique fonctionnelle mais aussi économique,
- Le vieillissement de la population,
- La prise en charge en aval des hospitalisés.

[64] Le cas du GHPG illustre bien le difficile positionnement des hôpitaux spécialisés en psychiatrie dans cet environnement territorial et médical en forte mutation.

- [65] Cet exemple pose avec acuité la nécessaire réflexion à porter sur la place des hôpitaux psychiatriques dans l'organisation des prochains « groupements hospitaliers de territoires »²⁴ et donc du service public territorialisé.
- [66] La mise en place d'un continuum de prise en charge entre la psychiatrie et les activités médico-sociales où les acteurs sont multiples et les nombreuses institutions, doit assurer la qualité et la sécurité, ainsi que l'accessibilité de la prise en charge.
- [67] Cette problématique est rendue plus complexe en région parisienne où l'histoire a fortement structuré l'organisation de la prise en charge de la santé mentale, organisation mise en cause par les territoires départementaux, les réseaux de transports et la place particulière de l'APHP. Ceci a abouti à des incohérences telles que la prise en charge hospitalière dans des structures situées dans des départements différents. Pour illustrer le propos, la mission retient trois exemples :
- les habitants du secteur 92G01 des Hauts-de-Seine (92) sont pris en charge dans le département du Val-d'Oise (95) ;
 - les habitants des secteurs 92G13 et 92G14 et 92G15 des Hauts-de-Seine (92) sont pris en charge dans le département du Val-de-Marne (94) ;
 - les habitants du secteur 92G10 et 92 G11 des Hauts-de-Seine (92) sont pris en charge dans le département de l'Oise (60) région Picardie.
- [68] Dans ce contexte, le devenir de l'hôpital Paul- Guiraud prend toute sa signification avec une double exigence :
- **Exigence de service public** et de réponse adaptée aux besoins : une mise en cohérence est indispensable car il n'est plus acceptable que des patients des Hauts de Seine soient hospitalisés en Picardie.
 - **Exigence de cohérence** : ne pas confondre la réponse fonctionnelle aux besoins, à la nature juridique de la personne qui y répond en relativisant le débat sur la réponse organique. En d'autres termes, ce qui importe est la recherche de la réponse la plus appropriée aux besoins de la population sans que le statut juridique de la structure ne puisse constituer un obstacle.
- [69] Le dispositif législatif²⁵ en cours de discussion devant le Parlement insiste bien sur cette double exigence :
- [70] Si le projet d'art. L. 3221-1 rappelle que : « La politique de santé mentale à laquelle l'ensemble des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux concernés, et notamment les établissements autorisés en psychiatrie contribue, est mise en œuvre par des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale, » c'est bien dans le cadre du **service territorial de santé** que l'action des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux doit s'inscrire avec la mise en œuvre des **contrats territoriaux de santé : Les établissements de santé assurant l'activité de psychiatrie de secteur participant au service territorial de santé au public**. Le projet d'article. L. 3221-3 rappelle que leur mission est de garantir à l'ensemble de la population :
- « 1° Un recours de proximité en soins psychiatriques, notamment par l'organisation de soins ambulatoires de proximité, y compris sous forme d'intervention à domicile, en lien avec le médecin traitant ;
- « 2° L'accessibilité territoriale et financière des soins psychiatriques ;

²⁴ Cf. débat portant sur la loi de santé en discussion.

²⁵ La mission retient ici uniquement les éléments centraux du projet sans méconnaître les évolutions possibles dans le cadre du débat parlementaire.

« 3° La continuité des soins psychiatriques, y compris par recours à l'hospitalisation, si nécessaire en lien avec d'autres acteurs afin de garantir l'accès à des prises en charge non disponibles en proximité.

- [71] Il incombera donc à l'ARS, selon les dispositions prévues au nouvel article L. 3221-4 -1, de « désigner les établissements de santé assurant la psychiatrie de secteur et pour chacun d'eux de leur affecter une zone d'intervention de telle sorte que l'ensemble de la région soit couvert ».
- [72] L'ARS a lancé en juin 2014 un appel à contributions pour la relocalisation des secteurs du Nord Hauts-de-Seine, considérés comme prioritaires par la Conférence de territoire. Les propositions en cours d'examen doivent aboutir à un scénario au premier trimestre 2015.
- [73] Dès le milieu de l'année 2015, l'ARS pourra donc engager la concertation pour arrêter la cible de réorganisation au centre et au sud du département.
- [74] La mission est consciente des difficultés de la tâche mais la réussite du projet parisien de psychiatrie autour du CH de Sainte Anne démontre que la dynamique est lancée en région parisienne sur un dispositif territorialisé reposant plus sur la réponse aux besoins que sur l'histoire des institutions.
- [75] Pour le GH Paul-Guiraud, la territorialisation de la psychiatrie conduira inévitablement à une organisation tripolaire de son dispositif.
- [76] En conséquence, la mission attire l'attention sur la nécessité de construire un projet médical autour de trois volets :
- Psychiatrie générale adulte des territoires des Hauts-de-Seine territorialisée sur ce département ;
 - Psychiatrie générale adulte des territoires du Val-de-Marne dans le cadre d'un GHT ;
 - Psychiatrie adulte spécialisée ou de recours à vocation régionale sur le site :
 - UMD, UHSA et USIP
 - Projet médicosocial

3.2.3 Vers une organisation hospitalière tripolaire

- [77] Conformément à la demande, la mission a travaillé avec le responsable de la mission santé mentale de l'ARS et les deux délégués territoriaux concernés (92 et 94). L'organisation hospitalière tripolaire ressort de ces échanges auxquels a participé la direction de l'établissement.
- [78] Par un jeu de dominos sectoriels successifs le parti pris, dans le choix de la configuration du nord du département des Hauts-de-Seine impactera l'organisation du sud du département mais également le site de Villejuif. Le transfert sur le territoire des Hauts-de-Seine des lits actuellement installés sur le site de Villejuif va libérer des surfaces complémentaires qui permettront au CH d'accueillir soit des activités à vocation régionale, soit des activités médicosociales en lien avec la destination de soin de santé mentale de cet établissement.
- [79] Le rôle départemental voire régional attribué au GH Paul-Guiraud dans la reconfiguration du Val-de-Marne constituera un autre pôle.

3.2.3.1 La fin du débat des Hauts-de-Seine

- [80] Le précédent rapport de la mission d'appui de juillet 2014 avait conclu à la nécessité de revoir l'organisation des Hauts-de-Seine dans une double finalité de réponse territoriale aux besoins de santé mentale et de priorisation des secteurs.
- [81] La relocalisation prioritaire sur le département des trois derniers secteurs des Hauts-de-Seine²⁶ dont l'hospitalisation est implantée à Villejuif a été prise en compte dans le projet médical révisé de l'établissement. Celui-ci a d'ailleurs engagé la réorganisation de ce territoire en deux secteurs au lieu de trois²⁷.
- [82] Cette réflexion devra prendre en considération deux principes qui avaient été affirmés dans le rapport²⁸ de décembre 2012 commandité par l'ARS auprès des Drs Lachaux, Metton et Pascal « *sur la relocalisation dans le département des Hauts de Seine des capacités d'hospitalisation situées hors département des secteurs de psychiatrie adulte* » à savoir :
- La notion de masse critique suffisante pour disposer à la fois d'une équipe médicale optimale et d'un nombre de lits suffisants. En ce sens, le regroupement de quatre secteurs s'impose comme point critique, les considérations médicales et de permanence de soins rejoignent les impératifs économiques de gestion ;
 - Le rejet de la création d'un site supplémentaire lequel présenterait des coûts de logistiques et de support élevés et injustifiés.
- [83] L'appel à projet lancé par l'ARS doit apporter une réponse au territoire Nord du département. Sur ces bases, il importe que l'ARS lance un appel à projet à l'instar de ce qui a été fait dans le nord ou en tire les conclusions pour trouver dans les réponses apportées dans le nord du département les acteurs susceptibles de porter le projet.
- [84] La conséquence de cet appel à projet est double i) faire émerger une nouvelle cohérence territoriale dans cet ensemble et ii) interroger le territoire du Val-de-Marne dans son organisation actuelle.
- [85] Concernant le Sud du département, la mission d'appui considère que les critères avancés par l'ARS pour le nord du département doivent également s'appliquer au sud : pas de création d'un nouveau site d'hospitalisation et de psychiatrie (critère de masse critique non satisfait pour deux secteurs, cohérence territoriale).
- [86] En conséquence, l'implantation des deux secteurs sur un autre établissement de santé mentale du sud ou du centre des Hauts-de-Seine doit être clairement inscrite dans les orientations stratégiques de l'établissement et dans la feuille de route du prochain directeur.
- [87] L'expérience montre qu'une telle implantation doit conduire au rattachement à un autre établissement de santé des Hauts-de-Seine, car la cohabitation avec plusieurs gestionnaires est génératrice de perte d'efficience.
- [88] La cohérence territoriale au sud des Hauts-de-Seine plaide pour que les secteurs dont l'hospitalisation est gérée par le Groupe Hospitalier Paul Guiraud - site de Clamart- intègrent ce même établissement.
- [89] Au-delà de cette seule relocalisation, les objectifs de cohérence territoriale, qui vont être renforcés dans le cadre de la future loi de santé, conduisent à s'interroger sur les coopérations et la gouvernance sur l'ouest du Val-de-Marne.

²⁶ Cf. pièce jointe n° 9 : Cartographie des secteurs de psychiatrie générale des Hauts-de-Seine.

²⁷ En réunifiant Boulogne dans un seul secteur et en rattachant Sèvres au secteur G13.

²⁸ Rapport d'étape du 18 décembre 2012 portant mission sur la relocalisation dans le département des Hauts-de-Seine des capacités d'hospitalisation situées hors département des secteurs de psychiatrie adulte, ARS Ile-de-France.

3.2.3.2 Le débat ouvert sur le Val de Marne

- [90] Avec 1,3 millions d'habitants, le Val de Marne connaît une organisation de la prise en charge de la santé mentale multiple et complexe²⁹. Avec 17 secteurs de psychiatrie adulte et six acteurs dont deux dépendent de l'APHP, l'organisation sectorielle repose sur un découpage territorial dont la cohérence n'apparaît pas et avec une multiplicité d'acteurs qui rend difficile une approche concertée.
- [91] Le CH Paul Guiraud avec ses six secteurs couvrant 31 % de la population du Val de Marne est le deuxième acteur après le CH des Murets qui, avec cinq secteurs prend en charge 33,5 % de la population et avant l'APHP, qui avec le GH Mondor et P.Brousse représente avec ces deux établissements quatre secteurs et concerne 20,9 % de la population.
- [92] Le CH Esquirol et le CH Villeneuve Saint-Georges avec chacun un secteur, couvrent respectivement 8,2% et 5,9 % de la population. A ce dispositif et sans évoquer la question spécifique de la pédopsychiatrie³⁰, l'organisation du Val-de-Marne s'appuie sur une offre de soins non sectorisée et /ou associative relativement conséquente³¹.
- [93] Compte tenu du poids de la population originaire du département des Hauts de Seine qui représentent 59 % de la file active en hospitalisation complète, la question de l'équilibre général du GH Paul- Guiraud se posera inéluctablement.
- [94] Sur le Val-de-Marne, le futur schéma des GHT devra permettre au Groupe Hospitalier Paul Guiraud d'être pleinement membre d'un GHT, qu'il soit « tous parcours » ou bien dédié au parcours santé mentale.

3.2.3.3 Le débat sur le site de Villejuif

- [95] Le départ des lits d'hospitalisation du site de Villejuif à destination d'un site des Hauts-de-Seine va libérer près de 7800 m² sur cinq pavillons lesquels permettraient d'accueillir des activités régionales ou départementales.
- [96] Le fonctionnement de l'UMD et de l'UHSA représentent une enveloppe de dépenses directes de près de 11 M€ avec 15 ETP de praticiens et 202 ETP de personnel non médical (PNM).
- [97] L'USIP en projet représente une enveloppe estimée à près de 7 M€ avec un effectif prévu de 36,5 ETP de PNM et de 3,5 postes de praticiens.
- [98] En parallèle à sa mission de secteur, le GHPG doit s'interroger sur le devenir des unités non sectorisées que sont l'UMD et l'UHSA et peut-être demain l'USIP mais aussi sur sa fonction départementale autour d'une problématique propre à la psychiatrie de secteur : le devenir des patients hospitalisés en psychiatrie faute de structures adéquates en aval.
- [99] Le devenir de ces patients qui sont commun à tous les établissements hospitaliers et à tous les secteurs de psychiatrie se pose : comment orienter des patients de longue durée dans des structures adaptées et qui ne peuvent être pris en charge ni par le secteur médico-social ni par le secteur de psychiatrie. La prise en charge de ces patients se pose et conforte une solution territoriale départementale et non purement sectorielle.

²⁹ Cf. pièce jointe n° 10 : Cartographie des secteurs de psychiatrie générale des Hauts-de-Seine Sud et Val-de-Marne rattachés au GHPG.

³⁰ Organisation de la pédopsychiatrie en six inter secteurs dont trois rattachés au CH Esquirol.

³¹ A l'image des hôpitaux de jour d'Orly, Chevilly-Larue, du dispositif de l'Union pour la défense en santé mentale (UDSM), des maisons de santé de Nogent, de Saint-Mandé et des services non sectorisés des hôpitaux K. Bicêtre et de P.Brousse, Charles Foix et H Mondor dépendant de l'APHP.

- [100] Actuellement, le site héberge une unité d'hospitalisation de ces patients relevant des Hauts-de-Seine. Cette unité de 30 lits rendant un service indéniable et au statut difficilement classable constitue une difficulté pour la communauté médicale tout comme pour l'ARS dans sa reconnaissance officielle. Au 1^{er} octobre, cette unité accueillait 28 patients dont 23 s'inscrivaient dans une nouvelle démarche de soins mais 12 restaient sans perspective de sortie, et ce malgré le gel de toute nouvelle entrée par la nouvelle direction.
- [101] La mission a pu constater que ce diagnostic est partagé par l'ARS et l'établissement. Ce dernier s'inscrit dans une stratégie locale comme acteur du département du Val-de-Marne avec une double vocation sectorielle et territorialisée intégrant les deux dimensions départementales et régionales.
- [102] En conséquence, la mission estime que l'avenir du GHPG s'inscrit dans cette approche tripolaire.

4 LES RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

- [103] L'avenir de l'établissement s'inscrit à la fois dans la réponse à l'évolution des besoins de la population et aux nouveaux comportements des acteurs et non à la reconduction d'un modèle institutionnel dépassé. En cela, la stratégie de GHPG doit intégrer des évolutions aussi diverses que :
- La recherche de cohérence et de lisibilité dans les parcours de soins, au-delà des ruptures successives : les patients et leurs proches sont en attente d'une meilleure compréhension des choix thérapeutiques et de l'articulation des différentes modalités de prises en charge, y compris somatiques. Cela nécessite en particulier une meilleure coordination, comprenant la formalisation d'un référent du parcours de soins. Ceci a pour conséquence l'émergence d'une équipe référente, médicale et soignante, pour le suivi régulier des personnes hébergées ou prises en charge.
 - La hausse constante de la demande de soins par des personnes qui n'ont pas les moyens de faire appel à l'offre libérale et privée et des besoins de prise en charge du lien addictions/psychiatrie.
 - Le besoin d'interventions à domicile, sous des formes distinctes : HAD, VAD, et la gestion de crise mais également le besoin de places dans des structures et services sociaux ou médico-sociaux: enfants, adultes, personnes âgées.
 - La demande d'expertises sur des situations particulières et demande d'information / formation aux spécificités de la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques.
 - Les demandes judiciaires: expertises, injonction de soins, prise en charge des auteurs de violences sexuelles, consultations post-carcérales, impact de la loi du juillet 2011 sur les soins sans consentement, participation à la prise en charge des détenus nécessitant des soins psychiatriques..
 - Les besoins de prévention auprès des PMI, de l'ASE, des écoles (médecine scolaire), des entreprises (médecine du travail).
- [104] Cette évolution doit être appréhendée dans un dispositif qui fasse de la proximité et du maintien à domicile les deux principes d'organisation avec pour corollaire une gestion mutualisée des compétences spécialisées.
- [105] C'est dans la mise en œuvre d'un GHT autour de territoires repensés et de compétences partagées que la mission du CHPG doit être définie apportant son savoir faire sectoriel comme ses valeurs ajoutées départementales et régionales et non dans un singularisme institutionnel et social qui ne peut que le conduire à un isolement progressif et dangereux pour son avenir.

[106] Dans l'élaboration de cette stratégie, deux écueils sont à éviter et deux dynamiques sont à capitaliser :

- Le premier écueil serait de globaliser et de lier la réponse du GH Paul- Guiraud à la question de la problématique générale de la prise en charge de la santé mentale dans la région parisienne. L'ampleur de la tâche, la complexité des situations, la peur des réactions conduiraient naturellement à abandonner ce projet ou à le reporter dans l'attente d'une solution globale difficilement accessible.
- Le second serait de lier cette réponse à la question de la réforme territoriale, en reportant le débat et les décisions à une date ultérieure ce qui reviendrait à le reporter *sine die*.

[107] Deux dynamiques sont à intégrer dans cette même perspective :

- La dynamique territoriale avec la constitution d'un groupement hospitalier de territoire qui préfigurerait à terme une recomposition institutionnelle et une réorganisation du dispositif des Hauts-de-Seine ;
- La dynamique propre à l'établissement qui doit démontrer sa capacité à sortir d'un fonctionnement hors du commun et à revenir dans une démarche apaisée et constructive.

Signataires du rapport

Mustapha KHENNOUF

Jean-Paul SEGADE

LISTE DES ANNEXES

Annexe n°1	Note d'étape 2014-044N1, mission d'appui Conseil auprès de l'ARS concernant le GHPG (Villejuif), juillet 2014.
------------	--

**ANNEXE N°1 : NOTE D'ETAPE 2014-044 N1,
MISSION D'APPUI CONSEIL AUPRES DE L'ARS
CONCERNANT LE GHPG (VILLEJUIF), JUILLET
2014**

La note est annexée au compte rendu.



Inspection générale
des affaires sociales

Mission d'appui Conseil
auprès de l'ARS Ile-de-France
concernant le groupe hospitalier Paul Guiraud
(Villejuif)

NOTE D'ETAPE

Établie par

Mustapha KHENNOUF

Jean-Paul SEGADE

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

- Décembre 2014 –

2014-044N1

SOMMAIRE

SOMMAIRE.....	3
MISSION D'APPUI AUPRES DE L'ARS ILE-DE-FRANCE CONCERNANT LE GROUPE HOSPITALIER PAUL GUIRAUD (VILLEJUIF).....	5
1 L'ACCORD DE GOUVERNANCE A ETE VALIDE PAR LES ACTEURS INSTITUTIONNELS MEME S'IL DEMEURE FRAGILE	7
1.1 Le cadre général supervisé par la mission d'appui IGAS est équilibré.....	7
1.2 Une mise en œuvre qui appelle une vigilance pour assurer la pérennité d'un retour à un fonctionnement institutionnel rasséréiné.....	8
2 LES ORIENTATIONS STRATEGIQUES PORTANT SUR LA REVISION DU PROJET MEDICAL ONT ETE FIXEES AUTOUR D'UNE DEMARCHE PARTICIPATIVE ET CONSENSUELLE.....	9
2.1 Un projet médical révisé et complété avec la participation active de la communauté médicale.....	9
2.1.1 Une révision qui s'inscrit dans le CPOM et dans le SROS	9
2.1.2 Un phasage du déploiement des projets à engager sans délai.....	10
2.2 Des marges financières se dégagent et devraient permettre le déploiement des projets médicaux	11
2.2.1 La trajectoire d'amélioration des comptes est positive et mérite d'être consolidée	11
2.2.2 Le retour à une organisation normalisée du temps de travail participera de cette consolidation	12
3 DES GRANDS PRINCIPES ONT PRESIDE AU CHOIX DU SDI	13
3.1 Le recentrage du programme d'investissement permet de clarifier les grandes orientations du schéma directeur immobilier.....	13
3.2 Des choix sur les localisations fondés sur une vision territoriale des besoins de la population ...	15
3.2.1 Le choix de la localisation de la structure d'hospitalisation	15
3.2.2 Un nouveau modèle territorial.....	15
4 LES RECOMMANDATIONS DE LA MISSION D'APPUI	16
4.1 Sur la gouvernance de l'établissement	16
4.2 Sur le schéma directeur des investissements	17
4.3 Sur le projet d'établissement et sa déclinaison territoriale.....	17
RECOMMANDATIONS DE LA MISSION.....	19
LETTRE DE MISSION.....	21
LISTE DES PERSONNES RENCONTREES.....	23
LISTE DES ANNEXES	25
ANNEXE N°1 : FEUILLE DE ROUTE ET CALENDRIER DE LA MISSION D'APPUI	27
ANNEXE N°2 : ANALYSE FINANCIERE DU GHPG FIN JUIN 2014	29
LISTES DES PIECES JOINTES.....	31
PIECE JOINTE N°1 : LETTRE DE MISSION DU 8 JANVIER 2014 DU DG ARS A NICOLE PRUNIAUX, CHARGEE DE MISSION AU SEIN DU GHPG	32

PIECE JOINTE N°2 :.....	35
PIECE JOINTE N°3 : MOTION DE LA CME EN DATE DU 11 JUIN RELATIVE A L'ORGANISATION DU TEMPS DE TRAVAIL.....	37
PIECE JOINTE N°4 : AVENANT DU 14 MAI 2014 AU PROJET MEDICAL DU GHPG.....	39
PIECE JOINTE N°5 : RECAPITULATIF DES SOUS PROJETS MEDICAUX DU GHPG ANNEXE A L'AVENANT PROJET MEDICAL DE L'ETABLISSEMENT	45
PIECE JOINTE N°5 BIS : ETUDE DE FAISABILITE FINANCIERE DE L'AVENANT AU PROJET MEDICAL.....	47
PIECE JOINTE N°6 : CARTE DU DEPARTEMENT DES HAUTS-DE-SEINE ; SECTEURS DE PSYCHIATRIE GENERALE.....	51
PIECE JOINTE N°7 : ACCORD DE GOUVERNANCE DU GHPG DU 13 MAI 2014.....	53
PIECE JOINTE N°8 : REGLEMENT INTERIEUR DU DIRECTOIRE DU 13 MAI 2014.....	61

MISSION D'APPUI AUPRES DE L'ARS ILE-DE-FRANCE CONCERNANT LE GROUPE HOSPITALIER PAUL GUIRAUD (VILLEJUIF)

- [1] Par courrier en date du 5 février 2014, la ministre des affaires sociales et de la santé a demandé au chef de l'IGAS de diligenter une mission d'appui et de conseil auprès de l'ARS Ile-de-France concernant le groupe hospitalier Paul Guiraud à Villejuif (GHPG).
- [2] Cette mission a été confiée à Jean-Paul Ségade et Mustapha Khennouf, membres de l'inspection générale des affaires sociales. L'intervention prévue auprès de l'ARS Ile-de-France en appui à l'élaboration des orientations stratégiques et du schéma directeur immobilier ainsi qu'à l'élaboration d'un accord de gouvernance au sein du GHPG a débuté en mars 2014.
- [3] Le GHPG est un établissement public de santé qui connaît depuis de nombreuses années des difficultés de gouvernance avec des conflits persistants en son sein. La situation fortement dégradée a justifié une mission de contrôle qui a rendu ses conclusions à la ministre en décembre 2013. La présente mission d'appui s'inscrit dans le prolongement de cette mission de contrôle.
- [4] Le rapport de l'IGAS¹ a pointé un « déficit de définition d'orientations stratégiques, des problèmes de gouvernance, un climat social difficile dans un contexte de retour à l'équilibre budgétaire ainsi que l'existence de conflits anciens freinant toute évolution positive de la situation de l'établissement ».
- [5] Dans son rapport, la mission a formulé deux séries de recommandations : une première série (cf. infra 1 à 4) fixant des objectifs à atteindre et une seconde (cf. infra 5 et 6) préconisant des moyens à mettre en œuvre. Ces recommandations sont assorties de la désignation de responsables d'actions et d'un délai de mise en œuvre.
- [6] Les recommandations formulées sont les suivantes :
1. Faire un avenant au projet d'établissement, sur la base d'un projet médical reformulé ;
 2. Redonner à l'établissement des marges de manœuvre budgétaires lui permettant de poursuivre sa modernisation par la mise en œuvre d'un plan de retour à l'équilibre ;
 3. Rénover les modes de gouvernance ;
 4. Corriger les points critiques constatés dans la gestion des ressources de l'établissement ;
 5. Inscrire dans le CPOM, avec un échéancier, les éléments majeurs de la feuille de route, et veiller à un suivi et un accompagnement fort par l'ARS Ile-de-France de ces engagements ;
 6. Mobiliser une mission d'appui et de conseil auprès de l'ARS Ile-de-France pour accompagner l'établissement dans la mise en œuvre de sa feuille de route.

¹ Rapport RM 2013-101R, Contrôle du fonctionnement du GHPG, Michel Calmon, Claude Lavigne et Alain Lopez, décembre 2013.

1. Le contexte de lancement de la mission

- [7] Antérieurement à la lettre de mission de la ministre du 5 février 2014, le directeur général de l'ARS Ile-de-France a transmis un courrier en date du 17 décembre 2013 au chef de l'IGAS dans lequel il est acté que les six recommandations du rapport « *[seront] intégrées et déclinées dans le CPOM de l'établissement dont la rédaction interviendra au cours du premier semestre [2014]* ».
- [8] De son côté, l'ARS Ile-de-France accompagne le GHPG dans la mise en œuvre d'une feuille de route établie sur la base des recommandations formulées dans le rapport de l'IGAS. Pour cet accompagnement, le DG de l'ARS Ile-de-France a missionné Nicole Pruniaux², directrice d'hôpital pour assister le directeur du GHPG afin de mettre en œuvre les recommandations du rapport de l'IGAS dans le respect des attributions du chef d'établissement.
- [9] Cet élément nouveau a justifié une définition précise de la mission d'appui de l'IGAS à la fois sur ses modalités comme sur son calendrier. La mission s'est attachée à répondre à la demande en orientant ses travaux autour des trois axes suivants :
- un accord de gouvernance ;
 - des orientations stratégiques ;
 - des principes du schéma directeur immobilier.
- [10] La mission rend ses premières conclusions fin juillet 2014 conformément aux termes de la note de cadrage. Toutefois, une demande de prorogation jusqu'à début novembre 2014 de la mission d'appui a été formulée par le DG ARS. Cette demande est liée à une dégradation du climat social en raison de l'ouverture des discussions engagées autour de la révision de l'accord local RTT. Un risque de déstabilisation pèse fortement sur l'équipe de direction.

2. La commande

- [11] La mission intervient dans un contexte de climat social toujours tendu et les évolutions de la situation restent fortement médiatisées.
- [12] Le cadre d'intervention de la mission est précisé par la lettre de mission. Cette mission n'a pas vocation à rediscuter les recommandations du rapport précédent mais à veiller à l'engagement effectif du plan d'actions en évitant l'enlisement qui constitue un risque majeur pour l'immobilisme. C'est pourquoi, une feuille de route avec un calendrier³ ont été élaborés de concert avec les trois parties : ARS, Etablissement et mission IGAS.
- [13] La mission qui n'a pas vocation à intervenir directement auprès du GHPG mais bien en appui de l'ARS Ile-de-France a souhaité la désignation d'un interlocuteur privilégié au niveau de l'ARS. Pour assurer le suivi opérationnel de la mise en œuvre des recommandations, le DG ARS Ile-de-France a désigné Philippe Guinard, référent Santé Mentale.

3. Les objectifs de la mission et la méthode

- [14] La mission a effectué une première série de rencontres avec les référents de l'ARS (dont les délégués territoriaux compétents) et la direction du GHPG. Une feuille de route a été établie conjointement avec l'ARS, l'établissement et la mission IGAS sur la base des recommandations formulées dans le rapport. Les recommandations relatives à l'élaboration des orientations stratégiques et du schéma directeur immobilier ainsi qu'à l'élaboration d'un accord de gouvernance ont fait l'objet d'un calendrier de travail en portant sa vigilance sur les points suivants :
- le chemin à suivre en identifiant les points critiques et les délais nécessaires pour les actions ;

² Cf. pièce jointe n° 1 : Lettre de mission du DG ARS Ile-de-France à Mme Pruniaux en date du 8 janvier 2014 fixant son cadre d'intervention au sein du GHPG.

³ Cf. annexe n° 1 fixant la feuille de route et le calendrier de la mission d'appui.

- les principes à poser sur le projet médical intégré dans le plan régional de santé mentale ;
- la gouvernance interne de l'hôpital à réviser.

[15] Par ailleurs, il a été nécessaire de préciser :

- la mission confiée à Nicole Pruniaux, sa place et son rôle au sein de l'établissement ;
- le rôle des délégués territoriaux dans la stratégie d'implantation des nouvelles structures en lien avec le plan régional de santé mentale.

[16] La mission tient à saluer la qualité d'interlocuteur central tenu par Philippe Guinard. Son engagement dans le suivi de ce dossier, son contact relationnel et son écoute permanente dans un contexte globalement tendu a grandement facilité la conduite des travaux.

[17] La mission relève une nette dégradation du climat social consécutive à l'ouverture des discussions dans le cadre de la renégociation du protocole d'accord RTT (cf. 2.2.2) de nature à fragiliser davantage une situation déjà délicate. A tout instant, il y a un risque de rupture entre la direction, la communauté médicale et les organisations syndicales⁴.

[18] La mission d'appui a pu mener ses travaux en conformité avec la lettre de mission de la ministre mais appelle à une vigilance accrue car les équilibres sont fragiles et, plus grave encore, des attaques personnelles et récurrentes se sont multipliées récemment.

1 L'ACCORD DE GOUVERNANCE A ETE VALIDE PAR LES ACTEURS INSTITUTIONNELS MEME S'IL DEMEURE FRAGILE

1.1 Le cadre général supervisé par la mission d'appui IGAS est équilibré

[19] Pour asseoir une gouvernance stable et pérenne, la mission IGAS a recommandé la rédaction de deux documents distincts : un accord de gouvernance et un règlement intérieur du directoire. En effet, le premier constitue un cadre fixant les modalités de travail entre le directeur et le président de CME, le second a une fonction plus institutionnelle en lien direct avec le fonctionnement du directoire et s'inscrivant dans le règlement intérieur de l'établissement.

[20] Les rédactions du protocole de gouvernance et du règlement intérieur du directoire ont été finalisées lors d'une réunion tenue à l'IGAS le 12 mai en présence des représentants de l'ARS Ile-de-France, de l'établissement et de la mission. Le passage de ce document auprès des instances compétentes a été programmé dans la foulée⁵.

[21] Pour mener à bien cette rédaction, la mission a préconisé l'utilisation du protocole d'accord conclu entre la conférence des directeurs généraux de centre hospitaliers avec la conférence des présidents de CME des centres hospitaliers.

[22] Un consensus s'est dégagé assez rapidement grâce à une participation active et constructive des principaux acteurs de l'établissement.

[23] A bien des égards, ce travail de formalisation a pu être conduit avec la célérité nécessaire en particulier en raison de l'investissement et de la confiance accordée par le président de la CME et le directeur à Nicole Pruniaux qui a été un intermédiaire efficace et une médiatrice utile.

4

⁵ Cf. annexe 1 *op.cit.*.

[24] Si ce point est à souligner et à porter au crédit de la directrice mise à disposition de l'établissement, la rupture et l'absence de dialogue direct entre le président du directoire, chef d'établissement et le vice président, président de CME sont toujours à l'œuvre. La directrice joue un rôle essentiel de « tiers de confiance » et est un trait d'union permanent entre les deux protagonistes.

1.2 Une mise en œuvre qui appelle une vigilance pour assurer la pérennité d'un retour à un fonctionnement institutionnel rasséréiné

[25] Actuellement, le président de la CME et le directeur entretiennent des relations de méfiance voire de défiance sur certains dossiers. Le climat de confiance n'existe plus et il est nécessaire d'avoir recours à un tiers de confiance en permanence.

[26] Les antagonismes et les oppositions frontales entre le directeur et le président de la CME constituent un frein majeur pour le bon fonctionnement de l'établissement. Il n'appartient pas à la mission de porter un jugement et encore moins de prendre position. La mission précédente a eu l'opportunité de mesurer le travail accompli par l'actuel directeur et n'a pas demandé son éviction de la tête de l'établissement. Dès lors, la reconnaissance de son travail et de son engagement institutionnel reconnu par la précédente mission, le directeur a émis la volonté de solliciter une mutation. Puis dans un deuxième temps avec la directrice du CNG, il a évoqué la possibilité d'être placé en recherche d'affectation sur sa demande. A ce jour, la situation n'est pas définitivement tranchée et la mission ne possède pas d'information complémentaire.

[27] Pour autant, la mission formule une recommandation pour une transition souple et sereine. Dans l'optique de ce départ qui devrait intervenir avant la fin d'année 2014, la mission estime que des éclaircissements s'imposent et que le calendrier soit déterminé préalablement à toute décision. C'est une condition pour une gestion anticipée.

[28] L'établissement souffre d'un mal endémique comme en témoigne l'instabilité de la fonction de chef d'établissement. Au cours des vingt dernières années, six directeurs ont exercé les fonctions de chefs d'établissements avec des durées d'exercice particulièrement brèves (hors périodes d'intérim). Ainsi, se sont succédés les directeurs suivants :

- ✓ Roger BUSCHBAUM : novembre 1988 à décembre 1992 (4 ans) ;
- ✓ Jacques COZ : décembre 1992 à janvier 1997 (4 ans) ;
- ✓ Nicole PRUNIAUX : mai 1997 à septembre 1999 (2,5 ans) ;
- ✓ Gilles BAROU : janvier 2000 à décembre 2003 (4 ans) ;
- ✓ Eric GRAINDORGE : avril 2004 à mai 2009 (5 ans) ;
- ✓ Henri POINSIGNON : depuis octobre 2009 à ce jour (près de 5 ans).

[29] La direction de l'établissement s'est toujours caractérisée par une grande instabilité et des difficultés à construire un projet dans la sérénité. La situation finit souvent par se dégrader et des conflits durs prennent le pas sur la discussion. Les rapports de force s'exacerbent et les projets nés de sortie de crise ne sont pas satisfaisants. Les raisons sont sans doute multiples et la mission n'a pas vocation à étudier ce phénomène. La déstabilisation de l'équipe de direction, l'absence de continuité ôte toute pérennité aux projets. Les négociations sont très difficiles. Des ruptures résultent de ses tensions. Il en ressort un immobilisme préjudiciable à l'évolution positive de l'établissement.

[30] C'est pourquoi, aujourd'hui, il importe que la phase intérimaire entre le départ du directeur prévu le 1^{er} septembre 2014 et l'arrivée du nouveau directeur ne serve pas de prétexte à un nouveau blocage des institutions et que les axes stratégiques fixés dans le projet d'établissement et du CPOM puissent être déployés.

- [31] Il importe que le choix d'un nouveau directeur se fasse sur la base d'un profil de poste prenant en compte les caractéristiques de cet établissement et notamment que le candidat retenu ait exercé comme chef d'établissement avec une capacité à surmonter les risques sociaux avec les organisations syndicales à l'aide d'un dialogue social rénové et exigeant tant la situation est dégradée et en raison de nombreux chantiers à conduire. On ne peut pas imaginer que ce climat social puisse s'améliorer à court terme ; l'ouverture des négociations sur le protocole RTT laisse présager des tensions sociales fortes au moins jusqu'à la fin de l'année 2014 et exacerbées par la perspectives des prochaines élections professionnelles⁶
- [32] Dans les éléments de déstabilisation, la récente démission du président du conseil de surveillance sur la base du retour à la normale concernant le nombre de jours de RTT, est un facteur supplémentaire de fragilisation. Cette posture relève davantage de jeux locaux voire internes à l'établissement comme le montre d'ailleurs la motion de la CME⁷ relative à l'organisation du temps de travail, révélatrice d'une attitude institutionnelle loin des enjeux réels du service public hospitalier. La solution de formaliser les relations de travail doit permettre de clarifier le rôle de chaque acteur et de rappeler les principes de gouvernance.

2 LES ORIENTATIONS STRATEGIQUES PORTANT SUR LA REVISION DU PROJET MEDICAL ONT ETE FIXEES AUTOUR D'UNE DEMARCHE PARTICIPATIVE ET CONSENSUELLE

2.1 Un projet médical révisé et complété avec la participation active de la communauté médicale

2.1.1 Une révision qui s'inscrit dans le CPOM et dans le SROS

- [33] Compte tenu de la nécessité de faire évoluer le projet médical au regard du contexte général dans lequel se trouve le GHPH, et en particulier suite à la signature du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens le 9 avril 2014 entre l'établissement et l'ARS, la révision du projet médical voté en 2012, s'est traduite par l'adoption d'un avenant au projet médical, le 14 mai 2014.
- [34] Des groupes de travail multidisciplinaires travaillant sur le projet médical depuis 2013 ont permis de définir les priorités à savoir l'amélioration du parcours de soins, le développement des alternatives à l'hospitalisation et l'accompagnement de la restructuration de l'offre de soins sur les 3 territoires de santé 94 T2, 92 T1 et 92 T2. C'est naturellement que ces travaux ont pu être exploités dans le cadre de l'élaboration de l'avenant au projet médical.
- [35] Les priorités validées par tous les acteurs du GHPG ont trouvé une traduction au travers des projets portés par les pôles et déclinés de façon concrète en leur sein. Ainsi en est-il de la démarche d'amélioration de la qualité des soins portés en CME dans toutes ses dimensions : parcours de soins, prise en charge psychiatrique, somatique, médicamenteuse, biologique ou psycho-sociale.
- [36] Les projets sont présentés sous la forme de fiches synthétiques⁸ selon quatre axes structurants à suivre selon un agenda de mise en œuvre du court à moyen terme :
- ✓ amélioration de la qualité de la prise en charge des patients,
 - ✓ renforcement de l'extra hospitalier,
 - ✓ réorganisation de l'intra hospitalier en développant l'inter-sectorialité,

⁶ Elections professionnelles CAP-CTE fixées le 4 décembre 2014.

⁷ Cf. pièce jointe n° 3 : Motion de la CME du 11 juin 2014.

⁸ Cf. pièce jointe n°4 : Avenant au projet médical du 14 mai 2014.

- ✓ concrétisation de la relocalisation des 3 secteurs d'hospitalisation alto-séquanais encore implantés dans le Val de Marne auprès des lieux de vie des usagers dans le département des Hauts de Seine.

[37] Les orientations majeures de cet avenant sont les suivantes :

- la concrétisation de la relocalisation des 3 secteurs des Hauts de Seine sur leur département, après réunion des secteurs de Boulogne, révision des limites sectorielles concernant Sèvres, et renforcement de l'extra hospitalier ;
- le développement de l'inter-sectorialité et la réorganisation de l'intra-hospitalier pour optimiser le dispositif des unités d'hospitalisation par un redimensionnement autour d'unités de 20 à 25 lits ;
- la définition du périmètre du médico-social comme filière d'aval de prise en charge des patients de longue hospitalisation, avec un dispositif de prévention des hospitalisations inadéquates ;
- la relance de la dynamique des pôles en favorisant les liens inter-pôles.

[38] Les objectifs fixés portent sur la nécessité de conforter les activités et dispositifs transversaux relatifs à l'amélioration de la qualité de la prise en charge somatique, médicamenteuse, biologique et psycho-sociale et de renforcer les pratiques innovantes dans les activités transversales, tout en développant les dimensions éthique, recherche et formation ainsi que les partenariats et la coopération.

[39] Par ailleurs, il ressort des priorités du département des Hauts de Seine, la nécessité de revoir l'organisation de la prise en charge du nord du département. De fait, il y a lieu de reporter dans une deuxième phase, le projet de relocalisation. Cette phase transitoire permettra à l'ARS comme à l'ensemble des acteurs du territoire concerné de travailler sur un modèle d'organisation qui fédère autour d'une personne morale unique les secteurs relevant de ce département. Elle aura pour incidence directe de mettre l'accent sur la réalisation du SDI.

2.1.2 Un phasage du déploiement des projets à engager sans délai

[40] L'analyse des 30 fiches du projet médical permet d'établir une double typologie en distinguant les projets limités à un ou plusieurs secteurs et les projets transversaux internes à l'établissement de ceux supra hospitaliers qui ont une vocation régionale, à partir des quatre axes définis par la CME cités supra.

Tableau 1 : Typologie des projets médicaux selon leur champ

	De sites	Du groupement hospitalier	Des territoires
Qualité de la prise en charge	3	5	8
Renforcement de l'extra hospitalier	6	1	3
Réorganisation	1	1	
Relocalisation	3		

Source : GHPG, retraitement mission IGAS, juin 2014.

[41] Il ressort de cette double lecture l'importance de l'ouverture vers des activités supra établissement soit 11 projets sur 30. Sur le plan financier 8 projets présentent un surcoût modéré et peuvent être mises en œuvre rapidement avec une aide non reductible de l'ARS.

- [42] Ces réalisations doivent être mises en œuvre rapidement. Elles présentent un double intérêt majeur :
- ✓ engager auprès des responsables médicaux les projets et donner du sens, de la marche en avant dans un PRE qui s'analyse comme un moyen de consolider l'établissement dans sa dimension régionale ;
 - ✓ démontrer au personnel que le débat sur l'accord RTT n'est pas à visée exclusivement financière où la seule question est de réduire les dépenses mais un levier de développement de l'établissement.
- [43] La mission estime qu'un accompagnement pour 2014 s'avère nécessaire pour la fin d'année. En revanche, au-delà, l'établissement doit dégager les marges de manœuvre pour le financement des projets au-delà de cette année.
- [44] La réunion de concertation du 11 juin 2014 à l'IGAS a permis de dégager les projets susceptibles de donner du sens au CPOM et de sortir d'un débat réducteur autour de l'accord RTT. La synthèse des projets est retracée en pièces jointes⁹.
- [45] Il est à noter également que 13 projets ont des incidences d'investissement démontrant la nécessité de financer le plateau technique médical en psychiatrie constitué par les antennes de secteur. La nécessité de disposer de marges financières et de réserver au financement de ces projets les produits attendus de la vente de terrain sur le site de Villejuif constituent également un marqueur important pour le développement de l'activité de l'établissement.

2.2 Des marges financières se dégagent et devraient permettre le déploiement des projets médicaux

2.2.1 La trajectoire d'amélioration des comptes est positive et mérite d'être consolidée

- [46] L'analyse du compte administratif 2013 démontre à la fois la volonté et la forte capacité de l'établissement à retrouver le chemin de l'équilibre avec un déficit proche de 0,1 % du budget et une CAF nette désormais positive.
- [47] Le rapport du directeur sur l'exercice 2013 est révélateur de la capacité financière de l'établissement à retrouver le chemin de l'équilibre.
- [48] Grâce à une activité en progression et à l'adoption rapide de mesures de redressement¹⁰, le groupe hospitalier Paul Guiraud a nettement amélioré sa situation financière en 2013 et s'approche de l'équilibre financier. Les comptes consolidés de l'établissement présentent un léger déficit de 242 k€ sur un budget de 139 M € (0,2 %). Ce résultat est en amélioration de 1,2M € par rapport à 2012.
- [49] Par ailleurs, l'année 2013 a été marquée par un fort redressement de la capacité d'autofinancement. A la clôture de l'exercice 2013, la CAF s'élève à 4,6 M€ soit une augmentation de l'ordre de 44 % par rapport à la CAF de l'exercice 2012. Le taux de marge brute s'est également redressé de plus de 4 points passant de 0,56 % en 2012 à 4,57 % en 2013.

⁹ Cf. pièces jointes n°5 et 5 bis : Récapitulatif des sous projets médicaux du GHPG annexé au projet médical de l'établissement et Etude de faisabilité financière

¹⁰ Cf. annexe n° 2 : Analyse financière fin juin 1 2014.

[50] Cet équilibre reste fragile en raison de la spécificité des établissements psychiatriques où le poids des dépenses de personnel est important. Ceci constitue un facteur de rigidité dans la recherche de marges de développement. Ainsi, l'évolution de deux ratios montre la fragilité de cet équilibre :

- Le ratio dépenses de personnel titre 1 sur dépenses classe 6 renseigne sur le degré de flexibilité de l'établissement. La baisse de ce ratio suppose des actions structurelles comme l'externalisation de certaines activités ou leur regroupement. De 2011 à 2013, ce ratio a progressé et est passé de 78,7 % à 80,1 %. Cette augmentation démontre les difficultés de l'établissement à rechercher des marges de manœuvre internes.
- Le ratio titre 1 de dépenses sur titre 1 de recettes indique la part des recettes d'assurance maladie qui est consacrée à la couverture des dépenses de personnel. Il mesure la part des recettes d'assurance maladie structurellement stables finançant les dépenses de fonctionnement après paiement des dépenses structurelles que sont les dépenses de personnel. Avec un taux de 91 % en 2013, l'établissement ne dispose pas des marges de flexibilité d'autant qu'il reste dépendant des mesures nationales liées à la maîtrise des dépenses d'assurance maladie c'est-à-dire des recettes hospitalières. Rappelons que les recettes d'assurance maladie représentent 88 % du budget hospitalier Paul-Guiraud.

[51] Même si, par définition, l'équilibre reste toujours fragile, la dotation en DAF de cet établissement, les ratios structurels financiers équilibrés conjugués à la mise en œuvre des actions contenues dans le PRE doivent permettre à l'établissement de disposer de moyens lui permettant de financer ses projets médicaux sous réserve de fluidifier sa structure budgétaire.

[52] L'exercice 2014 est marqué par des mesures de revalorisation du coût du travail chiffrées par l'établissement à près de 2 millions d'euros tels que :

- Augmentation des cotisations CNRACL (passage de 28,85 % à 30,25 % au 1er janvier 2014) ;
- Effet glissement-vieillesse-technicité de 0,6 % ;
- Revalorisation indiciaire des agents catégorie C ;
- Résorption de l'emploi précaire.

[53] L'analyse du compte administratif anticipé sur les 6 premiers mois de l'année permet de vérifier que les tendances de 2013 se poursuivent. Avec toute la prudence requise dans l'analyse des premiers mois de l'année 2014, les résultats prévisionnels 2014 sont en amélioration par rapport au résultat attendu de l'EPRD et devraient atteindre le niveau du résultat 2013¹¹. L'établissement avait prévu un déficit de 1,1 M€ avec une plus value de recettes de 100 000 € et une moins value de dépenses de 500 000 € dont la moitié au titre des dépenses de personnel. Le déficit anticipé devrait se situer entre 701 000 et 450 000 €. La CAF avec un montant de 5 millions d'euros inscrit, par ailleurs, l'établissement dans un cycle vertueux et consolidera la politique d'investissement. Cette dynamique sera amplifiée par les incidences liées à un retour à la normale dans l'organisation du temps de travail, incidences non intégrées dans le CAA 2014.

2.2.2 Le retour à une organisation normalisée du temps de travail participera de cette consolidation

[54] Comme le notait le rapport précédent : « *La mission constate tout d'abord l'intérêt d'aborder le sujet du temps de travail dans le cadre de l'organisation des pôles, et mieux encore dans les contrats de pôles. C'est là que se trouve la principale marge de manœuvre de l'établissement. Il n'est pas acceptable qu'elle ne soit pas activée du fait de la réticence des acteurs médicaux et non médicaux concernés* ».

¹¹ Cf. annexe n° 2 : analyse financière, *op.cit.*

- [55] La gestion du dossier sur les RTT est fondamentale pour favoriser un retour à l'équilibre des comptes pérenne mais aussi au financement du projet médical. La mission estime que le maintien du protocole générant 27,5 jours de RTT au sein du GHPG est injustifié. En effet, la grande majorité des établissements de la région fonctionne avec un protocole d'accord générant 18 jours de RTT. Certains établissements se sont engagés dans la révision du protocole d'accord pour passer de 18 à 15 jours de RTT afin d'assurer l'équilibre de leurs comptes.
- [56] Les événements récents avec l'ouverture de la négociation du protocole d'accord RTT viennent rappeler les difficultés d'un dialogue social au sein du GHPG dont les limites avaient déjà été pointées dans le précédent rapport.
- [57] Sur le plan local, cette ouverture de la négociation suppose des efforts d'explication. Le cap à fixer ne doit pas être modifié en dépit des mouvements de protestation. Il est indispensable de continuer de soutenir la direction dans son engagement plein et entier dans la démarche en redoublant d'efforts de pédagogie. Les marges de manœuvre dégagées par ces économies doivent clairement être affichées comme des possibilités nouvelles offertes à l'établissement pour déployer ses projets, et non participer au redéploiement régional par une ponction sur la DAF.
- [58] A ce titre, la mission estime nécessaire que le niveau des dépenses de formation continue soit révisé. La mission préconise que les résultats positifs de l'établissement viennent alimenter cette ligne budgétaire. Ainsi, l'excédent comptable serait affecté en partie sur une réserve de formation. Cette proposition permettrait en outre d'affecter par pôle cet intéressement collectif et donnerait du sens aux efforts demandés au personnel.

3 DES GRANDS PRINCIPES ONT PRESIDE AU CHOIX DU SDI

3.1 Le recentrage du programme d'investissement permet de clarifier les grandes orientations du schéma directeur immobilier

- [59] En préalable, il est intéressant de rappeler que le rapport précédent avait calé le dispositif en ces termes :

Pour améliorer l'efficacité de cette unité de gestion, le GHPG envisage de constituer en son sein une plate-forme logistique qui, pour être rentable, devra répondre aux besoins des différentes installations relevant du groupe lui-même, mais aussi à ceux d'autres établissements périphériques. Ce projet de plate-forme logistique est un point central du SDI et des controverses qu'il a soulevées. Le coût, estimé par l'établissement à 15 M€, ne sera supportable que si est vendue une partie de ses terrains à des promoteurs immobiliers souhaitant construire des immeubles d'habitation. La communauté médicale estime que la vente de ces terrains est de nature à gêner le développement de ses projets médicaux actuels ou à venir. Le format de la plateforme logistique actuellement retenu exige, pour être efficace, une masse critique de production que l'établissement est aujourd'hui incapable de garantir. La priorité de l'établissement n'est pas, pour la mission, de développer et de rentabiliser une plate-forme logistique, ambition qu'un « groupe » hospitalier peut prétendre avoir. Elle est plutôt d'organiser des soins diversifiés et de rapprocher les services d'hospitalisation des populations aux besoins desquelles ils répondent. Il est important que l'établissement tranche rapidement, avec l'ARS, ce type d'orientation stratégique. La mission déplore que le projet d'établissement n'ait pas répondu à cette problématique mise au grand jour par le débat autour du SDI entre la direction et la communauté médicale

Source : Extrait du rapport IGAS, décembre 2013.

- [60] Dans ce contexte, l'exclusion de la blanchisserie du projet de la plateforme logistique est indispensable pour plusieurs raisons :
- ✓ Sa taille critique n'est pas atteinte et impose des partenariats hypothétiques ;
 - ✓ Le modèle économique reposant sur une recherche de partenariats externes pour la fonction linge paraît hasardeux et aléatoire ;
 - ✓ Cette activité n'est pas prioritaire dans la prise en charge des soins et elle n'entre pas dans la mission première d'un établissement de soins psychiatriques ;
 - ✓ Les investissements doivent être priorisés en faveur des activités soignantes.
- [61] Dès lors, afin de répondre aux besoins du centre hospitalier, la solution explorée est une externalisation programmée de cette activité. Les contacts pris auprès des CH alentours sont intéressants et offrent des perspectives de reprise, à l'horizon de septembre 2015. La ligne ainsi clarifiée pose une orientation avec un délai raisonnable de réalisation.
- [62] A contrario, la mission estime que la fonction alimentation dans un CH où la durée de séjour reste élevée participe de la fonction « soins de réhabilitation ». Un axe de travail commun médico-administratif en lien avec le comité de liaison alimentation nutrition (CLAN) sur la question de l'alimentation dans la prise en charge des malades a été intégré dans le projet médical. Il existe une véritable politique autour de l'alimentation pour les patients au sein de l'établissement avec des projets de recherches ciblées sur certaines thématiques, d'où la nécessité de consolider la pertinence d'une cuisine hospitalière performante avec une diversification des menus et des textures adaptés au plus près des besoins et de la clinique de chaque patient.
- [63] Sur le plan de la structure de production alimentaire, sa capacité d'évolution a fait l'objet d'une étude conduite par le chef de production. Une évolution en deux temps est envisageable : réaliser 3000 repas/jour contre 2300 repas/jour réalisés aujourd'hui. L'établissement peut augmenter son niveau de production et offrir la prestation repas pour un volume de l'ordre de 25 % de sa production totale ce qui représente autant de recettes subsidiaires¹².
- [64] Les estimations réalisées par l'établissement évaluent les rentrées potentielles à 600 000 euros par an. A plus long terme et après avoir consolidés les partenariats avec les autres structures clientes et en fonction des moyens de l'établissement, le schéma directeur immobilier à 5 ans pourra envisager la rénovation ou la reconstruction d'une unité centrale de production.
- [65] De façon plus générale, les grands principes qui doivent présider aux choix du SDI s'articulent autour des besoins directs du malade et, par là même, participent de l'amélioration des conditions de travail des personnels :
1. Prioriser les remises à niveau des bâtiments accueillant les patients sur la base de cessions d'actifs et flécher les marges dégagées vers les services de soins ;
 2. Sortir de la plate-forme logistique la blanchisserie et faire du projet alimentaire un axe médico-administratif du projet d'établissement ;
 3. Prioriser la recherche d'une solution de l'organisation du nord du département comme la perspective d'un nouveau modèle institutionnel fédérant les secteurs de ce département ou du moins de la partie sud ;
 4. *En conséquence*, Reporter le débat sur la relocalisation des lits d'hospitalisations du GHPG situés sur le département des Hauts de Seine.

¹² Sous réserve de trouver des clients potentiels.

3.2 Des choix sur les localisations fondés sur une vision territoriale des besoins de la population

3.2.1 Le choix de la localisation de la structure d'hospitalisation

[66] Dans le débat sur la recherche de locaux devant permettre de répondre à la recommandation de la précédente mission, comme aux objectifs du plan de santé mentale, la mission a souhaité **déterminer les critères** à retenir dans le choix de la localisation, laissant l'ARS et l'établissement libres dans un choix dont ils maîtrisent les enjeux locaux. La configuration actuelle est complexe¹³ et les choix doivent s'inscrire dans la perspective de l'évolution prochaine de la législation hospitalière.

[67] La mission a rappelé les **trois impératifs** qui doivent présider à la définition des orientations structurantes :

- **Impératif clinique** : disposer de locaux assez vastes pour permettre une déambulation des patients, les espaces confinés présentant des risques pour les patients.

La psychiatrie est soumise, comme les autres disciplines médicales, à la notion de plateau technique et de masse critique. En ce sens, réaménager les lits du GHPG dans une nouvelle localisation autonome ne constitue pas la solution optimale mais participe du maintien d'un éparpillement des moyens ;

- **Impératif économique** : avec une double nécessité de trouver des locaux existants à réhabiliter et disposant d'une capacité d'extension. Le rattachement à une structure existante permettrait de fournir à ces activités les supports logistiques et techniques de proximité, dans le cadre d'un conventionnement avec l'établissement concerné. Cette solution est préférable à la constitution d'une équipe logistique volante qui passera plus de temps en transports qu'en mission opérationnelle ;

- **Impératif territorial** : la configuration même du département des Hauts-de-Seine et l'émergence du fait métropolitain conduisent à une analyse des lignes de transport et des bassins de population plutôt qu'un attachement aveugle au territoire départemental.

[68] Ces critères doivent permettre de conduire le choix de la localisation de cette nouvelle structure en intégrant une dimension territoriale élargie à l'ensemble des territoires de santé en dépassant la limite devenue artificielle du département.

3.2.2 Un nouveau modèle territorial

[69] Le champ de la psychiatrie a longtemps été le seul à prendre en considération le concept de territoire avec l'émergence en 1960 du secteur psychiatrique. L'actualité et la pertinence de la notion de territoire de santé interroge en 2014 le secteur, devenu un élément d'une politique territoriale définie par les ARS¹⁴.

[70] Le rôle de l'ARS est ici fondamental dans le cadre du projet régional de santé qui conduit à une remise à plat des structures hospitalières, de leur implantation comme de leurs collaborations.¹⁵

[71] En Ile-de-France s'ajoute une double spécificité :

- Historique, avec l'implantation d'établissements à l'extérieur de la région parisienne prenant en charge des malades parisiens ou d'Ile-de-France ;

¹³ Cf. pièce jointe n° 6 : carte du département des Hauts de Seine ; secteurs de psychiatrie générale.

¹⁴ Art. L1434-16 du Code de la santé publique.

¹⁵ *Quelles évolutions du territoire de la psychiatrie ?*, Séminaire sur l'organisation de l'offre de soins en psychiatrie et santé mentale, DRESS, Série Etudes et Recherches, avril 2014.

- Territoriale, avec l'émergence du fait métropolitain qui vient contredire la dimension départementale du secteur.

- [72] Dans les Hauts de Seine cette double spécificité est manifeste avec des patients hospitalisés en région Picardie et l'existence de bassin de population extra départementaux. Ainsi, la question sur l'implantation d'unités psychiatriques du GHPG dans ce département passe-t-elle d'abord par la mise en œuvre d'une solution pour le nord du département et d'une réflexion ouverte à l'existence d'une structure territoriale de coordination entre les actuels acteurs.
- [73] En ce sens, la mission, en accord avec l'ARS, considère que le projet de relocalisation de trois derniers secteurs des Hauts de Seine doit intégrer la priorité régionale ci-dessus définie et s'élargir à une réflexion sur la pertinence d'une structure de coordination propre à ce département. Inversement le renforcement de l'extra hospitalier et notamment la réorganisation des secteurs de Boulogne est une priorité.

4 LES RECOMMANDATIONS DE LA MISSION D'APPUI

4.1 Sur la gouvernance de l'établissement

- **A très court terme ;**

- [74] La signature de l'accord de gouvernance et l'adoption du règlement intérieur¹⁶ du directoire ont été menés à bien. Désormais, il importe de consolider cette nouvelle configuration. Suite à la décision de l'actuel directeur de solliciter une recherche d'affectation auprès du Centre National de Gestion, la nomination d'un nouveau directeur est nécessaire et suppose un relais avec la directrice chargée de mission par l'ARS Ile-de-France.
- [75] Confier à Nicole Pruniaux les fonctions de directeur par intérim dans l'attente de la mise en œuvre de la procédure de vacance de poste doit permettre un passage de témoin concerté. La mission souhaite souligner l'apport indiscutable et apprécié dans la mise en œuvre d'un nouveau management de la part de la directrice. Sa connaissance ancienne du GHPG ainsi que les relations de confiance développées avec le président de la CME constituent des atouts majeurs dans le contexte particulièrement sensible que connaît le GHPG. L'établissement pourra ainsi passer le cap du deuxième semestre 2014 et du premier trimestre 2015.

Recommandation n°1 : Gérer la transition avec le changement de directeur et confier à Nicole Pruniaux l'intérim de direction.

- [76] Le nouveau chef d'établissement doit avoir un profil de directeur expérimenté de type chef d'établissement et en capacité de répondre aux objectifs fixés dans le projet d'établissement. Il doit pouvoir s'appuyer sur un adjoint ayant également des compétences en matière de gestion de climat social tendu. Le CNG et l'ARS doivent porter une attention particulière sur la gestion de cette transition et sur le profil du nouveau directeur. Le burn-out manifesté par l'équipe de direction doit également être pris en compte.

Recommandation n°2 : Définir un profil de poste visant à rechercher un cadre de direction expérimenté, chef d'établissement, et ayant surmonté une expérience de climat social difficile.

¹⁶ Cf. pièces jointes n° 7 et 8 respectivement accord de gouvernance et règlement intérieur du directoire.

- [77] Sur le plan relationnel, il est indispensable que les règles institutionnelles soient connues de tous, respectées et partagées. C'est une condition sine qua none pour repartir sur de bonnes bases.

Recommandation n°3 : Organiser dès la nomination du nouveau directeur une réunion de travail avec le DG d'ARS et le président de la CME pour rappeler les règles institutionnelles validées. Il en est de même après l'élection du nouveau président du conseil de surveillance.

4.2 Sur le schéma directeur des investissements

- [78] La limitation de la plateforme logistique à la restauration aura deux incidences directes : l'externalisation de la blanchisserie et l'amélioration de la fonction alimentation. Dans cette perspective, il importe que l'ARS formalise un schéma territorial des unités de production (blanchisserie et restauration) afin que les établissements concernés disposent d'une feuille de route sur leurs projets et consolident une démarche de coopération. Les tailles critiques ne sont pas toujours atteintes et génèrent des surcoûts injustifiés. Ce point peut être utilement insérer dans les CPOM des établissements d'un territoire ou d'une zone déterminés par l'ARS.

Recommandation n°4 : Externaliser la blanchisserie (Septembre 2015) et inscrire le projet restauration dans un projet médico-administratif.

Recommandation n°5 : Etablir une cartographie des unités de production par territoire et articuler les projets de réalisation en recherchant l'optimisation des ces unités.

- [79] Le SDI doit faire l'objet d'une étude d'impact et d'un accord tripartite ARS - Etablissement et Collectivité territoriale concernée sur la définition du périmètre de la partie de l'établissement à céder et faire l'objet d'un suivi des procédures conformément aux recommandations de l'ANAP.

4.3 Sur le projet d'établissement et sa déclinaison territoriale

- [80] Le projet médical doit être mise en œuvre rapidement. La mission relève que des opérations présentant des incidences financières nulles ou limitées pourraient avoir un début de commencement dans le courant du second semestre 2014, démontrant que le PRE est un élément de consolidation du projet médical. L'ARS a arrêté le principe d'un accompagnement financier non reconductible pour cette fin d'année. La mission note avec satisfaction cette aide qui, au-delà de son montant de 195 500 euros montre la volonté sans équivoque de l'ARS d'aider le GHPG à se développer¹⁷.

Recommandation n°6 : Mettre en œuvre sans délai les projets offrant une visibilité forte et engendrant un coût compatible avec un accompagnement ARS pour 2014, et un redéploiement interne dès 2015.

- [81] La priorité est définie pour le territoire Nord du département des Hauts-de-Seine. Le GHPG ne dispose toujours pas de lieu d'implantation sur le sud de ce département. Des études complémentaires sont nécessaires et dans ce cadre, il doit être donné priorité aux structures intra hospitalières à rénover et aux projets régionaux.

Recommandation n°7 : Engager une étude concernant le Sud du département des Hauts de Seine sur l'implantation avec en perspective un nouveau modèle institutionnel.

¹⁷ Pièce-jointe n°5 bis : étude de faisabilité financière

- [82] Durant la période septembre octobre 2014, la mission aura vocation a précisé la trajectoire du projet médical eu égard à deux faits nouveaux. Le premier est national et tient à la mise en œuvre prochaine des groupements hospitaliers de territoire, le second est régional avec les suites de l'appel d'offre lancés par l'ARS pour l'organisation de l'offre psychiatrique pour le Nord du département 92, dans le prolongement de la recommandation n° 7.

Recommandation n°8 : Saisir l'occasion de la libération d'un tiers de la surface devenu vacant par le transfert des secteurs du 92 pour y implanter des activités médicosociales ou régionales USIP.

Mustapha KHENNOUF

Jean-Paul SEGADE

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

N°	Recommandation	Autorité responsable	Echéance
<i>Sur la gouvernance de l'établissement</i>			
1	Gérer la transition avec le changement de directeur et confier à Nicole Pruniaux l'intérim de direction.	ARS	septembre 2014
2	Définir un profil de poste visant à rechercher un cadre de direction expérimenté, chef d'établissement, et ayant surmonté une expérience de climat social difficile.	ARS - CNG	4° trimestre 2014
3	Organiser dès la nomination du nouveau directeur une réunion de travail avec le DG d'ARS et le président de la CME pour rappeler les règles institutionnelles validées. Il en est de même après l'élection du nouveau président du conseil de surveillance.	ARS	Dès nomination nouveau directeur
<i>Sur le schéma directeur des investissements</i>			
4	Externaliser la blanchisserie et inscrire sans délai le projet restauration dans un projet médico-administratif.	GHPG	Mise en œuvre Septembre 2015
5	Etablir une cartographie des unités de production par territoire et articuler les projets de réalisation en recherchant l'optimisation des ces unités.	ARS	Sans délai
<i>Sur le projet d'établissement et sa déclinaison territoriale</i>			
6	Mettre en œuvre sans délai les projets offrant une visibilité forte et engendrant un coût compatible avec un accompagnement ARS pour 2014, et un redéploiement interne dès 2015.	GHPG	Septembre 2014
7	Engager une étude concernant le Sud du département des Hauts de Seine sur l'implantation	ARS	Sans délai

	avec en perspective un nouveau modèle institutionnel.		
8	Saisir l'occasion de la libération d'un tiers de la surface devenu vacant par le transfert des secteurs du 92 pour y implanter des activités médicosociales ou régionales USIP.	GHPG	Sans délai

LETTRE DE MISSION



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

La Ministre

Paris, le 05 FEV. 2014

CAB - EP/IT/Me D14-361

Note à l'attention
de Monsieur Pierre BOISSIER
Chef de l'inspection générale des affaires sociales

Objet : Mission d'appui auprès de l'agence régionale de santé (ARS) Ile de France concernant le groupe hospitalier Paul Guiraud.

Le rapport que vous avez remis sur le Groupe Hospitalier Paul Guiraud (Villejuif, Val-de-Marne) recommande la mobilisation d'une mission d'appui et de conseil auprès de l'Agence régionale de santé (ARS) d'Ile-de-France pour accompagner l'établissement dans la mise en œuvre de sa feuille de route.

Je vous demande de bien vouloir diligenter une mission à cette fin qui interviendra en appui à l'élaboration des orientations stratégiques et du schéma directeur immobilier ainsi qu'à l'élaboration d'un accord de gouvernance.

Cette mission, qui devra démarrer ses travaux sans délai, sera d'une durée de trois mois renouvelables.



Marisol TOURAINE

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

- Au titre de l'établissement GHPG
 - Henri POINSIGNON, directeur
 - Dr Bernard LACHAUX, président de la CME

- Au titre de l'ARS Ile-de-France
 - Claude EVIN, directeur général
 - Anne Maris ARMENTERAS de SAXE directeur du pôle établissement de santé
 - Philippe GUINARD, référent santé mentale
 - Nicole PRUNIAUX, directrice chargée de mission ARS en appui au GHPG
 - Eric VECHARD, Délégué territorial 94

- Au titre des établissements de santé mentale Ile-de-France
 - Jean Luc CHASSAGNIOL, directeur de l'hôpital Sainte-Anne, Paris
 - Denis FRECHOU, directeur l'hôpital Saint-Maurice

- Au titre de la mairie de Villejuif
 - Edouard OBADIA, Maire Adjoint

LISTE DES ANNEXES

Annexe n° 1	Feuille de route et calendrier de la mission d'appui.
Annexe n° 2	Analyse financière du GHPG fin juin 2014.

ANNEXE N°1 : FEUILLE DE ROUTE ET CALENDRIER DE LA MISSION D'APPUI

<p>La mission chargée d'accompagner l'ARS pour le GHPG a traité dans l'ordre 3 dossiers pour lesquels il est proposé de suivre cet ordre :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. L'accord de gouvernance 2. Les orientations stratégiques en particulier l'avenant au projet médical 3. Les principes du SDI. 	
<p>Recommandation n° 1 <i>Sur l'accord de gouvernance</i></p>	<p>La mission a été destinataire d'un projet d'accord de gouvernance transmis par le directeur et d'un courrier du président de la CME relatif à ce projet d'accord. La mission transmettra ses commentaires sur le projet dans les prochains jours. La mission attend que le projet soit revu par le management interne (directeur, directrice d'appui et président de CME). Le retour de cette version stabilisée est souhaité pour le 7 mai pour une validation générale le 12 mai (rencontre à l'IGAS à 14h). Pour cette date, une proposition du règlement intérieur du directoire viendra compléter le dispositif. Elle devra être formalisée et présentée ce même jour.</p>
<p>Recommandation n° 2 <i>Sur les orientations stratégiques en particulier l'avenant au projet médical</i></p>	<p>La mission reconnaît le travail accompli puisque 35 fiches ont été réalisées et sont en cours de consolidation. Une version consolidée du projet d'avenant devra être transmise le 5 juin et présentée en réunion de validation à l'IGAS soit le 10 ou le 11 juin à 14h (RDV à fixer conjointement). Les thèmes suivants seront précisés :</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Psychiatrie générale adulte des territoires des Hauts-de-Seine ; b) Psychiatrie générale adulte des territoires du Val-de-Marne ; c) Psychiatrie adulte spécialisée ou de recours à vocation régionale : <ol style="list-style-type: none"> i. « patients sous main de justice » ii. « patients en soins intensifs » iii. dispositif régional de prévention des risques psycho-sociaux d) Activités transversales
<p>Recommandation n° 3 <i>Sur les principes du schéma directeur</i></p>	<p>Pour disposer d'une vision actualisée, la mission souhaite que lui soit transmise une note synthétique avec les grands principes du SDI, les grands projets et leur état d'avancement. La date souhaitée de transmission est le 20 juin pour une réunion de validation à l'IGAS le 25 ou le 26 juin à 14h (RDV à fixer conjointement).</p>

Tableau 1 : Calendrier prévisionnel des réunions d'étape avec validation et du passage auprès des instances du GHPG

		RTT	Accord de gouvernance	Etat des lieux et perspectives	Extra hospitalier	Unité : capacité	Localisation 92	FAM Médico-social	
<i>Réunion d'étape Suivi et validation à l'IGAS</i>		12 mai à 14h Salle 11C124		27 mai à 14h à l'ARS	11 juin de 14h à 18h30 à l'IGAS				
I N S T A N C E S	CHSCT	12 juin 2014 ¹ ?		4 ^{ème} trimestre 2014	12 juin 2014 ¹ ?		octobre 2014		
	CTE	10 juin 2014 ¹			10 juin 2014 ¹		octobre 2014		
	CME	11 juin 2014 ¹	11 juin 2014		14 mai 2014 ¹		octobre 2014		
	Directoire	23 mai 2014 (p) ²	30 avril 2014		30 avril 2014		septembre 2014		
		20 juin 2014 (v) ²	9 mai 2014		date	Date	octobre 2014		
	Conseil de surveillance	Information	Information		date	Pas de saisine	octobre 2014		

Source : Mission IGAS, complété GHPG, avril 2014

ANNEXE N°2 : ANALYSE FINANCIERE DU GHPG FIN JUIN 2014

Comme le montre le tableau infra, l'exercice 2014 s'inscrit dans une trajectoire de retour progressif à l'équilibre avec un résultat prévisionnel et surtout une capacité d'autofinancement qui évoluent favorablement.

Tableau 2 : Evolution du RC et de la CAF de 2010 à 2014

Année	exprimé en K€	Résultat Comptable	Capacité d'autofinancement
2010		+ 1 710	+8 620
2011		+ 700	+7 880
2012		-1 240	+860
2013		-422	+4 609
2014 CAA		-701	+5 006

Source : Mission IGAS d'après données GHPG, juillet 2014

La maîtrise des dépenses, dans un contexte de financement sous dotation globale est la clé du retour à l'équilibre, retour qui permettra de consolider une politique d'investissement ambitieuse et de dégager des marges pour financer les projets de l'établissement. A ce titre, il convient de mentionner pour 2014 une réduction des dépenses d'investissements projetée de 600 K€ pour un montant total de 7,8 M€

L'analyse des dépenses engagées en juin 2014 permet de projeter avec prudence une amélioration du résultat attendu par rapport au budget prévisionnel.

Tableau 3 : Evolution des dépenses et des recettes de 2012 à 2014 (CAA)

	2012	2013	EPRD 2014	CAA 2014		2012	2013	EPRD 2014	CAA 2014
Dépenses du titre 1	105412	109511	110049	109731	Recettes titre 1	112612	120277	120857	121090
Dépenses du titre 2	3 882	4112	3 890	3795	Recettes Titre 2	7 080	7 832	7 873	7 873
Dépenses du titre 3	13 733	13551	12 893	13088	Recettes Titre 3	10 202	8 142	7 425	7 425
Dépenses du titre 4	8 101	9500	10 475	10475					
TOTAL	131129	136673	137307	137089	TOTAL	129892	136252	136155	136388
Résultat négatif	-1 237	-422	-1 151	-701					
CAF négative					CAF positive		4 609	4 556	5 006

Source : Mission IGAS d'après données GHPG, juillet 2014

Comme le notait le rapport précédent de l'IGAS, le retour du GHPG à un taux de marge brute acceptable (de l'ordre de 6 %) doit être consolidé et exigera des efforts continus dans l'optimisation de l'organisation du temps de travail.

Dans l'hypothèse d'un ajustement de la durée quotidienne par l'alignement sur le régime en vigueur dans les centres hospitaliers de la région parisienne, avec une durée quotidienne de travail à 7H 36, générant 18 jours annuels de RTT, un gain de 74 ETP est escompté, soit 3,6M€. Si ce chiffre doit être revu à la baisse par une analyse plus fonctionnelle des organisations, la marge dégagée par ce retour au droit commun reste la clé pour tout développement équilibré de l'établissement.

Les résultats déjà obtenus en 2013 et 2014 dans la maîtrise des dépenses de personnel sont à souligner :

- Taux de progression des dépenses de personnel en 2012/ 2011 : +8,40 %
- Taux de progression des dépenses de personnel en 2013/2012 : +3,88 %
- Taux de progression prévisionnel des dépenses de personnel en 2014/2013 : +0,2 %

Il convient de noter que la gestion des dépenses de personnel médical est impactée cette année par des postes vacants qui ne seront pourvus qu'en juillet. Cet effet conjoncturel ne doit pas cacher l'effort soutenu des dépenses de remplacement et d'intérim (CAA 50 000 euros contre 377 000 euros en 2013 pour un EPRD à 220 000 euros).

Cette décélération du titre 1 n'exclut pas d'autres mesures concernant la gestion des stocks ou la procédure des achats. Dans cette perspective, il est à noter depuis cette année 2014, l'adhésion de l'établissement au RESAH (centrale de regroupement des marchés des hôpitaux en Ile de France). Par ailleurs, l'analyse des dépenses du compte 62 (services extérieurs) laisse présager une économie prévisionnelle de près de 100 000 euros.

Sur ces bases, le CAA en dépenses devrait dégager une moins value de 400 000 euros de dépenses.

Inversement en recettes une gestion plus médicalisée des recettes issues des produits de la tarification devraient dégager une plus value estimée à, au moins, 100 000 euros en 2014 sachant que la marge estimée est de 1 million d'euros. Cette action doit être conduite avec le corps médical et éventuellement l'aide du contrôle médical, et pourrait être gérée dans le cadre des budgets de pôles.

Au global, le déficit se rapprocherait davantage de 701 000 euros en 2014 que des 1 151 000 euros annoncés à l'EPRD 2014, et ce en dehors d'une analyse plus fine des charges exceptionnelles et des recettes attendues.

Il convient en ce sens de reconnaître les efforts réalisés par cet établissement qui permettent de consolider la CAF à près de 5 M€ démontrant l'effet vertueux du plan de retour à l'équilibre qui financera une politique d'investissement sans recours à l'emprunt.

LISTES DES PIÈCES JOINTES

Pièce jointe n° 1	Lettre de mission du 8 janvier 2014 du DG ARS à Nicole Pruniaux, chargée de mission au sein du GHPG.
Pièce jointe n° 2	
Pièce jointe n° 3	Motion de la CME en date du 11 juin relative à l'organisation du temps de travail.
Pièce jointe n° 4	Avenant du 14 mai 2014 au projet médical du GHPG.
Pièce jointe n° 5	Récapitulatif des sous projets médicaux du GHPG annexé à l'avenant projet médical de l'établissement.
Pièce jointe n°5 bis	Etude de faisabilité financière de l'avenant au projet médical
Pièce jointe n° 6	Carte du département des Hauts-de-Seine ; secteurs de psychiatrie générale.
Pièce jointe n° 7	Accord de Gouvernance du GHPG du 13 mai 2014
Pièce jointe n° 8	Règlement intérieur du Directoire du 13 mai 2014

Vous veillerez, de plus, à la bonne articulation de votre intervention avec la mission d'appui et de conseil de l'IGAS et à ce qu'elle n'interfère pas avec les prérogatives qui sont les siennes. Votre mission pourrait prendre la forme d'un mi-temps, tout au long de l'année 2014, idéalement effectué sur place.

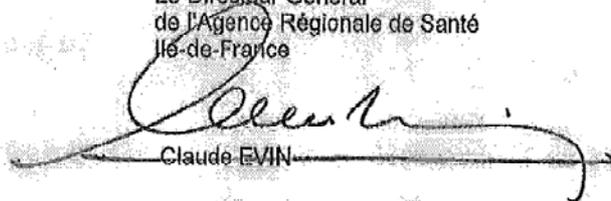
La mission d'appui et de conseil étant en cours de constitution, je vous propose que votre intervention débute dès que sa composition sera arrêtée et vous invite à prendre l'attache, le moment venu, des inspecteurs désignés. J'ai, pour ma part, informé l'IGAS de ce dispositif que je souhaite opérationnel dès la mi-janvier.

Enfin, vous informerez régulièrement de votre action Mme Anne-Marie ARMANTERAS DE SAXCE, directrice de l'offre de soins et médico-sociale, selon des modalités que je vous laisse le soin de définir avec elle.

Je vous prie d'agréer, Madame la Directrice, l'expression de mes salutations distinguées.

Le Directeur Général
de l'Agence Régionale de Santé
Île-de-France

Parain à vous,


Claude EVIN

PIECE JOINTE N°2 :

CETTE ANNEXE EST NON COMMUNICABLE
(ARTICLE 6-II DE LA LOI N°78-753 DU 17 JUILLET 1978)

PIECE JOINTE N°3 : MOTION DE LA CME EN DATE DU 11 JUIN RELATIVE A L'ORGANISATION DU TEMPS DE TRAVAIL

Motion de la CME

En 2002 lors de la négociation des accords sur la réduction du temps de travail entre la direction et les organisations syndicales la communauté médicale n'a été ni associée ni consultée.

Rappelons que la réduction de 10% du temps de travail aurait dû conduire à la création de 180 postes sur l'établissement de personnels non médicaux, soignants, éducatifs, administratifs, techniques et que moins de 70 postes avaient alors été financés et plus tard, en partie, créés.

La nouvelle organisation nous avait alors été présentée comme permettant de maintenir les activités soignantes avec le moins de difficulté et de favoriser une amélioration du présentisme avec des plages de repos plus nombreuses, environ un jour par quinzaine en plus.

Nous avons dû réorganiser l'activité des services en conséquence, l'absence de compensation intégrale de cette réduction du temps de travail amenant à programmer sur les horaires de chevauchement certaines activités, consultations et démarches extérieures, visites à domicile, déploiement des unités mobiles car l'effectif présent le permet à ce moment.

Entretemps les effectifs soignants ont considérablement diminué, malgré l'embellie de ces toutes dernières années quant aux embauches, le niveau de 2002 n'a plus été atteint, des glissements de postes, transformations de postes d'infirmiers en postes d'aides soignants ont rendu la tâche plus difficile et l'encadrement s'est réduit de façon drastique plus de la moitié des postes de cadre ont disparu.

Il nous est d'ailleurs constamment répété que nous ne retrouverons jamais les effectifs de 2002.

Aujourd'hui, sans aucune concertation avec la communauté médicale, une nouvelle organisation devrait se mettre en place très rapidement qui aboutirait à la journée de 7H36 pour tous.

A l'heure où est évoquée la nécessité de mettre en place des contrats de pôle avec délégation de gestion les responsables ne sont même pas consultés sur des mesures qui vont modifier l'organisation des soins dans leurs pôles, services, unités fonctionnelles que ce soit en hospitalisation complète ou en ambulatoire.

La diminution du temps de chevauchement imposerait grâce aux économies réalisées, dont on nous dit que c'est le but essentiel, de disposer de personnels supplémentaires en horaires décalés pour assurer les tâches qui étaient accomplies au moment du chevauchement, or, lors des conférences budgétaires, les pôles viennent d'être sommés de rendre deux ou trois postes cette année.

Il n'est pas tenu compte d'une charge de travail qui a augmenté considérablement depuis 2002 avec saturation constante des capacités d'hospitalisation et le nécessaire redéploiement sur l'extrahospitalier souhaité paraît impossible à envisager puisque les gains obtenus en augmentant les jours de présence pour des journées plus courtes est d'emblée gagé par les diminutions de deux à trois postes par pôle qui sont demandées.

Quant aux activités ambulatoires imagine-t-on pouvoir ouvrir plus largement les CMPs comme cela nous est demandé avec des horaires de présence réduits ? Les CMPs ouvriraient de 9h à 16h36 ou bien avec des horaires décalés, ce sont des taches qui ne pourraient plus être accomplies pour des raisons de sécurité et de présence minimum dans la structure : Visites à domicile, démarches et accompagnement, placement familial, appartements communautaires.

Cette absence de concertation et la remise en question concomitante des engagements rend impossible toute analyse managériale des activités soignantes.

C'est pourquoi il ne nous est pas possible de nous prononcer favorablement sur cette décision.

Nous souhaitons qu'une concertation sincère s'engage entre les différents partenaires afin de trouver une solution équilibrée qui préserve la qualité des soins.

PIECE JOINTE N°4 : AVENANT DU 14 MAI 2014 AU PROJET MEDICAL DU GHPG

Dynamique Avenant au Projet Médical – 14 mai 2014

Avenant au projet médical

Commission Médicale d'Établissement

14 mai 2014

Dynamique Avenant au Projet Médical – 14 mai 2014

Avenant au Projet Médical

Le projet médical adopté en 2012, complété du projet de soins, du projet socio-éducatif et intégré dans le projet d'établissement, traduit dans une dimension territoriale la préparation à l'inter-sectorialité et l'ouverture à des collaborations et partenariats nouveaux, sans repli sur l'hospitalisation à temps plein qui reste indispensable et complémentaire des alternatives constitutives d'une nouvelle offre de soins.

Il s'appuie sur les orientations du SROS alliant les volets de prévention, de soins, d'enseignement, de recherche et du secteur médico-social.

Il comprend le champ de la psychiatrie adulte spécialisée ou de recours pour l'ensemble de la région Ile-de-France, ainsi que l'addictologie.

Il trace des *axes prioritaires stratégiques* pour les activités des 5 prochaines années :

- L'adaptation de l'offre de soins à l'expression des besoins.
- Le développement de l'accessibilité aux soins en relocalisant certaines activités dans un souci de proximité et de continuité des soins.
- Le maintien et le développement d'activités à vocation régionale ou interrégionale.
- Une meilleure prise en charge des pathologies des jeunes adultes, des personnes âgées, de la dépendance et de la précarité au travers d'articulations avec des partenaires dont c'est la vocation.
- Une coordination avec les établissements médico-sociaux permettant une meilleure prise en compte des besoins des patients et des contraintes propres à ces établissements.
- La mise en place d'activités et d'outils de mesure ayant trait à l'éthique, la qualité et son évaluation, la recherche.

Les tutelles ont émis des recommandations pour faire évoluer le projet médical au regard de priorités reconnues par le Projet Régional de Santé décliné dans le Schéma Régional d'Organisation des Soins, et des réalités budgétaires et organisationnelles locales.

C'est l'objectif de l'annexe 1 du CPOM, signé le 9 avril 2014.

Elles se traduisent par un recentrage sur :

- la concrétisation de la relocalisation des 3 secteurs des Hauts de Seine sur leur département, après réunion des secteurs de Boulogne, révision des limites sectorielles concernant Sèvres, et renforcement de l'extra hospitalier;
- le développement de l'inter-sectorialité et la réorganisation de l'intra-hospitalier pour optimiser le dispositif des unités d'hospitalisation par un redimensionnement autour d'unités de 20 à 25 lits;
- la définition du périmètre du médico-social comme filière d'aval de prise en charge des patients de longue hospitalisation, avec un dispositif de prévention des hospitalisations inadéquates;
- la relance de la dynamique des pôles en favorisant les liens interpôles.

Dynamique Avenant au Projet Médical – 14 mai 2014

La communauté médicale, dans une démarche participative et consensuelle, reconnaît la nécessité de conforter les activités et dispositifs transversaux relatifs à l'amélioration de la qualité de la prise en charge somatique, médicamenteuse, biologique et psycho-sociale et de renforcer les pratiques innovantes dans les activités transversales, tout en développant les dimensions éthique, recherche et formation ainsi que les partenariats et la coopération.

La communauté médicale a mis en œuvre dès 2013 des groupes de travail multidisciplinaires pour définir les priorités à savoir l'amélioration du parcours de soins, le développement des alternatives à l'hospitalisation et l'accompagnement de la restructuration de l'offre de soins sur les 3 territoires de santé 94 T2, 92 T1 et 92 T2 et définir l'avenant au projet médical intégrant les recommandations émises.

Ce sont donc les déclinaisons de ces priorités reconnues que l'avenant au projet médical met en exergue, à travers les projets portés par les pôles, en lien avec les axes d'amélioration de la qualité des soins portés en CME, qu'il s'agisse du parcours de soins, de la prise en charge psychiatrique, de la prise en charge au plan somatique, de la prise en charge médicamenteuse et biologique ou de la prise en charge psycho-sociale.

Les projets sont présentés sous la forme de fiches synthétiques selon 4 axes structurants à suivre selon un agenda de mise en œuvre du court à moyen terme :

- amélioration de la qualité de la prise en charge des patients,
- renforcement de l'extra hospitalier,
- réorganisation de l'intra hospitalier en développant l'inter-sectorialité,
- concrétisation de la relocalisation des 3 secteurs d'hospitalisation alto-séquanais encore implantés dans le Val de Marne auprès des lieux de vie des usagers dans le département des Hauts de Seine.

1- L'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients est déclinée :

dans le renforcement :

- de la démarche d'éducation thérapeutique
- de la prise en charge somatique
- de la qualité de la prise en charge médicamenteuse, biologique et biomédicale
- de la recherche et développement en pharmacogénétique et pharmaco épidémiologique
- de la prise en charge des patients sourds
- de la prise en charge des hospitalisations de longue durée
- de l'accès à la thérapie familiale
- de l'amélioration du parcours des femmes hospitalisées à l'UMD.

et dans la création :

- d'une consultation et d'une plateforme d'exploration sommeil sur le 94T2
- d'une consultation de tabacologie rattachée à l'équipe ELSA du pôle addictologie
- d'une Unité de soins intensifs psychiatriques à vocation régionale avec une unité d'électro-convulso-thérapie et une équipe mobile, inscrites en réseau francilien
- d'un dispositif régional de prévention des risques psycho sociaux.

2- Le renforcement de l'extra hospitalier se traduira

- par la relocalisation des structures du 94G10
- par la relocalisation des structures du 94G17
- par la relocalisation des structures du 92G14 et du 92G15 réunis

Dynamique Avenant au Projet Médical – 14 mai 2014

- par la création d'une équipe mobile psychiatrique médico-sociale handicap psychique sur le Val de Marne
- par la création d'une équipe mobile psychiatrique précarité exclusion
- par le développement d'une hospitalisation à domicile intersectorielle sur le 92T2
- par la création d'un hôpital de jour intersectoriel pour Jeunes Adultes sur le 94T2
- par la création d'un hôtel thérapeutique intersectoriel sur le 94T2
- par le renforcement du dispositif d'accueil des urgences, et post urgences sur le 92T2
- par l'amélioration de l'accueil de l'unité de consultation externe post- pénale pour le pôle SMPR/UHSA
- par le développement de la prévention des hospitalisations inadéquates.

3- La réorganisation de l'intra hospitalier et le développement de l'inter-sectorialité seront inscrits dans le schéma directeur restructurant le site de Villejuif :

- par l'optimisation du dispositif intra hospitalier en le réorganisant autour d'unités de 20 à 25 lits
- par l'accueil de tous les patients des Hauts de Seine dans un secteur du 92T1 ou 92T2 et la définition du périmètre médico-social hors champ sanitaire..

4- La concrétisation de la relocalisation des 3 secteurs alto-séquanais, encore implantés sur le Val de Marne, dans le département des Hauts de Seine s'inscrit dans le chantier prioritaire du SROS de finalisation du rapprochement des lieux de vie et de soins dans la coopération territoriale dans les Hauts de Seine :

Le principe de relocalisation des pôles 92G13, G14, G15 se concrétise

- par la préparation de l'union des secteurs de Boulogne 92G14 et 92G15 et le rattachement de la ville de Sèvres au pôle 92G13 ;
- l'évaluation et l'optimisation des structures extra hospitalières sur Boulogne.

L'examen d'un projet médical de relocalisation des 3 secteurs est en cours de finalisation. Il reste tributaire des facteurs externes à l'établissement d'insertion du projet dans le territoire prenant en compte les dimensions patrimoniale, juridique et économique de la nouvelle implantation et des critères objectifs d'appréciation interne portant sur l'adaptation de l'organisation des soins et la définition de la masse critique en terme de permanence et de ligne de garde.

Un appui des tutelles à la finalisation de cette relocalisation est une condition nécessaire à l'évolution positive de cette priorité régionale dans la durée du SROS.

L'ensemble des fiches-projets a été évalué et chiffré en termes de fonctionnement et d'investissement. Un tableau synoptique inscrit les projets dans le principe de réalité économique et financière, auquel est soumis le Plan Global de Financement Pluriannuel de l'établissement, qui tiendra compte des contraintes techniques, architecturales et des ressources humaines à mobiliser.

La dynamique collective invite l'ensemble des acteurs à prolonger l'exercice au-delà de ce premier document pour avancer sur des éléments de partenariat interne -dynamiques inter pôles-, et pour étoffer des éléments de partenariat externe -formalisations conventionnelles.

Certaines fiches projets réunissent d'ores et déjà les conditions pour être suivies d'effet dans un court terme ; d'autres mériteront d'être intensifiées, soit pour mieux argumenter la nécessité et la pertinence du projet dans **un ancrage territorial plus affirmé**, soit pour mieux traduire une intentionnalité vers un projet conforme aux attendus institutionnels.

Dynamique Avenant au Projet Médical – 14 mai 2014

Une relecture des projets de soins, et socio-éducatif est rendue nécessaire pour une mise en cohérence avec les priorités médicales dégagées dans le présent avenant au projet médical.

Le projet d'établissement intégrera ces priorités du parcours de soins et de la prise en charge des patients et usagers d'un service public territorial de santé rénové et confié au groupe hospitalier Paul Guiraud à travers le nouveau contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) pour la période 2014-2018.

Ces priorités retenues par l'avenant au projet médical constitueront un des éléments organisateurs du SDI à venir.

Pièces jointes : 30 fiches-projets

PIECE JOINTE N°5 : RECAPITULATIF DES SOUS PROJETS MEDICAUX DU GHPG ANNEXE A L'AVENANT PROJET MEDICAL DE L'ETABLISSEMENT

30 fiches projets classées par axe

1- L'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients :

- 1-1 : démarche d'éducation thérapeutique
- 1-2 : prise en charge somatique
- 1-3 : qualité de la prise en charge médicamenteuse, biologique et biomédicale
- 1-4 : recherche et développement en pharmacogénétique et pharmaco épidémiologique
- 1-5 : prise en charge des patients sourds
- 1-6 : prise en charge des hospitalisations de longue durée
- 1-7 : accès à la thérapie familiale
- 1-8 : amélioration du parcours des femmes hospitalisées à l'UMD.
- 1-9 : consultation et plateforme d'exploration sommeil sur le 94T2
- 1-10 : consultation de tabacologie rattachée à l'équipe ELSA du pôle addictologie
- 1-11 Unité de soins intensifs psychiatriques à vocation régionale
- 1-12 : unité d'électro-convulso-thérapie
- 1-13 : équipe mobile UMD
- 1-14 : réseau francilien des UMD/USIP
- 1-15 : dispositif régional de prévention des risques psycho sociaux.

2- Le renforcement de l'extra hospitalier

- 2-1 : relocalisation des structures du 94G10
- 2-2 : relocalisation des structures du 94G17
- 2-3 : création d'une équipe mobile psychiatrique médico-sociale handicap psychique sur le Val de Marne
- 2-4 : création d'une équipe mobile psychiatrique précarité exclusion
- 2-5 : développement d'une hospitalisation à domicile intersectorielle sur le 92T2
- 2-6 : création d'un hôpital de Jour intersectoriel pour Jeunes Adultes sur le 94T2
- 2-7 : création d'un hôtel thérapeutique intersectoriel sur le 94T2
- 2-8 : renforcement du dispositif d'accueil des urgences, et post urgences sur le 92T2
- 2-9 : amélioration de l'accueil de l'unité de consultation externe post- pénale pour le pôle SMPR/UHSA
- 2-10 : développement de la prévention des hospitalisations inadéquates.

3- La réorganisation de l'intra hospitalier et le développement de l'inter-sectorialité

- 3-1 : optimisation du dispositif intra hospitalier en le réorganisant autour d'unités de 20 à 25 lits
- 3-2 : accueil de tous les patients des Hauts de Seine dans un secteur du 92T1 ou 92T2 et la définition du périmètre médico-social hors champ sanitaire..

4- La concrétisation de la relocalisation

- 4-1 : Relocalisation de Boulogne 92G14 et 92G15
- 4-2 : Transfert de la ville de Sèvres au pôle 92G13 ;
- 4-3 : Evaluation et optimisation des structures extra hospitalières sur Boulogne.

PIECE JOINTE N°5 BIS :
ETUDE DE FAISABILITE FINANCIERE DE
L'AVENANT AU PROJET MEDICAL

Etude de faisabilité financière de l'avenant au projet médical

	Coût Exploitation	Coût investissement	Priorité	Mise en œuvre 2014
1) Amélioration de la qualité de la prise en charge des patients				
Renforcement				
Education thérapeutique	moyens constants	néant	en cours	Poursuite sans impact financier
Fiche de soin et alimentation	Selon projet retenu			
PC somatique	moyens constants	sauf relocalisation du 92	en cours	Poursuite sans impact financier
Qualité PC médicamenteuse, biologique et biomédicale	en attente relocalisation			
R&D pharmacogénétique et pharmaco épidémiologique	160 000 €	néant	Possible 4/2014	Mise en œuvre + 40 000 €
PC Patients sourds	164 275 €	néant	?	En attente examen régional
PC hospitalisation de longue durée	en négociation avec le Conseil général		2015 ?	Poursuite des négociations sans impact
Accès à la thérapie familiale	90 000 €	nouveaux locaux ?	Possible 4/2014	Mise en œuvre + 22 000 €
Amélioration du parcours des femmes UMD		à chiffrer somme importante Pav. 37	attente SDI	
Création				
Consultation et plate forme sommeil	239 732 €	225 000 €	2015	
Consultation tabacologie	34 043 €		Possible 4/2014	Mise en œuvre 8 500 €
USIP + ECT	4 400 000 €	6 200 000 €	Projet à vocation régionale	
Dispositif risques psycho-sociaux	310 000 €	650 000 €	Projet à vocation régionale	
Création d'une équipe mobile UMD-USIP	moyens constants	néant	existant	Poursuite sans impact financier
Outil de recherche pour soins intensifs psychiatriques	15 000 €		Possible 4/2014	Mise en œuvre 5 000 €
2) Renforcement de l'Extra-hospitalier				
Relocalisation des structures du 94G10	280 936 €	8 000 000 €	en cours	Poursuite sans impact financier
Relocalisation des CAP-CATTP du 94G17			Possible 4/2014	Poursuite sans impact financier

	Coût Exploitation	Coût investissement	Priorité	Mise en œuvre 2014
Création d'une équipe handi-psy 94	125 238 €		à voir en 2014	Mise en œuvre 40 000 €
Création d'une équipe psy-preca	125 238 €		à voir en 2014	Mise en œuvre 40 000 €
Création HAD 92	1 130 402 €	200 000 €		
Création d'une HDJ Jeunes Adultes 94T2	495 389 €	350 000 €	à voir en 2014	Mise en œuvre 20 000 €
Création d'un hôtel thérapeutique 94T2	887 898 €	4 400 000 €	SDI	
Renforcement de l'accueil des Usagers 92T2	à moyens constants		en cours	
Amélioration de l'unité de consultation post pénale	360 000 €	1 200 000 €	SDI	
Prévention des hospitalisations inadéquates	à moyens constants		en cours	
3) Réorganisation de l'intra-hospitalier				
Unité de 20 à 25 lits	-2 000 000 €	3 000 000 € * 4	attente SDI	
Accueil des patients du 92 sur 1 secteur du 92	à moyens constants		en cours	
Définition d'un accueil médico-social (FAM déplafonné)	-1 500 000 € ?	?	2015 ?	
4) Relocalisation du 92 et restructuration des secteurs				
Rapprochement des secteurs 92G14 et 92G15	en cours		en cours	Poursuite sans impact financier
Rattachement de Sèvres au 92G13	en cours		en cours	Poursuite sans impact financier
Optimisation du dispositif extra du Boulogne	à moyens constants	1 600 000 € Travaux + 5 000 000 € si achat du bâtiment	?	

Bilan pour les projets à mise en œuvre au 4ème trimestre 2014

Fiches projets

Impact financier 2014

R&D pharmacogénétique	40 000 €
Accès à la thérapie familiale	22 000 €
Consultations tabacologie	8 500 €
Outils de recherche pour soins intensifs en psychiatrie	5 000 €
Création d'une équipe handi-psy	40 000 €
Création d'une équipe psy-preca	40 000 €
Création d'un hôpital de jour jeunes-adultes	40 000 €

195 500 €

PIECE JOINTE N°7 : ACCORD DE GOUVERNANCE DU GHPG DU 13 MAI 2014

 GROUPE HOSPITALIER PAUL GUIRAUD	Accord de gouvernance	Version : 3.0 Date : 13/05/2014 Page 1 sur 8
---	------------------------------	--

	PRENOM NOM	FONCTION	DATE et SIGNATURE
Rédaction / modification <i>(individuelle ou groupe de travail)</i>	Henri POINSIGNON	chef d'établissement, président du directoire	
	Nicole PRUNIAUX	Directrice d'hôpital, chargée de mission	
Validation <i>(Direction responsable et/ou instance)</i>	Docteur Bernard LACHAUX	Président de la commission médicale d'établissement	
DIFFUSION			
<u>Diffusion pour information</u> : toutes les instances du groupe hospitalier Paul Guiraud.			
<u>Diffusion pour information</u> : Agence régionale de santé, Inspection générale des affaires sociales.			
N° de version	Date de la modification	Nature des modifications	
EVALUATION			
À un an après la signature.			

 <p>GROUPE HOSPITALIER PAUL GUIRAUD</p>	Accord de gouvernance	Version : 3.0 Date : 13/05/2014 Page 2 sur 8
--	------------------------------	--

Cadre de référence :

- Le code de la santé publique,
- La loi N° 2009.879 du 21 juillet 2009 modifiée, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,
- Le décret N° 2009.1765 du 30 décembre 2009, relatif au directeur et aux membres du directoire des établissements publics de santé,
- Le décret N° 2009.1762 du 30 décembre 2009, relatif au président de la commission médicale d'établissement, vice-président du directoire des établissements publics de santé
- L'instruction N° DHOS/E1/2010/75 du 25 février 2010 relative à la mise en place des directoires des établissements publics de santé,
- Les recommandations formulées par l'inspection générale des affaires sociales dans son rapport de décembre 2013,
- Le protocole national de gouvernance établi par les conférences hospitalières en date du 14 mars 2014.

 <p> GROUPE HOSPITALIER PAUL GUIRAUD</p>	<h2>Accord de gouvernance</h2>	Version : 3.0 Date : 13/05/2014 Page 3 sur 8
--	--------------------------------	--

Préambule :

1. Pour rendre plus efficace la gouvernance hospitalière, le législateur a renforcé la responsabilisation des principaux acteurs.
2. Les prérogatives des directeurs et des présidents de commission médicale d'établissement ont été redéfinies et renforcées, le conseil de surveillance et son président exerçant une mission plus tournée vers les orientations stratégiques et le contrôle de la gestion.
3. Ainsi le binôme instauré par les textes au niveau président et vice-président du directoire est destiné à nourrir la complémentarité des avis et le fonctionnement régulier de l'établissement.
4. La mission de contrôle de l'Inspection générale des affaires sociales a préconisé que soit établi un accord de gouvernance destiné à favoriser les échanges, le fonctionnement et les décisions entre les principales instances du groupe hospitalier Paul Guiraud, au premier rang desquels le directoire et son président, la commission médicale d'établissement et son président. L'objectif de l'accord de gouvernance est de favoriser le fonctionnement des instances et notamment l'articulation, primordiale, des compétences entre le directeur, es qualité, président du directoire, et le président de la commission médicale d'établissement, es qualité, vice-président du directoire.
5. En rappelant les grands principes de gouvernance pour les instances et en précisant le fonctionnement du directoire, l'ambition du présent accord est plus large et appelle à un meilleur fonctionnement des instances entre elles, dans l'intérêt de l'établissement. Il sera suivi du règlement intérieur du directoire
6. L'objectif de l'accord de gouvernance est de favoriser le fonctionnement des instances et plus précisément de définir les conditions d'échanges et d'articulations entre les présidents, les instances et les représentants de telle instance consultative au sein des autres instances.
7. Le président du directoire et le président de la commission médicale d'établissement participent tous les deux aux séances du conseil de surveillance avec voix consultative. Conscients du rôle joué par le conseil de surveillance et son président, les présidents du directoire et de la commission médicale d'établissement ont souhaité que cet accord concerne aussi le président de cette instance.
8. Les signataires du présent accord de gouvernance vont – ensemble et en accord avec les représentants de l'Agence régionale de santé et avec les membres de la mission d'appui et de conseil – œuvrer pour mettre en œuvre prioritairement l'évolution du projet d'établissement avec des orientations stratégiques et une configuration des pôles précisées, la recherche d'une marge budgétaire nécessaire à la modernisation de l'établissement et la déconcentration des délégations de gestion.
9. Les présidents devront mettre en oeuvre chacun, selon leurs fonctions et rôles, les réformes adoptées et les décisions prises, ce qui améliorera nécessairement les relations avec le comité technique d'établissement et permettra une communication plus claire auprès de tous les acteurs et les agents, et l'engagement de tout l'encadrement dans la mise en œuvre des décisions.

 <p>GROUPE HOSPITALIER PAUL GUIRAUD</p>	<h2>Accord de gouvernance</h2>	<p>Version : 3.0 Date : 13/05/2014 Page 4 sur 8</p>
--	--------------------------------	---

I – Déontologie de gouvernance :

10. Le pilotage d'un établissement public de santé doit réunir des personnalités acquises aux valeurs du service public et à la défense de l'intérêt collectif des usagers. À cet égard, on peut citer :
 - Les principes fondateurs du service public :
 - i. Égalité (d'accès aux soins, de dignité, de droits)
 - ii. Continuité (des soins, du service public)
 - iii. Adaptabilité (aux besoins de santé, au développement technique et scientifique, aux attentes des usagers)
 - les valeurs humaines et éthiques listées par le projet de soins :
 - i. la bientraitance,
 - ii. le respect de l'être humain, de ses droits et de sa dignité,
 - iii. l'obligation de traiter les personnes sans discrimination,
 - iv. le refus de profiter de la faiblesse d'autrui.
11. Le président du conseil de surveillance, le président de la commission médicale d'établissement, le directeur de l'établissement, les membres des trois instances doivent concourir au bon fonctionnement de l'établissement, en s'impliquant dans l'amélioration des soins délivrés aux usagers et dans la poursuite de l'intérêt général.
12. Les actions de l'établissement s'inscrivent dans le projet régional de santé, dans les orientations de santé publique régionales et nationales, et les textes régissant les établissements de santé
13. Le pilotage partagé repose sur des échanges ouverts, informels, directs et sincères, et aussi fréquents que nécessaire, dans le respect réciproque des avis émis et des sensibilités professionnelles défendues. En ce sens les signataires acceptent les termes du protocole national établi par les conférences hospitalières.
14. Les échanges restent oraux pour toute la phase préparatoire des décisions. Ils sont couverts par le secret professionnel. Les informations détenues par chacun du fait de sa fonction sont partagées.
15. Si la concertation préalable est à la fois la règle et la condition de l'efficacité, les responsables doivent ensuite prendre les décisions et rendre les arbitrages permettant l'exercice régulier de leurs fonctions.

II - Rappel des dispositions organisant la gouvernance :

16. Outre les mesures législatives et réglementaires fixant les prérogatives et compétences des différents acteurs et instances concourant à la gouvernance hospitalière, les dispositions locales suivantes ont été arrêtées.

III - Réunion de gouvernance :

17. Elle réunit le directeur, le directeur adjoint chargé des affaires générales, le président et le vice-président de la commission médicale d'établissement. Elle se tient chaque semaine. Chacun y est personnellement présent et prend toutes les mesures nécessaires pour ne la reporter qu'exceptionnellement (sauf en cas de congés). Elle est informelle, sans compte-rendu afin de garantir la liberté d'échanges. Elle permet de se concerter ensemble sur les ordres du jour du directoire et de la commission médicale d'établissement. Entre deux réunions, les contacts téléphoniques ou rencontres ponctuelles si nécessaire sont favorisées par l'une et l'autre partie. Les échanges écrits sont limités à la stricte et formelle application des textes en vigueur.

 <p>LOGO GROUPE HOSPITALIER PAUL GUIRAUD</p>	<h2>Accord de gouvernance</h2>	<p>Version : 3.0 Date : 13/05/2014 Page 5 sur 8</p>
---	--------------------------------	---

IV - Règles concernant le directoire :

Composition :

18. Les membres de droit sont :
- Le directeur, président du directoire,
 - Le président de la commission médicale d'établissement, vice-président du directoire,
 - Le coordonnateur général des soins,
19. Le directeur nomme quatre autres membres appartenant au corps médical, sur proposition du président de la commission médicale d'établissement, vice-président du directoire.
20. En cas de désaccord entre le directeur et le président de la commission médicale d'établissement sur la désignation des praticiens membres du directoire, et afin de préserver la qualité de coopération indispensable entre le directeur et le président de la commission médicale d'établissement ; après échanges approfondis entre eux et si le désaccord persiste ; le directeur sollicite l'arbitrage de la mission d'appui de l'ARS et, ultérieurement, l'avis du président du conseil de surveillance. Il procède ensuite à la nomination en motivant sa décision.

• **Compétences du directoire et du directeur :**

21. Le directoire prépare le projet d'établissement, notamment sur la base du projet médical et du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (art. L6143-7-4 du code de la santé publique). À noter : le conseil de surveillance délibère ensuite sur le projet d'établissement qui lui est soumis par le directeur après concertation du directoire.
22. Le directoire participe à la gestion et la conduite de l'établissement (art. L.6143-7-4 du code de la santé publique). Il peut ainsi intervenir sur l'ensemble des sujets relatifs à la vie de l'établissement.
23. Cette participation permet au directeur de disposer de tous les avis nécessaires à la prise de décision et de prévenir, le plus en amont possible, d'éventuelles difficultés et de s'assurer de l'adhésion aux projets.
24. Le directeur consulte le directoire sur les matières énumérées à l'article L 6143-7 du code de la santé publique, à savoir :
- conclut le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;
 - décide, conjointement, avec le président de la commission médicale d'établissement, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
 - arrête le bilan social et définit les modalités d'une politique d'intéressement ;
 - détermine le programme d'investissement, après avis de la commission médicale d'établissement en ce qui concerne les équipements médicaux ;
 - fixe l'état des prévisions de recettes et de dépenses, le plan global de financement pluriannuel et les propositions de tarifs des prestations et, le cas échéant, de ceux des activités sociales et médico-sociales ;
 - arrête le compte financier et le soumet à l'approbation du conseil de surveillance ;
 - arrête l'organisation interne de l'établissement et signe les contrats de pôle d'activité ;
 - propose au directeur général de l'agence régionale de santé et aux autres professionnels et établissements de santé la constitution ou la participation à une action de coopération ;
 - conclut les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ainsi que les baux de plus de dix-huit ans ;

 <p>LOGO GROUPE HOSPITALIER PAUL GUIRAUD</p>	<h2>Accord de gouvernance</h2>	<p>Version : 3.0 Date : 13/05/2014 Page 6 sur 8</p>
---	--------------------------------	---

- conclut les baux emphytéotiques, les contrats de partenariat, les conventions de location ;
 - soumet au conseil de surveillance le projet d'établissement ;
 - conclut les délégations de service public ;
 - arrête le règlement intérieur ;
 - décide de l'organisation du travail et des temps de repos, à défaut d'un accord sur l'organisation du travail avec les organisations syndicales ;
 - présente à l'Agence régionale de santé le plan de redressement.
25. Le président de commission médicale d'établissement, vice-président du directoire, élabore le projet médical, avec le directeur et en conformité avec le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (art. L.6143-7-3 du code de la santé publique).
26. Le directoire approuve le projet médical. Le projet médical définit la stratégie médicale de l'établissement et précise les mesures qui doivent être prises en application du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.
- **Fonctionnement du directoire :**
27. Le directoire est un lieu d'échanges où le débat permet un partage des différentes cultures et une analyse éclairée. C'est une instance de préparation collective des décisions institutionnelles.
28. L'ordre du jour est arrêté par le directeur, président du directoire, après concertation avec le président de la commission médicale d'établissement, vice-président du directoire.
29. Il est adressé, sauf urgence ou imprévu, avec les pièces nécessaires aux débats huit jours avant la date de la réunion.
30. Le compte-rendu est établi à la charge du directeur. Afin de tenir compte des dates rapprochées de réunion, seul le relevé de décisions est validé la séance suivante. Le compte-rendu pouvant être différé au mois suivant si nécessaire. Les comptes rendus sont conservés au secrétariat de direction et consultables par les membres du directoire.
31. Les débats du directoire doivent permettre de dégager un consensus, après discussion. Toutefois si aucun consensus ne se dégage, une deuxième saisine a lieu à la demande du président ou vice-président. Après la deuxième saisine, le directeur prend la décision en motivant celle-ci.

V - Règles concernant la commission médicale d'établissement et les prérogatives du président de la commission médicale d'établissement :

- **Les compétences de la commission médicale d'établissement :**
32. Les compétences et composition de la commission médicale d'établissement ont été définies et précisées par le décret N°2013-841 du 20 septembre 2013.
33. La commission médicale d'établissement est consultée sur les matières sur lesquelles le comité technique d'établissement est également consulté (énumération à l'article R.6144-1 du code de santé publique). Ses missions sont élargies des compétences en matière de qualité de soins et de sécurité (décret du 30 avril 2010) à une compétence consultative, notamment sur les orientations stratégiques et sur le plan global de financement pluriannuel, sur l'organisation interne, la politique de coopération territoriale, la politique de recherche et d'innovation, l'accueil et l'intégration des professionnels et des étudiants, ainsi que sur la gestion prévisionnelle de l'emploi et des compétences.

 <p>GROUPE HOSPITALIER PAUL GUIRAUD</p>	<h2>Accord de gouvernance</h2>	<p>Version : 3.0 Date : 13/05/2014 Page 7 sur 8</p>
--	--------------------------------	---

- **les prérogatives du président de la commission médicale d'établissement et leurs modalités d'exercice :**

34. Le président de la commission médicale d'établissement, vice-président du directoire, convoque et anime les séances de la commission, il met à l'ordre du jour les points demandés par le directeur et se concerta avec lui sur l'ordre du jour. Pour mener à bien cette mission, il dispose d'un équivalent-temps-plein d'adjoint administratif placé sous son autorité. Cet agent soumet au président de la commission et au directeur les projets d'ordre du jour et les projets de procès-verbaux avant leur validation.
35. Le président de la commission médicale d'établissement est chargé du suivi de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Il remet à ce sujet un rapport annuel qu'il présente au conseil de surveillance. Pour mener à bien cette mission, le président de la commission médicale d'établissement dispose d'un temps plein de praticien hospitalier placé sous son autorité. En outre, il dispose des moyens de la direction de la qualité et de la gestion des risques, placée sous l'autorité du directeur, et d'un cadre de santé placé sous l'autorité du coordonnateur général des soins. Ces personnes forment ensemble une équipe pluridisciplinaire opérationnelle « qualité gestion des risques » et sont installées à proximité les unes des autres.
36. Le président de la commission médicale d'établissement élabore le projet médical avec le directeur. Pour cela, ils s'appuient sur les travaux coordonnés par le pôle « parcours du patient » qui réunit, notamment, la direction de la stratégie et la direction des soins.
37. Le président de la commission médicale d'établissement est co-responsable avec le directeur de la conservation des dossiers médicaux et de leur contenu. Pour mener à bien cette mission, le président de la commission médicale d'établissement et le directeur gèrent conjointement avec le pôle « département d'information médicale » et avec le service des archives.

VI - Le président du conseil de surveillance :

38. Grâce à sa connaissance des enjeux stratégiques de santé et du territoire, le président du conseil de surveillance peut apporter un éclairage distancié sur les questions qui ne trouvent pas consensus entre le président et le vice-président du directoire ou après avis différents émis par les instances.
39. Une réunion trimestrielle entre le président du directoire, le président de la commission médicale d'établissement et le président du conseil de surveillance permet d'aborder les sujets restant en débat.
40. Cette réunion est informelle et ne fait l'objet d'aucun compte-rendu.

VII - Communication de l'accord de gouvernance

41. Le texte de l'accord de gouvernance a fait l'objet, d'une concertation préalable avec la chargée de mission de conseil et d'assistance de l'ARS et a été transmis aux représentants de l'Inspection générale des affaires sociales.
42. Le texte de l'accord de gouvernance sera communiqué au directeur général de l'agence régionale de santé,

 <p>GROUPE HOSPITALIER PAUL GUIRAUD</p>	<h2>Accord de gouvernance</h2>	<p>Version : 3.0 Date : 13/05/2014 Page 8 sur 8</p>
--	--------------------------------	---

43. Il sera communiqué aux responsables de l'établissement et à chaque membre des instances signataires,

Fait à Villejuif, le

Le président du directoire

**Le président de la commission médicale
d'établissement**

Henri Poinsignon

Docteur Bernard Lachaux

Visa	Gilles DELBOS	Président du conseil de surveillance	
------	---------------	--------------------------------------	--

PIECE JOINTE N°8 : REGLEMENT INTERIEUR DU DIRECTOIRE DU 13 MAI 2014



Règlement intérieur du Directoire

Cadre de référence

- Le code de la santé publique,
- La loi N° 2009.879 du 21 juillet 2009 modifiée, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,
- Le décret N° 2009.1765 du 30 décembre 2009, relatif au directeur et aux membres du directoire des établissements publics de santé,
- Le décret N° 2009.1762 du 30 décembre 2009, relatif au président de la commission médicale d'établissement, vice-président du directoire des établissements publics de santé
- L'instruction N° DHOS/E1/2010/75 du 25 février 2010 relative à la mise en place des directoires des établissements publics de santé.

Chapitre 1 – Attributions du directoire

Le directoire est une instance collégiale de concertation et d'échange qui conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement.

Article 1^{er} : Compétences propres

Le directoire approuve le projet médical.

Le directoire prépare le projet d'établissement, notamment sur la base du projet médical et du projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotechnique, en cohérence avec le RPS et le CPOM.

Article 2 : Matières soumises à la concertation du directoire avant décision du directeur

Conformément aux dispositions du code de la santé publique, le directoire est saisi, par le président, pour concertation sur les sujets suivants :

Concernant la stratégie de l'établissement

1. Le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
2. La constitution et la participation à certaines formes de coopération (GCS, CHT) ou aux réseaux de santé (proposition au directeur général de l'agence régionale de santé)

Concernant les affaires financières, le patrimoine et les coopérations

3. Le programme d'investissement (après avis de la commission médicale d'établissement en ce qui concerne les équipements médicaux) ;
4. L'état prévisionnel des recettes et des dépenses, le plan global de financement pluriannuel et les propositions de tarifs de prestations mentionnés à l'article L.174-3 du code de la sécurité sociale ;
5. Le compte financier et l'affectation des résultats ;
6. Le plan de redressement présenté à l'agence régionale de santé ;
7. Les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, ainsi que les baux de plus de 18 ans ;
8. Les baux emphytéotiques, en application de l'article L.6148-2, les contrats de partenariat en application de l'article 19 de l'ordonnance N° 2004-559 du 17 juin 2004 sur les contrats de partenariat et les conventions de location en application de l'article L.6148-3 ;
9. Les délégations de service public mentionnées à l'article 38 de la loi N° 93-122 du 29 janvier 1993 relative à la prévention de la corruption et à la transparence de la vie économique et des procédures publiques.

Concernant l'organisation interne de l'établissement

10. L'organisation interne de l'établissement et les contrats de pôle d'activité ;
11. Le règlement intérieur de l'établissement.

Concernant les ressources humaines et l'organisation du travail

12. Le bilan social et la définition des modalités d'une politique d'intéressement ;
13. L'organisation du travail et des temps de repos.

Concernant la politique de qualité et de sécurité des soins

14. La politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers (décision conjointe du directeur et du président de la commission médicale d'établissement) ;
15. Le plan blanc.

Article 2 bis : Matières donnant lieu à une information du directoire

Le directoire est informé par ailleurs :

16. Sur le rapport annuel relatif à la mise en œuvre de la politique médicale de l'établissement (présenté par le président de la commission médicale d'établissement) ;
17. Sur le programme d'actions relatif à la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques, ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers (présenté par le président de la commission médicale d'établissement).

Chapitre 2 – Membres du directoire**Article 3 : Composition du directoire**

Le directoire du groupe hospitalier Paul Guiraud se compose de sept membres, dont une majorité de membres représentant le personnel médical, pharmaceutique, maïeutique et odontologique.

3.1. Membres de droit :

- Le directeur, président
- Le président de la commission médicale d'établissement, vice-président
- Le coordonnateur général des soins

3.2. Membres nommés par le directeur :

Les autres membres sont nommés par le directeur. Les représentants de la communauté médicale sont nommés par le directeur sur présentation d'une liste de propositions établie par le président de la commission médicale d'établissement.

Article 4 : Durée du mandat

1. Pour les **membres de droit**, la durée du mandat correspond à la durée des fonctions leur accordant le titre de membre de droit ;
2. Pour les **membres nommés par le directeur**, la durée du mandat est de quatre ans.

Article 5 : Fin du mandat

Ces dispositions concernent uniquement les membres nommés par le directeur.

1. Lors de la nomination d'un nouveau directeur, le mandat de tous les membres du directoire prend fin automatiquement ;
2. En cas de changement de président de la commission médicale d'établissement, le mandat des membres médicaux nommés prend fin automatiquement. Le directeur relance la procédure de désignation selon les dispositions prévues par le code de la santé publique ;
3. Dans le cas où un membre du directoire quitte l'établissement ou cesse d'exercer les fonctions au titre desquelles il était membre du directoire ;

4. En cas de trois absences non justifiées ou du non-respect des dispositions du présent règlement ;
5. En cas de démission, sous réserve d'un préavis de deux mois ¹

Article 6 : Incompatibilité

Les membres du directoire ne peuvent pas siéger au conseil de surveillance à titre délibératif.

Article 7 : Obligations des membres du directoire

7.1. Engagements contractuels

Toute convention entre le groupe hospitalier Paul Guiraud et l'un des membres de son directoire fait l'objet d'une délibération du conseil de surveillance.

Il en est de même des conventions auxquelles l'un des membres du directoire est directement intéressé ou dans lesquelles il traite avec l'établissement par personne interposée.

Sous peine de révocation de ses fonctions au sein de l'établissement, la personne intéressée est tenue, avant la conclusion de la convention, de déclarer au conseil de surveillance qu'elle se trouve dans l'une des deux situations mentionnées ci-dessus.

7.2. Confidentialité

Les membres du directoire sont tenus à l'obligation de discrétion professionnelle.

Article 8 : Gratuité des fonctions

Les fonctions de membre du directoire sont exercées à titre gratuit.

Chapitre 3 – Fonctionnement du directoire

Le directeur assure la présidence du directoire assisté du président de la commission médicale d'établissement, vice-président.

Article 9 : Organisation des réunions

Le directeur organise les travaux du directoire.

En son absence, le directoire est présidé par le vice-président, président de la commission médicale d'établissement. En cas d'absence simultanée du président et du vice-président, la réunion du directoire est annulée et reportée à une date ultérieure.

9.1. Périodicité

- Le directoire se réunit au moins huit fois par an selon un calendrier prévisionnel fixé annuellement ;
- En cas de nécessité, le calendrier sera révisé.

¹ Le directeur procède, selon les modalités réglementaires définies, à la nomination du membre remplaçant durant la période du préavis.

9.2. Ordre du jour

- L'ordre du jour est arrêté par le président après consultation du vice-président ;
- Les membres du directoire peuvent adresser au président des propositions de questions à inscrire à l'ordre du jour ;
- Le président se doit d'examiner toutes les propositions d'ordre du jour qui lui sont adressées ;
- L'ordre du jour pourra être complété, à **titre exceptionnel**, de questions imprévues jusqu'au moment de la réunion.

9.3. Convocation

- Le directoire est réuni sur convocation du président ;
- Les convocations sont adressées au plus tard huit jours avant la réunion, par courrier électronique, accompagnées de l'ordre du jour et des documents et rapports nécessaires à la concertation.

9.4. Secrétariat

Le secrétariat du directoire est assuré à la diligence du président du directoire.

Article 10 : Présence de personnalités invitées

Les personnalités invitées aux séances du directoire (notamment directeurs, chefs de pôles, chefs de services ou personnes compétentes) sont destinataires d'une convocation précisant l'objet et l'heure de leur intervention.

Elles assistent uniquement à la partie de la séance du directoire qui les concerne.

Le président du directoire les informe de la suite donnée à leur présentation.

Chapitre 4 – Le circuit décisionnel

Article 11 : Modalités de la concertation

- L'approbation du projet médical donne lieu à un vote à la majorité qualifiée ;
- A l'exception du projet médical, l'examen des questions inscrites à l'ordre du jour du directoire ne donne pas lieu à vote mais à la recherche d'une position consensuelle entre les membres du directoire. A défaut, le président ou le vice-président, peuvent demander une deuxième saisine du directoire pour poursuivre la concertation. Après la deuxième saisine, le directeur prend la décision en motivant celle-ci.

Article 12 : Publication des comptes rendus des réunions du directoire

Le compte-rendu est établi à la charge du directeur. Afin de tenir compte des dates rapprochées de réunion, seul le relevé de décisions est validé la séance suivante. Le compte-rendu pouvant être différé au mois suivant si nécessaire. Les comptes rendus sont transmis par courriel aux membres du directoire et conservés au secrétariat de direction.

Au début de chaque séance, le président du directoire informe le directoire des décisions prises sur les sujets inscrits à l'ordre du jour de la séance précédente.

Les décisions du directeur sont exécutoires de plein droit, dès réception par l'agence régionale de santé.

Article 13 : Notification des décisions

Un répertoire des décisions du président du directoire est conservé au secrétariat du directoire.

Le bilan des décisions prises par le président du directoire est communiqué trimestriellement à chacune des instances suivantes :

- Conseil de surveillance ;
- Commission médicale d'établissement ;
- Comité technique d'établissement ;
- Commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechnique ;
- Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge.

Ce bilan est également mis en ligne sur Intranet.

Une notification de ces décisions est également adressée à tous les responsables de pôles.

Toute décision individuelle est adressée à l'intéressé, ainsi qu'à son chef de service et son chef de pôle.

Article 14 : Communication et modification du règlement intérieur

Le présent règlement intérieur est intégré au règlement intérieur du groupe hospitalier Paul Guiraud après avis du conseil de surveillance.

Son élaboration a donné lieu à concertation au sein du directoire.

Les modifications seront soumises au même processus décisionnel.

LISTE DES PIÈCES JOINTES

Pièce jointe n°1	Arrêté du 19 août 2014 de la directrice générale du CNG portant placement en recherche d'affectation du directeur du GHPG à compter du 28 août 2014.
Pièce jointe n°2	Arrêté 14-870 du 27 août 2014 du directeur général de l'ARS Ile de France portant désignation de Madame Nicole Pruniaux en qualité de directrice intérimaire du GHPG à compter du 28 août 2014.
Pièce jointe n°3	Motion de la CME en date du 22 octobre 2014.
Pièce jointe n° 4	Procédure budgétaire PGFP 2014-2018 du GHPG approuvé par l'ARS le 24 juillet 2014.
Pièce jointe n° 5	Décision 2014-61 portant organisation du temps de travail pour mise en application au 1 ^{er} octobre 2014 repoussée au 1 ^{er} novembre 2014.
Pièce jointe n° 6	Note du 16 octobre 2014 de la direction du GHPG adressée à l'ARS et à la Préfecture.
Pièce jointe n° 7	Un certain "comité de grève" apostille le bulletin d'admission d'un patient, anonymisé par la mission.
Pièce jointe n° 8	Extrait du rapport de certification HAS du GHPG, "décision définitive de la HAS", janvier 2014 mis à jour en mai 2014.
Pièce jointe n° 9	Cartographie des secteurs de psychiatrie générale des Hauts-de-Seine.
Pièce jointe n° 10	Cartographie des secteurs de psychiatrie générale des Hauts-de-Seine Sud et Val-de-Marne rattachés au GHPG.

PIECE JOINTE N°1 :
ARRETE DU 19 AOUT 2014 DE LA DIRECTRICE
GENERALE DU CNG PORTANT PLACEMENT EN
RECHERCHE D’AFFECTATION DU DIRECTEUR
DU GHPG A COMPTEUR DU 28 AOUT 2014.

CENTRE NATIONAL DE GESTION

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

ARRETE

La directrice générale du centre national de gestion

- Vu l'article L 6141-1 du code de la santé publique ;
- Vu la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires;
- Vu la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, notamment les articles 51 à 59 ;
- Vu le décret n° 88-976 du 13 octobre 1988 modifié relatif à certaines positions des fonctionnaires hospitaliers, notamment l'article 18 ;
- Vu le décret n° 2005-921 du 2 août 2005 modifié portant statut particulier des grades et emplois des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (1° et 7°) de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;
- Vu le décret n°2005-922 du 2 août 2005 modifié relatif aux conditions de nomination et d'avancement de certains emplois fonctionnels des établissements mentionnés à l'article 2 (1° et 7°) de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée ;
- Vu l'arrêté en date du 1^{er} octobre 2013 maintenant Monsieur Henri POINSIGNON en position de service détaché dans l'emploi fonctionnel de directeur du centre hospitalier spécialisé Paul Guiraud à Villejuif (Val de Marne) ;
- Vu la demande de l'intéressé en date du 4 août 2014 ;
- Vu l'avis du directeur général de l'Agence régionale de santé Ile de France en date du 14 août 2014 ;

ARRETE :

- Article 1^{er} :** A compter du 28 août 2014, il est mis fin au détachement de Monsieur Henri POINSIGNON dans l'emploi fonctionnel de directeur du centre hospitalier spécialisé Paul Guiraud à Villejuif.
- Article 2 :** A compter de la même date, Monsieur Henri POINSIGNON, directeur d'hôpital hors classe (7^{ème} échelon Hors échelle B - 3^{ème} chevron), est réintégré dans son corps et reste affecté au centre hospitalier spécialisé Paul Guiraud.
- Article 3 :** La présente décision peut faire l'objet, dans un délai de deux mois à compter de sa notification, soit d'un recours gracieux auprès de l'administration auteur de la décision, soit d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif territorialement compétent.
- Article 4 :** La directrice générale du centre national de gestion est chargée de l'exécution du présent arrêté.

Fait à PARIS, le 19 août 2014

Pour la directrice générale et par délégation
La directrice générale adjointe



Maria-Claude CHATENAY-RIVAUDAY-MAREL

PIECE JOINTE N° 2 :
ARRETE 14-870 DU 27 AOUT 2014 DU
DIRECTEUR GENERAL DE L'ARS ILE DE
FRANCE PORTANT DESIGNATION DE MADAME
NICOLE PRUNIAUX EN QUALITE DE
DIRECTRICE INTERIMAIRE DU GHPG A
COMPTE DU 28 AOUT 2014



ARRETE n° 14-870
Portant désignation de Madame Nicole PRUNIAUX
Directrice hors classe du Centre Hospitalier Spécialisé de Maison Blanche (Paris)
en qualité de directrice Intérimaire du Groupe Hospitalier Paul Guiraud
à Villejuif (Val de Marne)

LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE D'ILE-DE-FRANCE

Vu le Code de la Santé Publique ;

Vu la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;

Vu la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;

Vu le décret n°2010-344 du 31 mars 2010, tirant les conséquences, au niveau réglementaire, de l'intervention de la loi n°2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;

Vu le décret n°2010-259 du 11 mars 2010 modifiant le décret n°2005-921 du 2 août 2005 portant statut particulier des grades et emplois des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (1°) de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;

Vu le décret n°2010-264 du 11 mars 2010 modifiant le décret n°2005-920 du 2 août 2005 portant dispositions relatives à la direction des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 modifiés portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;

Vu le décret n°2005-932 du 2 août 2005 modifié relatif au régime indemnitaire des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (1°) de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relative à la fonction publique hospitalière et notamment ses articles 6 à 10 ;

Vu le décret du 1^{er} avril 2010 portant nomination de Monsieur Claude EVIN en qualité de Directeur général de l'Agence Régionale de Santé d'Île-de-France ;

Vu l'arrêté du Centre National de Gestion du 13 décembre 2013 portant réintégration de Madame Nicole PRUNIAUX Directrice d'hôpital hors classe dans son corps et maintenant son affectation à l'Établissement Public de Santé de Maison Blanche (Paris) ;

Vu l'arrêté du Centre National de Gestion du 1^{er} octobre 2013 maintenant Monsieur Henri POINSIGNON Directeur d'hôpital hors classe de service détaché dans l'emploi fonctionnel de Directeur du Groupe Hospitalier Paul Guiraud à Villejuif ;

Vu l'arrêté du Centre National de Gestion du 19 août 2014 mettant fin au détachement de Monsieur Henri POINSIGNON sur emploi fonctionnel au sein du Groupe Hospitalier Paul Guiraud à Villejuif à compter du 28 août 2014 ;

Vu l'accord de Madame Nicole PRUNIAUX pour assurer l'intérim de direction du Groupe Hospitalier Paul Guiraud à Villejuif à compter du 28 août 2014.

ARRETE

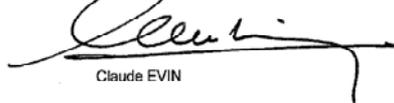
Article 1^{er} : Madame Nicole PRUNIAUX, Directrice hors classe du Centre Hospitalier Spécialisé de Maison Blanche (Paris), est nommée en qualité de Directrice intérimaire du Groupe Hospitalier Paul Guiraud à Villejuif à compter du 28 août 2014.

Article 2 : Madame Nicole PRUNIAUX percevra à ce titre, l'indemnité prévue par le décret n°2012-749 du 9 mai 2012 modifiant le décret n°2005-932 du 2 août 2005 susvisé.

Article 3 : Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France et le Délégué Territorial du Val de Marne sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs du Val de Marne et dont une ampliation sera adressée aux intéressés.

Paris, le 27 août 2014

Le Directeur Général
de l'Agence Régionale de Santé
Ile-de-France



Claude EVIN

PIECE JOINTE N° 3 : MOTION DE LA CME EN DATE DU 22 OCTOBRE 2014

POUR UNE ISSUE POSITIVE A LA CRISE

Alors que les négociations sur le temps de travail entre la direction et les partenaires sociaux connaissent de nouvelles péripéties, la communauté médicale :

- Souligne le professionnalisme et le dévouement des personnels soignants, d'encadrement et médico-administratifs du groupe hospitalier Paul GUIRAUD qui, ces derniers mois, malgré une situation complexe, ont maintenu auprès des patients des soins de qualité et une bienveillance sans faille.
- Confirme la pertinence du dispositif de soins que nous défendons et animons. Il a été mis en place et validé pour l'intérêt supérieur des patients.
- Souhaite pouvoir accorder sa confiance à Madame Nicole PRUNIAUX, directrice intérimaire. Après plusieurs années de tensions sur tous les sujets et de graves dysfonctionnements de la gouvernance, elle a su apporter rapidement des changements décisifs grâce à sa compétence et son expérience. La communauté médicale apprécie ces changements qui ont permis des progrès importants dans la gouvernance et constituent un élément indispensable pour un travail constructif avec l'IGAS, dans sa mission de conseil et de contrôle auprès de l'ARS concernant l'établissement. Ce travail conditionne la réalisation des projets soignants validés et les moyens qui seront ceux du groupe hospitalier pour les années qui viennent.
- Déploie que le groupe hospitalier soit stigmatisé par certains de ceux qui ont vocation à le défendre et le développer mais qui n'ont jamais été à l'écoute des critiques émises, malheureusement largement fondées, dont la réalité est maintenant bien établie.

La communauté médicale ne voudrait pas que la directrice se trouve enfermée dans le paradoxe de devoir assumer les erreurs de son prédécesseur en termes de gestion des ressources humaines, de choix stratégiques et de politique budgétaire sans que lui soient donnés les moyens de les corriger. Les négociations qui s'étaient enfin engagées entre la direction du GHPG et les représentants des syndicats sur l'organisation du temps de travail n'avancent pas. Notre établissement ne doit pas faire les frais d'années de gestion contestable, aventureuse et sans concertation interne. Les personnels ne doivent pas pâtir d'une attitude rancunière. Les patients ne doivent pas subir les conséquences de ce conflit qui n'a que trop duré.

Le directeur précédent disposait d'une certaine latitude mais ne voulait pas négocier. La directrice actuelle accepte de négocier mais ne peut rien proposer.

La communauté médicale demande une fois encore, à l'ARS de soutenir la directrice intérimaire à qui elle a confié la difficile mission de remettre notre établissement en ordre de marche, ce à quoi tous les partenaires sociaux et les instances étaient et demeurent favorables.

VILLEJUIF le 20 octobre 2014

Pour le bureau de la CME : le Président de la CME : Dr Bernard LACHAUX. Motion validée le 22 octobre 2014 par le collège des praticiens.#

**PIECE JOINTE N° 4 : APPROBATION DU PGFP
2014-2018 DU GHPG PAR L'ARS LE 24 JUILLET
2014.**



Affaire suivie par : Françoise NATAF

M. Henri POINSIGNON
 Directeur
 Groupe Hospitalier Paul Guiraud
 54, avenue de la République
 94805 Villejuif

Direction de l'Offre de Soins et Médico-Sociale

Pôle établissement de santé

Département Pilotage Financier

Courriel : francoise.nataf@ars.sante.fr

Téléphone : 01 44 02 05 20

Télécopie : 01 44 02 00 95

Paris, le **24 JUIL. 2014**

Objet : courrier d'approbation de l'EPRD pour l'exercice 2014 et d'approbation du PGFP 2014-2018 du groupe hospitalier Paul Guiraud

Monsieur le Directeur,

Par courrier reçu le 19 juin 2014, vous m'avez transmis l'Etat des Prévisions de Recettes et de Dépenses (EPRD) pour l'exercice 2014 ainsi que le Plan Global de Financement Pluriannuel (PGFP) 2014-2018 du Groupe Hospitalier Paul Guiraud.

Ils ont été examinés en tenant compte des instructions de la circulaire DHOS/F4/DGCP/5C/2008/98 en date du 25 mars 2008 relative à l'EPRD, et au vu des dispositions du code de la santé publique et notamment de celles introduites par le décret n°2010-425 du 29 avril 2010 relatif à l'organisation financière et à l'investissement immobilier des établissements de santé.

I) Analyse de l'EPRD 2014 :

a) Concernant l'analyse du résultat principal prévisionnel

Pour l'exercice 2014, le compte de résultat prévisionnel principal est présenté avec un déficit de 1 151 236 €, soit 0,8% des produits, au-dessous du seuil réglementaire maximum de 2% fixé dans le décret financier n° 2008-621 du 27 juin 2008.

Le déficit prévisionnel est trois fois plus important que celui affiché fin 2013 (déficit 2013 de 421 851 €).

Le total des charges s'élève à 137 306 975€, en hausse modérée de 0,5% par rapport à 2013 en raison d'une hausse des charges du titre 1 et 4.

L'évolution des charges de personnel (titre 1), correspondant à 0,5% par rapport à 2013, est maîtrisée .

Le rapport explicatif du directeur justifie cette évolution par les mesures de revalorisation du coût de travail à hauteur de 2,2 M€ (GVT, revalorisation indiciaire des catégories C...) qui est toutefois compensée par :

- des mesures d'efficience, mises en place dans le cadre du suivi des recommandations de l'inspection générale des affaires sociales et intégrées dans les objectifs du CPOM 2013-2018 et qui portent sur l'effort de maîtrise du personnel de remplacement et la réduction de la durée de travail;
- une réduction des effectifs du personnel médical (-1,76 ETP).

Les charges de titre 2 et 3 diminuent respectivement de 221,6 K€, soit 5,4 % et de 657,8 K€, soit 5%, grâce à un effort de rationalisation de dépenses de marchandises (titre 2) et du recours aux services extérieurs (titre 3).

Les charges du titre 4 augmentent de 975 K€, soit 10,3%, en raison d'une hausse des charges exceptionnelles de 470 K€, soit 23,5% et d'une hausse des dotations aux amortissements de 590,4 K€, soit 9,7%.

Le total des produits s'élève à 136 155 739 €, en légère baisse de 96 K€ par rapport à 2013, en raison d'une diminution de reprises du titre 3.

Les produits du titre 1, constitués de la dotation annuelle de financement Psychiatrie, s'élèvent à 120 857 507 €, en hausse de à 0,5% par rapport à l'année 2013.

Le montant inscrit est conforme à la dotation notifiée par arrêté N° ARS-14-352 en date du 24 avril 2014. Par ailleurs, les montants des dotations du budget principal fixés au titre du FIR à hauteur de 44 450 € par arrêté n°ARS-14-581 en date du 18 juin 2014 ont bien été respectés.

Concernant les produits du titre 2, je note que vous n'envisagez pas d'évolution des TJP par rapport à 2013, en application de la circulaire DGOS du 31/03/2014.

Les produits du titre 3 baissent de 717 K€, soit 8,8% par rapport à l'exercice antérieur, en raison d'une diminution de reprise sur provisions et dépréciations.

b) Concernant l'analyse du résultat prévisionnel des budgets annexes

Concernant les budgets annexes, les CRPA du CSAPA (budget P) et l'IFSI (budget C) sont présentés en équilibre.

Ces budgets feront l'objet d'une instruction distincte par les autorités de tarification compétentes.

Nous vous rappelons que les dotations soins des ESMS relevant de la compétence de l'ARS, seront arrêtées dans le cadre de la campagne budgétaire relative aux établissements et services médico-sociaux, par les services médico-sociaux des Délégations Territoriales de l'ARS.

c) Concernant l'analyse de la CAF et de l'équilibre bilanciel :

Le résultat de l'exercice génère une capacité d'autofinancement de 4 556 198 €, soit 3,23% des produits, en légère baisse de 52,7 K€, soit 1,1% par rapport à 2013.

La CAF rembourse le capital annuel de la dette d'un montant de 3,4 M€ et couvre les investissements courants prévus à hauteur de 1,3 M€.

L'enveloppe d'investissement prévue pour 2014, d'un montant de 7,8 M€, est principalement financée par prélèvement sur fonds propres à hauteur de 83% et, dans une moindre mesure, par la CAF nette à hauteur de 14%.

Le tableau de financement est équilibré par un prélèvement au fonds de roulement de 6,5 M€.

Le fonds de roulement d'un montant de 10 M€ en début d'exercice est estimé à 3,7 M€ en fin d'exercice, pour un besoin en fonds de roulement estimé à 635 K€, ce qui est compatible avec le niveau de trésorerie (3 M€)

Conclusion

Le déficit prévisionnel se dégrade sur l'exercice 2014, malgré la mise en place effective des mesures d'efficience recommandées par l'IGAS et intégrées dans l'annexe 1 du CPOM 2013-2018.

Néanmoins, l'établissement dispose d'une trésorerie au-dessus des seuils de soutenabilité et il respecte les seuils réglementaires.

En conséquence, j'approuve l'EPRD initial de l'année 2014 du groupe hospitalier Paul Guiraud.

Je vous rappelle que les conditions infra-annuelles de l'exécution de l'EPRD seront appréciées dans le cadre de la présentation périodique de l'état comparatif de l'activité, des recettes et des dépenses.¹

II) Analyse du PGFP 2014-2018

a) Concernant les résultats principaux prévisionnels sur la période du PGFP

Les comptes de résultat prévisionnel principaux sont présentés avec un léger excédent sur l'ensemble de la période, à l'exception de l'année 2014.

Les hypothèses d'évolution de l'ensemble des charges sont maîtrisées à hauteur de 0,35% en moyenne par an, contrebalancées par une évolution plus dynamique des produits à hauteur de 0,65% en moyenne par an.

Concernant les charges du titre 1, la poursuite des différentes mesures d'économie recommandées par l'IGAS (réduction de la durée quotidienne de travail, redéploiements de personnel induits par la réorganisation du dispositif intra-hospitalier autour d'unités de 20/25 lits, diminution des crédits de formation) permettent de compenser, d'une part, les dépenses de recrutement de personnel supplémentaire consécutives au déploiement de projets médicaux et, d'autre part, la hausse prévisionnelle des charges sociales.

Ces mesures permettent une évolution des charges du titre 1 plus contenue (0,4% en moyenne par an) que celle des produits du titre 1 (0,7% en moyenne par an).

b) Concernant l'analyse de la CAF et de l'équilibre bilancier :

¹ Article R.6145-6 du CSP

La CAF prévisionnelle est estimée à 5,6 M€ en moyenne sur la période, soit 4% des produits. Elle rembourse le capital annuel de la dette sur la période 2014-2018², qui s'élève à 3,8 M€ en moyenne chaque année sur la période.

L'enveloppe d'investissement prévue s'élève à 29,7 M€. Elle est financée d'abord par emprunt à hauteur de 49%, par la CAF à hauteur de 30% et enfin par prélèvement sur fonds de roulement à hauteur de 20%.

Les principales opérations prévues dans cette enveloppe d'investissement sont détaillées dans le tableau ci-dessous :

Opération d'investissement	Montant estimé (M€)
Restructuration CMP Vitry-sur-Seine 2014-2016	1,9 M€
Opération W - Choisy le Roi 2014-2016	6,5 M€
Sécurisation dont sécurité incendie	2,2 M€
IGAAC	1,7 M€
CPOM	6,4 M€

Seules les opérations d'investissement nécessaires à la mise en œuvre de l'avenant au projet médical réalisables sans soutien financier de la tutelle sont intégrées au plan d'investissement. Vous indiquez prévoir l'intégration des autres opérations préconisées par l'IGAS et intégrées dans l'avenant au projet médical (projet de relocalisation des secteurs des Hauts de Seine sur leur département) après confirmation du financement par subventions allouées par l'ARS.

A ce jour, les marges de manœuvres de l'Agence sont particulièrement réduites. Ces projets seront discutés à la rentrée avec le département pilotage financier, dans le cadre de la validation du nouveau schéma directeur d'investissement par les services de l'ARS et la mission d'appui IGAS.

Cependant, les mesures d'efficience engagées ne permettent pas à l'établissement de dégager des marges de manœuvre budgétaires suffisantes pour autofinancer les investissements programmés. Par conséquent, vous prévoyez de recourir entre 2015-2018 à un emprunt total de 14,7 M€ qui maintient le stock de dettes à un niveau stable par rapport à 2014, soit 47 M€ en fin de période, et ne permet pas à l'établissement de s'inscrire dans une trajectoire de désendettement.

Le fonds de roulement est mobilisé à hauteur de 6 M€ sur la période pour équilibrer le tableau de financement général, ce qui porte le fonds de roulement à 4,2 M€ en fin de période, pour un besoin en fonds de roulement estimé à 635 K€. Le niveau de trésorerie, qui se dégrade de 4,5 M€ par rapport à fin 2013 (essentiellement en raison de l'exercice 2014), est stabilisé à un niveau positif de 3M€.

Par conséquent, le niveau d'investissement prévu sur la période reste compatible avec la situation financière de l'hôpital, sous réserve de redressement de l'exploitation.

² Décret n° 2008-621 du 27 juin 2008 relatif à la définition des critères de déséquilibre financier des établissements de santé (art. R6145-11 3°)

Conclusion

La mise en œuvre de l'ensemble des mesures d'efficience, inscrites dans les objectifs de l'annexe 1 du CPOM 2013-2018, permet à l'établissement de redresser son résultat d'exploitation dès 2015.

Les marges de manœuvre budgétaires dégagées restent toutefois insuffisantes pour autofinancer les investissements programmés sur la période, ce qui rend nécessaire la mobilisation d'emprunt et le prélèvement du fonds de roulement.

Toutefois, sous les hypothèses présentées, le PGFP respecte les seuils réglementaires et ne paraît pas remettre en cause l'équilibre général de la situation.

En conséquence, j'approuve le PGFP du groupe hospitalier Paul Guiraud.

De plus, j'attire votre attention sur le fait que l'article R. 6145-66 du CSP dispose que :
« le Plan Global de Financement Pluriannuel est mis à jour, en tant que de besoin au cours de l'exercice, dès lors qu'une nouvelle opération est inscrite dans le programme d'investissement ou dès lors que les prévisions de recettes et de dépenses sont substantiellement modifiées. Le plan mis à jour est transmis pour information au Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé. »

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de mes salutations distinguées.

La Directrice du Pôle Etablissements de Santé
de l'Agence Régionale de Santé
Ile-de-France

Christine SCHIBLER



PIECE JOINTE N° 5 :

DECISION 2014-61 PORTANT ORGANISATION DU TEMPS DE TRAVAIL POUR MISE EN APPLICATION AU 1^{ER} OCTOBRE 2014 REPOUSSEE AU 1^{ER} NOVEMBRE 2014.



**Décision n° 2014-61 portant sur l'organisation et l'aménagement du temps de travail
au 1^{er} octobre 2014**

Le directeur du Groupe Hospitalier Paul Guiraud,
Chevalier de la Légion d'Honneur

- Vu l'article 8 bis de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires modifiée ;
- Vu le code de la santé publique et notamment l'article L6143-7 — 14°,
- Vu la loi n°2010-751 du 5 juillet 2010 relative à la rénovation du dialogue social et comportant diverses dispositions relatives à la fonction publique ;
- Vu le décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 modifié relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;
- Vu la circulaire du 22 juin 2011 relative à la négociation dans la fonction publique ;
- Vu l'accord local en date du 3 août 2012 relatif à la mise en oeuvre de l'organisation et à l'aménagement du temps de travail ; tel que modifié par les avenants n° 1, 2, 3 ;
- Vu le rapport de l'IGAS de décembre 2013 et notamment ses paragraphes n°293 à 297, 337 et 357 ;
- Vu le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens signé avec l'ARS le 9 avril 2014 et notamment l'objectif 2.1 de l'annexe 1 ;
- Vu la réévaluation du document unique et du Papripact en date du 7 juillet 2014 réalisée par l'ingénieur gestion des risques, assurant sa mission en toute indépendance, conformément à la décision n°2012-51 portant adoption d'une charte des intervenants en prévention des risques professionnels,
- Vu les ordres du jour et les comptes rendus des séances du directoire du 23 mai 2014, du 6 juin 2014 et du 29 juillet 2014,
- Vu les courriers adressés aux organisations syndicales en date des 23, 27, 28 et 30 mai 2014 et des 2, 3, 4 et 6 juin 2014 et des 23 et 25 juillet 2014 pour les inviter à des négociations relatives au réajustement de la durée quotidienne du travail et actant leurs absences à la plupart des réunions proposées,
- Vu l'organisation d'un comité technique d'établissement (CTE) en date du 10 juin 2014 pour recueillir l'avis portant sur l'avenant n°4 et sur l'ensemble des éléments relatif à l'organisation et l'aménagement du temps de travail, reconvoqué, faute de quorum le 13 juin 2014 ;
- Vu l'avis de la CME en date du 11 juin 2014 ;

- Vu la décision du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail en date du 12 juin 2014, réunion relative à l'avenant n°4 — au projet de décision portant application de l'accord local modifié et du projet de note de service ;
- Vu la motion adoptée par la réunion extraordinaire de la CSIRMT le 24 juillet 2014 ;
- Vu les séances du CHSCT du ^{ter} et du 11 août 2014 convoquées sur le même ordre du jour que la séance du 12 juin 2014 ;
- Vu le constat d'échec des négociations en date du 1^{er} août 2014 ;
- Vu l'avis du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail en date du 27 août 2014 relatif à l'avenant n°4 — au projet de décision portant application de l'accord local modifié et du projet de note de service ;

Considérant que la direction a pris, dès le 23 mai 2014, toutes les mesures nécessaires pour mener à bien la concertation avec les institutions représentatives du personnel et les instances consultatives du groupe hospitalier, ainsi que pour organiser les négociations avec les organisations syndicales qui disposent d'au moins un siège au sein du Comité Technique d'Etablissement (CTE) et du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), compétents sur l'organisation et l'aménagement du temps de travail, que ces séances de négociations n'ont pas pu aboutir du fait de l'absence des organisations syndicales ou d'une interruption prématurée de réunion par leur fait ou encore de leur refus de formuler des contre-propositions ou d'élaborer conjointement un compromis de fin de conflit ,

Considérant que l'avis du CTE reconvoqué sans condition de quorum n'a pu être recueilli du fait du refus de siéger des organisations syndicales à cette instance ; Considérant que, dans ces conditions, cet avis est réputé acquis ;

Considérant les appels à la négociation lancés tant par la direction du groupe hospitalier, par l'Agence Régionale de Santé et la Direction Générale de l'Offre de Soins, les organisations syndicales ayant rejeté ces appels sous des formes diverses ;

Considérant qu'au cours du directoire élargi aux chefs de pôles en date du 21 juin 2013 portant sur l'organisation du travail et l'EPRD 2013, le directeur a invité les chefs de pôles à faire des propositions de réajustement du temps de travail, en application de l'article 10 de l'accord local modifié relatif à la mise en oeuvre de l'organisation et à l'aménagement du temps de travail du 3 août 2012 ;

Considérant que le directoire a été informé et s'est concerté sur ce projet lors des séances des 23 mai 2014, 6 juin 2014 et 29 juillet 2014 ;

Considérant que la situation du groupe hospitalier est très inhabituelle en matière de nombre de jours d'Aménagement et de Réduction du Temps de Travail par an (27,5 jours jusqu'ici contre 15 jours en moyenne) et conduit à une rupture d'égalité entre agents hospitaliers ;

Considérant que le projet vise à assurer les principes de continuité du service et d'égalité entre les usagers des hôpitaux publics comme entre les agents de la Fonction Publique Hospitalière :

En améliorant le nombre d'agents présents un jour donné, tout en diminuant le recours aux remplacements,

En maintenant un temps de transmissions et de chevauchements adaptés,

En permettant les adaptations nécessaires d'une règle commune de référence aux singularités diverses des unités de travail,

En améliorant par conséquent la qualité des soins tout en diminuant la durée quotidienne du travail en se rapprochant de la situation de la très grande majorité des hôpitaux publics au plan régional comme au plan national ;

Considérant que la réévaluation du document unique réalisée dans le cadre de l'ajustement de la durée quotidienne du travail (temps journalier de 8h00 à 7h36), conclut que cet ajustement n'a pas d'incidence sur la fréquence d'exposition aux risques, et que par conséquent les criticités de chaque risque sont inchangées, que le document unique d'évaluation des risques professionnels et le programme annuel de prévention et d'amélioration des conditions de travail (PAPRI Pact) 2012-2014 restent eux aussi inchangés.

Considérant sur ce point que le CHSCT de ce jour, pourtant pleinement informé par la direction et par son expert, n'a pas adopté de modifications à ces documents de prévention des risques professionnels.

Considérant, que ce projet est par conséquent d'intérêt général ;

- DECIDE -

ARTICLE 1

A partir du 1^{er} octobre 2014, la durée quotidienne de référence du travail est réajustée à 7h36 pour l'ensemble des personnels non médicaux.
La durée hebdomadaire de référence est portée à 38 heures par semaine pour ces agents, quels que soient leurs grades et leurs fonctions.

ARTICLE 2

Dans le respect de l'obligation annuelle de service et de la durée hebdomadaire fixée à l'article 1 ci-dessus, les chefs de pôle peuvent proposer l'application d'une durée quotidienne différente, pour certains emplois déterminés, si l'intérêt du service le justifie.

Ils peuvent également proposer une organisation visée à l'article 3 ci-dessous.

Toute proposition doit être motivée. La conformité aux règles de droit et la pertinence de l'organisation du travail sont vérifiées et validées par la coordonnatrice générale des soins et le directeur des ressources humaines.

Les adaptations retenues font l'objet d'une note de service publiée. La signature des tableaux de service peut être déléguée aux chefs de pôle en application d'un contrat de pôle et d'une décision de délégation de signature.

ARTICLE 3

Les personnels travaillant en 10 heures et en 12 heures ne sont pas concernés par la mesure visée à l'article 1 ci-dessus.

ARTICLE 4

Sauf pour les personnels qui relèvent de l'article 3 ci-dessus, le nombre de jours d'Aménagement et de Réduction du Temps de Travail est fixé à 18 jours/an pour les personnels en horaires, et de 19 jours/an pour les personnels au forfait, déduction faite de la journée de solidarité. Du fait de l'application prorata temporis de cette décision à compter du 1^{er} octobre 2014, le nombre de jours pour l'année 2014 est fixé à 25 jours pour les personnels en horaires et à 25,5 jours pour les personnels au forfait.

ARTICLE 5

Cette décision est transmise à l'Agence Régionale de Santé et publiée sur le site intranet et internet de l'établissement et elle est affichée sur les panneaux prévus à cet effet.

Les nouveaux horaires sont affichés de la même manière par l'encadrement au plus tard le 14 septembre 2014. Les plannings du mois d'octobre 2014 sont notifiés aux agents par voie d'affichage, par l'encadrement au plus tard le 14 septembre 2014.

ARTICLE 6

Cette décision est susceptible de recours devant le tribunal administratif de Melun — 43 rue du Général de Gaulle — 77000 MELUN dans un délai de deux mois à compter de sa publication.

Fait à Villejuif, le 27 août 2014

Le Directeur



Henri POINSIGNON

**PIECE JOINTE N° 6 : NOTE DU 16 OCTOBRE
2014 DE LA DIRECTION DU GHPG ADRESSEE A
L'ARS ET A LA PREFECTURE**

 <p>GROUPE HOSPITALIER PAUL GUIRAUD</p>	<p>Direction signataire <i>Direction</i></p>	<p>NOTE DE CONTEXTE</p>	<p>Réf. : NP/CF Date : 16/10/14 Version : 1 Statut : Diffusion Page 1 sur 2</p>
---	---	--------------------------------	---

**NOTE DE CONTEXTE
CONCERNANT LE GROUPE HOSPITALIER PAUL GUIRAUD**

Le groupe hospitalier Paul Guiraud connaît, depuis le 2 juin 2014, un mouvement de grève conduit par les syndicats locaux CGT, FO, SUD et UNSA, représentant les personnels non médicaux de l'établissement.

La grève a été décidée à la suite de l'annonce, par la direction, de l'ajustement du temps de travail hebdomadaire et du régime de RTT afférent. Cette modification figure parmi les observations édictées par l'Inspection Générale des Affaires Sociales, mandatée par Madame la Ministre de la Santé, pour réaliser une inspection dans l'établissement au sein duquel divers dysfonctionnements persistants, notamment de gouvernance, étaient observés.

Ce mouvement, caractérisé par une occupation 24 heures sur 24 des bureaux de la direction, du piratage des systèmes d'information gérant la situation des patients, de nombreuses productions d'affiches et tracts portant atteinte à la personne du directeur, du blocage des admissions, a amené l'établissement à déposer une requête en référé. Le Tribunal Administratif de Melun a, par deux fois, déclaré illégales les actions menées par l'intersyndicale. C'est l'ordonnance du 9 juillet 2014 qui prévoit une astreinte de 300 euros par jour à charge des personnes faisant obstacle au bon fonctionnement du service public. Préalablement à la mise en œuvre de l'astreinte financière, le Tribunal Administratif prévoit que les personnes opposantes doivent libérer les lieux dans les 24 heures et à défaut le recours à la force publique pour procéder à cette évacuation.

Après une tentative de négociations avec les organisations syndicales en septembre et début octobre, il est apparu clairement que leur projet ne pouvait rejoindre les modifications du temps de travail prévues par l'Inspection Générale des Affaires Sociales et reprises par la Direction Territoriale de l'Agence Régionale de Santé dans le contrat d'objectifs et de Moyen du groupe hospitalier Paul Guiraud.

Ainsi, j'ai donc déclaré le 15 octobre 2014 la mise en œuvre de l'ajustement prévu au 1^{er} novembre 2014 (pour information, la date d'application avait été repoussée à mon initiative du 1^{er} octobre au 1^{er} novembre pour laisser du temps à la négociation).

 <p>GROUPE HOSPITALIER PAUL GUIRAUD</p>	<p>Direction signataire <i>Direction</i></p>	<p>NOTE DE CONTEXTE</p>	<p>Réf. : NP/CF Date : 16/10/14 Version : 1 Statut : Diffusion Page 2 sur 2</p>
---	---	--------------------------------	---

Dans ce contexte, les organisations syndicales ont immédiatement durci leur mouvement. Pour ne pas tomber sous le coup de l'astreinte prévue par le référé, les auteurs d'actions de dégradations agissent masqués (cagoule intégrale noire), le corps dissimulé par une ample cape noire.

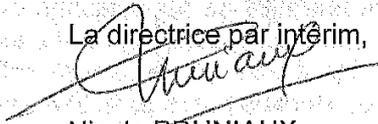
Ce fut le cas la nuit du 15 au 16 octobre 2014, au cours de laquelle, après avoir neutralisé les caméras de surveillance de la cour centrale, ils ont renversé des poubelles en grand nombre.

Le mouvement va maintenant s'orienter vers un blocage des admissions de patients, les grévistes entravant l'entrée des ambulances qui conduisent les futurs patients des services des urgences ou du Centre Psychiatrique d'Orientation et d'Accueil (CPOA) vers le groupe hospitalier Paul Guiraud, ou en amont les appels téléphoniques dirigés sur le standard de l'établissement annonçant l'arrivée de patients. Ceci constitue donc une entrave majeure au service public puisque les patients dont l'état le nécessite ne peuvent plus être accueillis.

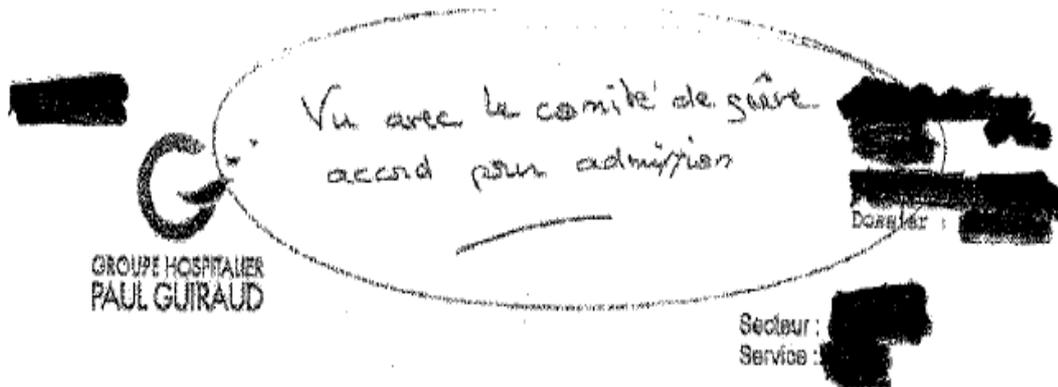
Cette opération doit débuter le vendredi 17 octobre 2014 à 19 heures et l'intersyndicale a appelé les grévistes à se dissimuler sous des masques pour ne pas être identifiables. De surcroît, ils ont lancé un appel à des renforts extérieurs destiné à créer une difficulté supplémentaire d'identification et à couvrir la présence d'éléments extérieurs incontrôlés.

Dans l'impossibilité ainsi faite à l'établissement de régler à son niveau le retour à un fonctionnement régulier par l'imposition d'astreinte à chaque contrevenant, il reste à demander l'application de l'article 2 du référé établi par le Tribunal Administratif en date du 9 juillet 2014, savoir solliciter le recours à la force publique.

Fait à Villejuif,
Le 16 octobre 2014

La directrice par intérim,

Nicole PRUNIAUX

PIECE JOINTE N° 7 : UN CERTAIN "COMITE DE GREVE" APOSTILLE LE BULLETIN D'ADMISSION D'UN PATIENT, ANONYMISE PAR LA MISSION.



Bulletin d'admission d'un patient en soins psychiatriques libres (SL, article L3211-2 du Code de la santé publique)

Version 2.3 (16.04.2011)

A TRANSMETTRE AU BUREAU DES ADMISSIONS DANS LES 24 HEURES

A Villejuif le 20/10/14 à 16h20

Je soussigné(e) [redacted] Docteur en médecine,

En qualité de interne

Certifie que l'état de santé de :

M, Mme, Mlle [redacted]

Domicilié (e) à [redacted]

Nécessite son admission en soins libres au Groupe hospitalier PAUL GUIRAUD à compter du 20/10/14

PIECE JOINTE N° 8 : EXTRAIT DU RAPPORT DE CERTIFICATION HAS DU GHPG, “DECISION DEFINITIVE DE LA HAS”, JANVIER 2014 MIS A JOUR EN MAI 2014.

Au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, du bilan des sécurités sanitaires et de la participation au recueil des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de Santé, la Haute Autorité de Santé prononce une certification avec réserves.

1. Les décisions par critères du manuel

RESERVE(S)

8.d (Evaluations des risques à priori) .

RECOMMANDATION(S)

10.e Santé mentale (Respect des libertés individuelles et gestion des mesures de restriction de liberté) .

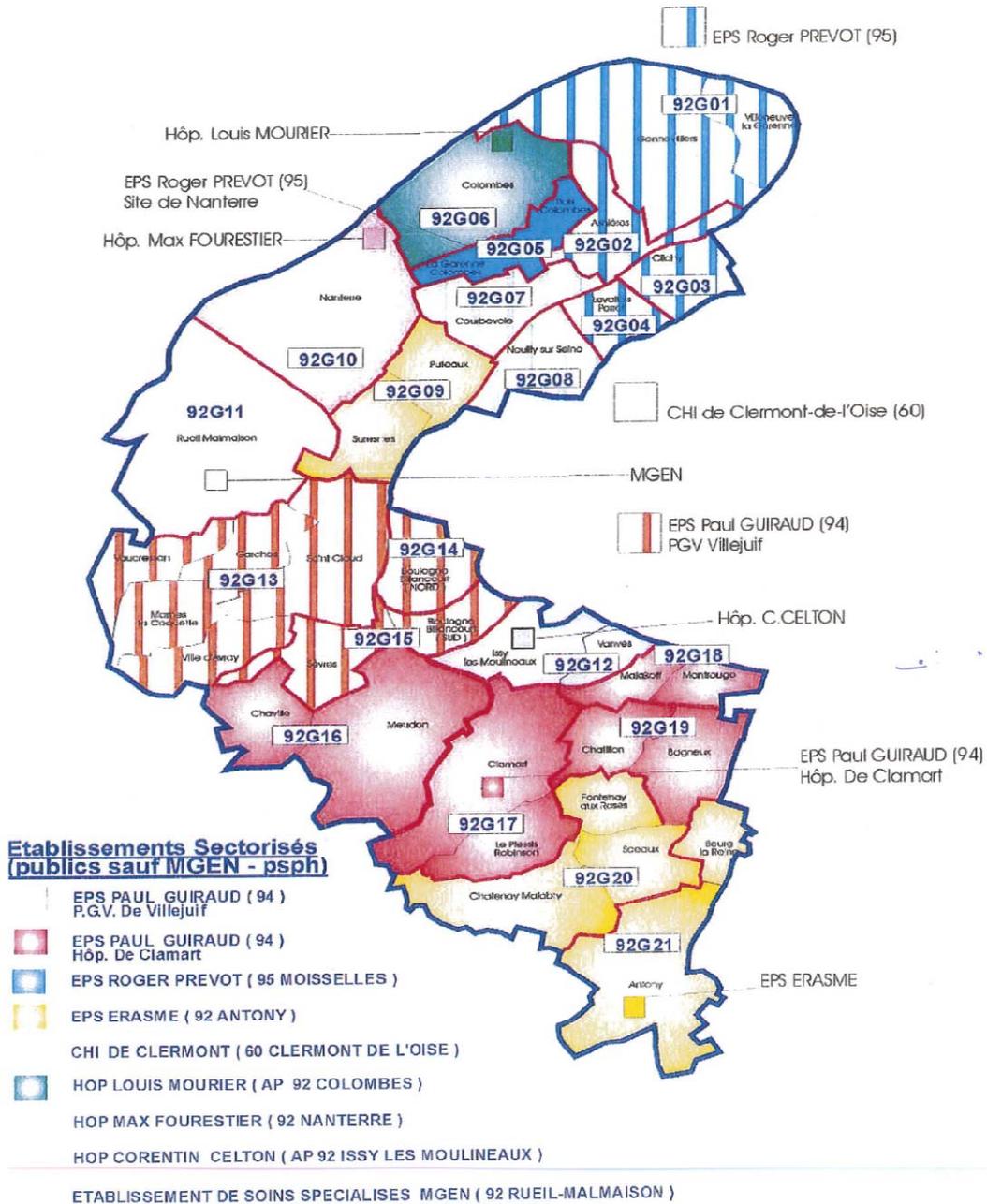
15.a Santé mentale (Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge) .

20.b Santé mentale (Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé) .

28.b (Pertinence des soins) ;28.c (Démarches EPP liées aux indicateurs de pratique clinique) .

PIECE JOINTE N° 9 : CARTOGRAPHIE DES SECTEURS DE PSYCHIATRIE GENERALE DES HAUTS-DE-SEINE.

SECTEURS DE PSYCHIATRIE GENERALE DES HAUTS-DE-SEINE ETABLISSEMENTS SECTORISES



PIECE JOINTE N° 10 : CARTOGRAPHIE DES SECTEURS DE PSYCHIATRIE GENERALE DES HAUTS-DE-SEINE SUD ET VAL-DE-MARNE RATTACHES AU GHPG

