



**CHAMBRES REGIONALES DES COMPTES DE GUADELOUPE, GUYANE, MARTINIQUE
CHAMBRES TERRITORIALES DES COMPTES DE SAINT-MARTIN, SAINT-BARTHELEMY**

Le Président

Pointe-à-Pitre, le 28 octobre 2011

CONFIDENTIEL

RECOMMANDE AVEC A.R.

CRC/JCP/Greffe/n° 2011-995

P.J : Une annexe

Monsieur le Directeur,

Par lettre du 12 septembre 2011, j'ai porté à votre connaissance sous la forme d'un rapport, les observations définitives de la Chambre régionale des comptes de la Guyane concernant la gestion du centre hospitalier de l'ouest guyanais, à partir de l'année 2005.

Conformément aux dispositions de l'article L. 243-5 du code des juridictions financières, vous disposiez d'un délai d'un mois pour adresser au greffe de la Chambre régionale des comptes de la Guadeloupe une réponse écrite à ce rapport d'observations, à compter de sa réception.

Aucune réponse n'étant parvenue dans le délai précité, le rapport d'observations, dont vous avez accusé réception le 19 septembre 2011, doit désormais être communiqué par vos soins au conseil d'administration, dès sa plus proche réunion. Il doit faire l'objet d'une inscription à son ordre du jour, être joint à la convocation adressée à chacun de ses membres et donner lieu à un débat.

.../...

Monsieur Gérard BARSACQ
Directeur du centre hospitalier de
l'ouest guyanais Franck Joly
16, boulevard du Général de Gaulle
BP 245
97393 SAINT LAURENT DU MARONI CEDEX

En vertu de l'article R.241-18 du code des juridictions financières, le rapport d'observations deviendra communicable aux tiers dès qu'aura eu lieu la première réunion du conseil d'administration suivant sa réception. En conséquence, je vous serais obligé de bien vouloir me faire connaître la date de cette réunion.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de ma considération distinguée.

Le Président,

B. DIRINGER

**CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES
DE GUYANE**

Annexe à la lettre n° 2011-995 du 28 octobre 2011

**RAPPORT D'OBSERVATIONS DEFINITIVES
SUR LA GESTION
DU
CENTRE HOSPITALIER DE L'OUEST GUYANAIS
(C.H.O.G.)
SAINT-LAURENT DU MARONI**

Exercices 2005 et suivants

Ordonnateurs :

- M. Jean-Pierre SALINIERE, de 2004 à mars 2008,
- M. François-Louis BERTHOU, de mars 2008 à mai 2011
- M. Gérard BARSACQ, à compter de juin 2011

Rappel de procédure

La chambre a inscrit à son programme 2010, l'examen de la gestion du centre hospitalier de l'ouest guyanais à partir de l'année 2005.

Par lettre en date du 8 avril 2010 le président de la chambre en a informé M. Léon BERTRAND, président du conseil d'administration ainsi que MM. Jean Pierre SALINIERE et François-Louis BERTHOU successivement directeurs de l'établissement au cours de la période sous revue.

Les entretiens de fin de contrôle ont eu lieu le 27 janvier 2011 avec Jean Pierre SALINIERE et le 31 janvier 2011 avec François-Louis BERTHOU.

Lors de sa séance du 7 avril 2011, la chambre a arrêté ses observations provisoires. Celles-ci ont été transmises, le 20 juin 2011, dans leur intégralité à M. BERTHOU et M. SALINIERE, anciens ordonnateurs, M. BARSACQ, nouveau directeur à compter de juin 2011, M. DAMIE, directeur général de l'ARS et, pour les parties qui les concernent, aux personnes nominativement ou explicitement mises en cause.

Les réponses suivantes ont été enregistrées :

- M Gérard BARSACQ, par courrier du 18 juillet 2011 enregistré au greffe le 27 juillet 2011 ;
- M. BERTHOU, par courrier du 7 août 2011 enregistré au greffe le 10 août 2011 ;
- M. SALINIERE, par courrier du 19 août 2011 enregistré au greffe le 25 août 2011.

Après avoir entendu le rapporteur et pris connaissance des conclusions du procureur financier, la chambre a arrêté, le 8 septembre 2011, le présent rapport d'observations définitives.

Le rapport a été communiqué le 12 septembre 2011, à M. BARSACQ, en tant que directeur en fonctions et pour la partie les concernant à MM BERTHOU et SALINIÈRE, ses prédécesseurs en fonctions, au cours de la période examinée.

La chambre n'a reçu aucune réponse dans le délai légal d'un mois.

Ce rapport devra être communiqué par le directeur au conseil d'administration lors de la plus proche réunion suivant sa réception. Il fera l'objet d'une inscription à l'ordre du jour, sera joint à la convocation adressée à chacun de ses membres et donnera lieu à un débat.

Ce rapport sera, ensuite, communicable à toute personne qui en ferait la demande en application des dispositions de la loi n° 78-753 du 17 juillet 1978.

SOMMAIRE

PARTIE I : LE POSITIONNEMENT STRATEGIQUE DU CHOG : UN HOPITAL LOCAL AUX MISSIONS INTERNATIONALES	11
I. UN PETIT ETABLISSEMENT PUBLIC HOSPITALIER AU PASSE COMPLEXE ET AU STATUT MAL DEFINI	12
1.1. UN PETIT ETABLISSEMENT PUBLIC HOSPITALIER AU PASSE COMPLEXE	12
1.2. UN STATUT MAL DEFINI	13
1.2.1 <i>Les terrains et les bâtiments hospitaliers André Bouron</i>	13
1.2.1.1. Un montage juridique complexe	13
1.2.1.2 De lourdes conséquences financières	14
1.2.2 <i>L'autonomie réelle du CHOG</i>	15
II. LES ORIENTATIONS DU PRSP ET DU SROS : DE LARGES MISSIONS DU CHOG.....	16
2.1 LE PLAN REGIONAL DE SANTE PUBLIQUE (PRSP)	17
2.2 LE SCHEMA REGIONAL D'ORGANISATION SANITAIRE (SROS)	17
PARTIE II : LE CADRAGE DE L'ACTIVITE DU CHOG : LE CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS (CPOM) ET LE PROJET D'ETABLISSEMENT (PE).....	23
I. LE CPOM (2007-2011).....	23
1.1 UN DOCUMENT AMBITIEUX.....	23
1.2 UNE APPLICATION TRES PARTIELLE	25
1.2.1 <i>Sur la procédure de suivi</i>	25
1.2.2. <i>Sur les activités fléchées</i>	26
1.2.2.1. La réalisation du nouvel hôpital	26
1.2.2.2. La problématique des centres délocalisés de prévention et de soins (CDPS) du Maroni	28
1.2.2.3. L'accroissement de l'offre de soins et de l'offre médico-sociale	29
1.2.2.4. La complémentarité avec la médecine de ville	33
1.2.2.5. Le financement des objectifs contractuels	33
2. LE PROJET D'ETABLISSEMENT (2008-2012)	34
2.1. UN DOCUMENT EXHAUSTIF ET CONFORME AUX ORIENTATIONS DU SROS	34
2.1.1. <i>Un diagnostic pertinent</i>	34
2.1.2. <i>Des orientations logiques</i>	35
2.2. UNE CONTRADICTION AVEC LA REALITE OBSERVEE.....	37
PARTIE III : UNE STRUCTURE HOSPITALIERE OBSOLETE ET INADAPTEE A SON ACTIVITE.....	39
1. LA SECURITE ET LA QUALITE.....	39
1.1. SECURITE : RAPPORTS DE LA COMMISSION DE SECURITE ET DES SERVICES VETERINAIRES	39
1.1.1. <i>Des mesures générales de sécurité non respectées</i>	39

1.1.2. <i>Un service de restauration obsolète</i>	41
1.2. QUALITE : LES NOMBREUSES RESERVES DES CERTIFICATIONS DE LA HAS	41
1.2.1. <i>Rappel de la procédure</i>	41
1.2.2. <i>Les caractéristiques du CHOG</i>	42
2. L'ORGANISATION DES ACTIVITES MEDICALES ET MEDICO-TECHNIQUES	43
2.1. ANALYSE PAR DISCIPLINE CLINIQUE MAJEURE.....	43
2.1.1. <i>Les urgences</i>	44
2.1.2. <i>La chirurgie, le bloc, l'anesthésie</i>	46
2.1.3. <i>Le pôle femme-enfant</i>	48
2.1.3.1. <i>Gynécologie obstétrique</i>	48
2.1.3.2. <i>Pédiatrie, néonatalité et soins intensifs</i>	49
2.1.4. <i>Médecine et soins de suite et de réadaptation (SSR)</i>	52
2.1.4.1. <i>Médecine et hôpital de jour</i>	52
2.1.4.2. <i>Les activités de moyen séjour : le SSR</i>	53
2.1.5. <i>La psychiatrie</i>	54
2.1.6. <i>Les personnes âgées</i>	55
2.2. ANALYSE MEDICO-TECHNIQUE	56
2.2.1. <i>Le service d'imagerie médicale</i>	56
2.2.2. <i>Le laboratoire</i>	57
2.2.3. <i>Pharmacie/stérilisation</i>	58
PARTIE IV : ORGANISATION ET MANAGEMENT DU CHOG.....	60
1. LA DIRECTION GENERALE.....	60
1.1. UN PASSIF COMPLEXE ET AMBIVALENT.....	60
1.2. UNE FONCTION INSUFFISAMMENT ASSUREE.....	62
1.2.1. <i>Un organigramme peu cohérent</i>	62
1.2.2. <i>La mise en place de la nouvelle gouvernance</i>	63
1.2.3. <i>L'instabilité de la fonction de direction</i>	65
2. LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES (RH).....	66
2.1. DES EFFECTIFS PLETHORIQUES ET INCERTAINS	66
2.2. UN ABSENTEISME MAL CERNE MAIS IMPORTANT	68
2.3. LE « TURN-OVER » DU PERSONNEL	69
2.4. DES « MESURES INCITATIVES » AU RECRUTEMENT, SOUVENT IRREGULIERES	69
2.5. UN « SUR-ENCADREMENT » DES EQUIPES	71
2.6. UNE ABSENCE DE GESTION PREVISIONNELLE DES EMPLOIS ET DES COMPETENCES (GPEC) ET DE POLITIQUE COHERENTE DE FORMATION CONTINUE	72
3. LES SERVICES LOGISTIQUES.....	74
3.1. L'ABSENCE D'ORGANISATION DU SECTEUR	74
3.2. LES CONSEQUENCES DE L'EMIETTEMENT DU PROCESSUS DE DECISION	75
3.2.1. <i>L'approvisionnement et la politique d'achat</i>	75
3.2.2. <i>Les travaux et équipements</i>	76
3.2.3. <i>Le suivi de certaines unités</i>	77
3.2.3.1. <i>La cuisine et l'ensemble de la prestation restauration</i>	77
3.2.3.2. <i>La blanchisserie</i>	79
3.2.3.3. <i>Le parc automobile et les transports</i>	79
3.2.3.4. <i>La sécurité</i>	80

3.2.3.5. La morgue	80
3.2.3.6. Les magasins	81
4. L'EHPAD ET LES ETABLISSEMENTS ANNEXES	81
4.1. UN ORGANIGRAMME NON OPERATIONNEL	81
4.2. UN EHPAD EN DESHERENCE	81
4.3. LES AUTRES STRUCTURES EXTERNES	83
PARTIE V : LA SITUATION FINANCIERE DU CHOG	84
1. ANALYSE DE LA SITUATION PATRIMONIALE ET BUDGETAIRE DU CHOG	
AU 31/12/2009	84
1.1. ANALYSE DE LA STRUCTURE FINANCIERE	85
1.2. DES RESSOURCES DE FINANCEMENT ATYPIQUES	92
1.2.1. <i>L'aide médicale d'Etat (AME)</i>	92
1.2.2. <i>Le dispositif des soins urgents (SU)</i>	93
2. LA PROCEDURE BUDGETAIRE : PGFP ET EPRD	94
2.1. PROCESSUS D'INVESTISSEMENT ET PLAN GLOBAL DE FINANCEMENT PLURIANNUEL	95
2.1.1. <i>Analyse de la situation patrimoniale et budgétaire de l'établissement au</i>	
<i>31/12/2009</i>	95
2.1.2. <i>Le plan pluriannuel d'investissement (PPI)</i>	96
2.1.3. <i>Le plan global de financement pluriannuel (PGFP) 2010/2016</i>	96
2.1.4. <i>L'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD)</i>	97
2.1.4.1. Les comptes de résultat prévisionnels principaux (CRPP)	98
2.1.4.2. Les comptes de résultat prévisionnels annexes (CRPA) : la problématique de	
<i>l'EHPAD</i>	100
3. L'ORGANISATION DES SERVICES FINANCIERS DU CHOG	102
3.1. UNE ANALYSE CONTRASTEE	102
3.2. DES EFFORTS DE RESTRUCTURATION A POURSUIVRE	104

LE CENTRE HOSPITALIER DE L'OUEST GUYANAIS

ELEMENTS DE CONTEXTE ENVIRONNEMENTAL

Le Centre hospitalier de l'ouest Guyanais (CHOG), installé à Saint-Laurent du Maroni, est un établissement totalement atypique dans l'offre de soins sur le plan national.

Ceci est dû tant à son positionnement géographique, particulièrement excentré le long de la frontière avec le Suriname (délimitée par le fleuve Maroni) et son éloignement de plus de 250 km de la capitale régionale Cayenne, qu'à son statut juridique ambivalent. Sa capacité d'action est inversement proportionnelle aux missions sanitaires et médico-sociales importantes qui lui ont été imparties. Sa situation financière apparemment saine est, de fait, marquée par de fortes zones d'incertitudes liées à des modes de financement dérogatoires du droit commun.

Dans le cadre de la réforme hospitalière impulsée par la loi HPST "Hôpital, patients, santé et territoires" du 27/07/2009, le CHOG apparaît comme une entité en décalage dans le paysage hospitalier général.

C'est l'unique structure de prise en charge sanitaire sur un territoire de 50.277 km² (soit 60% du territoire guyanais) et de recours pour une population estimée en 2007 par l'INSEE à 61.437 habitants (hors population illégale¹), et en croissance constante à un rythme supérieur à 7% par an.

Les structures hospitalières voisines les plus proches sont Kourou à 200 Kms et Paramaribo (Suriname) à 170 Kms.

Il est en effet impossible de comprendre la situation de l'hôpital de Saint-Laurent du Maroni et d'en mesurer l'action passée et les perspectives d'avenir, sans évoquer préalablement la problématique majeure de l'évolution démographique de l'ouest guyanais au cours des dernières décennies. De même, la dimension internationale des problématiques de santé revêt une importance particulière dans une zone frontalière.

¹ Par population illégale, l'on entend la différence entre population totale, population immigrée recensée et population en cours de régularisation en préfecture

LE PARTICULARISME DEMOGRAPHIQUE

Lors de la création officielle de ce que l'on peut considérer comme la trame du centre hospitalier actuel, à savoir l'hôpital du bague de Saint-Laurent du Maroni entre 1907 et 1912 (vingt ans après qu'une commission pénitentiaire ait arrêté en 1889 le principe de sa réalisation), celui-ci desservait, avec 400 lits -ce qui en faisait à l'époque l'établissement hospitalier le plus important de tout l'empire colonial français- une population d'un territoire de moins de 5.000 habitants, élément clef d'une commune pénitentiaire créée en 1880².

Aujourd'hui cette population peut être estimée, sur l'ensemble du Maroni français, à plus de 70.000 habitants auxquels il convient d'ajouter, selon les indications fournies par la sous préfecture³, 10.000 illégaux vivant en permanence sur la rive française du Maroni et plus de 15.000 habitants sur la rive Surinamienne⁴, ce qui porte à près de 100.000 personnes la population de la zone du fleuve.

La seule ville de St-Laurent du Maroni recense aujourd'hui, sur 4830 km², une population estimée par l'INSEE en 2007 à 34.149 habitants⁵, auxquels doivent être ajoutés 7 à 8000 "illégaux" en provenance du Suriname et résidant de manière quasi permanente sur le territoire de la commune.

Plusieurs observations peuvent être faites sur la problématique démographique de l'Ouest guyanais :

1°) Aucune étude récente, émanant d'un organisme public agréé (ARS, Observatoire régional de la santé...) et relatif à la population drainée spécifiquement par le CHOG, ne mentionne un chiffre fiable.

Ainsi l'étude du conseiller général des établissements de santé, délégué en novembre 2007 par la DHOS (Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins) du Ministère de la santé, fait état de 20.000 habitants à cette date, alors que la population est de 34.149 selon l'INSEE à la même date. Il est à relever que cette population, très fluctuante, était passée de 3.019 h en 1962 à 9.971 en 1982, 13.616 en 1990 et 19.211 en 1999 (chiffres INSEE). Ce constat rend difficile l'appréciation exacte de la population à une date déterminée.

Ainsi que le fait ressortir l'étude précitée de l'INSERM, les recompositions territoriales générées sur la rive guyanaise du Maroni, notamment lors de la guerre civile et la crise économique du Suriname (1986-1992), ont entraîné l'émergence d'un pôle démographique important dans l'arrondissement de St Laurent du Maroni, dont la population a été multipliée par 6 en 20 ans⁶.

² La commune de St Laurent du Maroni n'a en effet été créée, en tant que collectivité locale de droit commun que par décret du 9/11/1949.

³ Entretien du 4/8/2009 avec M. Nicolas, sous préfet à St Laurent du Maroni

⁴ CF note interne de l'ARS (mai 2010) et rapport " migration et soins en Guyane" (INSERM/UPMC 2009)

⁵ Tableau INSEE annexé

⁶ Relevons toutefois que les chiffres de l'exode provoqué par cette guerre varient aussi de manière significative selon les sources d'information : 9.000 (préfecture), 10.000 (Ministère AE), 13.000 (CIMAD), voir 25.000 (ambassade de France au Suriname). 6.000 personnes provisoirement déplacées du Suriname sont installées dans des camps jusqu'en 1992.

De plus l'espace transfrontalier du Maroni constitue une unité territoriale porteuse d'une identité socioculturelle et démographique commune, où les populations transfrontalières sont mobiles sans pour autant être nomades. La notion de frontière revêt donc un sens très relatif le long d'un fleuve représentant un lien entre des populations de même origine.

Ces mobilités transfrontalières, migrations pendulaires ou d'opportunité, constituent de fait la base du recrutement du CHOG. Pour les populations séjournant, de fait, sur les deux rives, la mobilité est en effet une véritable ressource intégrée dans les modes de vie au quotidien.

2°) L'approche de la population "immigrée" reste assez floue⁷. Celle-ci avoisine de manière générale sur la Guyane les 30% (45% à St-Laurent du Maroni), selon une estimation faite par l'INSEE en 2006, reproduite dans toutes les enquêtes depuis cette date. De plus, le nombre de personnes en situation irrégulière est évalué entre 30.000 et 35.000 individus sur l'ensemble de la Guyane (cf. rapport de la commission d'enquête du Sénat sur l'immigration clandestine tome I, rapport Othily et Buffet, 2007) soit 20 à 25 % de la population. L'Ouest guyanais est plus particulièrement concerné par ce phénomène.

L'état de santé et le recours aux soins de ces populations immigrées sont des domaines de recherche encore peu instruits en Guyane. Il n'existe, donc pas d'études de fond sur les motivations précises des migrants (santé, éducation, choix par défaut..), ni sur le coût que représente réellement la fréquentation des structures de soins par ceux-ci.

Par ailleurs, ainsi que le relève le Plan Régional de Santé Publique (PRSP) dès 2006, l'une des conséquences de l'immigration clandestine est que si ces "immigrés" ont accès aux soins, ils ne sont pas comptabilisés dans l'estimation de l'offre de soins, ce qui donne un niveau d'équipement inférieur à ce qu'il devrait être. Ce constat est particulièrement pertinent à Saint-Laurent du Maroni : le niveau d'équipement, et donc d'offre de soins, apparaît donc d'entrée sous-dimensionné par rapport aux besoins potentiels d'une population mal cernée, tant dans son volet quantitatif que dans la définition de ses composantes de demande de soins.

3°) Enfin, il convient de nuancer l'affirmation portée par certains auteurs quant aux demandes de nombreuses femmes venant accoucher sur le territoire afin que leurs enfants acquièrent la nationalité française. Cette approche est réfutée par l'étude l'INSERM et UPMC pour l'Agence Française de Développement (AFD, septembre 2009)⁸.

⁷ cf. sur ce point les travaux de M. Piantoni, dont "Rupture territoriale et comportements démographiques endogènes : processus de territorialisation de l'espace frontalier Maroni depuis 1986" (1998) et "L'enjeu migratoire en Guyane Française" (2009).

⁸ Etude "migration et soins en Guyane " unité de recherche INSERM 707, faculté de médecine St Antoine, sept 2009

LA PROBLEMATIQUE TRANSFRONTALIERE

Le coût induit par cette situation pour le CHOG (coût des soins, nombre de naissances "étrangères", suivi des traitements...), pose la question de la coopération transfrontalière en matière de santé, qui s'inscrit pourtant dans la politique de coopération bilatérale mise en place depuis 2003 par le gouvernement français⁹.

Sachant que seuls 45,8% de la population des plus de 18 ans à St-Laurent du Maroni est de nationalité française et que 41,8% sont originaires du Suriname, la cartographie de l'origine des patients traités par le CHOG apparaît très atypique.

En effet, l'accès à Cayenne et Kourou à partir de Saint-Laurent du Maroni est limité par le poste frontière d'Iracoubo (à 100 km de Saint-Laurent du Maroni), ce qui rend possibles les déplacements en deçà de cette "frontière", et donc de part et d'autre du fleuve Maroni.

Il est utile de rappeler les contours des relations entre le Suriname et la France ;

1°) **Les relations bilatérales** sont récentes, la coopération s'étant surtout développée depuis l'inscription du Suriname dans la "zone de solidarité prioritaire" en 1999 (zone des pays les moins développés en terme de revenus, et avec lesquels la France entend mener une relation forte de partenariat dans une perspective de solidarité et de développement durable). C'est dans ce cadre qu'intervient l'AFD depuis 2000, et notamment dans le domaine de la santé, en qualité "d'opérateur pivot du dispositif français d'aide publique au développement".

2°) De nouvelles ressources sont également mobilisables dans le cadre des **programmes européens de coopération régionale**, l'Union Européenne (UE) marquant une priorité à l'intégration des RUP (Régions Ultra Périphériques, Traité Amsterdam, art 299 § 2) dans leur environnement régional.

Pour la période de programmation 2007-2013, **le programme opérationnel (PO) transfrontalier**, intitulé "PO Amazonie", entend mettre en synergie les potentialités de l'espace de coopération "Guyane-Suriname-Brésil". Les projets de développement du "Ressort Albina" et de soutien au secteur de la santé dans la zone frontalière du Maroni sont éligibles au PO Amazonie.

Ainsi l'objectif de permettre aux populations du fleuve Maroni d'accéder à une offre équitable de services de base en matière de santé est un projet prioritaire de coopération financé par **le Fonds de Solidarité Prioritaire (FSP)**. Intitulé initialement "Appui à la coopération sanitaire entre le département français de la Guyane et le Suriname" en (2006), il a été prolongé en 2009 par un nouveau projet intitulé "Appui au gouvernement Surinamais dans la prise en charge des patients dans les centre de santé du Suriname" (Albina et le long du fleuve).

Il est porté par l'AFD, tout comme ceux actuellement encore en cours d'étude ou en voie de réalisation (télémédecine, affrètement d'un bateau médicalisé sur le fleuve Maroni).

⁹ cf sur ce point l'étude IEDOM/AFD/INSEE "Guyane-Suriname : une meilleure connaissance mutuelle pour une coopération renforcée" (décembre 2008).

Mais l'AFD a surtout approuvé, fin 2008, l'octroi d'un financement à la République du Suriname pour soutenir ses investissements dans le secteur de la santé, et notamment la reconstruction et l'équipement de l'hôpital d'Albina (projet toutefois limité à 38 lits peu spécialisés), pour des montants financiers aux contours cependant encore imprécis et faisant à ce jour l'objet d'arbitrages du Ministère de la Santé Surinamien dans un contexte politique incertain.

La reconstruction annoncée du CHOG, simultanément à celle de l'hôpital d'Albina, et de la densification des centres de Santé de la rive surinamienne du Maroni, s'insère donc dans un cadre de relations internationales à ne pas négliger, tant l'approche territoriale transfrontalière revêt, en ce domaine, une importance particulière.

PARTIE I : LE POSITIONNEMENT STRATEGIQUE DU CHOG : UN HOPITAL LOCAL AUX MISSIONS INTERNATIONALES

Le CHOG représente actuellement la seule offre de soins institutionnelle de l'Ouest guyanais et de la zone frontalière, à l'exception des centres délocalisés de prévention et de soins (CDPS), assimilables à des dispensaires plus ou moins médicalisés¹⁰. Tous les documents de planification sanitaire existants attestent de cette évidence, notamment depuis la destruction de l'hôpital d'Albina lors de la guerre civile Surinamienne (1986-1992), hôpital qui en son temps drainait, du fait de la qualité des soins qui y étaient dispensés, une partie non négligeable de la population de Saint-Laurent du Maroni.

La population du bassin d'attraction de l'hôpital de Saint-Laurent du Maroni, différente de celle des recensements, a été estimée à 70.000 personnes en 2007¹¹, vraisemblablement aux alentours de 80.000 à ce jour, et sera de plus de 100.000 en 2030 selon les projections de l'agence régionale de santé (note interne de mai 2010), et ce sur la seule partie française du fleuve Maroni.

En regard, la capacité globale d'hébergement du CHOG est à ce jour de 150 lits et places (184 en prévision pour 2011), dont seulement 89 de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), ce qui est particulièrement modeste.

548 agents (dont 64 médecins et internes) y sont actuellement employés, et 588 devraient l'être dès que seront réceptionnés l'unité d'hospitalisation de psychiatrie et l'extension de la maternité (+17 lits), ce qui fait du CHOG l'un des établissements les mieux dotés en personnel pour sa catégorie au niveau national.

Cet état de fait apparaît comme le résultat tant de l'histoire tourmentée de cet hôpital que des orientations définies par le PRSP (plan régional de santé publique) et le SROS (schéma régional d'organisation sanitaire) de Guyane.

¹⁰ 8 Unités de prévention et de soins sont installés sur le Maroni, gérés par le CH de Cayenne, et correspondant à deux types principaux de niveau de prise en charge différents selon qu'une présence médicale permanente y est présente (centres), ou non (postes).

4 postes de santé (Antécum Pata, Twenké, Awala Yalimapo, Javouhey)

4 centres de santé (Maripasoula, Papaïchton, Grand Santi, Apatou)

¹¹ (Dr Terzon, "Les flux migratoires entre Suriname et département Français de la Guyane), mémorandum remis au sous préfet M. Nicolas en 2007

I. UN PETIT ETABLISSEMENT PUBLIC HOSPITALIER AU PASSE COMPLEXE ET AU STATUT MAL DEFINI

Le Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais est donc un établissement de capacité très réduite, même si, historiquement, il était beaucoup plus important¹², de façon à faire face non seulement aux besoins des structures pénitentiaires, mais aussi à la mise en valeur économique de la colonie sur l'Ouest guyanais et à son évolution démographique alors attendue.

1.1. UN PETIT ETABLISSEMENT PUBLIC HOSPITALIER AU PASSE COMPLEXE

Avant de devenir le CHOG (2006) l'hôpital du bagne de Saint-Laurent du Maroni s'est d'abord appelé André Bouron (1939), puis Franck Joly (2000).

Ces changements de dénomination, s'articulent autour de quelques dates clés détaillées à l'annexe 1 du présent rapport, qui permettent de mieux cerner l'évolution de cette structure de soins dans son environnement.

A ce jour, il ressort :

- 1°) **que trois entités architecturales distinctes** (en omettant les structures extra hospitalières situées en ville et également au nombre de trois) constituent le CHOG, ce qui génère des difficultés de maintenance et de fonctionnement des installations ;
- 2°) que le CHOG est **un petit établissement** hospitalier dont la capacité actuelle est modeste (*source : Direction du CHOG 20 mai 2009*).

Les équipements et lits-installés correspondent aux 4 groupes de disciplines suivants :

- **soins de courte durée MCO** (médecine chirurgie obstétrique),
- **psychiatrie**,
- **soins de suite et de réadaptation (SSR)**,
- **soins de longue durée** (maison de retraite et long séjour),

¹² L'hôpital André Bouron, ainsi qu'il en a été fait état plus haut, construit entre 1907 et 1912, affecté à la fois au personnel libre et aux condamnés séjournant au camp de la transportation, comptait 400 lits au moment de son inauguration. Un quartier psychiatrique, a été réalisé après 1914. L'importance de cet hôpital rappelle, de par sa fonction support, les deux missions du bagne colonial : la mise en valeur de la colonie d'une part et la réinsertion des condamnés par le travail de la terre d'autre part.

	Capacité autorisée	Capacité installée	Solde
SSR	14	14	0
Chirurgie	20	16	- 4
Médecine	20	20	0
Pédiatrie *	19	19	0
Maternité (IVG)	2	2	0
Maternité Hospitalisation	43	26	-17
Hôpital de jour	6	6	0
Psychiatrie	16	0	-16
EHPAD	80	47	-33
Totaux	220	150	-70

(*)Le service de Pédiatrie compte 3 lits de Soins Intensifs et 6 lits de Néonatalogie

La différence constatée entre la capacité autorisée et installée est de 70 : Ce solde de lits correspond principalement aux opérations des services en cours d'autorisation ou de réalisation, notamment en psychiatrie et en maternité.

La question fondamentale est de savoir si cette capacité est adaptée aux besoins de la population de l'Ouest guyanais et répond aux priorités dégagées, pour ce territoire, par le SROS et le PRSP élaborés par l'Agence Régionale d'Hospitalisation et les services de l'Etat. Au regard des flux démographiques relevés, il semble évident que celle-ci est insuffisante.

1.2. UN STATUT MAL DEFINI

L'on peut dire du statut du CHOG, qu'au fil des 60 dernières années, il a été non seulement erratique, mais qu'il demeure encore à ce jour problématique à différents niveaux.

1.2.1 LES TERRAINS ET LES BATIMENTS HOSPITALIERS ANDRE BOURON

Le principal problème est celui posé par le bail emphytéotique de 1970, reconduit en 2003 pour une période de 70 ans (échéance 2061).

Les effets conjoints de l'arrêté du 22/12/1960 (affectant l'ensemble immobilier au Ministère de la santé) et du décret du 27/3/1961 (portant rattachement de l'hôpital André Bouron au CH de Cayenne), posent la question de l'utilisation des terrains et bâtiments André Bouron par le CH de Cayenne.

1.2.1.1. Un montage juridique complexe

La solution retenue pour faire face à ce problème a été la signature d'un bail emphytéotique le 4/8/1970 entre l'Etat (représenté par le chef de service des impôts chargé du

domaine du département de la Guyane) et le Président de la commission administrative du CH de Cayenne¹³, après plus de 3 ans de procédures administratives.

Il est à noter que ce bail :

- a) est rétroactif au 1/4/1961 (date du rattachement de l'hôpital André Bouron au CH de Cayenne) ;
- b) définit le périmètre des terrains inclus dans les limites du domaine pénitentiaire du Maroni telles qu'elles ont été définies par six décrets intervenus entre 1860 et 1930, auxquelles s'ajoutent les constructions réalisées depuis 1912 et figurant au tableau général des propriétés de l'Etat (N° 313, registre II, Direction des Domaines de Cayenne) ;
- c) définit le montant du loyer annuel (480 Frs), payé par l'Hôpital à l'Etat ;
- d) précise que "l'ensemble des constructions et aménagements réalisés par le "preneur" appartiendront de plein droit à l'Etat bailleur sans qu'il soit tenu de verser aucune indemnité, à moins qu'il préfère la remise des lieux dans leur état primitif" (art 6 du bail)
- e) reconnaît qu'en l'absence de cadastre en Guyane, "le service dispose d'assez peu d'éléments permettant une désignation topographique précise des biens loués".

La date d'expiration du bail le 31/3/1991 ayant visiblement été oubliée par les différentes parties signataires, ce n'est que le 7/1/2003 qu'un nouveau bail a été signé entre l'Etat et l'hôpital, rétroactivement au 1/4/1991 et pour une durée de 70 ans.

Ce nouveau bail est directement inspiré du premier de 1970, mais contient quelques dispositions spécifiques :

- 1) "en aucun cas ce bail ne pourra faire l'objet d'une prorogation" (art 2) ;
- 2) "le bénéficiaire devra pendant toute la durée de l'occupation conserver en bon état d'entretien les constructions édifiées sur le terrain concédé" (art 6)¹⁴ ;
- 3) "la présente autorisation est consentie à titre gratuit pendant toute la durée. En contrepartie à cette gratuité, le CH Franck Joly s'engage à maintenir en permanence l'affectation exclusive à usage sanitaire et social". (Art 10) ;
- 4) le cout des installations à la cessation de l'autorisation (art 13) est réglé par le fait qu'elles "deviennent de plein droit et gratuitement propriété de l'Etat".

1.2.1.2 De lourdes conséquences financières

Le problème posé par les deux baux du CHOG peut être résumé comme suit :

¹³ Lors de la signature de ce bail, la loi du 31/12/1970, faisant du directeur le représentant légal de l'hôpital n'était pas encore applicable.

¹⁴ Ce point ne mentionne pas la problématique posée expressément par le classement des bâtiments André Bouron en monuments historiques en 1999.

- 1°) Les terrains et les bâtiments du CHOG ne lui appartiennent pas, notamment la partie "André Bouron". Les bâtiments "Franck Joly" relèvent d'un cas plus complexe, étant donné qu'ils ont été construits sur un terrain appartenant au Ministère de la Santé et cédés provisoirement par bail emphytéotique (2003) ;
- 2°) L'ensemble du site est aujourd'hui classé monument historique (depuis 1999), à l'exception des bâtiments "Franck Joly". Ce classement induit une obligation d'entretien des bâtiments concernés, pour un montant difficile à apprécier à ce jour, tant la dégradation d'un certain nombre d'entre eux est patente, et qu'en tout état de cause le CHOG ne peut assurer. La question du financement de la préservation de ce patrimoine classé semble revenir à l'Etat propriétaire (en l'occurrence le Ministère de la Santé), notamment par le biais d'un cofinancement du Ministère de la Culture, jamais sollicité à ce jour.
- 3°) Le CHOG ne peut actuellement procéder à une quelconque revente des bâtiments qu'il occupe et entretient depuis 1912, pour assurer une partie du plan de financement de la nouvelle construction hospitalière prévue depuis 2003. La valeur vénale du bien avait été estimée en 1991, par le service des domaines, à 14.656.000 Frs (2,5 M €) . Il conviendrait qu'elle soit actualisée et étendue aux bâtiments construits depuis 1993.
- 4°) Enfin, à l'issue du bail en 2061, l'établissement perd tout droit sur le patrimoine qu'il aura contribué à créer et entretenir depuis 1912. De surcroît le devenir des services qui à cette date resteraient sur l'emprise des terrains, n'est pas évoquée (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) actuel).

De ce fait, le CHOG se retrouve donc dans une situation patrimoniale complexe.

Les bonnes hypothèses (pourtant résumées dans une fiche de synthèse élaborée par la DDASS en 1996) n'ont pas été retenues, et notamment celle, pourtant la plus logique sur le plan juridique, qui prévoyait la rétrocession à titre gracieux par le Ministère de la Santé des terrains et des biens immobiliers à l'hôpital, qui pouvait dès lors les intégrer dans son patrimoine.

Depuis la loi du 7/8/1851, les hôpitaux disposent en effet de la personnalité morale, c'est-à-dire du droit d'avoir un patrimoine, de disposer d'un budget et d'ester, le cas échéant, en justice. Ces établissements publics avaient auparavant été confortés dans leur position d'entité juridique autonome par la loi du 21/12/1941 (dite "loi hospitalière"), peu de temps donc avant la fermeture définitive du bagne de Saint-Laurent du Maroni.

Il conviendrait donc que cette situation soit enfin réglée dans un sens permettant au CHOG de devenir propriétaire de son patrimoine foncier et d'intégrer celui-ci dans son actif.

1.2.2 L'AUTONOMIE REELLE DU CHOG

Depuis l'origine, le CH de Saint-Laurent du Maroni, a connu plusieurs modifications fondamentales de sa nature juridique et de son rattachement administratif :

- durant la période 1912/1946, il est l'Hôpital du bagne (Hôpital André Bouron après 1939), rattaché à l'administration pénitentiaire de Guyane, dont il est un élément constitutif.

- entre 1946 et 1960, il est toujours établissement géré par l'administration pénitentiaire alors même que celle-ci a fermé les portes du bague de Saint-Laurent du Maroni, et que les autres bâtiments du quartier officiel appartenant à l'administration pénitentiaire ont été attribués aux différentes administrations ou au conseil général de la Guyane ;

- de 1961 à 1981, le CH de Saint-Laurent du Maroni devient établissement annexe du CH de Cayenne, les terrains et bâtiments étant rattachés sur le plan domanial au Ministère de la Santé (1960). Il n'est toujours pas Etablissement hospitalier public autonome durant cette période.

- à partir du 1/1/1982, le CH de Saint-Laurent du Maroni est officiellement créé en tant qu'établissement hospitalier public doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière (sans posséder toutefois ni son patrimoine bâti, ni les terrains de son assise, bien que le recensement de la totalité de celui-ci soit clairement mentionné dans l'art 2 de l'arrêté du préfet de Guyane du 5/10/1981).

Cette création repose également sur **la notion d'intercommunalité du CH** de Saint-Laurent du Maroni, celui-ci s'étendant à l'origine à la ville de Mana, en intégrant l'activité de l'ancienne léproserie de l'Acarouany, fondée en 1836 par la révérente mère Javouhey (devenu centre de rééducation fonctionnelle entre 1974 et 1976), avant de fermer définitivement.

Le CH de Saint-Laurent du Maroni n'existe donc en tant qu'entité juridique autonome, que depuis 29 ans. Au regard des difficultés qu'a connues et que rencontre encore cet établissement en termes de positionnement, l'on peut légitimement s'interroger sur le contour juridique souhaitable pour cette entité, notamment dans le cadre de la nouvelle organisation sanitaire dessinée par la loi HPST du 21/7/2009 privilégiant la coopération inter hospitalière autour de la reconnaissance des centres hospitaliers de territoire.

La dimension transfrontalière de la clientèle prise en charge peut également susciter une approche originale, notamment en envisageant un conventionnement avec le Suriname dans le but d'associer ce pays aux frais de fonctionnement de l'établissement.

II. LES ORIENTATIONS DU PRSP ET DU SROS : DE LARGES MISSIONS DU CHOG

Le CHOG est donc la seule entité sanitaire individualisée sur l'ensemble du territoire du Maroni, qui couvre une superficie de plus de 50.000 km², soit plus de 60 % du territoire guyanais et davantage que la plus étendue des régions métropolitaines (Midi-Pyrénées, 45 000 km²)

L'approche générale réalisée par le Conseil économique, social et environnemental dans les travaux sur l'offre de santé dans les collectivités ultramarines, (cf. rapport de juillet 2009, CES), mentionne avec pertinence cette spécificité au sein même de l'offre de santé guyanaise.

Les principaux textes définissant l'organisation sanitaire de l'Ouest Guyanais, et permettant d'avoir une lisibilité réelle des problématiques posées et des solutions préconisées sont principalement :

2.1 LE PLAN REGIONAL DE SANTE PUBLIQUE (PRSP)¹⁵

LE PRSP de la Guyane (2006-2009) est arrivé à expiration depuis près de 2 ans et fait actuellement l'objet d'une révision considérée comme prioritaire par les services de l'ARS compétent en la matière depuis avril 2010¹⁶.

Certains documents complémentaires, élaborés postérieurement à 2006, peuvent être considérés comme relevant d'une actualisation partielle de ce document ("Présentation de l'organisation sanitaire de la Guyane", ARH Guyane, mai 2009), et servir de documents d'orientation à part entière.

Ce plan régional de santé publique définit 9 priorités stratégiques dont les objectifs opérationnels se déclinent en direction de la population.

- 1 La périnatalité
- 2 Les maladies infectieuses à prévention vaccinale
- 3 les maladies infectieuses et parasitaires
- 4 les pathologies liées au VIH (Guyane au 1^{er} rang des départements français)
- 5 la lutte contre le cancer
- 6 les conduites addictives
- 7 la santé mentale
- 8 la santé environnementale
- 9 l'accès à la prévention et aux soins

L'ensemble de ces objectifs concerne le CHOG avec une priorité renforcée autour des problématiques de périnatalité, des pathologies VIH, des conduites addictives, des maladies infectieuses et parasitaires et de l'accès à la prévention et aux soins (cf. plus loin le chapitre sur le CSP).

Dans l'attente de la réactualisation du PRSP (prévue pour le printemps 2011), le groupement régional de santé publique de Guyane (GRSP) a validé le cahier des charges de l'appel à projets reprenant les mêmes 9 objectifs de santé prioritaires que le PRSP (2006/2009), une priorité particulière ayant été accordée aux projets périnatalité, prévention des risques sexuels, conduites addictives, et accès à la prévention et aux soins.

2.2 LE SCHEMA REGIONAL D'ORGANISATION SANITAIRE (SROS)

LE SROS, en Guyane, présente la particularité de regrouper 16 documents distincts, dont les dates d'échéance ne coïncident pas toujours¹⁷. Un certain nombre de caractéristiques concernent directement ou indirectement l'activité du CHOG:

¹⁵ Le PRSP est un ensemble coordonné de programmes et d'actions pluriannuels. Il s'inscrit dans une continuité intégrant l'ensemble des plans et schémas existant. En Guyane, il s'articule autour de 3 axes transversaux (qui sont : l'éducation à la santé, l'observation sanitaire et sociale, l'alerte et la gestion des situations d'urgence sanitaire) et de 9 priorités stratégiques.

¹⁶ L'élaboration de ce Plan relevait jusqu'ici de la compétence du préfet).

¹⁷ Cas des SROS "AVC et prise en charge des populations des territoires isolés qui s'étendent jusqu'à 2011 compris.

- 1) Sur le plan global de la santé publique, la Guyane est considérée comme **un seul territoire de santé**, ceci en raison de l'insuffisance d'offre de soins et de sa relative fragilité (exemple de la prise en charge des cancers).

Cette approche qui exclut la prise en compte des spécificités des populations couvertes pour lui préférer une approche par l'offre pré existante, ne permet guère d'analyser les besoins différenciés des populations de l'Ouest guyanais. Pourtant, la notion de bassin de vie distinct est reconnue par le SROS, mais rarement déclinée sur le plan d'une organisation spécifique.

- 2) Seuls les SROS de chirurgie, de médecine, de périnatalité, des urgences, de psychiatrie et des personnes âgées et, dans une moindre mesure d'hospitalisation à domicile (HAD), de l'unité de soins de longue durée (USLD) portent quelques **indications sectorielles suffisamment précises** pour être considérés comme incitatif pour le CHOG.

Encore faut-il relever que la plupart des préconisations se centrent principalement sur le seul CH de Cayenne, excluant, de ce fait, la promotion d'une diversification réelle de l'offre de soins, correspondant à l'évolution démographique des autres bassins de vie.

- 3) De manière plus précise pour ce qui concerne l'Ouest Guyanais :

- Le SROS Chirurgie de 2006, dresse un constat critique de l'évolution du premier SROS (1999-2004) relevant que sur les 16 objectifs opérationnels fixés, 1 seul avait été atteint. En particulier les consultations en ophtalmologie, ORL, pédiatrie, urologie, à Saint-Laurent du Maroni, n'avaient pas été mises en place, pas plus d'ailleurs que le respect de la réglementation sur la sécurité anesthésique, la complémentarité entre établissements publics de santé et le développement de la chirurgie ambulatoire. L'évaluation des 8 recommandations du SROS actuel, prélude indispensable à l'élaboration du prochain (2011-2015), permettra de dresser un nouvel état des lieux. Cependant, l'enquête préalable et les rapports intermédiaires¹⁸ attestent déjà, qu'aucun progrès notable n'a été relevé sur ces points.

- Le SROS Hospitalisation à domicile (HAD) mentionne que le territoire de Saint-Laurent du Maroni nécessite des structures HAD, sans qu'aucun élément chiffré susceptible d'en prévoir la capacité n'ait été communiqué. Le chiffre de 10 places est néanmoins avancé, sans justification précise.

- Le SROS de Médecine se décline en plusieurs subdivisions : diabète, cardiologie, pathologies infectieuses et tropicales, (paludisme, tuberculose, diarrhées infectieuses, infections nosocomiales...), et fait simplement état d'une situation présente préoccupante. Il est à relever qu'en 2006, aucun des objectifs du SROS précédent n'avait été atteint pour le **diabète**, les chiffres sur cette pathologie étant parcellaires et imprécis, 1 seul endocrinologue exerçant alors en Guyane (Cayenne). Pour la **cardiologie** il n'existe pas de spécialiste de la discipline en dehors de Cayenne ; une des préconisations, du fait de la pénurie de médecins, était de développer une coopération avec l'hôpital universitaire de Paramaribo au Suriname (distant de Cayenne de 315 km à vol d'oiseau et plus de 450 km par voie terrestre et fluviale).

Par contre, le chapitre consacré aux infections nosocomiales en milieu hospitalier, fait l'objet d'un développement comparativement très important au regard des spécialités cliniques médicales.

¹⁸ Cf. rapport Dr Millat sur la chirurgie du CHOG en 2010.

- Le SROS Périnatalité est le plus élaboré du fait notamment du taux de natalité exceptionnellement élevé sur la Guyane. A relever sur ce point la croissance importante des parturientes transportées vers le centre hospitalier de Cayenne (et dans une moindre mesure vers Saint-Laurent du Maroni) au 9^{ème} mois, pour une efficience de prise en charge restant à démontrer. Toutefois, les prévisions de naissance pour 2010, se sont révélées partiellement inexactes (notamment sur Cayenne). Ce SROS dans son annexe, recense les demandes du CHOG, sur le plan des locaux à créer, du matériel à acquérir et des personnels à recruter (50 agents de plus qu'en 2006)¹⁹.

- Le SROS Personnes âgées et son corollaire USLD souffrent de l'absence de connaissances épidémiologiques et statistiques précises des phénomènes de vieillissement en Guyane. "Cette situation est un obstacle sérieux à une bonne planification des moyens destinés à la prise en charge sanitaire des PA et à leur répartition adaptée sur le territoire" (SROS).

Il est à relever également dans ce volet, le raisonnement axé sur le respect des normes réglementaires de lits/habitants importé des ratios métropolitains, et peu susceptibles de correspondre exactement aux attentes d'une population ethniquement, sociologiquement et culturellement différente de celle de la métropole.

- Le SROS Psychiatrie, qui bien qu'ayant défini comme prioritaire la réalisation dans l'Ouest guyanais d'unités d'hébergement tant en pédopsychiatrie qu'en psychiatrie adulte, n'est à ce jour, toujours pas suivi d'effet alors même que ces bâtiments ont été construits mais ne sont toujours pas complètement exploités à ce jour²⁰.

- Le SROS réanimation/soins intensifs et soins continus, reprend pour l'essentiel les textes réglementaires et les préoccupations des sociétés savantes, très précises dans ce domaine d'activité spécifique. Sur Saint-Laurent du Maroni, la masse critique justifiant la création d'une réanimation autonome n'étant pas atteinte, seule une unité de surveillance continue individualisée de 4 lits est prévue mais non encore installée à ce jour (janvier 2011), alors qu'elle devait l'être avant le 7/4/2007. Les évacuations sanitaires (EVASAN) continuent donc d'être pratiquées de manière courante, aucune évaluation globale du coût de celles-ci n'étant à ce jour effectuée.

- Le SROS soins palliatifs mentionne pour Saint-Laurent du Maroni, la nécessaire mise en place de 2 lits identifiés. L'EMSP (équipe mobile de soins palliatifs) n'est positionnée qu'à Cayenne, même s'il est envisagé de donner des moyens à cette EMSP pour "prêter main forte" à Saint-Laurent du Maroni "chaque fois que nécessaire". Ce dossier est en cours de formalisation à ce jour par la direction du CHOG.

- Le SROS "prise en charge de la santé des populations isolées" concerne plus particulièrement la problématique des centres de santé, et notamment ceux du Haut Maroni,

¹⁹ Ce document, dont on peut estimer qu'il est non seulement un véritable catalogue des besoins présentés par les services, mais aussi un répertoire de fiches de postes des agents à recruter... n'est assorti d'aucun commentaire de l'ARH. ; Ceci indique la reconnaissance tacite, dans un document officiel dont les annexes sont opposables, de l'acceptation des demandes du CHOG sur ce point précis par les services de l'ARH.

²⁰ Sur ce volet, le même constat que celui dressé plus haut pour la périnatalité (intégration en annexe du SROS de l'ensemble des demandes tant en locaux, équipements et personnels) est à dresser. L'insertion de ces demandes dans les annexes opposables du SROS vaut donc juridiquement approbation de la demande effectuée par le service.

actuellement gérés par le CH de Cayenne. Ce point particulier sera abordé plus loin, dans le cadre de l'analyse du CPOM signé en janvier 2010 entre l'ARH et le CHOG.

Il est toutefois à relever que sur les 150.000 consultations dispensées par les 21 centres délocalisés de prévention et de soins (CDPS), plus de la moitié l'a été, en 2006, sur les seuls centres du Maroni (82.137) et plus de 100.000 si l'on ajoute les centres d'Iracoubo, de Javouhey, d'Organabo et de Awala Yalimapo, zone qui relève administrativement de la Communauté de communes de l'Ouest guyanais.

- Le SROS prise en charge des patients et articulation avec la permanence des soins, est un volet particulièrement sensible dans l'organisation de l'offre de soins sur le territoire Guyanais, du fait, notamment de l'étendue du territoire couvert et des difficultés rencontrées à assurer le transport des patients dans des délais acceptables et efficaces. Ce document n'aborde cependant pas de manière spécifique la situation du CHOG sur le plan des EVASAN²¹.

- Le SROS VIH, concerne une pathologie (le SIDA) touchant proportionnellement deux fois plus de patients qu'en Métropole et pour laquelle la prévention est moins efficace chez les migrants. Peu d'enquêtes sont réalisées en raison d'une grande complexité épidémiologique. La coopération avec les pays limitrophes reste à mettre en place. Sur Saint-Laurent du Maroni, en dehors du CHOG, le réseau Matoutou a ouvert jusqu'à une période récente, des possibilités de prise en charge diversifiées²², aujourd'hui fragilisées par les difficultés rencontrées par cette association.

- Le SROS soins de suites et de réadaptation, a été actualisé en 2009 (du fait du décret 2008-376 du 12/4/2008), mais demeure très succinct et peu incitatif.

Aucune mention d'une analyse spécifique de l'Ouest guyanais n'est à relever, à l'exception d'un objectif quantifié d'un site d'implantation d'activité à Saint-Laurent du Maroni (sur 6 pour l'ensemble de la Guyane), avec des possibilités de mentions complémentaires sur les activités à y développer.

★ ★ ★

Ces deux documents de cadrage généraux, ont été complétés depuis 4 ans par des travaux émanant de missions d'inspection thématiques. A ce titre, peuvent être citées :

➔ Le rapport de mission sur les **centres délocalisés de prévention et de soins de Guyane**, (DHOS, Mme Dardé, juin 2009, qui faisait suite à un bilan des motifs de consultation dans les CDPS en 2007 et 2008, Dr Grenier). Parmi les éléments intéressant le CHOG, il ressort :

- Que l'essentiel de l'activité médicale de certains CDPS **est transférée sur Saint-Laurent du Maroni** (Apatou, Grand Santi, Javouhey, Awala Yalimapo, Organabo)²³.

²¹ Même constat que pour la périnatalité et la psychiatrie, sur l'intégration, dans l'annexe, d'un volet "demande de moyens" (bâtiments, matériels, personnels) qui devrait relever seulement du CPOM..

²² Constat identique que pour la périnatalité, la psychiatrie et les urgences sur les moyens sollicités.

²³ Sur ce point, voir aussi le pré projet médical élaboré par le CH de Cayenne en avril 2009.

- Que les systèmes informatiques des CH de Cayenne et du CHOG sont différents et non compatibles, ce qui pose pour les CDPS de réels problèmes d'interopérabilité.
- **La nécessité de formaliser une réelle coopération entre le CHOG et le CH de Cayenne**, la forme juridique suggérée "étant celle d'une communauté hospitalière de territoire qui permettrait de mutualiser et d'organiser de façon plus efficiente les ressources qui sont souvent rares, à partir des projets médicaux de territoire". Les axes de cette coopération pouvant être : la périnatalité, la psychiatrie, les maladies chroniques, le cancer,... mais aussi le dossier patient informatisé commun.

➔ Le rapport de mission d'évaluation de **la prise en charge des cancers en Guyane**, (INCA, Kals et Samson, 2009)

➔ Le rapport de mission d'évaluation sur **la chirurgie carcinologique** (INCA, Dr Millat, aout 2009)

En résumé, ces documents font ressortir au travers d'une analyse générale des problématiques de santé de la Guyane, des particularités environnementales fortes et spécifiques sur l'Ouest guyanais, à savoir :

- **une démographie non contrôlée entraînant une pression sur l'offre de soins ;**
- **une situation sanitaire très préoccupante ;**
- **une insuffisance de l'équipement par rapport à l'augmentation de la population ;**
- **une lisibilité à court, moyen et long terme défailante liée à la carence des indicateurs (population, étrangers, moyens impartis, données sur la mortalité) ;**
- **une défaillance de l'aménagement du territoire ;**
- **une précarité et une insécurité croissantes ;**
- **une coopération sanitaire embryonnaire avec les pays voisins ;**
- **des normes européennes difficilement adaptables à la situation réelle de la région ;**
- **une insuffisance de professionnels de santé (quantitative, mais aussi qualitative ainsi qu'il a été donné de le constater au cours de l'enquête) ;**

Les axes stratégiques de prise en charge et de développement sanitaires sont, de manière globale, clairs mais très généraux. La mesure et l'interprétation des résultats des actions préconisées, au demeurant assez peu ciblées sur des indicateurs précis par territoires, restent cependant à dresser, l'Ouest guyanais souffrant d'une dispersion des moyens, de l'éloignement, d'une insuffisante coordination entre les CH de Cayenne et de Saint-Laurent du Maroni et d'une absence de coopération transfrontalière.

Enfin, la référence persistante à un seul territoire de santé pour la Guyane pose clairement le problème de la mise en adéquation de la définition du périmètre géographique de la santé publique guyanaise et du statut juridique des entités publiques chargées de la porter (Cayenne, Kourou, Saint-Laurent du Maroni). Il en est de même pour l'absence de rééquilibrage de l'offre de soins entre l'Est et l'Ouest guyanais, alors même que l'évolution démographique crée un décalage grandissant avec le développement économique et financier qui demeure centré sur la zone Cayenne/Kourou.

La loi HPST du 21/7/2009, en ce qu'elle préconise la création de Centres Hospitaliers de Territoires (CHT), pourrait se traduire en Guyane par une approche particulièrement originale, d'autant qu'elle serait l'occasion de reposer la problématique de l'harmonisation des pratiques à partir d'un site central, de la mutualisation des moyens et de la circulation des personnels (notamment des médecins praticiens hospitaliers) sur des entités juridiquement distinctes et dont certaines demeurent parfois rivales (maternité).

PARTIE II : LE CADRAGE DE L'ACTIVITE DU CHOG : LE CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS (CPOM) ET LE PROJET D'ETABLISSEMENT (PE)

Deux documents principaux de cadrage constituent la base des relations contractuelles entre l'ARH (ARS) et le CHOG :

- Le CPOM (2007/2011)
- Le PE (2008/2012)

Leur traduction dans des documents de financement pluriannuels (PGFP) ou annuels (EPRD) fera l'objet d'une analyse spécifique dans le volet financier du rapport.

I. LE CPOM (2007-2011)

Curieusement, le CPOM conclu le 27 mars 2007 pour une durée de 5 ans, soit jusqu'en 2012, a été signé avant que ne soit réalisé et validé le projet d'établissement du CHOG, contrairement à la procédure réglementaire prévue (art L 6114-1 et suivants du CSP).

Plusieurs éléments et explications sont avancées :

- l'inscription indispensable dans le mouvement de réforme engagée par le plan "Hôpital 2007", afin de permettre à l'établissement de bénéficier du financement des activités relevant du processus de planification et d'attribution des autorisations
- la transcription rapide des volets du SROS 2006-2010 dans leur déclinaison pour le CHOG

1.1 UN DOCUMENT AMBITIEUX

Les priorités retenues au terme de la négociation sont :

- 1°) Un positionnement affirmé de l'établissement hospitalier dans l'offre de soins territoriale

A ce titre, le CHOG prend en charge intégralement les pathologies courantes en :

- chirurgie générale et traumatologique
- médecine générale et infectieuse
- pédiatrie générale de niveau II
- gynécologie et obstétrique de niveau II
- psychiatrie générale
- Soins de sortie et de réadaptation (SSR)

Le CHOG assure également :

- les urgences au moyen d'une structure d'accueil et de prise en charge (SMU)
- l'activité de SMUR pour tout le bassin d'activité hospitalière de Saint-Laurent du Maroni (110 km Est et 80 km Nord sur la bande côtière)²⁴

Par ailleurs, il est le seul recours pour :

- la radiologie conventionnelle
- la scanographie
- l'échographie
- la diabétologie
- la pédiatrie
- l'endoscopie
- la psychiatrie

Enfin, le CHOG assure également seul dans l'ouest guyanais, des activités à caractère principalement social telles que :

- le PASS (service de permanence d'accès aux soins de santé), permettant aux plus démunis et personnes en situation irrégulière d'obtenir une couverture maladie.
- la délivrance de médicaments de trithérapie (VIH)
- les consultations de dépistage anonyme et gratuit
- les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et CSST²⁵.

2°) La reconnaissance d'axes stratégiques, proposés par l'établissement et validés par l'ARH et qui sont les suivants :

→ 5 Axes :

- Conforter et rationaliser l'existant pendant le temps de réalisation du nouvel hôpital,
- Accroître l'offre de soins actuellement proposée ainsi que l'offre médico-sociale,
- Déployer un réseau de soins intégrant les centres de santé du Maroni.
- Mettre en place une offre psychiatrique adaptée à la population de l'ouest,
- Faire face aux difficultés de la médecine de ville en complémentarité avec elle.

→ 5 Spécialités à promouvoir :

- Cardiologie,
- Urologie,
- Diabétologie,
- Pédiatrie,
- Psychiatrie.

²⁴ La définition de ce périmètre d'intervention correspond donc à la couverture des CDPS de cette zone, qui sont de fait, rattachés au CHAR de Cayenne.

²⁵ toutes les modifications de ces attributions et compétences spécifiques ne pouvant se faire que dans le cadre du respect du parallélisme des formes ayant présidé à la conclusion du CPOM.

→ 3 Approches à privilégier :

- L'alternative à l'hospitalisation (hospitalisation de jour, Chirurgie ambulatoire),
- Le développement de filières de prise en charge (HAD, SSIAD),
- La création de postes de médecins généralistes salariés à proximité du service d'urgence.

→ 1 Objectif :

Apporter une réponse satisfaisante aux besoins de santé de la population de l'Ouest guyanais par la construction :

- d'un nouvel hôpital,
- d'une structure de psychiatrie,
- d'une MAS.

1.2 UNE APPLICATION TRES PARTIELLE

En 2010, les orientations définies par le CPOM n'ont été que partiellement mises en application.

1.2.1 SUR LA PROCEDURE DE SUIVI

Dispositif prévu :

Il était prévu dans le document signé en mars 2007 que le contrat devait faire l'objet d'un suivi dans le cadre d'une revue annuelle réunissant les représentants de l'ARH et du CHOG.

Cette revue a pour finalité de procéder à un examen contradictoire du bilan annuel de réalisation des actions prévues au contrat sur la base des indications retenues et d'analyser les perspectives pour l'année N.

L'analyse contradictoire est menée sur la base :

- d'un rapport annuel synthétique réalisé par le CH ;
- d'un rapport effectué par l'ARH au terme d'une visite de l'établissement.

La revue annuelle fait l'objet d'une lettre d'observation au plus tard un mois après la date de la réunion de synthèse.

Enfin, conformément à la réglementation, l'établissement transmet un rapport final au plus tard six mois avant l'échéance, c'est-à-dire le 27/09/2011.

Des dispositions sont également prévues pour la révision du contrat (art 6), sa suspension (art 7) et les sanctions en cas de son inexécution.

Constat :

S'agissant du suivi, l'analyse contradictoire sur la base de deux documents distincts n'a jamais été réalisée selon le dispositif prévu, le CHOG fournissant seul le dernier rapport

synthétique en juin 2009, aucune évaluation formelle n'ayant été réalisée avant octobre 2010. Le changement de direction au niveau de l'ARH en 2009, puis de structure en 2010 peut fournir un début d'explication au non respect de la procédure.

Il n'en demeure pas moins que, sur le plan formel, ce moment fort que constitue l'évaluation périodique du suivi de la mise en œuvre du CPOM ne s'est pas concrétisé, aucun document officiel ne permettant de retracer cette évaluation contradictoire et donc de définir les réajustements à opérer.

1.2.2. SUR LES ACTIVITES FLECHEES

De manière synthétique, les actions visées se distinguaient en :

- ⇒ Actions prioritaires en relation avec les priorités du SROS
- ⇒ Actions de coopération et de développement des complémentarités
- ⇒ Actions prioritaires en relation avec le PRSP
- ⇒ Missions et activités particulières relevant des missions d'intérêt général (MIG) et d'aide à la contractualisation (AC).

De manière générale, et sur les points les plus importants, la mise en œuvre du CPOM n'a pas été respectée.

1.2.2.1. La réalisation du nouvel hôpital

La première des orientations stratégiques visait à "conforter et rationaliser l'existant pendant la construction du nouvel hôpital".

A ce jour, et en dépit de l'acquisition d'un terrain par le CHOG dès 2003 pour réaliser sa nouvelle entité d'hospitalisation, puis de la construction d'une unité complète d'hébergement psychiatrique en 2009 (unité en attente d'ouverture depuis mai 2010), aucun engagement ferme sur le plan de la réalisation du nouvel hôpital n'a été souscrit.

A partir du rapport réalisé par M. Coll (juin 2009), quelques dates clefs illustrent la difficulté de concrétisation de ce dossier :

2002 : acquisition d'un terrain de 5 hectares (site des Malgaches) par le CHOG, en prévision de la construction d'un hôpital neuf.

mai 2005 : décision à l'unanimité du CA du CHOG en faveur de la reconstruction d'un nouvel hôpital²⁶

novembre 2005 : étude de faisabilité de construction d'un hôpital neuf, estimant à 20.000 m² les surfaces nécessaires (psychiatrie incluse)

octobre 2006 : programme technique détaillé (PTD) élaboré par la société ICADE

décembre 2006 : délibération du CA du CHOG donnant un avis favorable à ce PTD dont les caractéristiques principales sont les suivantes :

²⁶ Cette décision intervient 6 mois avant la réalisation du schéma directeur et du projet médical du CHOG, ce qui correspond à une inversion du déroulement méthodologique classique.

- Capacité de 257 lits (psychiatrie comprise, secteur EHPAD et SSR exclus) et de 27.264 m², ramenés hors psychiatrie à 216 lits et places et 25.844 m² sur la base d'un ratio de 120 m²/ lit²⁷
- Projet estimé à 65.914.000 € TTC²⁸

mars 2007 : signature du CPOM entre l'ARH et le CHOG, prévoyant explicitement la réalisation d'un nouvel hôpital.

février à mai 2007 : mission d'appui à l'investissement hospitalier sur les principales opérations immobilières des hôpitaux de Cayenne et Saint-Laurent du Maroni. Il ressort de l'intervention de celle-ci :

- Un redimensionnement proposé de la surface à réaliser (24 500 m²) ;
- Une réévaluation du projet financier, situé entre 88 M€ et 89 M€ (hors VRD), soit environ 90 M€ avec VRD hors psychiatrie. Un coût complet de l'ordre de 100 M€ (équipements compris) est présenté alors comme une hypothèse réaliste ;
- La nécessité d'une reprise complète du PTD, "en tenant compte des spécificités locales, des contraintes de construction et d'exploitation" insuffisamment prises en compte par la société ICADE ;
- La difficulté pour l'établissement à accompagner le projet eu égard à sa capacité de portage et un doute quant au respect du calendrier de réalisation
- L'absence d'anticipation des problèmes générés par la coexistence du fonctionnement des 2 sites distincts pendant la durée des travaux (logistique et psychiatrie sur le nouveau site, services cliniques sur l'ancien)
- la possibilité pour l'établissement (dans l'hypothèse où les règles budgétaires se maintiendraient durant 5 ans et à structures de dépenses similaires à l'exercice 2006) d'autofinancer un projet à 100 M € bien que le CHOG n'ait pas encore réalisé de PGFP et de PPI à cette date.
- l'impossibilité de déterminer rigoureusement et de façon prospective la capacité financière de l'établissement à porter le projet, aucune étude portant sur les coûts de fonctionnement du futur établissement n'ayant été réalisée.

mai 2007 : lancement du concours de maîtrise d'œuvre

décembre 2007 : choix du cabinet de maître d'œuvre

avril 2008 : inscription de l'opération hôpital neuf au PGFP (2008/2012), pour un montant prévisionnel de 75 M €, dont 51 de travaux. La capacité du nouvel hôpital

²⁷ Ce programme capacitaire a été validé par l'ARH Guyane.

²⁸ Montant rapidement considéré comme sous-évalué par la société ICADE lors des entretiens avec les experts de la MAIH (mai 2007)

(EPRD 2009) est de 158 lits et 31 places (hors psychiatrie et hors réserve de 12 lits de réanimation), la surface des œuvres (SDO) est estimée à 25.000 m².

juin 2009 : Mission d'expertise de M. Coll diligentée par la DHOS. Celle-ci fait ressortir principalement les points suivants :

- un surdimensionnement du projet sur le plan de la surface par lit (143 m² au lieu de 113 m² selon l'observatoire des coûts de construction), ramené à 21.357 m² (pour l'ensemble des activités MCO inscrites au PTD) soit 5.800 m² en moins ;
- une réduction significative du coût du projet ramené de 60 M d'€ à 48 M d'€ hors TVA mais porté en fin d'analyse à 96 M d'€ TTC (incluant UPD et coûts spécifiques de la construction en Guyane).

novembre 2010 : présentation de l'avant-projet sommaire (APS) et du PGFP 2010-2016 prévoyant le coût du nouvel hôpital pour un montant de 85.762.000 €, soit 11 M d'€ de moins que dans le rapport Coll et 15 M d'€ de moins que dans le rapport de la MAINH (Mission nationale d'Appui à l'Investissement Hospitalier), les emprunts représentant 55% du coût de la construction.

Au terme de ce balayage chronologique sont à relever :

- 1°) L'absence de réflexion de fond quant aux besoins réels, par discipline médicale, de prise en charge adaptée et de leur traduction en lits, places, ou autres structures alternatives à l'hospitalisation. Il résulte de cette lacune une absence de lisibilité quant à la pertinence du programme retenu en 2007 ;**
- 2°) Les multiples changements d'orientation sur le plan des surfaces à construire, leur phasage dans le temps, et, surtout, le coût d'objectif à retenir. Celui-ci semble dicté plus par des opportunités conjoncturelles de financement potentiel (hôpital 2007, hôpital 2012, fonds européens, crédits spécifiques outre-mer...) que par une analyse fine des besoins d'investissement.**
- 3°) L'absence d'étude sérieuse des surcoûts d'exploitation qui seront générés tant par la croissance des surfaces que par le fonctionnement simultané de 2 sites distincts sur le plan géographique, et donc l'absence de proposition de résorption de ceux-ci par redéploiement de moyens existants.**

1.2.2.2. La problématique des centres délocalisés de prévention et de soins (CDPS) du Maroni

Le CPOM (art 1) posait clairement une orientation stratégique majeure consistant à "déployer un réseau de soins intégrant les centres de santé du Maroni". L'annexe 3 prévoyait, dans le cadre des MIGAC, au titre des "missions de prévention et d'éducation pour la santé" que la coordination des actions de santé dans l'Ouest guyanais serait assurée par le CHOG, (tout comme d'ailleurs, des missions échographiques sur le Maroni, au titre des missions prévues par l'art D 162-7 du code de la Sécurité Sociale).

Ce choix n'a, pour l'heure, connu aucun début de réalisation.

La logique semble même inverse, le contrat conclu entre l'ARS et le CH de Cayenne en janvier 2010 et portant sur l'année 2010 ne se situant pas dans une optique d'intégration des CDPS de l'Ouest guyanais au CHOG. En effet, et même si ce texte prévoit que le CHOG sera "régulièrement informé des activités et des motifs de consultation des CDPS de son bassin de population... et que les recrutements, orientations et projets de restructuration de ceux-ci seront concertés avec cet établissement..", aucun acte n'a été recensé à ce jour dans le sens d'une intégration renforcée du CHOG à un dispositif de santé qui le concerne pourtant directement²⁹.

Cette organisation, pour être compréhensible (choix de l'actuelle ARS d'une seule unité de commande logistique pour l'ensemble de l'offre de soins sur le territoire) n'est cependant pas compatible avec une approche de rééquilibrage de l'offre de santé entre l'Est et l'Ouest guyanais, et ne permet pas non plus d'assurer une meilleure répartition des effectifs du CHOG qui pourraient être positionnés sur des missions en amont de l'hospitalisation.

Il convient à nouveau de rappeler que sur l'ensemble des 150.000 consultations dispensées sur l'ensemble des 19 CDPS de Guyane en 2008, plus de 100.000 l'ont été sur l'Ouest guyanais (plus de 80.000 sur le fleuve Maroni).

Il serait nécessaire de définir le montant de l'enveloppe financière imputée à cette activité spécifique de l'Ouest guyanais sur les 13.850.000 € alloués en 2010 au CHAR pour le financement de l'ensemble des CDPS de Guyane. Il serait en effet logique que les allocations se fassent au prorata de l'activité réellement recensée dans chaque centre³⁰.

Enfin il convient de relever une anomalie sur le plan de la planification sanitaire sur le Maroni : l'absence de tout CDPS entre Apatou et Grand Santi (zone du moyen Maroni proche de Saint-Laurent du Maroni), véritable "désert sanitaire" alors que la population y est importante, et ce sur les deux rives du fleuve.

1.2.2.3. L'accroissement de l'offre de soins et de l'offre médico-sociale

Ce point particulier sera développé plus loin à travers l'analyse de l'activité de l'hôpital, sur l'offre de soins somatique et psychiatrique.

Le volet "offre médico-sociale" ne répond pas à une logique institutionnelle évidente. Plusieurs exemples attestent d'une affectation de moyens "au fil de l'eau", en fonction des opportunités d'acteurs plus qu'en raison d'une cohérence globale de prise en charge intégrée et sans que le financement de ces missions soit assuré de manière pérenne. Plusieurs exemples méritent attention

1. La maison des parents

La maison des parents dite "Claudine François Endelmond", gérée jusqu'à fin 2009 par une association loi 1901, est une structure d'hébergement non médicalisée inaugurée en 1997 et destinée à l'hébergement des parents d'enfants hospitalisés, des conjoints ou proches des

²⁹ Notons toutefois que si les consultations de GO (pour le moyen Maroni) et de psychiatrie (pour tout le fleuve), sont officiellement de la compétence du CHOG, celle-ci connaissant de réelles difficultés de mise en œuvre.

³⁰ Relevons ici que les CDPS voient leur activité se modifier (voir disparaître), en fonction de l'introduction d'une offre de soins libérale. Certains CDPS ont fermé et celui d'Apatou risque également de disparaître sans que l'enveloppe globale de fonctionnement ne se soit réduite. Ces moyens sont actuellement redistribués sur les autres centres. Une évaluation de ce dispositif était prévue fin 2010.

malades longs, des personnes en attente de traitement et, à titre provisoire, de familles en grande difficulté.

Cette structure bénéficiait de 14 chambres meublées, employait 4 agents à temps complet (1 mis à disposition par le CHOG, 3 embauchés par l'association), pour une activité inférieure en 2009 à 3.700 journées d'hébergement quasiment gratuit (9.200 € encaissés au titre du paiement des journées en 2009).

Son budget qui s'élevait à 78.278,75 euros en recettes pour 61.863,13 € en dépenses ne devait s'équilibrer que grâce à une subvention du CHOG de 38.766 € en 2009.

Du fait de l'absence totale de maîtrise de la gestion de cette association, dont le président était de surcroît le directeur du CHOG, celle-ci a été dissoute le 31/12/2009.

Les locaux sont désormais affectés à une activité de centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), en application d'une convention signée par le CHOG avec le CCAS de la ville de St Laurent du Maroni le 20/01/2010

L'on ne peut que recommander au CHOG, sur la mise en place de cette nouvelle activité :

- **d'établir une annexe financière précise en complément de la convention du 20/01/2010**
- **de veiller à ce que les conditions d'exercice de cette nouvelle activité n'affectent ni l'intégrité du patrimoine immobilier du CHOG ni ses ressources financières, par le biais de l'allocation d'une subvention de fonctionnement qui ne serait pas gagée par l'obtention de crédits additifs pérennes**

2. La "maison des adolescents" (MDA)

Les caractéristiques démographique de l'Ouest guyanais, notamment sur la tranche de population des jeunes de 11 à 18 ans, a incité l'ARH à mener une réflexion sur l'ouverture d'une MDA sur l'ouest guyanais. En mars 2009, ce projet a reçu un avis favorable de la DHOS (Ministère de la Santé).

Les missions de cette MDA s'articulent autour de la prise en charge de l'adolescent en prise à des difficultés.

L'équipe en charge de ces missions est estimée à 6 ETP, auxquels s'ajoutent des prestataires à la vacation (médecins, addictologues...) et des personnels associatifs et institutionnels qui délocalisent leurs activités au sein même de la structure MDA.

Le CHOG a été pressenti par l'ARS pour être la structure d'appui de cette MDA, sans que les modalités financières de constitution de celle-ci soit clairement définies (209.000 € acquis de manière non pérennes en 2010, sur les 629.600 € qui seraient nécessaires en année pleine uniquement pour rémunérer les effectifs de la MDA).

De surcroît, le CHOG loue, pour exercer cette activité, des locaux à l'association départementale des pupilles de l'enseignement public (ADPEP) pour un montant de 24.000€ par an.

L'on ne peut que recommander au CHOG :

- **de préciser par voie contractuelle les missions exactes imparties à la MDA**
- **de s'assurer que les crédits de fonctionnements nécessaires à l'exercice de ces missions soient assurés de manière pérenne et contractualisée**
- **de procéder a un suivi régulier de la montée en charge de l'activité et des répercussions financières de celle-ci, sachant qu'aucune activité n'a été à ce jour recensée, un an après le recrutement de la responsable de cette MDA.**

3. L'organisation des activités liées à la prise en charge des patients atteints par le SIDA

Afin de pallier la carence de l'offre de prise en charge socioculturelle les patients atteints par le VIH dans l'Ouest guyanais, le réseau Matoutou (association loi 1901) a été créé en avril 2002 avec pour missions principales d'assurer :

- des ouvertures de droits, des actions administratives
- la prévention de la transmission mère-enfant du VIH
- la prévention par le biais de l'intervention d'une EMIPS (Equipe Mobile d'Intervention et de Prévention de Santé)

Du fait des difficultés rencontrées par cette association (non certification des comptes 2008, notamment) une nouvelle réorganisation des activités liées à la prise en charge du VIH a été arrêtée par l'ARS de Guyane et porte sur les points principaux suivants :

- * dissolution avec liquidation de l'association réseau Matoutou
- * regroupement géographique de l'activité VIH sur le CHOG selon le schéma suivant (lettre ARS du 13/09/2010) :

- "renforcement de moyens en personnel spécifiquement pour la prise en charge du VIH à l'hôpital de jour" (plus 4 agents prévus) ;

- "création d'une unité au CHOG qui regrouperait les activités liées à une antenne locale du réseau médical VIH actuel réseau Kilingi à vocation régionale (+ 3 agents prévus);

- "La création d'un poste venant en appui des activités du réseau ville-hôpital" (+ 1 agent prévu)

- "La possibilité de recruter un médecin de santé publique sur le CHOG " dédié à l'ensemble des thématiques de santé " (+ 1 agent)

*Signature d'une convention tripartite entre le CHOG/ARS/Réseau régional VIH permettant de préciser les missions de chacun et les contributions financières.

De par l'importance des effectifs (9 agents dont 1 PH temps plein) imputés au fonctionnement de cette coordination de l'action VIH/Sida, il est recommandé au CHOG de veiller à ce que l'établissement, lors de la signature de la convention tripartite sus visée, ne s'engage pas sur une base excédant ses capacités financières et organisationnelles, et ce de manière pérenne.

De plus, il est nécessaire de rappeler que les agents concernés recrutés par le CHOG relèvent de l'autorité hiérarchique exclusive de la direction du CHOG.

4. Le transfert de l'activité centre de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST) au centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)

Le décret 2007-877 du 14/09/2007 définit les missions des centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), qui se substituent aux centres de soins spécialisés pour toxicomanes (CSST) et aux anciens centres de cures ambulatoires en alcoologie.

De fait, sur Saint-Laurent du Maroni, l'activité du CSST, portée par le CHOG jusqu'à ce jour sera récupéré par le CSAPA, gérée par l'association AKATI'S en application d'une convention signée par le CHOG avec cette association le 21/09/2009, selon un processus impulsé par l'ARH/ARS de Guyane.

*** * ***

La démarche "d'externalisation "de cette prestation, au moment même où le CHOG structure de manière rationnelle sa prise en charge psychiatrique, apparaît surprenante tant les relations entre les populations concernées sont proches et complémentaires.

De surcroît, le départ de cette activité vers un opérateur extérieur correspond à une logique inverse de celle retenue pour les activités médicosociales voisines (maison des adolescents, coordination VIH, transfert association Matoutou).

L'on ne peut que relever l'absence de cohérence globale dans l'affectation de missions de même nature à un établissement public de santé en référence non pas à une réflexion stratégique de prise en charge globale du patient, mais bien en fonction des opportunités portées par des acteurs de santé divers.

Ces quelques exemples, auxquels pourraient être ajoutés ceux des structures en charge de l'HAD sur Saint-Laurent du Maroni (l'Association "hospitalisation à domicile de Guyane", des activités de préventions gérés par la Croix Rouge) portent un risque de dispersion des moyens des partenaires institutionnels en matière de santé publique dans l'ouest Guyanais.

Cette tendance à la multiplication des partenaires doit être très étroitement canalisée et contractualisée, d'autant qu'il n'est pas du ressort du CHOG, déjà confronté à de réels problèmes d'organisation de ses propres activités cliniques, de gérer des activités de nature médicosociale pour lesquelles il ne dispose pas de toutes les compétences requises.

A l'opposé, l'on peut s'interroger sur le transfert de certaines missions vers d'autres partenaires institutionnels au risque de fragmenter la prise en charge globale du patient (CSAPA et Psychiatrie).

1.2.2.4. La complémentarité avec la médecine de ville

Du fait des effectifs en présence (11 médecins de ville, 67 médecins hospitaliers dont 12 internes), la complémentarité attendue est à l'opposé de ce que l'on relève au niveau national.

Des contacts pris avec certains représentants de la médecine de ville, il ressort une inversion des tendances habituelles relevées au niveau national, à savoir que, du fait de la sur représentation relative de la médecine hospitalière par rapport à l'offre libérale, le partenariat ville/hôpital ne peut guère se développer dans les conditions actuelles.

1.2.2.5. Le financement des objectifs contractuels

L'art 5-1 du CPOM prévoit que les ressources budgétaires concourant à la réalisation des objectifs retenus sont issues :

des dotations annuelles de financement, dont une subvention d'équilibre arrêtée par l'administration centrale après proposition de l'ARS de Guyane ;

de la mise en œuvre des dotations déjà déléguées et non encore utilisées (au moment de la signature du CPOM et prévues à l'annexe 5 du décret) ;

de l'utilisation des excédents des recettes fournis par le maintien d'une dotation globale et de la perception de recettes additionnelles issues des dispositifs dits des "soins urgents" et de l'AME

des dotations d'aide à la contractualisation

Deux de ces dispositions présentent un caractère plus particulièrement incitatif, à savoir la mise en œuvre des deux dotations fléchées et l'utilisation des excédents de recettes :

La première, dans la partie relevant de l'aide à la contractualisation pour la réalisation d'opérations d'investissement, prévoit notamment dès 2006 le versement de crédits d'un montant de 677 876 € pour les études relatives à la construction d'un hôpital neuf, clairement identifié comme l'objectif prioritaire à atteindre.

La seconde mentionne explicitement que les excédents réalisés de manière atypique par l'action commune des dispositifs "soins urgents" et aide médicale (AME) permettent de constituer une réserve financière aux fins de réalisation d'opérations d'importance, au premier rang desquels figure la réalisation d'un hôpital neuf.

De la combinaison de ces deux éléments, il ressort que la réalisation d'un hôpital neuf apparaît, lors de la signature du CPOM en 2007, comme une opération prioritaire pour laquelle étaient mobilisés des moyens de financement spécifiques.

2. LE PROJET D'ETABLISSEMENT (2008-2012)

Le projet d'établissement (PE) du CHOG a été approuvé par les instances de celui-ci en janvier 2008³¹, l'ARH accusant réception de ce document le 9/7/2008.

Ce volumineux document de 356 pages, conçu avec l'appui d'un cabinet d'audit, formule et décline par le détail³² les orientations stratégiques et axes de progrès de l'établissement à l'horizon 2012, à partir d'un diagnostic général ayant analysé à la fois les données actuelles et prospectives de l'environnement et identifié les forces et faiblesses de l'institution.

2.1. UN DOCUMENT EXHAUSTIF ET CONFORME AUX ORIENTATIONS DU SROS

En sus d'un diagnostic général préalable, le projet d'établissement du CHOG comporte 7 volets :

- le projet médical
- le projet de soins
- le projet social
- le projet qualité et gestion des risques
- le projet système d'informations
- le projet de gestion
- le projet du service de l'EHPAD

Si le PE est conforme aux orientations du SROS il apparaît en contradiction avec la réalité observée sur le terrain.

2.1.1. UN DIAGNOSTIC PERTINENT

Le PE est élaboré à la suite d'un "diagnostic flash hospitalier" dressé en 2007 et faisant ressortir, notamment :

- une situation financière confortée à partir de 2005, le fonds de roulement évoluant de 32,1 M € en 2002 à 66,4 M € en 2007 ;
- une trésorerie s'élevant à plus de 27M€ fin 2007 ;
- une capacité d'endettement (ratio d'indépendance financière à 9,1% en 2007) ;
- une incertitude sur les prévisions de recettes en liaison avec la mise en œuvre de la T2A à compter du 1/1/2010 ;
- un besoin en fonds de roulement non maîtrisé, du fait notamment des délais de rotation des créanciers de 278,5 jours en moyenne pour 2007. La nécessité de mettre

³¹ Deux séances du Conseil d'Administration ont été nécessaires (30/1/2008 et 9/6/2008)

³² La démarche participative a été engagée avec le SANESCO pour l'élaboration du PE, s'est déroulée de mai à décembre 2007. Une première version du PM ayant été rédigée fin 2009 avec l'aide du cabinet Iris Conseil Santé.

en place un système de facturation "au fil de l'eau" ainsi qu'une amélioration de la collecte des informations administratives sont affichés.

Parallèlement, sur le plan de l'évaluation des activités et de la façon de les prendre en charge, une appréciation pertinente des tendances majeures du CHOG dès 2007 est portée dans le document :

- des recettes de tarification à l'activité (T2A) insuffisantes pour couvrir des dépenses MCO
- un secteur gynéco-obstétrique représentant 60% des séjours hospitaliers
- une activité chirurgicale faible
- l'accueil de nombreux patients en situation précaire (50% de non assurés sociaux)
- des effectifs médicaux importants par rapport à l'activité produite mais "indispensables" (dans certains secteurs) pour assurer la permanence des soins
- le faible nombre d'hospitalisations après passage avec urgences (12.6%), ce faible taux signalant un EPS dont les urgences ont une activité de type maison médicale sans spécificité de secours
- le fort "turn-over" des personnels paramédicaux
- une situation de sur-encadrement, alors que le ratio personnel non médical/lit est particulièrement élevé
- le montant très élevé des gardes, astreintes et des plages additionnelles médicales (796.000€ en 2007)
- la non mise aux normes des locaux

2.1.2. DES ORIENTATIONS LOGIQUES

Différents volets constituent le projet d'établissement du CHOG :

1°) Le projet de gestion :

Le CHOG s'engage à articuler l'amélioration du service rendu autour de 4 grandes thèmes :

- une politique financière et budgétaire garantissant les évolutions futures de l'établissement ;
- maintenir et adapter le patrimoine hospitalier dans l'attente du nouvel hôpital ;
- maintenir un niveau d'équipements conformes aux évolutions de l'établissement ;
- maintenir et développer des prestations hôtelières et logistiques, considérées comme très défaillantes.

Chacun de ces thèmes est décliné en actions précises dont l'échéancier est également affiché. A la lecture de ces documents, il ressort que le CHOG apparaît lucide sur ses insuffisances et sur les moyens à mettre en œuvre pour y remédier.

Ce constat est particulièrement prégnant en matière :

- de défaillance avérée et reconnue du système de préparation des repas et gestion des stocks ;
- d'absence de planification du mandatement ;
- d'absence de prévisions d'activités fiables par centre de responsabilité et par pôle d'activité ;
- de suivi de l'organisation des ressources logistiques (ateliers, cuisine, accueil...) ;
- de difficultés d'exploitation du système d'information du fait d'une absence de niveau stratégique global ;

2°) **Les modalités de prise en charge médicale des patients**, qui passent prioritairement :

- Par une meilleure gestion de l'amont et de l'aval, notamment par le biais de l'amélioration de l'accueil hospitalier non programmé (consultations de médecine générale adressées par les urgences, accueil social) et surtout par la redéfinition et l'articulation avec les centres de santé de l'Ouest Guyanais.

Sur ce point, le rattachement de ceux-ci au CHOG est clairement revendiqué comme élément déterminant dans l'amélioration de la prise en charge des patients et du travail en réseau. Le développement des structures d'aval (EHPAD, SSR, USLD, MAS) est envisagé

- Par le développement d'alternatives à l'hospitalisation qui est considéré comme prioritaire. (hospitalisation de Jour, services de soins infirmiers à domicile),

Ces approches transversales sont complétées par les axes spécifiques portés par secteurs d'activités médicales (médecine, chirurgie, femme-enfant, urgences-SMUR, psychiatrie et addictologie, plateau technique) et la liste des collaborations et partenariats à promouvoir (médecine de ville, périnatalité, hôpital de Cayenne, etc...).

3°) **Sur le plan du projet social**, 4 grands thèmes sont retenus :

- * mise en place d'une véritable gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC)
- * amélioration des conditions de vie au travail et insertion professionnelle
- * service d'information et communication
- * définition d'une politique de formation

Ces 4 thèmes sont déclinés en 18 actions concrètes de mise en œuvre

4°) Les volets "**système d'information**" (déclinés en 13 actions prioritaires classées elles-mêmes en 3 niveaux de faisabilité) et "**qualité et gestion des risques**" (décliné en 17 actions prioritaires, classées en 3 niveaux de faisabilité) ne seront pas détaillés ici, pas plus que le **projet de vie de l'EHPAD** (document obligatoire dans le cadre de la procédure de

conventionnement depuis la loi du 24/1/97, décliné en 6 axes et en 15 plans d'actions) dont l'analyse critique sera réalisée plus loin.

2.2. UNE CONTRADICTION AVEC LA REALITE OBSERVEE

Le projet d'établissement, fait donc ressortir, à l'issue d'une analyse critique, une série d'actions à mener. Mais le contrôle effectué sur place par la CRC pointe à l'évidence de grandes disparités entre l'analyse portée et la situation réelle sur le terrain.

Il en ressort principalement les constats suivants :

1) Le PE 2008-2012, approuvé de fait par l'ARH en l'absence de demande de modifications clairement exprimées (accusé de réception du 9/7/2008), l'a été dans une période particulière de changement des principaux acteurs.

Le Directeur du CHOG et de l'ARH ont quitté leurs fonctions en Septembre 2008. Depuis cette date la direction de l'ARH tout comme celle du centre hospitalier ne se réfèrent plus à ce document considéré comme obsolète avant même d'avoir été mis en application.

L'explication principale avancée tient au "climat social" particulièrement tendu durant cette période, ce qui ne peut être cependant considéré comme suffisant, la continuité des actions engagées s'imposant aux deux parties.

2) Le document du PE est, paradoxalement, trop exhaustif. La diversité des axes à promouvoir, décliné en une multitude de plans d'actions à réaliser, nuit à la lisibilité des priorités à retenir. Les documents produits sont eux-mêmes de qualité très inégale, certains pouvant être considérés comme des "copier-coller", de projet standards, légèrement adaptés aux contingences locales (plan d'action du volet social, du volet soins, du volet système d'information, du volet qualité et gestion des risques). Il en est de même du volet projet de vie de l'EHPAD dans sa globalité, qu'il s'agisse du projet d'accueil, du projet hôtelier, du projet d'animation ou du projet autonomie, alors même que le devenir de cette entité dans son organisation actuelle est loin d'être assuré. Ces éléments occultent l'analyse et les orientations pertinentes du projet médical et du projet de gestion, véritables axes du positionnement stratégique du CHOG.

3) La lettre du 7/9/2010 par laquelle le directeur de l'ARS demande au directeur du CHOG de "constituer une équipe chargée de l'élaboration du projet médical, indiquant les aspects médicaux et médico-économiques sur la base des réflexions déjà engagées et des éléments disponibles en terme d'activité dans votre établissement ", n'a pas été précédée d'une évaluation du degré d'avancement d'un projet d'établissement approuvé il y a 2 années et encore valable jusqu'en 2013.

En résumé de cette partie consacrée au cadrage des missions et de l'activité du CHOG, il convient de relever :

- **La nécessité de procéder à l'évaluation du CPOM dans le cadre de la revue contradictoire entre le CHOG et l'ARS, sur la base des rapports effectués pour chacune des parties concernées du fait de la mise en place des nouvelles équipes (CHOG, ARS)**
- **La nécessité de contractualiser, éventuellement par le biais d'avenant au CPOM, toute modification du contenu de celui-ci, notamment sur le plan des missions conférées (ou retirées) au CHOG. Ce constat est particulièrement valable en matière médico sociale.**
- **Que la simple mention d'un financement complémentaire par le biais de MIG ou d'AC (Missions d'intérêt général et aide à la contractualisation) ne peut être considérée comme un lien contractuel suffisant.**
- **Que la modification éventuelle du projet d'établissement doit se faire selon la procédure réglementaire définie par le CSP, l'actuel projet d'établissement étant considéré comme approuvé pour 5 ans à compter de juillet 2008, donc valable en sa forme jusqu'en juillet 2013. Sauf renégociation, il est opposable en l'état aux deux parties jusqu'à son échéance.**
- **Que les missions d'expertise, qui, si elles peuvent contribuer à justifier une réflexion (voir une modification) des documents contractualisés, ne peuvent en aucun cas se substituer à la renégociation des objectifs et de la nouvelle contractualisation en découlant.**

PARTIE III : UNE STRUCTURE HOSPITALIERE OBSOLETE ET INADAPTEE A SON ACTIVITE

De manière générale, et ce constat à été dressé depuis de nombreuses années par les autorités sanitaires régionales, le CHOG est actuellement une structure hospitalière inadaptée non seulement à une prise en charge opérationnelle des patients qui relèvent de son territoire, mais aussi à la rationalisation de sa gestion, tant la vétusté de ses installations génère des dysfonctionnements dans la quasi totalité des circuits logistiques, mais aussi dans le management de l'établissement

Plusieurs documents majeurs attestent de cette inadéquation, tant sur le plan de la sécurité des installations, ainsi que dans les domaines de la qualité des prestations dispensées et de l'organisation des activités médicales.

A ce titre peuvent être cités :

- 1) les rapports 2007 et 2009 de la commission préfectorale de sécurité, d'arrondissement de Saint-Laurent du Maroni
- 2) Les rapports des services vétérinaires
- 3) Les rapports de certification de la haute autorité de santé (HAS) de 2007,2008 et 2010
- 4) Les rapports spécifiques commandés par l'ARH sur certains secteurs médicaux (chirurgie, anesthésie)

1. LA SECURITE ET LA QUALITE

1.1. SECURITE : RAPPORTS DE LA COMMISSION DE SECURITE ET DES SERVICES VETERINAIRES

1.1.1. DES MESURES GENERALES DE SECURITE NON RESPECTEES

Le rapport de visite de la commission de sécurité d'Octobre 2009 résume en quelques items des manquements graves qui peuvent être résumés comme suit par corps de bâtiment (3 entités distinctes).

1°) **Le "nouvel hôpital" (Franck Joly)** est soumis aux dispositions de l'article GN2 du règlement de sécurité et est classé en type U 3^{ème} catégorie. Sur ce bâtiment ont été relevées de nombreuses anomalies.

- En matière de dégagement :
 - L'enclouissement de l'exutoire central est inexistant
 - Certains blocs de secours nécessitent un remplacement complet
 - Les portes de recoupement des circulations horizontales sont toutes hors d'usage
- Les circulations sont encombrées

- le désenfumage est inexistant
- les installations électriques suscitent de fortes réserves
- des risques spéciaux sont relevés sur une dizaine de locaux, dont ceux des blocs opératoires, du tableau général basse tension (TGBT), de la cuisine et des gaz médicaux.
- les extincteurs n'ont pas été vérifiés depuis 2009, les robinets d'incendie ne sont pas opérationnels tout comme le système de sécurité incendie. Il apparaît clairement que les risques d'incendie sont importants contenu de la vétusté des installations électriques.
- aucun contrat de maintenance n'est établi avec un installateur qualifié (hormis pour l'EHPAD)
- les plans d'évacuation et d'intervention sont inexistants

En conclusion générale la commission de sécurité indique que "le nouvel hôpital présente un caractère dangereux en cas d'incendie déclaré. Les principes fondamentaux de sécurité et les dispositions particulières du type U ne sont pas respectées"

2°) **L'ancien hôpital** est composé de quatre bâtiment R+1 et R+2 désaffectés et en attente de gros travaux de réhabilitation. C'est dans ce milieu "désaffecté" que se situent de nombreux services (magasin central, internat, archives, une partie de l'administration). Ces bâtiments n'ont fait l'objet d'aucun contrôle de la commission de sécurité, ce qui est regrettable du fait de leur ouverture partielle au public et à l'hébergement (internes).

3°) **L'EHPAD** est constitué de trois bâtiments, et a fait l'objet d'un avis favorable à son ouverture le 3/8/2006. Lors de la visite de la commission de sécurité, la personne chargée de la surveillance de l'EHPAD n'était apparemment pas à son poste.

★ ★ ★

L'avis général de la commission de sécurité a été défavorable, une observation majeure étant adressée au CHOG sur "la nécessité d'une mise aux normes de manière urgente". 11 prescriptions à réaliser dans les meilleurs délais ont été notifiées.

Le même avis avait été porté lors du précédent rapport du 17/10/2007 (visite du 26/9/2007 en présence du directeur de l'ARH) et du 27/7/2007 (visite du 20/7/2007 en présence du médecin départementale de la DSDS) et avait déjà souligné " que le risque de dangerosité présentait un caractère immédiat"

A ce jour, aucun élément significatif de mise aux normes n'a été relevé, ou communiqué à la chambre régionale des comptes dans le cadre de son contrôle.

Des échanges d'informations effectués le 30/9/2010 avec l'équipe de visiteurs de la HAS (haute autorité de santé) (en cours d'analyse de la situation du CHOG dans le cadre de la certification U2 de l'établissement), il ressort le même constat d'absence de prise de conscience et de suivi par le CHOG de cette problématique, qui avait déjà fait l'objet d'une réserve majeure de la HAS en 2007 et 2008.

1.1.2. UN SERVICE DE RESTAURATION OBSOLETE

Il en est de même pour la maîtrise des risques infectieux pour l'ensemble de la fonction restauration, qui a, en sus de multiples rapports des services vétérinaires, fait l'objet d'une deuxième réserve majeure de la HAS (rapports 2007 et 2008).

En résumé, l'activité restauration est gérée par le CHOG, dans des conditions d'hygiène qui sont inacceptables depuis plusieurs années.

Il est en effet relevé que :

- La cuisine centrale fonctionne depuis plus de 8 ans dans des locaux préfabriqués initialement prévus pour quelques mois, en contradiction avec les dispositions du règlement CE 852/2004 relatif à l'hygiène des denrées alimentaires. Ces locaux sont aujourd'hui dans un état de grande vétusté :

- Il n'existe pas de système d'assurance qualité HACCP (Hazard Analysis Critical Control Point)

- Les plannings et l'organisation des présences des professionnels sur ce secteur ne permettent pas de garantir le système en liaison chaude. Compte tenu du départ des cuisiniers avant 15h00, les containers (non conformes et détériorés) restent dans les couloirs des services jusqu'à la distribution des repas du soir ;

- Aucun contrôle ni prélèvement bactériologique n'est réalisé et les remarques des services vétérinaires n'ont été suivies d'aucune correction majeure ;

- Aucune sécurisation du magasin alimentaire, en libre accès sans aucun contrôle, n'est assurée ;

- Aucune fiche de stock n'est tenue à ce jour (visite des 3 et 4 Juin 2010)

- En dépit d'une autoévaluation faite par le CHOG en 2010 (en prélude à la visite de certification de la HAS de septembre 2010), les conditions de fonctionnement de la restauration demeurent totalement inappropriées.

1.2. QUALITE : LES NOMBREUSES RESERVES DES CERTIFICATIONS DE LA HAS

1.2.1. RAPPEL DE LA PROCEDURE

L'ordonnance n°96-346 du 25/4/1996 a introduit la certification au sein du système français. Cette procédure d'évaluation externe d'un EPS réalisé par la HAS se fait à partir de visites réalisées par des professionnels de santé dûment mandatés et sur la base d'un référentiel permettant d'évaluer le fonctionnement global de l'établissement. Cette procédure s'effectue tous les 4 ans.

Les différentes thématiques appréciées sont :

- la politique et la qualité du management
- les ressources humaines

- les fonctions hôtelières et logistiques
- l'organisation de la qualité et de la gestion des risques
- la qualité et la sécurité de l'environnement
- le système d'information

Déclinées en 28 références et en 82 critères d'appréciation, un des axes de la 3^{ème} version de cette procédure (juin 2009), porte désormais sur l'évolution des pratiques professionnelles, renforçant ainsi la partie médicale du système (manuel V 2010)

L'analyse de la certification du CHOG portera exclusivement sur le chapitre "Management" de l'établissement, la partie "prise en charge du patient" n'étant ponctuellement abordée qu'à l'occasion de l'analyse de l'activité des services cliniques.

Le management de l'hôpital repose sur des items bien définis :

- Le développement d'une "culture" de la sécurité et la mise en place d'un système de management de la sécurité efficient
- L'amélioration des pratiques organisationnelles et professionnelles et leur évaluation.
- La sensibilisation aux évolutions du pilotage des EPS (établissements publics de santé) au travers de :
 - L'affinement des processus de décision et de pilotage par la communication de tableaux de bord et de suivi des activités
 - L'intégration d'exigences relatives au développement durable

1.2.2. LES CARACTERISTIQUES DU CHOG

Les résultats de la visite de certification du 28/9/2010 au 1/10/2010, n'étant pas à ce jour communiqués, ce sont les remarques des précédentes visites (2006 et 2008) qui serviront de base au présent rapport.

Pour la HAS, le CHOG satisfait à la procédure de certification sous deux réserves majeures : l'absence de maîtrise des risques infectieux pour la partie restauration et l'insuffisance de la sécurité des biens et des personnes (risque incendie)

Huit réserves complémentaires ont été également formulées, dont 4 concernent plus particulièrement le champ d'investigation de la CRC à savoir :

- le circuit patient
- le réseau d'eau
- le secteur blanchisserie
- le stockage des déchets hospitaliers

Au delà de l'affichage d'orientations générales, il n'existe pas de réelle évaluation de la qualité des prestations servies. La démarche qualité reste donc à ce jour largement incantatoire. Le recrutement, depuis fin 2008, d'un nouvel ingénieur qualité, n'a pas amélioré la situation. Les réserves les plus importantes formulées en 2008 n'ont pas été suivies d'effets.

Le CHOG est cependant lucide sur ses carences en ce domaine ainsi que l'atteste le document d'auto-évaluation réalisé en 2010.

2. L'ORGANISATION DES ACTIVITES MEDICALES ET MEDICO-TECHNIQUES

L'organisation médicale du CHOG ne correspond pas aux critères définis par le CSP, notamment avec la mise en place obligatoire des pôles d'activité clinique et médico technique (Art L 611.46-1). Aucune organisation de ce type n'a été mise en place au CHOG³³. Les objectifs attendus de la réforme portée par l'ordonnance 2005-406 du 2/05/2005 n'ont pas été atteints.

L'activité du CHOG fait l'objet d'un rapport annuel exhaustif (266 pages pour l'année 2009). Ce document, par son orientation essentiellement descriptive ne permet pas de dégager de tendances de fond, aucune synthèse globale n'étant réalisée. Il s'agit en fait d'une compilation de 27 rapports sectoriels donnant une vision segmentée de l'activité du CHOG et de ses problèmes de positionnement. De surcroît, l'activité des services cliniques au regard des résultats observés n'est pas analysée.

L'on ne peut qu'inciter la direction du CHOG à repenser complètement la structure de ce document afin d'en faire un véritable outil d'aide à la décision et non un simple récapitulatif de demande de moyens sans mesure des objectif atteints, ni définition d'axes de développement.

Sur ce point, les rapports sollicités par l'ARH, voire par le CHOG lui-même, s'ils concernent des problématiques médicales ciblées (chirurgie, anesthésie, EHPAD...) apportent de réels éléments d'analyse et de repositionnement stratégique, non portés par les propres analyses du CHOG, et qui ont été prises en compte dans le présent rapport³⁴.

2.1. ANALYSE PAR DISCIPLINE CLINIQUE MAJEURE

La mise en œuvre de l'organisation polaire n'étant pas effective, l'approche se fera au travers des analyses présentées dans le rapport d'activité 2009.

- les urgences
- la chirurgie
- la gynéco-obstétrique et la pédiatrie au sein d'une approche "femme-enfant"
- la médecine
- le SSR
- la psychiatrie
- les personnes âgées

En distinguant systématiquement les principales données quantitatives sur l'activité des appréciations portées sur l'organisation générale de la structure de prise en charge.

³³ Le découpage a été officialisé par délibération du CA

³⁴ Voir en annexe

Plusieurs rapports font mention de relations tendues (rapport BINI) voire "délétères" (Millat), opposant les professionnels médicaux du CHOG, à l'exception du service de médecine, ayant su préserver son indépendance sur ce point.

2.1.1. LES URGENCES

Point d'entrée d'un hôpital où l'activité programmée reste quasi confidentielle, la prise en charge des urgences et par extension, le "service des urgences" est une problématique majeure du CHOG.

Les éléments d'activité

Urgences - SAU

	2006	2007	2008	2009
Nombre de passages	17.242	15.393	14.048	13.304
suivi d'hospitalisation	1.672	1.938	1.690	1.677
non suivi d'hospitalisation	15.570	13.455	12.358	11.627
Passages ATU	---	338.393	312.410	293.814
Forfait FAU	---	1.411.658	1.411.658	1.411.658
total				1.705.472

Le nombre de passages aux urgences diminue de 5% par rapport à 2008, cette baisse s'explique par l'absence de codage et de valorisation de certains passages. La mise en place d'un bureau des entrées aux urgences, a permis à partir de la fin 2009 de résoudre une partie de la problématique de la traçabilité des informations du patient.

Urgences - SMUR

	2007	2008	2009
Sorties terrestres primaires	224	225	225
Valorisation des sorties	nd	nd	315.000
Transports hélicoptérés facturés par le CHAR		180	180
Valorisation des couts des transports hélicoptérés		900.000	900.000

Urgences - CMGAU

	2008	2009
Nombre de venues	2.000	2.677
- Externes	1.000	
- urgences	1.000	
Valorisation des consultations	52.800	74.014

Principales remarques

- La vétusté et l'exiguïté des locaux d'accueil et de traitement sont les caractéristiques marquantes de l'inadaptation du CHOG au traitement des 15.000 patients admis dans ce service.³⁵

- La comptabilisation des personnes est restée longtemps non fiable, du fait de l'absence de structuration du bureau des entrées, déconnecté des services avant 2010. A ce jour des améliorations tangibles ont été relevées (17.560 passages pour 13.324 codés en 2009), notamment sur le plan de l'identification des patients (origine géographique, ouverture de droits).

- L'insuffisance des suites données aux rapports successifs d'organismes agréés, notamment du centre national d'expertise hospitalière (CNEH) et des structures de contrôle de l'Etat, en dépit de constats répétés.

Ainsi, le rapport CNEH (mission du 16 au 19 mars 2009), mentionnait, entre autres dysfonctionnements du service des urgences :

- Que le bureau refait en 2003 était déjà trop petit et que les patients, qui dormaient dans les locaux au lieu d'être hospitalisés, passaient pour certains plusieurs jours aux urgences.
- Que l'entretien du matériel n'était pas correct, et que la maintenance des installations faisait défaut.
- Que 60% des recettes n'étaient pas recouvrées.

Ces constats restent à ce jour pour une large part d'actualité.

Pour ce qui relève de l'activité SMUR, une absence de précision persiste sur le nombre et la facturation des transports hélicoptérés

De manière générale, le recours aux EVASAN, essentiellement à destination de Cayenne, n'est pas cadré. Il n'est ni anticipé, ni évalué sur le plan de son efficience économique.

Dès 2009, le CNEH soulignait ce problème, incitant à la contractualisation par le biais d'une convention tripartite CHOG/SDIS/CH de Cayenne. Aucun progrès significatif n'est enregistré à ce jour.

La configuration actuelle des espaces et locaux ne permet pas d'amélioration des circuits ambulatoires et couchés des patients. Toute extension ou construction provisoire, outre un surcoût prohibitif, resterait non fonctionnelle.

L'implantation sur un nouveau site apparaît dans ce domaine comme prioritaire.

³⁵ Cf. sur ce point le rapport de Mme Guerin, expert DHOS, mission de 2007, insistant sur l'aspect "inacceptable" des conditions de fonctionnement des urgences (et de la maternité), conditions inchangées à ce jour.

2.1.2. LA CHIRURGIE, LE BLOC, L'ANESTHESIE

Le regroupement de ces trois secteurs d'activité sous un seul chapitre correspond à un choix méthodologique permettant d'aborder de manière transversale plusieurs disciplines complémentaires. C'est d'ailleurs l'angle d'approche retenu par les derniers rapports de MM. Garcia (septembre 2010) et Millat (avril 2010), à la demande expresse de l'ARS et de la direction générale de l'organisation des soins (DGOS) du Ministère de la Santé.

Les éléments d'activité

Chirurgie			
	Année 2007	Année 2008	Année 2009
Nombre de lits et places			
Autorisés	20	20	20
Installés	20	16	16
Nombre de séjours	1226	1154	1244
<i>Evolution / n-1</i>		-6%	7%
Nombre de journées	3576	3527	4582
<i>Evolution / n-1</i>		-1%	23%
Taux d'occupation	50,81%	76,59%	78%
D.M.S. PMSI	2.92	3.06	3,68
Valorisation 100% T2A	3 149 941	2 754 021	4 103 618
Recettes T2A (valorisation AM)			2 521 181

Le nombre de séjours progresse de 7% par rapport à 2008, cette hausse s'explique en partie par l'activité et par une meilleure exhaustivité du codage (diagnostic et actes). Par ailleurs, certaines sorties de 2008 ont été reportées sur 2009.

Les prises en charge les plus fréquentes en chirurgie sont les suivantes:

GHM	Libellé	Effectif
'09C101	Autres interventions sur la peau, les tissus sous-cutanés ou les seins, niveau 1	116
'09M031	Traumatismes de la peau et des tissus sous-cutanés, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	59
'09M051	Lésions, infections et inflammations de la peau et des tissus sous-cutanés, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	27
'09M021	Traumatismes de la peau et des tissus sous-cutanés, âge inférieur à 18 ans, niveau 1	26
'24C48Z	Interventions sur la peau et les tissus sous-cutanés : séjours de moins de 2 jours	25

Du fait des départs récents de plusieurs praticiens, dont le chef de service, dans des conditions de tensions relationnelles ayant justifié plusieurs missions d'inspection, l'activité 2010, tant sur le plan quantitatif que sur celui de l'importance pondérée des interventions, ne pourra répondre aux besoins du territoire de santé : il n'y a en effet aucune offre de soins chirurgicaux entre Paramaribo (Surinam), situé à 170 km de Saint-Laurent du Maroni, et Kourou éloigné 200 km.

Principales remarques

Sur le pôle chirurgie :

- Une activité de type "général", peu attractive, peu valorisante et peu valorisée, avec un nombre d'actes nettement en dessous des seuils retenus par le Conseil National de la Chirurgie.

- Un positionnement longtemps difficile, eu égard aux relations très conflictuelles avec le secteur anesthésie, et ayant contribué à stériliser toute velléité de développement de l'activité.

- Un service d'hospitalisation très réduit et occupé pour partie par des patients relevant d'autres pathologies (gynécologie notamment)

- Une absence de potentiel de développement d'une chirurgie réglée, aucun des arguments présentés par le CHOG en ce sens n'apparaissant documenté et objectivement chiffré, tant que l'environnement médical et technique de ce service restera figé. Une amélioration récente de la situation (septembre 2010) semble cependant se dessiner avec le recrutement d'un nouveau chirurgien et d'un nouveau cadre de bloc opératoire.

- Une importante fuite des patients, non quantifiée précisément, aucun tableau de bord ne permettant d'en assurer le suivi.

Sur le bloc opératoire :

- L'organisation du bloc apparaît comme "désastreuse et ne répondant en rien aux exigences actuelles"; l'absence de plannings opératoires participe à cette désorganisation. (rapport Millat/Garcia)

- Les locaux sont inadaptés " les conditions d'hygiène étant incompatibles avec toute autre chirurgie que l'urgence ou la chirurgie viscérale réglée" (pas d'orthopédie envisageable).

- Impossibilité de constituer un conseil de bloc, pour diverses et multiples incompatibilités entre chirurgiens et anesthésistes, ce qui obère tout projet de réorganisation.

- La reconstruction in situ des blocs opératoires devrait être écartée. La seule solution adaptée réside dans la construction d'un nouveau plateau technique sur le site du nouvel hôpital.

Sur le pôle anesthésie :

- Une organisation déficiente de l'équipe d'anesthésie, au point que selon l'un des inspecteurs, le terme même d'équipe apparaît inapproprié.

- Une activité que l'on peut quantifier et analyser, celle-ci étant en 2009 de :

- 2968 consultations

- 1500 interventions chirurgicales, à rapporter à un effectif de 7 ETP de médecins anesthésistes hospitaliers (et en omettant la contribution active des infirmiers anesthésistes 7 IADE), soit 220 interventions annuelle par anesthésiste (contre 806 au niveau national).

Rapportées au quotidien ces données représentent 1 intervention chirurgicale et 2 consultations en moyenne par anesthésiste et par jour, sachant que l'activité chirurgicale est très faible sur le plan de la nature même des interventions³⁶.

- l'effectif des médecins anesthésistes ne se justifie que par rapport aux règles de sécurité anesthésique, et non par l'activité réellement produite.

2.1.3. LE POLE FEMME-ENFANT

Tout en isolant les éléments d'activité spécifiques à chacune des spécialités concernées par ce pôle (gynécologie, obstétrique et néo natalité), c'est autour de la problématique de la grossesse et de ses suites que s'articule l'observation de cette activité.

2.1.3.1. Gynécologie obstétrique

Les éléments d'activité

Maternité			
	Année 2007	Année 2008	Année 2009
Nombre de lits et places installés	24	28	28
Nombre de séjours	5080	4789	5430
<i>Evolution / n-1</i>		-6%	12%
Nombre d'accouchement	2127	2221	2343
<i>Evolution / n-1</i>		4%	5%
Nombre de journées	15014	14837	16294
<i>Evolution / n-1</i>		-1%	9%
Taux d'occupation	173%	145%	159%
D.M.S.	2.95	3.09	3
Valorisation 100% T2A	10 753 954	10 430 385	16 014 406
Recettes T2A (valorisation AM)			6 650 183

Le nombre de séjours progresse de 12% par rapport à 2008, le nombre d'accouchements de 5% et le nombre de journées de 8%. Cette hausse s'explique par une augmentation d'activité et par une amélioration de la traçabilité de cette activité

³⁶ Cette moyenne, traduite en temps de travail, correspond à une durée de travail effectif de l'ordre de 3 heures par jour, cet élément n'intégrant ni la contrainte physique et psychologique des gardes et astreintes médicales, ni la pondération des actes chirurgicaux réalisés.

Les prises en charge les plus fréquentes en maternité :

GHM	Libellé	Effectif
'15Z05A	Nouveau-nés de 2500 g et plus, sans problème significatif	1255
'14Z02A	Accouchements par voie basse sans complication significative	1255
'15Z05B	Nouveau-nés de 2500 g et plus, avec autre problème significatif	313

2.1.3.2. Pédiatrie, néonatalité et soins intensifs

Les éléments d'activité

Pédiatrie			
	Année 2007	Année 2008	Année 2009
Nombre de lits et places			
Autorisés	10	10	10
Installés	10	10	10
Nombre de séjours	449	550	710
<i>Evolution / n-1</i>		18%	29%
Nombre de journées	2213	3777	2838
<i>Evolution / n-1</i>		41%	-33%
Taux d'occupation	85.45%	98.31%	78%
D.M.S. PMSI	5.19	7.09	4
Valorisation T2A 100% T2A	1 808 332	2 628 375	2 168 566
Recettes T2A (valorisation AM)			1 472 624

Le nombre de séjours progresse de 23% par rapport à 2008 (soit 160 séjours). Cependant la valorisation diminue de 33%. Cette diminution s'explique essentiellement par la baisse du nombre de journées.

Les prises en charge les plus fréquentes en pédiatrie :

GHM	Libellé	Effectif
'06M021	Autres gastroentérites et maladies diverses du tube digestif, âge inférieur à 18 ans, niveau 1	70
'04M041	Pneumonies et pleurésies banales, âge inférieur à 18 ans, niveau 1	49
'04M181	Bronchiolites, niveau 1	43
'16M161	Troubles sévères de la lignée érythrocytaire, âge inférieur à 18 ans, niveau 1	26
'11M031	Infections des reins et des voies urinaires, âge inférieur à 18 ans, niveau 1	25

Néonatalogie			
	Année 2007	Année 2008	Année 2009
Nombre de lits et places			
Autorisés	6	6	6
Installés	6	6	6
Nombre de séjours	207	188	259
<i>Evolution / n-1</i>		-10%	27%
Nombre de journées	1514	1481	2081
<i>Evolution / n-1</i>		-2%	29%
Taux d'occupation ⁽¹⁾	74.52%	90.03%	95%
D.M.S. PMSI	7.39	7.98	8,03
Valorisation T2A 100% T2A	1 506 956	1 320 773	1 805 638
Recettes T2A (valorisation AM)			1 062 613

Le nombre de séjours progresse de 27% par rapport à 2008 (soit 61 séjours). Cette augmentation, tout comme la valorisation de 37% par rapport à 2008, s'expliquent par une hausse d'activité et une meilleure exhaustivité du codage.

Les prises en charge les plus fréquentes en néonatalogie :

GHM	Libellé	Effectif
'15Z05A	Nouveau-nés de 2500 g et plus, sans problème significatif	71
'15Z06A	Nouveau-nés de 2000 g à 2499 g, sans problème significatif	37
'15Z02Z	Autres problèmes postnéonataux précoces	21
'15Z07A	Nouveau-nés de 1500 g à 1999 g, sans problème significatif	21
'15Z05B	Nouveau-nés de 2500 g et plus, avec autre problème significatif	19

Soins intensifs			
	Année 2007	Année 2008	Année 2009
Nombre de lits et places			
Autorisés	3	3	3
Installés	3	3	3
Nombre de séjours	117	116	142
<i>Evolution / n-1</i>		-1%	18%
Nombre de journées	505	405	456
<i>Evolution / n-1</i>		-25%	11%
Taux d'occupation ⁽¹⁾	49.68%	37%	42%
D.M.S. PMSI	4.44	3.67	3,21
Valorisation T2A 100% T2A	429 030	361 390	603 961
Recettes T2A (valorisation AM)			345 265

Le nombre de séjours progresse de 18% par rapport à 2008 (soit 26 séjours). La valorisation augmente de 67% par rapport à 2008. Cette augmentation de la valorisation s'explique, là aussi, par un meilleur codage.

Les prises en charge les plus fréquentes en soins intensifs :

GHM	Libellé	Effectif
'15Z06A	Nouveau-nés de 2000 g à 2499 g, sans problème significatif	20
'15Z03Z	Transferts précoces de nouveau-nés vers un autre établissement	19
'15Z05A	Nouveau-nés de 2500 g et plus, sans problème significatif	18
'15Z05B	Nouveau-nés de 2500 g et plus, avec autre problème significatif	13
'15Z07A	Nouveau-nés de 1500 g à 1999 g, sans problème significatif	12

Principales remarques

Le service d'obstétrique a une position dominante au sein du CHOG, et connaît une activité soutenue (2 343 accouchements en 2009). La capacité d'hébergement jusqu'alors très réduite du service (25 lits) a été portée en 2010, par extension du bâtiment existant, à un niveau plus conforme à l'activité réalisée (45 lits). L'effectif médical est conséquent, (8 postes de PH, 5 internes, 29 sages femmes) et conforme à une activité qui ne pourra se réduire fortement que lorsque le Suriname développera ses propres moyens obstétricaux.³⁷

Les orientations prises dans le cadre de l'hôpital neuf prévoient une extension conséquente de la capacité du service de gynécologie obstétrique, fixant celle-ci à 66 lits, 7 places et un bloc obstétrical de 6 salles d'accouchement. Parallèlement le service pédiatrie voit sa capacité passer à 24 lits, auxquels s'ajoutent 22 lits de néo natalité.

L'on ne peut que souligner l'absence de cohérence à moyen terme dans le fait d'avoir réalisé une extension onéreuse des locaux actuels, même si elle se justifiait sur le plan de la prise en charge des parturientes, alors même que le processus de la reconstruction de l'hôpital est engagé. Aucune étude de reconversion des locaux actuels du service obstétrique n'a été réalisée, ni même envisagée.

L'absence de réflexion prospective est patente en matière de filière femme-enfant. Le rapport d'activité 2009 mentionne qu'aucun objectif ne peut être avancé pour le service, car celui-ci est tributaire de variables extérieures multiples : immigration contrôlée ou non, diminution des structures de prévention, carences hospitalières diverses, insuffisance de places....

De fait, l'activité 2010 est stationnaire. La stratégie consistant à conditionner la définition des objectifs à l'obtention de moyens supplémentaires est contestable et inflationniste. Elle atteste d'une absence de repères précis quant aux axes à développer et d'indicateurs pertinents pour permettre à l'ARS de relativiser les extrapolations inflationnistes d'activité.

³⁷ Rapport Millat, mars 2010

Bien que régulièrement évoqué dans les différents rapports, la coopération avec le Suriname en matière de maintien des naissances au plus près des lieux de résidence, reste du domaine incantatoire. Il est révélateur qu'aucune organisation en ce sens n'ait été à ce jour prévue avec le Suriname, dans le cadre de la reconstruction de l'hôpital d'Albina.

2.1.4. MEDECINE ET SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION (SSR)

Le regroupement de l'analyse des activités complémentaires de ces deux services est un choix méthodologique

2.1.4.1. Médecine et hôpital de jour

Les éléments d'activité

Médecine			
	Année 2007	Année 2008	Année 2009
Nombre de lits et places :			
Autorisés	20	20	20
Installés	20	20	20
Nombre de séjours	1230	1161	1089
<i>Evolution / n-1</i>		-6%	-7%
Nombre de journées	6371	6188	6270
<i>Evolution / n-1</i>		-3%	1%
Taux d'occupation	87%	85%	86%
D.M.S.	5.18	5.33	5,76
Valorisation T2A	4 376 363	4 069 197	4 546 743
Recettes T2A (valorisation AM)			2 820 098

Le nombre de séjours diminue de 7% par rapport à 2008 malgré une hausse du nombre de journée et de la valorisation. Cette hausse de la valorisation s'explique par la centralisation du codage

Les prises en charge les plus fréquentes en médecine :

GHM	Libellé	Effectif
'18M14T	Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 18, très courte durée	27
'24M28Z	Affections de la CMD 18 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire	25
'10M021	Diabète, âge supérieur à 35 ans, niveau 1	23
'25M02B	Maladies dues au VIH, avec une seule complication infectieuse	22
'06M031	Autres gastroentérites et maladies diverses du tube digestif, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	20

HDJ			
		Année 2008	Année 2009
Nombre de places			
Autorisés		6	6
Installés		6	6
Nombre de séances		646	691
<i>Evolution / n-1</i>			7%
D.M.S.		1	1
Valorisation T2A		354 963	640 318
Recettes T2A (valorisation AM)			0

Le nombre de séances progresse de 7% par rapport à 2008. Cette hausse s'explique par une augmentation de l'activité et une meilleure exhaustivité du codage

Les prises en charge les plus fréquentes en hôpital de jour de médecine :

GHM	Libellé	Effectif
'10M02T	Diabète, âge supérieur à 35 ans, très courte durée	115
'23M08J	Autres motifs de recours chez un patient diabétique, en ambulatoire	74
'24M35Z	Autres motifs de recours chez un patient diabétique : séjours de moins de 2 jours	69
'24M36Z	Autres motifs de recours de la CMD 23 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire	61
'18M14T	Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 18, très courte durée	35

2.1.4.2. Les activités de moyen séjour : le SSR

Les éléments d'activité

SSR		
Hospitalisations	Année 2008	Année 2009
Nombre de lits et places		
Autorisés	14	14
Installés	14	13
Nombre d'entrées	22	88
Nombre de journées	641	4090
Taux d'occupation ⁽¹⁾	21,40%	86,20%
D.M.S.	29	46

Le nombre de journées progresse de plus de 100% par rapport à 2008. En 2008, le SSR a ouvert le 1er juin alors qu'en 2009, l'activité s'est déroulée sur toute l'année. Par ailleurs des efforts de traçabilité ont également été faits. La comparaison entre exercices sera plus pertinente entre l'année 2010 et 2009.

Principales remarques

Le service de médecine à su préserver une véritable vision des objectifs inhérents à une activité de proximité à caractère généraliste, tout en développant des subdivisions sectorielles incontournables, (cardiologie, diabète, prise en charge du VIH, de la drépanocytose, pneumologie..).

Les objectifs que se fixe l'équipe médicale en place restent raisonnables et adaptés sur le plan thérapeutique.

Les capacités d'hébergement et de prise en charge ambulatoire dans le cadre de l'opération "hôpital neuf", apparaissent sous estimées au regard des problématiques de santé publique mais aussi du fait de la désorganisation croissante de l'offre de soins (échec du réseau Matoutou)

L'articulation entre Médecine et SSR (voir développements sur l'EHPAD) doit être clarifié, le cheminement des patients entre ces services n'étant que peu conforme au schéma classique d'une suite de prise en charge clinique.

De fait le SSR dont l'activité est désormais retracée en année pleine, constitue une zone de "décompression" du service de médecine, quand ce n'est pas celle d'une unité de soins de longue durée (USLD), alors que sa mission principale doit être la rééducation de patients lourds poly pathologiques (cardiopathies, diabétiques, VIH, ...).

2.1.5. LA PSYCHIATRIE

En l'absence de document récapitulatif de l'activité dispensée tant en pédopsychiatrie qu'en psychiatrie adulte, les remarques suivantes s'imposent à partir de supports disparates³⁸ et incomplets :

La Psychiatrie adulte a réalisé une activité de l'ordre de 2.800 consultations en 2008, sur un territoire extrêmement vaste et composite. Il n'y a pas à ce jour de possibilité d'hospitalisation complète, en dépit de la réalisation d'une unité d'hospitalisation à temps complet, sur un site distinct du CHOG. L'hébergement des patients de ce secteur s'effectue sur Cayenne, les transports étant financés par le CHOG.

Depuis septembre 2010, il n'y a plus de chef de service pour ce secteur, celui-ci ayant démissionné 7 mois après sa prise de fonction et 5 mois après avoir sollicité l'appui de la mission nationale de la santé mentale. Aucune solution n'a à ce jour été apportée.

Une attention particulière est à porter à la cohérence géographique de définition de ce secteur (couverture de Maripasoula mais exclusion d'Iracoubo), à la pérennisation des personnels et à l'ouverture de l'unité d'hospitalisation.

La définition d'un projet de santé mentale est incontournable et prioritaire.

Le même constat peut être fait pour la pédopsychiatrie : l'appréciation de l'activité, tant en hospitalisation de jour qu'en ambulatoire, n'est pas effectuée.

³⁸ Projet de service de psychiatrie adulte, notes de Mme Foucard, chef de service, en date des 29/4/2010 et 10/5/2010 et note ARH du 1/2/2010

L'ARS a demandé au CHOG de clarifier le lien entre les 309 patients déclarés en file active et les 3.000 consultations effectuées par le service en 2008.

Les documents communiqués par le CHOG ne permettent pas, en effet, à ce jour de distinguer quels seront les effectifs des différents secteurs d'activité après l'ouverture des nouvelles unités d'hospitalisation. Il en est de même pour les coûts induits par le fonctionnement de celles-ci.

Une expertise de l'organisation de la psychiatrie sur l'ouest guyanais par la Mission nationale d'appui de la santé mentale est souhaitable.

2.1.6. LES PERSONNES AGEES

Le contrôle sur la prise en charge des personnes âgées par le CHOG se limitera à l'examen de la situation de l'EHPAD, alors qu'il aurait pu s'élargir en toute logique à l'ensemble de la problématique sur le fleuve.

À la demande du CHOG, l'EHPAD a fait l'objet d'un audit du Centre national de l'expertise hospitalière (CNEH octobre 2010).³⁹

Le constat général fait ressortir des dysfonctionnements majeurs, notamment sur le plan financier, qui posent la question de la viabilité même de l'EHPAD, tant cette structure d'hospitalisation est dispendieuse au regard des moyens proposés par l'assurance maladie et le conseil général.

La situation actuelle, qui sera analysée plus loin sur le plan financier, ne peut trouver de solution de manière classique. L'on ne peut cependant déjà relever les points suivants :

1 L'absence de réflexion stratégique préalable et adaptée aux modes de prise en charge des personnes âgées sur l'Ouest guyanais. L'ordonnateur rappelle dans sa réponse que les capacités du secteur personnes âgées étaient les suivantes jusqu'au 31 décembre 2010 :

- 50 lits de maison de retraite
- 30 lits d'USLD (transférés au CHAR en 2011)

En effet, les lits d'USLD n'ont jamais été installés et ont été transférés en 2010 sur le CH de Cayenne. Cependant, l'absence de ces lits se traduit aujourd'hui par une mauvaise prise en charge des patients relevant de ce type de structure, par d'autres unités du CHOG (médecine, EHPAD) dont les missions cliniques sont différentes.

Aujourd'hui l'objectif, pour la direction du CHOG, est de signer une convention tripartite pour « transformer » juridiquement les 50 lits de maison de retraite en lits d'EHPAD. Une proposition a été transmise aux tutelles le 29 mars dernier.

³⁹ Rapport CNEH de décembre 2009 et octobre 2010 sur l'analyse du fonctionnement budgétaire de l'EHPAD et le traitement comptable de celui-ci.

2 La population prise en charge par l'EHPAD n'est que pour moitié d'origine française (23 résident sur 41 lors de l'enquête CNEH), 3 patients n'ont pas encore 55 ans !

3 L'EHPAD de Saint-Laurent du Maroni est un établissement très atypique, pour lequel il conviendra certainement de négocier un statut particulier, débouchant sur un financement exceptionnel.

Il est nécessaire de repenser totalement l'organisation de la prise en charge des personnes âgées de l'Ouest guyanais, tant sur le plan de l'état de santé des patients (dépendance) que sur celui des modes de prise en charge (ambulatoire, intermédiaire, temps plein) ou des types de structure à mettre en place (USLD, MAS, Foyer d'accueil médicalisé...), si l'on souhaite sortir de la confusion des missions imparties actuellement au CHOG, au travers d'un EHPAD aux missions mal cernées.

2.2. ANALYSE MEDICO-TECHNIQUE

Les services médico-techniques recouvrent un ensemble de secteurs assez disparates dont les prestations sont à la disposition des activités cliniques des EPS, à l'exception de l'anesthésie et des blocs opératoires.

Sont concernés par la présente analyse : l'imagerie médicale, le laboratoire et la pharmacie

2.2.1. LE SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE

Les éléments d'activité

Radiologie		
	Activité recensée au 31/12/08	Activité recensée au 31/12/09
Echographie	1316	722
Radiographie	7974	3934
Mammographie	303	124
Scanographie	1978	909
		Recettes 2009
Radiologie externe		215 986

L'activité diminue sur l'ensemble des actes de radiologie. Cela s'explique avant tout par un défaut de traçabilité sur le PMSI, notamment des actes faits lors des hospitalisations étant donné l'absence de département de l'information médicale sur les premiers mois de l'exercice 2009. Des efforts de traçabilité en 2010 devraient permettre de valoriser correctement l'activité de ce secteur.

Principales remarques

Le rapport d'activité (2 pages) réalisé en 2009 par le service, ne permet pas de cerner celle-ci.

Ce service pose problème depuis plusieurs années, le rapport de M. Garcia mentionne que du fait de la présence intermittente du personnel médical (3 ETP), l'utilisation des équipements pourtant de qualité, reste faible. Plus grave, l'absence d'avis médical pendant une grande partie de la journée lèse les intérêts de la population et de l'hôpital.

L'auto évaluation élaborée par le CHOG en préalable à la mission de certification de septembre 2010 atteste que celui-ci est conscient de ces insuffisances en matière d'organisation du service d'imagerie. :

- absence de réunions formalisées entre services de soins et radiologie
- non formalisation des règles relatives à la réalisation des examens et au mode de transmission des résultats.

L'arrivée d'un nouveau chef de service pourrait être l'occasion de la mise en place d'une politique de suivi.

2.2.2. LE LABORATOIRE

Les éléments d'activité

Laboratoire	Activité 2009				Valorisation	
		in situ (0,33)	externalisée (0,25)	Prélèvements		forfait PC (0,33)
Activité hospitalière	8 260 139	7 187 335	870 859	12 785	189 160	GHS
Actes externes	4 334 207	2 676 443	625 239	979 315	53 210	1 392 884
TOTAL	12 594 346	9 863 778	1 496 098	992 100	242 370	1 392 884

L'activité globale en 2008 était de 10.554.495 B, elle passe à 12.594.346 B en 2009 soit une augmentation de 2.039.851 B de plus (+ 19,3%).

Principales remarques

En 2005, un audit réalisé par le CNEH à la demande du CHOG avait pointé un certain nombre de facteurs caractéristiques :

- L'importance de la demande "externe" (45% de l'activité totale)
- un "saupoudrage" de l'activité externalisée (Institut Pasteur, hôpital de Cayenne, laboratoire d'anatomopathologie d'Abbeville).
- une faible activité en garde (21h00/7h00) qui permet d'envisager d'utiliser le temps disponible du laboratoire pour réaliser d'autres analyses aujourd'hui non exécutées.
- Un personnel technique suffisant mais un secrétariat mal organisé.
- Un management défaillant, du fait du départ du chef de service en 2003 pour créer un laboratoire d'analyses médicales privé à proximité du CHOG.

A l'exception de ce dernier point et de l'importance de la demande externe, le constat dressé en 2005 reste valable en 2010. L'installation d'un laboratoire privé sur la commune de Saint-Laurent du Maroni, dirigé par l'ancien chef de service du laboratoire du CHOG, a entraîné une baisse sensible de l'activité "externe" de celui-ci.

L'orientation de patients relevant potentiellement de l'activité du laboratoire du CHOG se traduit donc par une perte de recette et pose questions.

Le nombre de d'actes en B⁴⁰ produits par le laboratoire fait l'objet de comptabilisations différentes dans des proportions importantes, selon le service (13.046.689) et la direction du CHOG (12.5940.346) dans le même document (rapport d'activité 2009).

Ceci est à corriger, même si l'appréciation de l'activité d'un laboratoire au regard du nombre d'actes en B n'est qu'un élément indicatif du fait de l'automatisation croissante de la production.

Par ailleurs, aucun document ne permet de sérier précisément la part relative des actes effectués par externalisation de prestations qui auraient pu être produites par le laboratoire du CHOG, de celles qui ne pouvaient être réalisées que dans d'autres structures.

Cependant, les demandes d'examen de laboratoire des CDPS du Maroni sont exclusivement acheminées sur le CHOG. Aucun document contractuel entre le CHOG et le CH de Cayenne n'officialise cette pratique, empreinte d'une logique de proximité évidente.

Enfin, le "circuit" des examens d'anatomopathologie adressés au laboratoire d'Abbeville est d'autant plus surprenant qu'il ne fait l'objet d'aucune justification d'ordre géographique, ni d'un appel à concurrence formalisé.

2.2.3. PHARMACIE/STERILISATION

L'activité de la pharmacie peut s'analyser sur la base d'indicateurs précis. Le rapport d'activité 2009 souligne que les fonctions d'approvisionnement et de gestion des stocks occupent une place prépondérante dans l'activité quotidienne de la pharmacie, et que l'organisation en place reste à améliorer, comme en témoignent certains indices (multiplication des bons de commande).

Les tendances les plus remarquables sont :

- Une forte croissance de la fonction approvisionnement depuis 4 ans en termes de nombre de lignes de commande, mais surtout faites dans l'urgence, ce qui atteste d'une insuffisance de programmation (comité du médicament).
- Une croissance importante de la valeur des commandes (+86,3% entre 2006 et 2009), qui atteste de l'importance des marchés captifs, voir l'absence totale de marché dans ce domaine (médicaments, produits pharmaceutiques, spécialités avec autorisation de

⁴⁰ Cotation des actes de biologie médicale, selon la nomenclature générale des actes professionnels médicaux (NGAP)

mise sur le marché). Par ailleurs les coûts de transport et frais de douane pèsent significativement sur ce secteur.

- Les difficultés rencontrées dans la gestion des stocks (atypiques du fait de l'éloignement de toute source d'approvisionnement rapide), les produits gérés par la pharmacie étant au nombre de 1466 (922 médicaux et 544 dispositifs médicaux).

Les objectifs poursuivis et affichés par ce service sont à encourager :

- **sécurisation des stocks**
- **mutualisation de la fonction achat par une coopération renforcée avec les autres EPS de Guyane**
- **sécurisation du circuit du médicament et des dispositifs médicaux (livret du médicament, révision des dotations des services, amélioration de la traçabilité des produits sanguins)**

PARTIE IV : ORGANISATION ET MANAGEMENT DU CHOG

Ainsi qu'il en a déjà été fait état, l'organisation et la direction du CHOG, en tant qu'entité autonome, date de moins d'une trentaine d'années, du fait de son rattachement au CH de Cayenne entre 1961 et 1981. Avant cette date, il n'existait donc qu'une structure administrative "relais", dépendante d'une direction administrative et logistique lointaine.

Ce rappel est d'autant plus nécessaire qu'il ressort de l'un des seuls rapports sur l'exercice de la direction du CH de Saint-Laurent du Maroni⁴¹, plus de 25 ans après la création juridique de celui-ci, que cette fonction a difficilement été acceptée dans sa plénitude par la communauté hospitalière.

La direction des hôpitaux du ministère de la santé, lors de la nomination de l'ancien directeur en novembre 1992, pointait déjà les difficultés de l'exercice de la fonction de chef d'établissement à Saint-Laurent du Maroni et demandait alors au Préfet de la Guyane de rédiger "une lettre de cadrage" précisant les objectifs et les missions qui lui seraient impartis, compte tenu de la difficulté de ce poste.⁴²

Ce constat effectué il y a une vingtaine d'années reste globalement d'actualité, tant sur le plan de l'organisation de la structure administrative et logistique du CHOG, que sur le plan des pratiques de management au sein de l'entité.

1. LA DIRECTION GENERALE

Même si le terme de direction générale paraît excessif pour un établissement de dimension aussi restreinte que le CHOG, il recouvre néanmoins, par-delà la mission d'animation générale d'une équipe administrative et technique au service des unités cliniques et médico techniques, le lieu naturel de définition des orientations stratégiques de santé publique au niveau de l'établissement.

1.1. UN PASSIF COMPLEXE ET AMBIVALENT

Ainsi que cela a été relevé dans l'un des rapports précités, "l'exercice de la fonction de directeur du CHOG est et ne sera pas facile, car il faut trouver le juste milieu entre le management laxiste qui arrange et le management directif qui dérange". L'histoire récente de la direction du CHOG atteste de l'alternance permanente de ces deux tendances jusqu'à nos jours.

⁴¹ Rapport Bini

⁴² 3 objectifs avaient été assignés : rétablir dans sa plénitude la fonction de directeur ; clarifier les circuits financiers et conduire à son terme la démarche du projet d'établissement... ce qui atteste qu'aucune de ces fonctions n'étaient assurées

La fonction de direction a connu, dans un premier temps, sur une période d'une dizaine d'années (1982/1992), différents stades de développement, en passant successivement :

- d'une **administration déconcentrée** du CH de Cayenne, qui se traduisait par le regroupement du processus décisionnel sur les directions fonctionnelles d'un hôpital situé à 270 kms.
- à une **gestion administrative autonome** qui impliquait la construction d'un système logistique autour de fonctions clés clairement identifiées (services économiques, ressources humaines, finances)
- pour finalement accéder à la fonction de **direction par objectifs et management de projets** (projet d'établissement), tout cela dans un délai où les bases mêmes de l'exercice de la fonction de direction autonome n'étaient pas assurées.

• Trois grandes périodes (non consécutives) de la mise en place de l'organisation de la direction du CHOG peuvent donc être ciblées :

- **L'apprentissage de l'autonomie** (1981/1992), période où peu d'événements marquants sont à relever. L'établissement continue de fonctionner dans les bâtiments d'origine, sans véritable projet de restructuration et de rénovation. La programmation de la construction de nouveaux bâtiments, rendue indispensable par la vétusté des installations et du flux démographique généré par la guerre civile au Suriname, est le seul événement de cette période.
- **L'établissement d'une fonction de direction** dans l'exercice de sa plénitude, avec ce que cela sous entend comme résistances aux changements. Cette période est marquée par la définition des bases d'une organisation logistique et de projets stratégiques à l'échelle de la structure hospitalière et du territoire de santé de l'ouest guyanais.

Elle correspond aux deux périodes d'exercice de la fonction (1993/1997 et 2003/2008) de M. Salinière. Celui-ci ayant été nommé directeur du même hôpital deux fois, après une période intercalaire de 5 ans, fait unique dans l'histoire des EPS.

Le rapport de M. BINI, fait le point de manière pertinente sur l'état des conflits générés par ce changement de politique, mais sans l'intégrer dans une perspective historique.

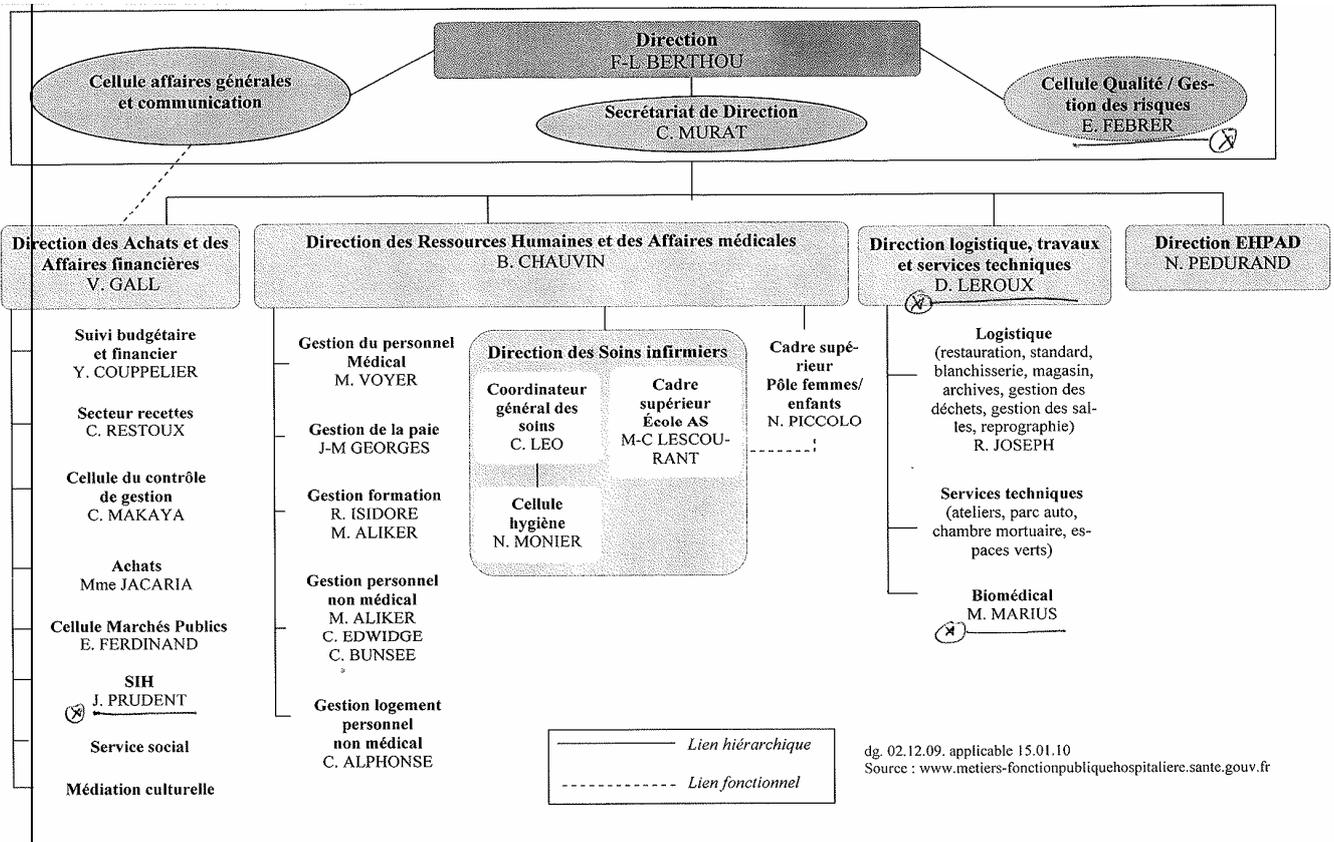
De fait, celle-ci atteste du passage brutal d'une entité hospitalière minuscule et sous administrée, marquée par une gestion "au fil de l'eau", aux problématiques d'un hôpital moderne confronté à des règles de gestion nationales assez peu respectées jusqu'alors dans nombre de domaines. Bien que de nombreux conflits aient émaillé cette période, elle est incontestablement marquée par la définition d'axes stratégiques majeurs dans la conduite du CHOG. C'est durant cette phase que seront assurées la réception de la reconstruction partielle de l'établissement, la définition des premiers projets d'établissement et la signature du seul contrat d'objectif et de moyens avec l'ARH/ARS.

- **Des phases de "temporisation"** correspondant à un souhait des autorités sanitaires locales et nationales de voir la structure hospitalière intégrer les conséquences de restructurations lourdes (organisation générale, nouveaux modes de financement, nouveaux bâtiments...), et dépasser le stade des nombreux conflits interpersonnels et corporatistes ayant émaillé la vie de l'institution.

1.2. UNE FONCTION INSUFFISAMMENT ASSUREE

Trois points méritent d'être abordés à ce niveau :

1.2.1. UN ORGANIGRAMME PEU COHERENT



L'organigramme actuel fait ressortir :

- L'existence d'une structure de direction articulée autour de 4 pôles d'activité
- La présence d'une équipe de direction administrative⁴³ de 4 membres auxquels doivent être ajoutés 2 cadres supérieurs en charge de direction spécifiques (logistique et travaux ; direction des services de soins)

Plusieurs remarques peuvent être faites à ce niveau :

- Les différences relevées lors du contrôle entre l'organigramme affiché et la réalité de son application sur le terrain, notamment dans les attributions imparties aux cadres dirigeants (et plus particulièrement sur les fonctions logistique et travaux, EHPAD et achats) ;
- L'absence de direction des affaires économiques, les fonctions relevant de ce secteur étant reprises sur d'autres directions fonctionnelles (achats et marchés rattachés aux affaires financières ; gestion des logements à la DRH ; logistique,

⁴³ Sont ciblés à ce titre les cadres de direction "statutaires", d'autres cadres supérieurs (directeurs de services de soins, ingénieurs) pouvant exercer les fonctions de responsables.

restauration, blanchisserie, magasins, archives à la direction des services techniques).

De plus, l'organigramme fonctionnel semble évoluer en fonction non des activités portées, mais plutôt en fonction des considérations personnelles liées à l'aptitude ou l'appétence des membres de l'équipe de direction ; cet état de fait nuit à la lisibilité et l'efficacité de l'organisation retenue.

Il en résulte un désordre important dans le traitement de certains dossiers transversaux.

La direction du CHOG a d'ailleurs pris conscience des dysfonctionnements générés par cet organigramme, en procédant en janvier 2011 au recrutement d'un cadre de direction spécifiquement dédié à l'encadrement des services économiques, logistiques, techniques et des travaux, et en procédant au réajustement des fonctions des autres cadres de Direction (Finances , Ressources Humaines) impactées par ce renforcement

1.2.2. LA MISE EN PLACE DE LA NOUVELLE GOUVERNANCE

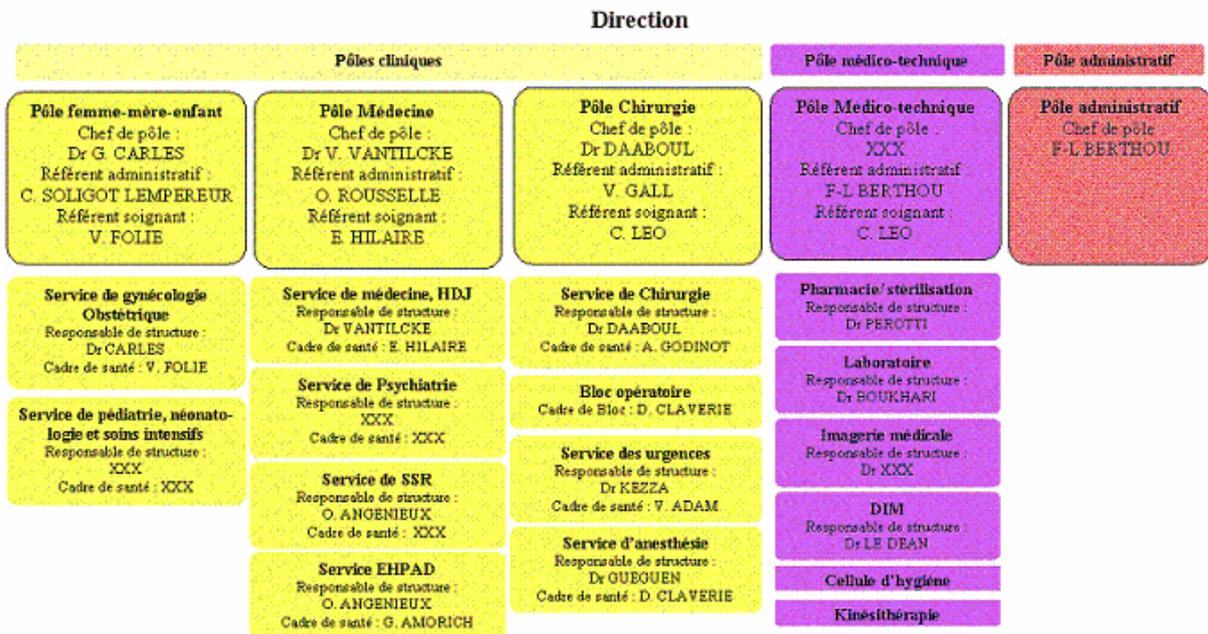
A la suite de la mise en place du conseil exécutif du CHOG à la fin 2006 (en application de l'ordonnance n° 2005-406 du 2/5/2005 ; art L 6143-6-1 du CSP), la constitution des pôles d'activité hospitalière (art L 6146-1 du CSP) a été retenue par le CA du CHOG (séance du 12/7/2007).

L'ordonnateur précise que l'organigramme polaire a été réalisé en décembre mais son application n'était prévue qu'en février après l'arrivée des directeurs des services économiques et des ressources humaines (cf. la date d'application qui figure en bas à droit du document repris par la Chambre).

Par ailleurs, si le partage de l'établissement en quatre pôles a été opéré, l'organisation polaire avec ses composantes que sont la contractualisation ou encore les conseils de pôles ne sont pas à l'ordre du jour.

L'ordonnateur indique en outre que « la Direction avec l'accord de l'ARS donne en effet la priorité à l'organisation institutionnelle et à la modernisation de ses pratiques de gestion ce qui va dans le sens du rapport de la Chambre qui mentionne des fondamentaux non assumés ».

CENTRE HOSPITALIER DE L'OUEST GUYANAIS ORGANIGRAMME DE L'ORGANISATION POLAIRE



dg. 09.12.10. 01/02/2011
 Source : www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr

Cinq pôles ont été définis :

- 1 Le pôle femme-enfant (pédiatrie-maternité)
- 2 Le pôle médecine/psychiatrie/SSR/EHPAD/MAS
- 3 Le pôle chirurgie/bloc/anesthésie/SMUR
- 4 Le pôle médico technique (labo, radio, pharmacie, stérilisation)
- 5 Le pôle logistique et administration

A ce jour et en dépit de l'affichage d'un organigramme de l'organisation polaire du CHOG en décembre 2010, aucune suite n'a été concrètement réservée à cette organisation, que ce soit :

- sur la constitution des conseils de pôles (art L 6146-2 du CSP)
- sur la désignation de la totalité des responsables de ces pôles (art L 6146-3 du CSP), et la déclinaison, au sein de chaque pôle, de la politique générale du CHOG (art L 6146-6 du CSP)
- sur la contractualisation entre les pôles et la Direction du CHOG

De manière générale, la définition du périmètre des pôles cliniques est cohérente avec la réalité des activités dispensées par le CHOG. Si celui du pôle "femmes mères enfants" ne souffre pas de contestation, celui de médecine gagnerait cependant à être

clarifié par le biais d'un projet de pôle intégrant pleinement les différents modes de prises en charge (psychiatrie, rééducation, médecines, addictions).

Aucun chef de pôle n'a été désigné pour le pôle médico-technique, en l'absence de volontaire, ce qui ne peut perdurer.

Il est en revanche surprenant de relever que les fonctions administratives déconcentrées au niveau des pôles cliniques le soient par des cadres de direction, ce qui contribue à renforcer un sentiment de flou dans l'organisation générale du CHOG.

Le directeur chef d'établissement est ainsi désigné comme responsable administratif des pôles médico-technique et administratif ce qui atteste à l'évidence d'une confusion générale des fonctions d'administration et de direction. Cette dernière souffre ainsi d'un déficit, non seulement de positionnement, mais aussi de reconnaissance institutionnelle.

Enfin, les secteurs technique et logistique (ateliers, blanchisserie, cuisine...) ne font l'objet de rattachement à aucun pôle, le pôle administratif ne correspondant guère à la logique d'affectation de ces activités. Cet oubli est regrettable et devra être corrigé.

1.2.3. L'INSTABILITE DE LA FONCTION DE DIRECTION

Précédée par des années de conflits, l'actuelle équipe de direction s'est reconstituée il y a moins de 2 ans autour du nouveau directeur, nommé en septembre 2008. La totalité des membres de cette équipe, à l'exception du pôle finances-achats, était pourtant appelée à être renouvelée début 2011

L'on ne peut que souligner, face à cette fragilisation à venir de la direction de l'hôpital :

- l'absence d'anticipation, voir de cohérence dans la gestion tant au niveau national que local des postes de cadres de direction du CHOG⁴⁴. Les cadres de direction nommés depuis plusieurs années sont soit des cadres en fin de parcours professionnel, soit de très jeunes cadres dont c'est la première affectation au sortir de l'École des hautes études en santé publique. Les recrutements en cours (directeur, 2 postes d'adjoints) ne dérogent pas à cette politique, ainsi que l'atteste l'échec de la prise de fonction du nouveau directeur des ressources humaines arrivé en décembre 2010 et reparti 4 jours plus tard.
- l'absence de prise en compte des caractéristiques spécifiques de l'exercice de certaines fonctions (notamment logistiques), et le non suivi des préconisations du rapport Bini qui recommandait sur ce point précis, la contractualisation sur la base d'un challenge de 4 ans avec des missions clairement établies en liaison avec le Directeur de l'ARH/ARS.⁴⁵ Cette suggestion n'a jamais été suivie d'effet, en dépit du renouvellement de la totalité de l'équipe de direction depuis cette date.

⁴⁴ M. Salinière nommé deux fois, M. Berthou nommé en 2008 et alors âgé de 63 ans ; M. Chauvin, directeur adjoint, nommé en février 2009 et prévu en septembre 2010 sur un autre poste.

⁴⁵ Une dizaine d'axes étaient parallèlement établis par ce rapport.

Les conditions d'une nouvelle vacance de la fonction de direction du CHOG apparaissent à nouveau rassemblées, au moment où des dossiers particulièrement sensibles affectent le fonctionnement de l'établissement (T2A, nouvel hôpital, nouvelle gouvernance, mise en place de la contractualisation avec les pôles médicaux, situation critique des installations actuelles). Par voie de conséquence, les conditions de renégociation équilibrée du CPOM avec l'ARS sur la base d'un nouveau projet d'établissement, ne sont, pour l'heure, pas rassemblées. Une stabilisation de l'équipe de direction du CHOG est donc souhaitable

2. LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES (RH)

La gestion des RH au CHOG n'est confiée à un cadre de direction de plein exercice que depuis peu de temps (2009). L'officialisation d'un organigramme ciblant les attributions de chacun est elle aussi récente.

Toutefois, la difficulté d'appréhender le fonctionnement de ce secteur est réelle, du fait de la rareté, voir de l'absence totale de tableaux de bord fiables (notamment dans le secteur des effectifs du CHOG et des dépenses de personnel).

Les bilans sociaux du CHOG ne permettent pas de suivre avec précision les évolutions les plus marquantes de ces dernières années, tant sur le plan quantitatif (évolution des effectifs) que qualitatif (formation continue). De plus, aucune analyse n'a pu être fournie à l'appui de tableaux, parfois non concordants, selon les émetteurs (Finances, RH, DSS).

2.1. DES EFFECTIFS PLETHORIQUES ET INCERTAINS

Le rapport Bini de janvier 2008 fait ainsi état, fin 2007 d'un effectif médical de 21 équivalent temps plein (ETP) et 16 contractuels (soit 37 médecins) et d'un effectif non médical de 371 ETP (272 agents statutaires et 99 contractuels), le taux d'absentéisme étant de 17,25 % en 2006 après avoir culminé en 2002 à 24,70%.

Ces chiffres, qui n'ont fait l'objet d'aucune réserve de l'ordonnateur lors du contrôle, ne correspondent ni à ceux des bilans sociaux ni à ceux communiqués, par la direction du CHOG. Il est vrai que ces chiffres ont aussi variés à plusieurs reprises lors du contrôle de la CRC, de véritables difficultés étant rencontrées par la DRH pour effectuer une valorisation en ETP, à l'issue d'un exercice déterminé, de l'ensemble des personnels rémunérés par le CHOG.

La confusion entre les effectifs un jour "J" et en cumulé ETP au 31 décembre de l'année en cours est fréquente et à l'origine d'erreurs récurrentes. Il en est de même pour les effectifs théoriques, réels, budgétisés... recouvrant des réalités différentes et des distinctions qui n'ont plus lieu d'être au moment où les établissements publics de santé sont financés selon le mode de tarification à l'activité.

C'est sans doute à ces différences d'analyse qu'il faut attribuer les variations, pour le moins surprenantes, du chiffre des effectifs du CHOG ces 3 dernières années, la communication des états antérieurs n'ayant pas été fournie.

Evolution en ETP

	Personnel non médical	personnel médical (internes compris)	total
Fin 2007	Rapport Bini 371 Bilan social 414	37	408
Fin 2008	435,5	62,23	497,73
Fin 2009	rapport d'activité 472,4 (bilan social 435,3)	66,7	539,13
Fin 2010 (projection)	(Septembre) 478,1 (Décembre) 517,5	59,17	576,67

Au 1^{er} septembre 2010, l'effectif total communiqué par la DRH était ainsi de 588 agents (517 non médicaux, 71 médicaux).

Une étude prospective réalisée par le contrôle de gestion et la DRH (septembre 2010), prévoit à l'échéance de la réalisation de l'hôpital neuf, un effectif stabilisé à 613 agents pour 238 lits, chiffre qui apparaît peu crédible, eu égard à l'absence d'analyse précise des besoins générés par la nouvelle structure (surfaces différentes, multiplication des sites, déploiement de nouvelles activités et organisations).

De manière générale, les chiffres fournis ne sont pas exploitables, tant ils varient, pour un même exercice, en fonction du document de référence (rapport d'activité, bilan social, études spécifiques...). Ceci révèle une absence de maîtrise de l'évolution des effectifs comme du coût précis de la masse salariale.

Les différences entre les chiffrages proposés par la DRH et la direction des finances du CHOG témoignent d'une absence de communication réelle entre ces deux directions sur la base de tableaux de bord partagés.

Il ressort toutefois que les effectifs du CHOG ne cessent de croître à un rythme soutenu (plus de 150 agents depuis 2007), indépendamment de l'activité générale de l'hôpital.

L'évolution de la masse salariale brute entre 2005 et 2009 atteste de ce paradoxe, qui reste inexpliqué.

TAUX D'EVOLUTION DE LA MASSE SALARIALE BRUTE DU CHOG 2005-2009

Année	masse brute (p.m + Pnm)	Montant supplémentaire	Taux d'augmentation
2005	17 326 656.00 €		
2006	18 309 718.00 €	983 062.00 €	5.67%
2007	19 493 233.26 €	1 183 515.26 €	6.46%
2008	20 412 897.00 €	919 663.74 €	4.72%
2009	21 408 912.00 €	996 015.00 €	4.88%

L'on ne peut qu'inciter le CHOG à se doter de tableaux de bord récapitulatifs synthétiques, simples, et surtout exacts, pour effectuer le suivi de ses effectifs et anticiper les mouvements de personnel à venir. La connexion avec l'activité dispensée devra être assurée.

2.2. UN ABSENTEISME MAL CERNE MAIS IMPORTANT

Taux d'absentéisme du personnel non médical (PNM) entre 2005 et 2009

Année	effectif	jours totaux travaillés	nombre de jours d'absence	taux d'absentéisme	nombre moyen de jours par agent
2009	481	95731	10594	11%	22,02
2008	481	95731	7831	8%	16,28
2007	385	78463	8163	10%	21,20
2006	381	77647,8	7671	10%	20,13
2005	368	74998,4	7381	10%	20,06

Les calculs ci-dessus ont été effectués sur la base des données d'effectifs disponibles :

Le nombre de jours travaillés a été déterminé en moyenne, sachant que les agents de jour, de nuit, cadres, non cadres, à repos fixes et variables ont des durées annuelles de travail différentes, mais surtout en fonction de la durée de la journée ou de la nuit de travail variant de 7 heures à 10 heures selon le cas et non comptabilisée pour les cadres.

Les moyennes de répartition des effectifs ont été réalisées de la façon suivante :

- 58 % de l'effectif est affecté dans les services cliniques,
- 9 % dans les services médico-techniques
- 10 % dans les services administratifs
- 13 % dans les services logistiques et techniques
- 9 % dans le secteur médico-social

Dans chacune des catégories, a été prise en considération la moyenne des jours travaillés, (205 jours pour les repos tournants, 195 jours pour les cadres, 142 nuits pour les agents de nuit, 210 jours pour les agents à repos fixes).

L'absentéisme, évalué précédemment à 17,25 % en 2006 (24,7 % en 2002), n'est, selon l'actuelle direction du CHOG, que de 10 % sur même période.

L'absentéisme moyen par agent ressort à 23,6 jours/agent en 2009 ce qui est conséquent. Aucune analyse de la structure de cet absentéisme n'est fournie. Aucun rapport de la médecine du travail ne vient à l'appui d'une clarification des raisons de celui-ci et des axes à promouvoir pour tenter de le maîtriser.

Dans le même document, la référence aux effectifs varie en effet selon les pages (435,5 agents en 2008 en page 5, 481 en page 19) ce qui rend peu crédible le taux d'absentéisme annoncé.

La chambre incite le CHOG :

- à mieux cerner son absentéisme, par catégorie socio professionnelle en se dotant de tableaux de bord adaptés ;
- à clarifier le contenu de la convention passée avec la médecine du travail de Kourou

2.3. LE « TURN-OVER » DU PERSONNEL

La rotation du personnel est très importante sur plusieurs catégories de postes, mais particulièrement sur les soignants (infirmières) et les personnels qualifiés. Il atteindrait, selon la DRH, la moitié des effectifs remplacés au moins une fois en cours d'année.

Cela entraîne une importance atypique du nombre de contractuels de courte durée sur certains postes (109 agents sur 478 en septembre 2010), ce phénomène étant observé sur toute la période contrôlée. L'organisation actuelle, confrontée à des situations d'urgence générées par l'absence de compétences locales, s'avère durable, en dépit des "incitations" au recrutement.

Une piste d'amélioration résiderait certainement dans l'investissement dans une formation au métier d'infirmier, l'école du CHOG ne formant actuellement que des aides-soignants.

Le fait de pouvoir bénéficier d'une main d'œuvre formée ayant des racines locales, mieux à même d'intégrer la dimension pluri culturelle des populations du Maroni, serait un facteur indéniable de stabilisation et de pérennisation des équipes soignantes.

L'on ne peut qu'inciter la direction du CHOG à se rapprocher des services de la Région Guyane sur ce point.

2.4. DES « MESURES INCITATIVES » AU RECRUTEMENT, SOUVENT IRREGULIERES

Des rémunérations annexes et avantages divers ayant vocation à remédier à l'isolement réel de l'établissement et à la difficulté de pourvoir certains postes ont été mises en place

Bien que moins importants et variés que ne le laisse penser la rumeur, un nombre non négligeable de ces avantages consentis relève d'une interprétation extrêmement laxiste des textes règlementaires.

L'on peut distinguer dans ce domaine :

- 1) les mesures règlementaires d'exception

Outre l'indemnité de "vie chère" de 40 % généralisée dans la fonction publique, sont regroupées sous ce titre :

- La rémunération au 4^{ème} échelon des PH contractuels. Les 10 % supplémentaires n'ont pas de base juridique évidente.
- l'indemnité de sujétion et d'installation (décret du 21/12/2001), correspondant au versement de 15 mois de salaire pour un maintien sur l'établissement sur une durée de 4 ans.

2) les mesures "couvertes" par une délibération du CA ou un simple avis de la CME et une approbation tacite de l'ARH/ARS.

Ces mesures, prises dans le but d'assurer la continuité du service public hospitalier, n'en sont pas moins **irrégulières**.

Sous ce chapitre l'on peut regrouper :

- La forfaitisation des gardes médicales, déconnectées de fait de la réalité du service fait, de même que les différences de rémunération entre les astreintes (240 €, 140 €, 80 €, sans qu'aucune justification ne soit clairement apportée à ces différences) ;
- La prise en charge de billets d'avion et d'excédents de bagages pour les personnels hospitaliers ;
- la mise à disposition d'un véhicule pour 2 mois, valorisée à hauteur de 1.500 €, et d'un logement gratuit jusqu'à 4 mois dans certaines conditions.

3) Les "autres" mesures

Celles-ci consistent essentiellement dans l'extrapolation des mesures rapportées plus haut, sans aucune référence à un texte ou une délibération du CA.

Il en est ainsi pour certaines gardes médicales sur place, dont on peut se demander si la justification réside réellement dans le besoin d'une "prise en charge améliorée" des patients.

Ces mesures, étant d'un caractère peu transparent et totalement dérogoires au droit commun, elles ne peuvent être retrouvées que dans certaines fiches de salaire des agents bénéficiaires, Ainsi, 10 praticiens hospitaliers, dont 2 contractuels, perçoivent des rémunérations supérieures à 8.000 € net/mois, en cumulant divers avantages dont certains sont irréguliers.

Relèvent également de cette catégorie :

- La participation du CHOG au loyer de certains agents y compris des locations de logement dits de "qualité" ;
- le financement de plusieurs voyages A/R pour la Métropole sur un an (5 pour un PH contractuel, recensés en 2009), non liés au fonctionnement direct du service ;
- le "prêt" de véhicules appartenant au CHOG, sans précision de la durée et sans qu'aucun carnet de bord ne soit tenu par les utilisateurs ;
- les frais de déplacement et de missions non justifiés par l'intérêt du service, surtout quand ils ne le sont pas au moindre coût.

En résumé, une confusion générale dans l'appréciation de la légalité ou de l'illégalité de ces mesures a **été relevée au cours du contrôle, même au niveau de la DRH du CHOG.**

Sont ainsi intégrés comme éléments de droit, des décisions qu'aucun texte réglementaire ne prévoit (rémunération des astreintes, accès au remboursement de billets d'avion, modulation à l'ancienneté de la rémunération principale).

Les explications complémentaires demandées sur un certain nombre de ces points précis n'ont pas été fournies.

Il est ainsi révélateur que la direction du CHOG ait réalisé une étude des "surcoûts du CHOG", en annexe au rapport financier préliminaire 2011, dans le but d'obtenir une enveloppe destinée à financer l'ensemble des coûts générés, entre autres, par ces "mesures incitatives" pour un montant de 3.678.108 euros par an et ce à la demande de l'ARS.

Pour être compréhensibles dans le cadre du souci d'assurer des prestations d'accompagnement adaptées, ces mesures, hors le fait d'être complexes et non transparentes, sont irrégulières. En ce sens, les approbations tacites de ces décisions par les instances de l'Etat, ou les recommandations parfois laxistes de certains rapports d'experts, ne contribuent pas à la rationalisation et à la moralisation du système.

Seules des mesures réglementaires nationales intégrant les situations objectivement atypiques du système de santé guyanais seraient de nature à apporter une solution acceptable à ces errements auxquels la chambre demande qu'il soit mis un terme.

2.5. UN « SUR-ENCADREMENT » DES EQUIPES

Ce constat peut être dressé au niveau :

- de la direction (4 cadres de direction) ;
- de l'encadrement supérieur technique (4 ingénieurs, 5 prévus en 2011) ;
- de l'encadrement soignant (12 cadres et cadres supérieurs, pour 137 infirmiers(es) et 125 aides-soignants(es) ;
- de certains effectifs médicaux de disciplines cliniques et médico-techniques (anesthésie, chirurgie).

Ce constat est d'autant plus surprenant que ni l'activité, ni le nombre d'agents à encadrer, ni la dimension effective de l'établissement ne justifient un tel renforcement médical ou d'encadrement supérieur.

La contrepartie de cette hypertrophie de l'organigramme se traduit par la faiblesse de l'encadrement intermédiaire de certains secteurs (administration, services techniques), ce qui entraîne un affaïssement des compétences de certains des cadres supérieurs, ceux-ci étant conduits à effectuer des tâches ne relevant pas de leur qualification, voir de leur compétence (ingénieurs).

2.6. UNE ABSENCE DE GESTION PREVISIONNELLE DES EMPLOIS ET DES COMPETENCES (GPEC) ET DE POLITIQUE COHERENTE DE FORMATION CONTINUE

Pour qu'il y ait GPEC il conviendrait préalablement d'évaluer de manière précise et cohérente les besoins en effectifs, emplois et compétences pour le nouvel hôpital. Ce n'est, à ce jour, pas le cas.

Il n'existe pas de fiches de poste adaptées, et encore moins de fiches métiers permettant de mettre en cohérence les besoins du CHOG avec ses ressources existantes, et celles éventuellement disponibles sur le territoire régional.

L'absence de certitudes et d'indications claires sur les activités portées, et susceptibles de l'être à l'avenir, par le CHOG, contribue à la difficulté de mener une action prospective en matière de GRH.

En résumé il ressort un constat général d'absence d'anticipation des emplois nécessaires au fonctionnement de l'établissement, et, a fortiori, des compétences attendues. Le croisement de ce type d'analyse avec le relevé des multiples externalisations (EVASAN, examens de laboratoire, expertises extérieures, maintenance biomédicale, travaux...) n'est pas effectué.

Il n'existe aucune analyse des tendances sur les disciplines médicales majeures, ce qui limite également l'examen des besoins en formation continue. Il en est de même pour les autres disciplines ou activités (bio médicale, restauration, biochimie...), la formation continue n'étant pas intégrée dans un processus de renforcement des compétences locales, dans le but de limiter le recours à des prestataires extérieurs.

L'ouverture d'un hôpital neuf devra être l'occasion d'interroger l'ensemble de la structure sur les organisations à promouvoir, les redéploiements à effectuer, les formations attendues.

Le plan de formation continue ne permet donc pas de dégager, dans sa présentation actuelle, les lignes d'une politique soutenue par le CHOG.

Il se limite donc à un catalogue d'actions, où l'impact des frais de déplacement est prohibitif au regard du coût des formations réellement dispensées.

Aucun crédit n'aurait ainsi été accordé pour les déplacements du personnel médical liés à la formation continue en 2009, le plan de formation médical ne faisant état que d'un montant de 31.441 € ce qui paraît très faible même si ce montant a été multiplié par 7 en 4 ans.

	2005	2006	2007	2008	2009
Voyages/déplacements					
PNM	266.600	164.844	160.677	159.894	197.281
PM	0	0	0	0	0
Formation					
PNM	232.242	259.505	344.672	434.240	468.172
PM	0	5.060	3.009	22.345	31.441
Total	498.842	429.409	508.358	616.479	696.894

En assortissant des plus grandes réserves la fiabilité des informations produites par la DRH, il ressort que le budget formation, toutes catégories confondues, s'élevait à 696.894 € en 2009 dont 197.281 € pour les seuls frais de voyage et déplacements. Cette répartition 1/3-2/3 marque certes un progrès par rapport à 2005 où ces frais (266.600 €) étaient supérieurs aux frais de formation (232.242 €), mais elle pourrait encore être améliorée

Aucun élément n'a été fourni par le CHOG permettant d'identifier l'origine précise des coûts de formation, et notamment les coûts de la formation promotionnelle par rapport à ceux d'adaptation à l'emploi.

le CHOG devra veiller à évaluer précisément le coût de la formation continue en distinguant les personnels médicaux et non médicaux, retracer les masses financières consacrées à ces actions sur les 5 dernières années, séparer les crédits consacrés à la formation de ceux occasionnés par les frais de transport et de mission ou déplacement, faire apparaître le nombre de jours accordés aux agents au titre des délais de route

En conclusion en ce domaine, en dépit d'une réduction des tensions sociales durant la période antérieure à 2008, avec le corps médical en particulier, le bilan de la gestion des ressources humaines au CHOG durant ces dernières années demeure très insuffisant.

La politique d'apaisement du climat social s'est traduite par la mise en place d'une logique centrée sur divers avantages et sur l'obtention systématique de moyens supplémentaires, toujours plus importants et souvent déconnectés de toute relation avec l'activité réellement recensée.

Aucun effort de restructuration et de réorganisation à effectifs constants de certaines activités (cuisine, blanchisserie, anesthésie, chirurgie, psychiatrie, EHPAD...) n'a été conduit, ni même envisagé. Aucune réforme de l'organisation existante n'est actuellement prévue pour l'hôpital neuf.

Il en résulte un ratio général agents/lits d'hospitalisation parmi les plus importants de France, pour des résultats parfois très faibles en termes d'activité, à l'exception de la maternité (dont pourtant l'activité se réduit légèrement en 2010).

Les efforts louables réalisés en matière d'affichage d'une politique des ressources humaines ne masquent pas le fait qu'aucun secteur d'activité du service (recrutement, gestion des affaires médicales, suivi de l'absentéisme, gestion des effectifs, formation) n'est réellement maîtrisé. Les éléments fondamentaux d'une réelle politique de GRH ne sont ni définis, ni assurés.

Le départ rapide du DRH (après moins de 2 ans de présence effective), ajoute un facteur de déstabilisation à un secteur déjà éprouvé. L'échec rencontré dans le remplacement de ce cadre, effectué dans l'urgence, et l'absence de définition précise d'un profil de poste, génèrent un malaise qui aurait pu être évité si cette opération avait été sérieusement menée avec l'ARS, le CNG et la DGOS.

La réalisation d'un hôpital neuf ne pourra s'accommoder des approximations relevées dans la définition des besoins en ressources humaines tels que fournies par la DRH à l'occasion du contrôle de la chambre des comptes. Une dynamique de gestion prospective des effectifs est à promouvoir intégrant :

- ❖ **les nouvelles activités**
- ❖ **les nouveaux espaces**
- ❖ **les nouveaux modes de fonctionnement (exemple de la liaison froide de la cuisine...), afin d'optimiser les effectifs actuels, particulièrement importants mais mal répartis, et avant d'envisager des créations de nouveaux postes qui, en l'état actuel de désorganisation et au regard de l'activité actuelle, seraient superfétatoires et non justifiables.**

Une stabilisation de la DRH, au niveau de l'équipe de direction comme de l'encadrement intermédiaire, est prioritaire.

Le directeur de l'établissement dans sa réponse, souhaite cependant souligner l'amélioration des relations avec la communauté médicale depuis 3 ans attestée selon lui par : »

- **le bon fonctionnement des CME et des Conseils exécutif puis des Directoires depuis 2009**
- **les départs orchestrés de praticiens posant problème en accord avec la communauté médicale**
- **la passage réussi en T2A avec le soutien du corps médical**
- **la réalisation en concertation des travaux de prospective financière (PPI et PGFP)**

3. LES SERVICES LOGISTIQUES

L'on regroupe sous ce vocable l'ensemble des fonctions mises à disposition des services cliniques, à savoir les secteurs d'activité couverts par les services économiques et techniques de l'hôpital. Ceux-ci sont généralement regroupés sous l'autorité d'un même directeur, tant pour ce qui relève de la gestion des unités (ateliers, cuisine, blanchisserie, sécurité), que de la coordination des procédures d'achat et de gestion des stocks de diverses natures. Tel n'est pas le cas au CHOG, où ce secteur est en crise réelle.

3.1. L'ABSENCE D'ORGANISATION DU SECTEUR

L'organigramme de direction actuel du CHOG ne mentionne aucun responsable de ce secteur. Par le passé, un cadre de direction avait été désigné responsable d'une partie de ce secteur, simultanément avec la direction de l'EHPAD⁴⁶.

Le dernier organigramme remis à la chambre⁴⁷ atteste de l'éclatement des missions et unités correspondant à ce secteur entre différentes directions :

⁴⁶ note d'information du 9/1/2008 de la direction du CHOG relative à la réorganisation de la Direction.

- la direction des achats et des affaires financières, pour ce qui relève des achats et des marchés publics ;
- la direction des RH pour ce qui relève de la gestion des logements

La direction "logistique, travaux et services techniques" ne regroupe qu'une partie des activités imparties ordinairement à ce secteur.

Les difficultés liées à l'absence de référent unique au niveau de la direction ont été soulignée dans l'auto-évaluation HAS (2010).

De plus, au sein même de l'organigramme interne à cette direction, le lien hiérarchique avec les responsables des diverses unités (logistique, services techniques, biomédical), n'est pas clairement identifié. Ainsi, le "responsable de la logistique" ne rend que très partiellement compte du fonctionnement des unités dont il a la charge à l'ingénieur en chef dont il dépend théoriquement.

Des unités se retrouvent, de fait, sans référent au sein de la direction du CHOG, ce qui génère de nombreux dysfonctionnements dans le traitement de certains dossiers (exemple de la logistique de cuisine et de la définition d'un plan de mise aux normes sanitaires pour ce secteur).

De surcroît, les relations difficiles ou mal formalisées entre les différentes directions en charge des problématiques transversales au secteur logistique (exemple du circuit des commandes pour les ateliers et de l'approvisionnement des magasins, de la cuisine et de la blanchisserie), génèrent des dysfonctionnements regrettables et incompréhensibles dans un établissement de taille aussi modeste.

L'excessive personnalisation des organigrammes, au détriment d'une rationalisation du processus de décision, est à souligner.

3.2. LES CONSEQUENCES DE L'EMIETTEMENT DU PROCESSUS DE DECISION

Il en résulte des conséquences très négatives en matière de gestion dans au moins trois domaines.

3.2.1. L'APPROVISIONNEMENT ET LA POLITIQUE D'ACHAT

Ce domaine est marqué par la déconnection entre les fonctions :

- d'appréciation du besoin ;
- de définition et de formalisation de la commande ;
- de réception de la commande ;

Il en résulte que l'évaluation du circuit d'approvisionnement, éclaté entre différents services, n'est ni opérationnel ni pertinent.

En matière d'achat, la situation du CHOG début 2009 pouvait être résumée comme suit :

⁴⁷ Source DG du 6/12/2010 applicable au 01/01/2011

- une absence quasi-totale d'anticipation des besoins ;
- très peu de marchés formalisés (essentiellement sur les opérations de travaux le nettoyage des locaux la sécurité, les transports sanitaires terrestres) l'essentiel faisant l'objet de facturation sans mise en concurrence préalable (fournitures de bureau) ;
- de nombreuses ruptures de stocks en magasin ;
- pas de diffusion des règles du code des marchés publics (CMP) ;
- un encadrement faible et non formé ;
- une mauvaise maîtrise de l'outil informatique de gestion des stocks (HODIS) et de fait une absence réelle de gestion de stocks générant un coulage important (magasins et cuisines).

Depuis début 2009 et la prise de fonction d'un nouveau cadre de direction en charge de cette activité (en sus des finances et du système d'information) de réels efforts ont été fournis afin de passer d'une gestion des achats dans l'urgence à une gestion dans le cadre des marchés formalisés

Deux axes majeurs ont été affichés :

- la rénovation de la procédure achat par l'expression anticipée des besoins par rapport à la gestion des stocks

- la formalisation des marchés dans le sens d'une plus grande couverture du domaine d'achat

Un programme d'actions détaillées a été élaboré en mai 2009 de même qu'un échéancier des marchés publics à réaliser avec la procédure à respecter, en application d'un plan pluriannuel d'investissement sur un durée de 5 ans (hors hôpital neuf).

Le projet de mise en œuvre de ce plan pluriannuel d'investissement a été clairement formalisé en interne en octobre 2009.

L'on ne peut qu'encourager le CHOG à persévérer dans cette action de restructuration, tout comme dans sa démarche de mutualisation avec d'autres entités (armée pour les acquisitions de produits alimentaires et les fournitures de bureau), afin de parvenir à une optimisation de ces achats.

3.2.2. LES TRAVAUX ET EQUIPEMENTS

La même démarche devra être appliquée de manière systématique en matière de travaux. La partition entre les travaux effectués par l'équipe hospitalière (biomédical, génie civil, génie électrique) et ceux relevant d'une externalisation devra être mieux assurée.

Aucun document ne permet de retracer l'activité précise des 16 agents (11 ouvriers, 3 cadres de proximité, 2 ingénieurs) affectés aux ateliers du CHOG, le rapport d'activité 2009 étant inexistant (à l'exception de renseignements inexploitable fournis par l'atelier biomédical).

Aucune perspective n'est tracée pour le devenir de cette équipe, pas plus qu'une ambition de qualification des postes de travail par le biais d'une GPEC, qui serait pourtant prioritaire et assez facile à réaliser dans ce secteur d'activité.

En matière de prestations externalisées il convient de relever le faible nombre de marchés (situation de monopole d'une société d'ambulance en matière transport sanitaire, absence de marché d'entretien des ascenseurs, contrats captifs pour les groupes électrogènes les gaz médicaux).

Si l'inventaire des équipements bio médicaux par secteur est correctement tenu, les modalités de maintenance de ceux-ci gagneraient à être formalisés et contractualisés. Certains des marchés et contrats méritent une attention particulière, dans la mesure où un choix différent pourrait être fait :

- 1) Le marché de gardiennage/sécurité de par l'importance de son montant (313.550 €), pourrait faire l'objet d'une réflexion visant à l'internalisation de cette prestation, ce qui correspond à la rémunération de plus de 7 ETP. La reconversion d'agents des services logistiques, sous réserve de formation à la sécurité incendie et aux techniques de gardiennage, pourrait avantageusement être recherchée.
- 2) Le marché de nettoyage des locaux cliniques du CHOG, d'un montant de 232.119 €, mériterait une attention toute particulière dans la mesure où il porte sur des espaces de soins normalement couverts par des agents de service hospitaliers (ASH). Un réexamen attentif des tâches et fiches de postes de ces deux catégories de personnel permettrait de dégager utilement des zones de productivité et la ré-internalisation de certaines prestations.
- 3) Le partenariat avec l'Armée, particulièrement implantée dans la zone, a été développé sous deux aspects :
 - Signature d'une convention avec le régiment du service militaire adapté de la Guyane (RSMA-G) pour la gestion des déchets d'activités de soins à risques (DASRI) en novembre 2010. La prestation est en cours de réalisation.
 - Signature d'une convention avec l'économat des armées (EDA) pour l'acquisition de denrées alimentaires en groupement d'achat. L'EDA devrait prochainement être transformé en centrale d'achat, ce qui permettrait d'envisager utilement l'extension du champ de la convention à d'autres catégories d'articles. La prestation est en cours depuis le 1/1/2011.

L'on ne peut qu'inciter le CHOG à poursuivre son travail de diversification de ses fournisseurs, mutualiser ses achats et renforcer la réflexion autour de la thématique internalisation/externalisation de ses prestations.

3.2.3. LE SUIVI DE CERTAINES UNITES

Six d'entre elles méritent une attention particulière.

3.2.3.1. La cuisine et l'ensemble de la prestation restauration

Ce secteur est en situation critique, les points à relever sont multiples :

- absence totale de conformité des locaux, des respects de condition de travail et de respect des normes HACCP⁴⁸ ;
- absence de lisibilité sur le devenir de l'entité, dans l'actuelle structure ;
- absence de prévision de réorganisation des locaux actuellement insalubres et de réflexion quand à l'insertion de la structure dans l'hôpital neuf (absence de réflexion sur le passage de la liaison chaude à la liaison froide et des conséquences de changement de technique tant sur les équipements que sur l'organisation du travail) ;
- absence de gestion des stocks dans les magasins alimentaires "ouverts aux quatre vents" lors de la visite de la CRC ;
- absence de positionnement hiérarchique de la responsable de la cuisine, non suivie dans ses demandes par sa hiérarchie au demeurant mal identifié ;
- absence de maîtrise et d'évaluation du plan relatif à la sécurité alimentaire, théoriquement mis en œuvre en 2008 ;
- incohérence manifeste des horaires des repas, totalement déconnectés des besoins des patients (repas acheminé tardivement dans les services de soins, dans des chariots ne permettant pas le maintient en température) ;
- une déperdition de moyens (10 agents, + 1 cadre, + 2 diététiciens) pour une production faible (entre 250 et 300 repas/jour) ;

En résumé la plus grande approximation existe en ce qui concerne le nombre de repas produits par la cuisine. Pour le retraitement comptable 2009, 106 578 repas auraient été servis aux patients du CHOG, et environ 6.000 pour le personnel. Les charges de restauration s'élevant, en 2009 à 1.346.641 €, le coût de l'unité des repas est de 12,6 €, tarif largement prohibitif si l'on considère qu'il n'existe pas de "coulage" au sein de l'unité de production.

L'on ne peut que souligner les graves insuffisances de la direction du CHOG face aux réserves et demandes impératives plusieurs fois réitérées par les services vétérinaires.

Dans l'attente de l'ouverture d'un hôpital neuf, seule solution acceptable en mesure de lever l'ensemble des réserves relatives au fonctionnement du CHOG, des travaux de mise aux normes minimales doivent être diligentés dans les meilleurs délais, afin de ne pas exposer les patients à un risque alimentaire sérieux.

Une clarification de l'organigramme de direction fixant clairement les attributions du responsable de ce secteur est indispensable.

⁴⁸ **Hazard Analysis Critical Control Point, méthode et principes de gestion de la sécurité sanitaire des aliments**

3.2.3.2. La blanchisserie

Au même titre que la restauration, la blanchisserie est dans un état d'obsolescence avancée s'agissant de ses locaux comme de ses équipements.

Aucun chiffre précis ou fiable n'a pu être communiqué en matière d'indicateur d'activités (masse de linge à laver, coût des unités d'œuvre) ce qui rend impossible toute mesure d'efficacité économique.

L'effectif de l'unité est de 8 agents⁴⁹, les fiches de poste bien qu'existantes n'ont pas été communiquées par le service lors du contrôle.

Si le personnel a été formé à la méthode RABC⁵⁰ en 2010, aucun protocole n'est cependant validé, aucun contrôle n'est effectué sur le plan bactériologique et il existe une confusion générale des circuits propres et sales.

Sur les 110.318 kg de linge traité en 2009 par le service (retraitement comptable 2009) :

- 55.111 correspondent au linge MCO
- 4.372 correspondent au linge SSR
- 1.067 correspondent au linge du secteur psychiatrie
- 49.768 correspondent à l'EHPAD

Ce dernier chiffre apparaît très important en référence au nombre de patients réellement pris en charge (41), ce qui attesterait, pour le moins de protocoles de nettoyage des draps totalement atypiques. Le coût de l'unité d'œuvre fourni (3,5 € par kg) qui n'intègre que l'activité réalisée en MCO n'apparaît pas fiable.

Théoriquement placé sous l'autorité de l'ingénieur en chef responsable de la direction logistique, la blanchisserie n'est en fait pas véritablement gérée.

Du fait de l'impossibilité de bénéficier d'une solution alternative en l'absence d'offre privée sur le secteur, le CHOG doit améliorer la prestation de blanchisserie interne à l'établissement. Une démarche de GPEC, accompagnée d'une mise à niveau des installations et des équipements dans le cadre de l'hôpital neuf est à promouvoir.

3.2.3.3. Le parc automobile et les transports

L'état du parc remis à la CRC présente une flotte de 22 véhicules⁵¹. De fait il ressort au jour de l'enquête que seuls 12 véhicules sont en état de fonctionnement. 4 de ces véhicules étant affectés aux cadres de direction, il ne resterait donc que 8 véhicules pour les besoins de la structure hospitalière. Aucun carnet de bord n'est tenu à ce jour, rendant impossible tout contrôle de la nature et de la réalité des transports effectués. La gestion de la demande des

⁴⁹ Lors de la visite de la CRC en juin 2010, 5 agents seulement y étaient affectés. La production étant alors effectuée sur Cayenne, du fait d'une panne des équipements, seule la distribution étant assurée localement.

⁵⁰ Risk Analysis and Biocontamination Control (RABC) est une méthode d'analyse des risques de contamination microbiologiques du linge afin de les maîtriser

⁵¹ Etat du parc au 20/5/2010, entretien avec le responsable du secteur transport le 7/06/2010.

transports, assurée au niveau du standard téléphonique, ne peut être évaluée de manière globale.

Aucune analyse globale du coût du transport (notamment en comparaison avec celui des prestations externalisées) n'est effectuée, hors les coûts faisant l'objet d'une demande d'accompagnement financier de l'ARS (plus de 628.000 € répartis entre transports maritime, terrestre et aérien).

Une rationalisation de l'organisation générale des transports du CHOG est éminemment souhaitable, tant sur le plan de la gestion du parc automobile interne, que sur celui de la renégociation des conditions d'évacuation sanitaire sur d'autres établissements (SAMU, CHAR).

3.2.3.4. La sécurité

La sécurité des biens et des personnes est assurée par une société de gardiennage pour un montant annuel de 313.559 €. Aucune étude n'a été fournie par la direction du CHOG justifiant l'externalisation de cette prestation, qui aurait pu faire l'objet d'un traitement interne par voie de redéploiement de moyens existants, assorti d'une démarche de formation/qualification du personnel en matière de sécurité.

3.2.3.5. La morgue

Une inspection de la chambre mortuaire du CHOG a été effectuée le 4 juin 2010 par les services de l'ARS et a mis en évidence de nombreuses anomalies sur le plan de la gestion administrative, de la conception des locaux et de l'organisation des tâches.

L'essentiel des réserves peut être résumé comme suit :

- la chambre mortuaire gérée par la maison funéraire du Maroni par convention du 15/02/84, non actualisée à ce jour, ne respecte pas le principe de séparation des missions de services de pompes funèbres par rapport à celles exercées par les établissements de santé, posé par la réglementation en vigueur⁵² ;
- l'établissement ne tient pas de registres permettant d'assurer le suivi du corps des personnes décédés (article R1112-76-1 du CSP) ;
- l'état des locaux est très dégradé tout comme les équipements (tables réfrigérantes, ventilation et climatisation, casier réfrigérés), le nettoyage des espaces étant de surcroît mal effectué.

Les délais fixés par les ingénieurs d'études sanitaires de l'ARS le 30 mai 2010 n'ont pas été respectés par le CHOG.

A la fin de l'année 2010 aucune date de mise en conformité de ces installations n'a été arrêtée, pas plus que la date à laquelle le CHOG reprendra la gestion de la chambre mortuaire.

⁵² Arrêté du 5/01/2007 relatif au registre prévu à l'art. R 1112-76 du CSP et du 7/5/2001 relatif aux prescriptions techniques applicables aux chambres mortuaires des EPS ; circulaire N° 2004-382 du 30/07/2004.

Une attention particulière doit être portée par le CHOG à la mise en conformité de sa chambre mortuaire.

3.2.3.6. Les magasins

Il n'existe en fait qu'un seul magasin "central", employant 3 agents, et ne regroupant que des stocks de petites fournitures, matériels non stériles, bureautique et certains produits d'urgence. Les locaux sont vétustes et inadaptés, mais des progrès réels dans la gestion de celui-ci ont été observés.

Il n'existe aucun magasin pour les services techniques, et le "magasin" alimentaire n'a pu fournir de fiche de suivi des entrées et sorties de denrées. Les possibilités de "coulage" sont donc multiples. La Direction du CHOG devra porter une attention prioritaire à la régularisation de ces errements.

*** * ***

En résumé général, il ressort l'impérieuse nécessité, afin d'interrompre le processus de dégradation de l'ensemble des activités logistiques du CHOG, de désigner dans les meilleurs délais un cadre de direction responsable de ce secteur. Il conviendra de repenser de manière précise les conditions d'internalisations et d'externalisation des prestations techniques, notamment dans la perspective de réalisation d'un hôpital neuf.

4. L'EHPAD ET LES ETABLISSEMENTS ANNEXES

4.1. UN ORGANIGRAMME NON OPERATIONNEL

L'organigramme de direction est particulièrement flou sur le plan de l'identification d'un responsable de l'EHPAD et, de manière plus générale, des structures externes du CHOG (USLD, MAS, structure psychiatrique, maison des parents).

En 2008 un cadre de direction a bien été désigné comme responsable des services économiques (sous l'angle limitatif des achats et de la logistique), de l'EHPAD et du développement social. Cependant, outre que la cohérence du regroupement au sein d'une même direction de ces trois secteurs reste à démontrer, le titulaire du poste n'a jamais été réellement en situation d'exercer ses fonctions. Il a d'ailleurs été remis à disposition du centre national de gestion à l'automne 2010.

4.2. UN EHPAD EN DESHERENCE

Une très grande confusion existe dans la détermination précise du nombre de lits réservés à la prise en charge des personnes âgées au CHOG

Ainsi, les 47 lits installés (20 chambres doubles et 7 individuelles) dans l'enceinte de l'hôpital correspondent en fait à la fusion de l'USLD (30 lits) et de la maison de retraite (17

lits) alors qu'il n'existe pas de convention tripartite Etat/Département/CHOG à ce jour⁵³. Les deux bâtiments de deux niveaux classés au patrimoine des monuments historiques hébergeant cette activité, ont été réhabilités en 2003 pour un montant de 6,2 millions d'euros, sans que ce chiffre puisse être considéré comme définitif.

La direction du CHOG, consciente de l'imbroglieo généré par cette situation, a souhaité en 2010 faire expertiser par le CNEH le fonctionnement budgétaire de l'EHPAD et définir les axes du retraitement comptable de celui-ci⁵⁴.

Le diagnostic porté par le CNEH met en relief, en plus de l'inexistence d'une convention tripartite, les dysfonctionnements suivants :

- des charges de personnels élevées, nettement supérieures au plafond autorisé dans le cadre de la convergence tarifaire ;
- des charges à caractère médical ne faisant pas apparaître les dépenses pharmaceutiques ;
- des charges hôtelières (linge, restauration) généralement excessives;
- des charges d'amortissement et de frais financiers extrêmement élevés ;

L'ensemble des ces dysfonctionnements se traduisent par un déficit cumulé de plus de 3 millions d'euros.

En résumé :

La situation actuelle de l'EHPAD est à ce point considérée comme atypique qu'aucune solution classique ne peut être jugée satisfaisante (diminution des charges, augmentation des recettes et tarifs).

Dès lors, trois pistes sont proposées :

- **l'intégration du déficit de l'EHPAD dans le budget du CHOG ; cette solution, comptablement inappropriée, risquerait d'entraîner l'hôpital dans une spirale négative qui deviendrait rapidement ingérable ;**
- **la modification du statut de l'EHPAD vers un statut de MAS ou de foyer d'accueil médicalisé ce qui correspondrait mieux au profil des résidents et de la clientèle en provenance du bassin de vie ;**
- **la négociation d'un statut spécial, abondé par un financement exceptionnel plus adapté à la population réelle de l'EHPAD (sur 41 résidents, 23 sont de nationalité française) et tenant compte de la dimension transfrontalière de cette problématique de santé.**

⁵³ Date limite fixée au 31/12/2010

⁵⁴ Rapport CNEH novembre 2010

Ceci ne dispense pas le CHOG de mieux cerner l'activité précise dispensée dans les bâtiments impartis à la prise en charge des personnes âgées. Le CHOG devra reprendre la grille AGGIR⁵⁵ de manière à réévaluer les cotations de dépendance des patients et par voie de conséquence rendre plus pertinente les demandes de prises en charge.

4.3. LES AUTRES STRUCTURES EXTERNES

Sous ce vocable se retrouvent les unités de psychiatrie adultes et infanto juvéniles (hôpitaux de jour, centres médico-psychologiques) mais aussi les structures médico-sociales évoquées précédemment. Ces structures gagneraient du fait de leur spécificités à trouver un référant identifié dans l'équipe de direction.

Une priorité consisterait à penser un projet médical intégrant la dimension extra hospitalière de ces unités, et encourager les approches communes aux pathologies transversales traitées (diabète, psychiatrie)

⁵⁵ La grille nationale AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources) constitue un outil destiné à évaluer le degré de perte d'autonomie ou le degré de dépendance, physique et psychique, des demandeurs de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), dans l'accomplissement de leurs actes quotidiens

PARTIE V : LA SITUATION FINANCIERE DU CHOG

Le décret N° 2010-425 du 22/4/2010 relatif à l'organisation financière et à l'investissement immobilier des EPS réforme le régime budgétaire et financier institué par le décret du 30/11/2005 (modifié par décret du 10/1/2007) mettant en place l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) et le plan global de financement pluriannuel (PGFP) dans ces établissements).

Ce document redéfinit notamment la procédure budgétaire en rappelant l'absolue nécessité de réaliser en premier lieu le PGFP, les EPRD successifs n'en étant que les tranches d'exécution annuelles. C'est donc le PGFP qui définit, en amont, le cadre d'approbation de l'EPRD. Ces documents constituent la trame de l'analyse de la situation financière, patrimoniale et budgétaire du CHOG.

En résumé, le budget du CHOG en 2010 peut être présenté comme la sommation de plusieurs budgets pour un total de 52.569.064 € :

- Le budget principal couvrant l'activité MCO : 49.949.522 €
- Le budget de l'EHPAD : 2.092.258 €
- Le budget de l'école AS : 206.265 €
- Le budget du CSST/CSAPA : 312.619 €

La situation financière du CHOG, à l'instar de son organisation générale, est très particulière par rapport à celle généralement observée pour des EPS de même catégorie.

L'apparente opulence financière due, pour l'essentiel, à des modes de financement spécifiques, occulte une réalité plus complexe liée notamment à la difficile solvabilité d'un nombre considérable de patients traités, et ce dans un contexte particulièrement délicat de mise en œuvre de la T2A en 2010.

1. ANALYSE DE LA SITUATION PATRIMONIALE ET BUDGETAIRE DU CHOG AU 31/12/2009

L'analyse financière rétrospective réalisée par les titulaires respectifs du poste comptable du CHOG⁵⁶ fait ressortir systématiquement une situation hors normes, au vu des tableaux de bord des indicateurs financiers. Il en est de même de l'analyse de la structure financière des exercices 2008 et 2009 réalisée par une société d'audit à la demande de la direction du CHOG en 2010.

⁵⁶ Rapport sur les exercices 2006 à 2009 (28/10/2010 de M. Remy). Analyse rétrospective du CHOG sur les exercices 2002 à 2006 (janvier 2008 Mme Laidet), Rapport du comptable compte de gestion 2005 (juin 2006 M. Laude).

1.1. ANALYSE DE LA STRUCTURE FINANCIERE

Evolution du fonds de roulement d'investissement

Le fonds de roulement d'investissement (FRI), qui représente la différence entre le montant des ressources stables et le montant des emplois stables, est passé de - 914 095 € au 31 décembre 2005 à 15 326 200 € au 31 décembre 2009. Il a donc augmenté de 16 240 295 €.

Les investissements ont augmenté de 16 947 663 € entre 2005 et 2009 et les remboursements d'emprunts se sont élevés à 5 483 233 € sur la même période, soit un total de 22 430 896 €. Ces emplois ont été financés essentiellement par des ressources propres dont la progression s'élève à 38 671 191€ entre 2005 et 2009.

Cette augmentation provient du niveau élevé de la capacité d'autofinancement sur toute la période.

Enfin, la durée apparente de la dette est satisfaisante passant de 1,34 an en 2005, à 0,73 en 2006, à 0,52 en 2007, à 0,42 en 2008, pour s'établir à 0,36 en 2009.

	2005	% évol	2006	% évol	2007	% évol	2008	% évol	2009
Fonds de roulement d'investissement	-914 094,90	-309,07%	1 911 117,43	255,95%	6 802 545,27	64,32%	11 178 242,41	37,11%	15 326 200,06
+ Total des biens stables	44 090 436,45	5,30%	46 425 627,70	2,67%	47 666 547,84	7,55%	51 265 740,45	14,40%	58 646 495,66
20 Immobilisations incorporelles	1 435 078,34	27,48%	1 829 442,43	21,72%	2 226 775,34	4,51%	2 327 264,51	8,42%	2 523 244,82
21 Immobilisations corporelles	20 494 030,93	37,51%	28 180 544,67	7,29%	30 235 348,92	6,81%	32 294 540,20	2,76%	33 185 619,44
23 Immobilisations en cours	19 735 832,80	-25,43%	14 716 577,31	-2,18%	14 395 994,39	15,21%	16 585 506,55	37,95%	22 879 202,21
26 Immobilisations financières	0,00	#DIV/0!	0,00	#DIV/0!	0,00	#DIV/0!	0,00	#DIV/0!	0,00
27 Autres immobilisations financières	33 890,28	69,54%	57 459,19	1,69%	58 429,19	0,00%	58 429,19	0,00%	58 429,19
Charges à répartir	2 391 604,10	-31,36%	1 641 604,10	-54,31%	750 000,00	-100,00%	0,00	#DIV/0!	0,00
Autres biens stables	0,00	#DIV/0!	0,00	#DIV/0!	0,00	#DIV/0!	0,00	#DIV/0!	0,00
+ Total des financements stables	43 176 341,55	11,95%	48 336 745,13	12,69%	54 469 093,11	14,64%	62 443 982,86	18,46%	73 972 695,72
+ 28 Amortissements	17 620 929,32	12,12%	19 757 078,18	12,67%	22 259 804,55	10,68%	24 636 085,55	11,85%	27 554 689,84

Evolution du fonds de roulement d'exploitation.

Le fonds de roulement d'exploitation (FRE) s'est accru sur la période considérée, passant d'un montant de 48 942 762 € en 2005, à la somme de 67 820 481 € en 2009, soit une augmentation de 18 877 719 €, somme résultant des excédents nets constatés et affectés en report à nouveau, ainsi que des provisions constituées.

Au 31 décembre 2009, le F.R.E. se décompose désormais de la manière suivante :

- Réserves de trésorerie :	12 948 417,66 €
- Réserve de compensation :	216 480,99 €
- Provisions réglementées :	5 835 643,49 €

- Provisions pour risques et charges :	1 956 073,79 €
- Reports à nouveau négatifs :	- 3 054 704,27 €
- Emprunts :	- 5 463 728,85 €
- Reports à nouveau excédentaires :	46 374 206,60 €
- Résultat excédentaire 2009 à affecter :	9 008 091,59 €
Fonds de roulement d'exploitation positif :	67 820 481,01 €

Evolution des besoins de financement du cycle d'exploitation.

Les besoins de financement du cycle d'exploitation, ou le besoin en fonds de roulement (BFR), sont passés de 35 294 822 € en 2005 à 34 807 516 € en 2009.

Toutefois ils avaient été en progression constante sur la période 2005-2007 où ils avaient atteint un pic de 39 587 542 € pour redescendre à 32 625 695 € en 2008 et atteindre un niveau de 34 807 516 € en 2009.

Le niveau du besoin en fonds de roulement reste néanmoins trop élevé et cela provient du montant élevé constaté sur chaque exercice sur la ligne total des valeurs d'exploitation.

Dans le détail, l'on s'aperçoit que les créances à recouvrer « autres tiers payants » ainsi que les « autres créances » sont à un niveau conséquent sur toute la période considérée, même si l'on constate une légère baisse sur les exercices 2008 et 2009.

	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
			2005	% évol	2006	% évol	2007	% évol	2008	% évol	2009
1											
2											
4	Besoin en fonds de roulement										
6	Total des biens d'exploitation		57 428 662,00	4,48%	59 999 595,47	-7,86%	55 285 995,92	-18,73%	44 932 854,79	0,08%	44 968 851,41
8	Total valeurs d'exploitation		36 438 722,75	-0,92%	36 101 955,30	-4,76%	34 384 688,53	-0,56%	34 190 475,18	4,69%	35 793 709,27
9	Stocks		1 315 989,40	17,94%	1 552 101,55	-7,17%	1 440 852,23	-1,59%	1 417 975,42	117,13%	3 078 801,23
10	Hospitalisés et consultants		2 650 859,96	9,76%	2 909 623,36	5,13%	3 058 953,05	80,43%	5 519 367,64	4,52%	5 769 098,77
11	Caisse pivot		670 297,00	-98,96%	7 000,00	22301,77%	1 568 123,72	-99,98%	335,00	-100,00%	0,00
12	Autres tiers payants		31 801 565,93	-0,53%	31 633 219,93	-10,48%	28 316 749,07	-3,76%	27 252 786,66	-1,13%	26 945 798,81
13	Créances admises en non valeur		10,46	0,00%	10,46	0,00%	10,46	0,00%	10,46	0,00%	10,46
14	Sécurité sociale		0,00	#DIV/0!	0,00	#DIV/0!	0,00	#DIV/0!	0,00	#DIV/0!	0,00
15	Total des actifs hors exploitation		20 989 939,25	13,85%	23 897 640,17	-12,54%	20 901 307,39	-48,60%	10 742 379,61	-14,59%	9 175 142,14
16	Créances sur immobilisations		0,00	#DIV/0!	0,00	#DIV/0!	0,00	#DIV/0!	0,00	#DIV/0!	0,00
17	Charges constatées d'avance		0,00	#DIV/0!	0,00	#DIV/0!	0,00	#DIV/0!	0,00	#DIV/0!	0,00
18	Autres créances		16 647 530,61	-10,94%	14 826 793,87	32,08%	19 582 952,84	-52,35%	9 331 657,95	-17,15%	7 730 871,55
19	Dépenses à classer		4 342 408,64	108,89%	9 070 846,30	-85,47%	1 318 354,55	7,01%	1 410 721,66	2,38%	1 444 270,59
21	Total des financements d'exploitation		22 133 839,78	1,65%	22 498 149,01	-30,22%	15 698 453,92	-21,60%	12 307 159,44	-17,44%	10 161 335,81
23	Total dettes d'exploitation		17 453 855,59	-5,30%	16 529 085,84	-47,45%	8 685 393,09	-39,47%	5 257 197,09	53,00%	8 043 476,98
24	Avances reçues		11 208 324,88	0,00%	11 208 324,88	-49,97%	5 607 132,22	-74,77%	1 414 939,07	45,29%	2 055 756,60
25	Fournisseurs d'exploitation		3 939 335,19	7,05%	4 217 043,47	-53,01%	1 981 710,01	59,54%	3 161 678,19	81,78%	5 747 362,70
26	Dettes sociales		0,00	#DIV/0!	0,00	#DIV/0!	0,00	#DIV/0!	0,00	#DIV/0!	0,00
27	Dettes fiscales		2 306 195,52	-52,14%	1 103 717,49	-0,65%	1 096 550,86	-37,93%	680 579,83	-64,68%	240 357,68
28	Dettes diverses d'exploitation		0,00	#DIV/0!	0,00	#DIV/0!	0,00	#DIV/0!	0,00	#DIV/0!	0,00
29	Total dettes hors exploitation		4 679 984,19	27,54%	5 969 063,17	17,49%	7 013 060,83	0,53%	7 049 962,35	-69,96%	2 117 858,83
30	Dettes sur immobilisations		0,00	#DIV/0!	0,00	#DIV/0!	0,00	#DIV/0!	0,00	#DIV/0!	0,00
31	Produits constatés d'avance		0,00	#DIV/0!	0,00	#DIV/0!	0,00	#DIV/0!	0,00	#DIV/0!	0,00
32	Autres comptes créditeurs		1 407 334,93	-37,10%	885 219,01	0,32%	888 016,53	7,08%	950 858,06	10,42%	1 049 971,40
33	Recettes à classer		3 272 649,26	55,34%	5 083 844,16	20,48%	6 125 044,30	-0,42%	6 099 104,29	-82,49%	1 067 887,43
35	Besoin en fonds de roulement		35 294 822,22	6,25%	37 501 446,46	5,56%	39 587 542,00	-17,59%	32 625 695,35	6,69%	34 807 515,60

Par ailleurs, le délai de règlement des créances semble beaucoup trop long, en particulier celui des usagers. Le délai de règlement global des tiers payants bien qu'ayant commencé à diminuer depuis fin 2007 doit encore baisser pour être acceptable.

A noter que les provisions constituées pour dépréciation des créances s'élève à 6 536 271 € à la fin 2009.

Evolution de la trésorerie.

La période 2005-2009 a vu une augmentation très importante de la trésorerie ; celle-ci quoique très importante a subi un tassement sensible de sa progression à la fin de l'exercice 2009.

En effet, de 9 630 384 € à la fin 2005, la trésorerie est de 48 339 165 € au 31 décembre 2009.

Cette « amélioration » considérable de la trésorerie est due à la progression du fonds de roulement net global (FRNG), lui-même dû à une amélioration de la capacité d'autofinancement directement impactée par le niveau élevé des résultats excédentaires constatés depuis l'exercice 2006.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
1												
2				2005	% évol	2006	% évol	2007	% évol	2008	% évol	2009
4		Trésorerie										
6	-	Total des liquidités		11 500 159,62	57,62%	18 127 096,89	56,55%	28 378 055,85	60,60%	45 576 105,96	9,00%	49 676 994,23
7		Valeurs mobilières de placement		0,07		609 540,17	0,00%	609 540,17	0,00%	609 540,17	0,00%	609 540,17
8		Disponibilités		11 500 159,55	52,32%	17 517 556,72	58,52%	27 768 515,68	61,93%	44 966 565,79	9,12%	49 067 454,06
10	-	Total des financements à court terme		1 869 775,16	-16,34%	1 564 177,35	-1,09%	1 547 058,85	-12,19%	1 358 529,34	-1,52%	1 337 828,76
11		Fonds déposés par les usagers		1 071 983,05	0,30%	1 075 200,66	-0,69%	1 067 831,59	-0,50%	1 062 479,45	-0,05%	1 061 961,43
12		Intérêts courus		112 395,37	-65,04%	39 297,08	-9,34%	35 626,09	-10,61%	31 845,33	-7,90%	29 329,91
13		Ligne de trésorerie		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00
14		Autres financements à court terme		685 396,74	-34,39%	449 679,61	-1,35%	443 601,17	-40,44%	264 204,56	-6,69%	246 537,42
16		Trésorerie		9 630 384,46	71,99%	16 562 919,54	61,99%	26 830 997,00	64,80%	44 217 576,62	9,32%	48 339 165,47

Analyse de la formation du résultat.

Les résultats comptables des trois dernières années se décomposent comme suit :

BUDGET	2005	2006	2007	2008	2009
BUDGET PRINCIPAL	3 026 528,40	9 023 353,54	10 991 981,12	13 855 458,67	9 491 175,72
BUDGET EHPAD	-648 962,93	-610 019,00	-1 064 410,90	-752 001,72	-753 870,36
BUDGET TOXICOMANIE	140 350,44	57 592,10	69 338,95	22 718,34	157 107,18
BUDGET ECOLES	-19 376,63	-8 204,85	-47 787,02	-17 139,45	113 679,05
CONSOLIDE	2 498 539,28	8 462 721,79	9 949 122,15	13 109 035,84	9 008 091,59

Le résultat de l'activité principale est formé de la manière suivante :

BUDGET PRINCIPAL

libellé	2005	2006	2007	2008	2009
produits					
Produits versés par l'Assurance Maladie	32 840 199,70	32 499 321,32	33 135 363,53	33 267 768,00	34 421 450,00
Autres produits de l'Activité Hospitalière	3 990 816,64	3 590 250,47	6 292 298,07	16 091 397,02	16 098 660,08
Autres recettes (exclus 603 et 609)	7 473 170,10	1 549 128,62	1 832 644,29	1 687 724,61	2 178 826,10
TOTAL	44 304 186,44	37 638 700,41	41 260 305,89	51 046 889,63	52 698 936,18
charges					
Charges de personnel	22 055 375,36	22 887 859,26	25 042 707,19	26 320 087,41	27 594 884,01
Autres charges d'exploitation courante	8 958 030,80	6 667 303,00	7 315 006,00	9 299 426,00	12 111 206,03
sous total	31 013 406,16	29 555 162,26	32 357 713,19	35 619 513,41	39 706 090,04
Dotations aux amortissements	1 978 569,32	2 053 618,67	2 288 356,47	1 924 628,99	2 462 878,75
Charges financières	312 083,04	163 967,53	255 379,55	163 475,66	106 810,33
TOTAL	33 304 058,52	31 772 748,46	34 901 449,21	37 707 618,06	42 275 779,12
RESULTAT COURANT AVANT PROVISIONS	11 000 127,92	5 865 951,95	6 358 856,68	13 339 271,57	10 423 157,06
Produits exceptionnels	671 175,39	6 189 969,34	8 754 054,04	3 751 098,84	3 832 019,35
Charges exceptionnelles	-2 058 838,91	-374 917,75	-662 031,50	-2 484 911,74	-1 536 640,83
Dotations aux provisions	-6 585 936,00	-2 657 650,00	-3 458 898,10	-750 000,00	-3 227 359,86
RESULTAT EXCEPTIONNEL AVEC PROVISIONS	-7 973 599,52	3 157 401,59	4 633 124,44	516 187,10	-931 981,34
RESULTAT NET	3 026 528,40	9 023 353,54	10 991 981,12	13 855 458,67	9 491 175,72
AUTOFINANCEMENT	8 195 607,23	13 318 682,66	15 910 746,62	16 234 370,83	15 096 091,74

Cette synthèse fait apparaître des particularités qui rendent difficile l'interprétation des résultats.

- **RECETTES**

Les principales évolutions constatées au niveau des produits résultent de la mise en œuvre de la facturation des soins urgents et de l'AME (aide médicale de l'Etat), qui n'est pas encore stabilisée.

Ces recettes figurent en produits exceptionnels en 2006 et 2007. Toutefois, en 2008, la facturation relative à des prestations 2007 figure dans le titre 2 pour 2 941 426 €. Néanmoins, elles sont constatées avec un décalage, du fait d'un rattachement des produits à l'exercice concerné, non exhaustif lors des clôtures d'exercice.

Pour information, les recettes AME n'étaient pas imputées au compte 733-2 mais, par erreur, aux comptes 7321.

Par ailleurs, sur l'exercice 2009, des opérations de nettoyage du bilan ont été entreprises pour un montant de 1.46 M € figurant dans le compte de résultat en produits exceptionnels.

• **DEPENSES**

Au niveau des dépenses, la comparaison nécessite de tenir compte des reports de charges. En effet, les charges exceptionnelles de 2008 et 2009 comprennent des reports de 2007 et de 2008 évalués respectivement à 1 575 000 € et à 1 532 000 €. Cela s'explique par une gestion peu efficace des engagements.

On constate une hausse de 4 086 577€ des charges d'exploitation entre 2008 et 2009. Cela s'explique, en partie, par une erreur d'imputation du remboursement au CHAR de la dette sur les transports sanitaires d'un montant de 3 670 856.94 €. En principe, c'est une dépense exceptionnelle qui devrait figurer sur le compte 672 « charges sur exercice antérieurs » (titre 4) au lieu d'être enregistrée sur le compte 62 (Titre 3).

Si l'on neutralise l'effet de cette dépense exceptionnelle, les charges d'exploitation s'élèvent à 36 706 090 €, ce qui entraîne une augmentation de 1 086 577€ par rapport à 2008. Cette hausse des charges d'exploitation résulte principalement de la hausse des charges de personnel de 1,40 M€ par rapport à 2008.

• **RESULTATS**

Le résultat exceptionnel avec provision est déficitaire en 2009 et s'explique essentiellement par les provisions passées à la clôture :

- Les provisions pour risques pour un montant de 851 600 €
- Les provisions pour dépréciation des créances d'un montant de 2 260 411.37 €
- Les provisions réglementés pour charges de personnel au titre du CET d'un montant de 115 348.49 €

Le résultat de l'EHPAD est déficitaire de 753 870.36€ en 2009. Cela s'explique par un déficit de journées important par rapport au budget prévisionnel.

En effet, les autorisations budgétaires de l'EHPAD sont basées sur une activité de 17 155 journées pour 47 lits installés ; or le nombre de journées réalisées sur 2009 ne représente que 15943 journées soit un taux d'occupation de 92,93% ce qui entraîne une baisse des recettes.

Néanmoins la baisse des recettes n'est pas la seule raison de ce déficit, qui est également dû à la hausse des charges de 656 998.75 € par rapport aux prévisions 2009, soit 31.40% d'augmentation.

La Mission CNEH (octobre 2010) a permis, par la réalisation d'une opération de sincérité des comptes, de clarifier la gestion du budget EHPAD, par la reprise d'un dialogue avec les tutelles en vue de la signature de la convention tripartite.

Les résultats de l'école d'aides-soignantes et du C.S.S.T sont respectivement excédentaires de 113 679.05€ et de 157 107.18€ en 2009.

Conclusion et recommandations.

• Au niveau du bilan et de la situation financière :

Les fonds propres et la trésorerie ont été consolidés avec les résultats très conséquents dégagés au cours des dernières années grâce aux soins prodigués aux patients étrangers facturés sur les enveloppes soins urgents et aide médicale d'Etat en sus du maintien de la dotation annuelle de financement (DAF).

Cependant, la situation financière est faussée par le niveau très important des créances non encaissées.

L'ordonnateur précise dans sa réponse que depuis la fin du contrôle, en concertation avec les services du Trésor public :

- le solde du compte 23 a été porté au débit du C/ 21 en février 2011 (fin des opérations de clôture)
- les créances irrécouvrables ont été ventilées par débiteur et par année. Une admission en non valeur de 5.8 millions d'euros a été opérée fin 2010 (part des créances sur titres émis hors Département et Etat)
- le suivi des créances irrécouvrables a été fait au 31/05/2011 : de 21 millions fin mai 2010, le CHOG est passé à 10 millions fin mai 2011 (effet de l'ANV et de la mise à disposition d'un agent à la TP pour ventiler les recettes à classer). Sur les 10 millions, les créances arrivant à prescription fin 2011 représentaient fin mai uniquement 1 million.
- Le compte 4788 est en cours de traitement

Le bilan doit donc être apuré afin d'obtenir une vision réaliste des véritables capacités de l'établissement, en particulier dans la perspective du financement du nouveau plateau technique au sein du nouvel hôpital à construire.

Au 31 décembre 2009, la consultation des soldes de la balance du trésorier amène à constater ces chiffres :

c/102 – Apports : 11 842 806,04 €

c/106 – Réserves : 30 265 092,52 €

c/11 – Reports à nouveau :

Excédentaire : 46 374 206,60 €.

Déficitaire : - 3 054 704,27 €

c/12 – Résultat de l'exercice 2009 à affecter : 9 008 091,59 € qui sera vraisemblablement affecté à l'investissement.

Au total les capitaux propres s'élèvent à 100 271 135,97 €

L'actif immobilisé représente un montant de 58 646 495,66 €

Le fonds de roulement s'élève au montant de 83 146 681,07 €

- **au niveau de l'exploitation :**

Le niveau du titre 4 est très important, malgré une dotation aux amortissements relativement faible.

Ce sont les charges exceptionnelles et la constitution de provisions qui viennent gonfler le titre 4.

- **au niveau du résultat et de la CAF :**

L'importance des résultats excédentaires de ces dernières années a permis de dégager une capacité d'autofinancement conséquente, renforçant de fait le fonds de roulement de l'établissement.

Dans l'hypothèse d'une progression importante de la dotation aux amortissements au cours des prochaines années, cela viendrait en diminution de l'excédent mais n'aurait aucune conséquence sur la capacité d'autofinancement de l'établissement, les dotations aux amortissements venant augmenter la CAF à due concurrence de la diminution de l'excédent.

Conclusion et perspectives :

Les travaux d'amélioration de la sincérité de bilan doivent être poursuivis. Il s'agirait de :

- **traiter le solde du compte 23 d'un montant de 22 879 202,21 € qui dans l'hypothèse d'un amortissement moyen sur 30 ans une fois le solde porté au débit du compte 21, produirait des recettes d'amortissement annuelles de l'ordre de 762 640 €, diminuant certes le résultat d'exploitation mais augmentant dans la même proportion la capacité d'autofinancement mais aussi le fonds de roulement. Cette disposition améliorerait la santé financière de l'hôpital et redynamiserait la capacité d'investissement hospitalier.**
- **ventiler par débiteur et par année les créances irrécouvrables, afin de déterminer la part qui pourra faire l'objet d'une admission en non valeur et d'un apurement budgétaire avec échéancier et la part qui pourra donner lieu à encaissement au c/ 515 et à diminution du besoin en fonds de roulement et amélioration de la trésorerie.**

Ces travaux sont des pré-requis à l'investissement de l'hôpital neuf.

Cette analyse corrobore les constats déjà dressés par les trésoriers de Saint-Laurent du Maroni en 2006 et 2008, en synthèse de leurs rapports sur les exercices 2002 à 2008 qui pointaient :

- **la propension de l'établissement à développer les notions d'épargne et de rentabilité du fait de l'importance de l'excédent brut d'exploitation et de la capacité d'autofinancement, le CHOG étant de surcroit faiblement endetté.**
- **un fort accroissement du fonds de roulement**
- **une trésorerie largement positive, voire abondante**

➤ **un excédent significatif de la section d'investissement**

Cette situation favorable sur le plan des indicateurs faisait même écrire à certains experts en 2007⁵⁷ que "dans l'hypothèse où les règles budgétaires se maintiendraient durant 5 ans, et à structure de dépenses similaires à l'année 2006, l'établissement serait quasiment en mesure d'autofinancer un projet à 100 M €, tout en précisant qu'il s'avérait impossible de déterminer rigoureusement et de façon prospective la capacité financière de l'établissement à porter un tel projet.

En réalité, l'importance des créances non recouvrées (plus de 26 millions d'euros en juin 2010, dont une forte proportion de créances institutionnelles), tout comme les montants non apurés des comptes d'attente (compte 4788 pour 21 millions d'euros fin 2009) posent clairement la question de la sincérité des comptes produits.

La bonne santé budgétaire et financière affichée, même si elle repose sur des bases fragiles, est le résultat d'une action délibérée, ainsi que l'atteste l'article 5-1 du CPOM, afin de permettre à l'établissement de se doter de "réserves" lui permettant de procéder à la reconstruction de son plateau technique et de son secteur d'hébergement.

Plusieurs facteurs ont été activés en ce sens :

- **niveau initial de la DGF fixée à 98% du montant des crédits autorisés**
- **décalage dans le temps de certaines mesures ayant fait l'objet de financements spécifiques**
- **utilisation du dispositif des soins urgents (SU)**

A l'heure d'un resserrement du dispositif financier des investissements hospitaliers, il convient de ne pas sous-estimer cette dimension volontariste portée pendant plusieurs années par l'ARH de Guyane dans le sens d'un accompagnement spécifique du CHOG.

1.2. DES RESSOURCES DE FINANCEMENT ATYPIQUES

Depuis le 1/1/2010, la principale source de financement des EPS Guyanais relève désormais, à l'instar des autres régions françaises, de la T2A.

Ainsi, sur les 49.949.522 € de recettes du budget H du CHOG, 28,7 millions d'euros relèvent de la facturation à l'activité.

Mais d'autres sources importantes de financement sont à relever, notamment le produit de l'aide médicale d'État (AME) et des soins urgents (SU) dispensés aux étrangers en situation irrégulière, et pour un montant de 11 millions d'euros.

1.2.1. L'AIDE MEDICALE D'ÉTAT (AME)

L'AME a été instaurée par la loi n° 99-641 du 27/07/1999 portant création de la couverture maladie universelle (CMU). Les décrets du 28/7/2005 tout comme la circulaire du 27/9/2005 en précisent les conditions d'attribution.

⁵⁷ Rapport Mission Nationale d'appui auprès de l'ARH de Guyane, février/mars 2007.

L'aide médicale d'État (AME) est principalement destinée à prendre en charge les dépenses médicales des étrangers en situation irrégulière et sans ressources résidant en France. Rénovée le 1er janvier 2000, l'AME donne droit à la prise en charge des soins médicaux et des prescriptions médicales délivrées, aussi bien à l'hôpital qu'en ville, dans la limite des tarifs conventionnels. Le bénéficiaire de l'AME doit résider en France depuis plus de trois mois, ce qu'il doit prouver en fournissant pour chaque mois un justificatif de présence. Ses ressources doivent être inférieures au plafond fixé pour la CMU complémentaire. L'AME doit être redemandée chaque année.

En 2007, un rapport d'audit sur l'AME est réalisé par l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) et l'IGF (Inspection Générale des Finances)⁵⁸. Il observe que le nombre de ses bénéficiaires a atteint 192 000 au niveau national en 2006, malgré des conditions d'accès progressivement durcies. Les dépenses annuelles s'élèvent en moyenne à 326 millions d'euros. Les rapporteurs constatent que les dépenses par bénéficiaire restent contenues, proches de la moyenne générale de la consommation des assurés du régime général, malgré la surreprésentation de certaines maladies (VIH, tuberculose, hépatite C), qu'elles correspondent à de véritables soins et que les fraudes dans l'accès au dispositif sont limitées. Ils considèrent donc que le coût de l'AME est parfaitement justifié en termes de santé publique.

Ainsi que le souligne le rapport "migrations en Guyane" remis à l'agence française de développement (AFD), plus de 18 000 personnes bénéficient de l'AME en 2007 sur ce territoire et il n'existe pas d'études sur l'état de santé de ses bénéficiaires. Toute la population éligible à l'AME n'engage pas spontanément une démarche d'ouverture de droits. Le manque d'information, le souhait de rester anonyme, la difficulté à constituer un dossier et en particulier à collecter les pièces justificatives nécessaires, expliquent que les personnes en situation irrégulière procèdent rarement à une demande d'AME avant d'avoir un besoin de soins⁵⁹.

1.2.2. LE DISPOSITIF DES SOINS URGENTS (SU)

L'article 97 de la loi de finances rectificative pour 2003 modifie les conditions d'attribution de l'AME aux étrangers en situation irrégulière, en instituant une condition de résidence ininterrompue de plus de 3 mois en France. Elle crée une prise en charge des soins urgents des étrangers en situation irrégulière qui ne bénéficient pas de l'AME. La circulaire du 16/3/2005 précise les conditions d'application de cette prise en charge.

Les étrangers en situation irrégulière non couverts par l'AME se font soigner à l'hôpital public ou dans des structures associatives.

Le dispositif des « soins urgents » a été créé par l'article 97 de la loi de finances rectificative pour 2003 en contrepartie des restrictions apportées à l'accès à l'AME « de droit commun ». Il est désormais codifié à l'article 254-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles. Il permet la prise en charge de soins délivrés exclusivement à l'hôpital à des étrangers en situation irrégulière non éligibles à l'AME mais résidant en France (notamment ceux présents depuis moins de trois mois ou ne pouvant réunir les pièces nécessaires à

⁵⁸ Gissler E, Azoulay J, Havard H, Sourlas P, Chambaud L, Corlay D. *La gestion de l'aide médicale d'Etat : mission d'audit de modernisation*. Paris, Ministère de la santé et des solidarités, La Documentation française, mai 2007.

⁵⁹ Estelle Carde. *L'accès aux soins dans l'Ouest guyanais. Représentations et pratiques professionnelles vis-à-vis de l'altérité : quand usagers et offre de soins viennent « d'ailleurs »*. Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine (santé publique) ; Université de Toulouse III, 17 janvier 2005

l'ouverture des droits à l'AME), dont « l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître ».

Ainsi en 2004, les dépenses de soins urgents facturés par les hôpitaux en Guyane représentaient un tiers de la dépense totale. En 2005, 1 992 étrangers en situation irrégulière ont reçu des soins hospitaliers, dont plus de la moitié (52,7 %) concernaient de la gynécologie obstétrique et plus du quart (26,2 %) des soins chirurgicaux (le plus souvent dans des situations d'urgence et liés à des traumatismes), la rétrocession de médicaments antirétroviraux représentant un autre poste important de dépense de soins urgents. L'analyse de l'origine géographique de ces patients faisait ressortir une part majoritaire des ressortissants du Suriname (62,5 %) et un nombre important de Brésiliens (25,7 %).

L'action conjointe de ces deux dispositifs est fondamentale pour l'équilibre financier du CHOG, l'insolvabilité des débiteurs ayant été largement compensée par le passé par le recours à ce mode de facturation.

Le débat national actuel réactivé par la décision imposée par la loi de finances 2011 de faire acquitter aux bénéficiaires de l'AME, une contribution forfaitaire de 30 euros par an risque de remettre en question ce mode de financement. Il est vrai qu'au rythme de progression rapide au niveau national de l'AME (+13% en 2004, +17% en 2010), ce mode de financement excède largement les moyens initialement alloués (575 M d'euros par an pour plus de 210.000 bénéficiaires en 2010). Il est à relever que la principale explication de cette hausse réside dans l'amélioration du contrôle des droits et des procédures de recouvrement dans les hôpitaux⁶⁰.

Dans le cas du CHOG, et du fait l'importance des recettes allouées à l'établissement par ce biais, une réduction de ces moyens serait très problématique, y compris sur le plan sanitaire, en incitant à un recours tardif à l'hôpital (avec des frais ultérieurs plus élevés) et donc une augmentation des créances non recouvrées. Les risques sanitaires encourus par les intéressés ainsi que par l'ensemble de la population seraient accrus notamment au regard des maladies transmissibles (tuberculose, HIV...).

Il ressort à l'évidence que la situation spécifique de l'Ouest guyanais n'a pas été prise en compte lors de l'adoption de la contribution forfaitaire de 30 € prohibitive pour la majorité des patients traités en urgence par le CHOG et que cette mesure risque d'être particulièrement contre productive.

En tout état de cause, et ainsi que le préconise le rapport IGAS/IGF de novembre 2010, "le manque à gagner pour les hôpitaux devra faire l'objet de mesures de compensation transitoires" en l'attente d'un passage opérationnel à une facturation de droit commun selon les modalités de la T2A.

2. LA PROCEDURE BUDGETAIRE : PGFP ET EPRD

L'EPRD et le PGFP sont le fruit d'une réflexion des organes responsables de l'hôpital qui débutent souvent dès le mois de septembre de l'année qui précède l'année de mise en œuvre de l'EPRD.

⁶⁰ Rapport IGAS/IGF du 24/11/2010 publié le 6/01/2011, "analyse de l'évolution des dépenses au titre de l'aide médicale de l'Etat", mais aussi rappels IGF et IGAS de 2007 et 2003 sur le même sujet.

Dans le cas du CHOG comme les autres établissements de santé guyanais, cette démarche est rendue d'autant plus complexe que l'année 2010 est la première où les EPS sont soumis à 100% au régime de T2A

2.1. PROCESSUS D'INVESTISSEMENT ET PLAN GLOBAL DE FINANCEMENT PLURIANNUEL

Le CHOG s'est conformé à la nouvelle réglementation instituée par le décret du 22/4/2010 en réalisant son PGFP 2010/2016 en octobre 2010 (dépôt à l'ARS de Guyane le 27/10/2010).

Celui si est donc approuvé par l'ARS depuis le 27/11/2010, celle-ci n'ayant pas fait connaître d'opposition dans le délai de 30 jours suivant sa réception (article D 6145-67 du CSP devenu article 4 du décret du 29/04/2010).

De fait, le PGFP du CHOG présente 3 volets :

2.1.1. ANALYSE DE LA SITUATION PATRIMONIALE ET BUDGETAIRE DE L'ETABLISSEMENT AU 31/12/2009

Cette analyse a été réalisée conjointement par le directeur des finances et une société d'audit sollicitée en appui en 2010.

Elle porte principalement sur les points suivants :

→ L'analyse de la structure financière autour des caractéristiques suivantes :

- l'augmentation du fonds net de roulement global : 7.290.200 € au 31/12/2008, 7.661.000 € au 31/12/2009
- la légère diminution du besoin en fonds de roulement : 2.828.400 € au 31/12/2008, 2.827.100 € au 31/12/2009. Il demeure cependant anormalement élevé. Ceci est dû à l'importance des créances à recouvrer
- l'amélioration de la trésorerie : 4.421.200 € au 31/12/2008, 4.832.900 € au 31/12/2009.

L'analyse de la formation du résultat fait ressortir un excédent net global sur les deux derniers exercices (2008 et 2009) antérieur à la mise en œuvre de la T2A.

	2008	2009
Budget PRINCIPAL	13.855.459	9.491.176
Budget EHPAD	- 752.002	- 753.870
Budget CSST/CSAPA	22.718	197.107
Budget ECOLE	-17.139	113.679
TOTAL	13.109.036	9.008.692

En revanche l'année 2010 devrait se traduire par une dégradation du résultat, voire un déficit, du fait de la remise en question des financements AME/SU.

2.1.2. LE PLAN PLURIANNUEL D'INVESTISSEMENT (PPI)

Ce PPI 2010/2016, intègre l'opération d'investissement hôpital neuf, pour un montant de 85.762.000 €⁶¹ et les décaissements relatifs à la réalisation de cette opération sur la période. Les emprunts représentent 55 % du coût de la construction et seront contractés en 2013 et 2014.

2.1.3. LE PLAN GLOBAL DE FINANCEMENT PLURIANNUEL (PGFP) 2010/2016

L'article R 6149-65 du code de la santé publique (CSP) dispose que le PGFP, fixé par le directeur, définit les orientations pluriannuelles des finances de l'établissement.

Pour ce faire :

- Il retrace l'ensemble de ces dépenses et recettes prévisionnelles pour une durée de 5 ans glissant, tant en exploitation qu'en investissement
- Il présente l'évolution prévisionnelle de la marge brute, de la capacité d'autofinancement, du fond de roulement, du besoin en fond de roulement de la trésorerie sur une période pour laquelle il est fixé.
- Il détermine les dépenses prévisionnelles résultant de la réalisation de l'ensemble des opérations mentionnées au programme d'investissement et leurs modalités de financement.

En application de ce texte, le CHOG a élaboré des prévisions d'exploitation intégrant les objectifs suivants :

➤ **s'agissant des recettes :**

- **une augmentation de l'activité entre 2010 et 2014 sur le site actuel, tout en prenant en compte les difficultés liées aux capacités d'hébergement.**
- **une perception des MIGAC (missions d'intérêt général et aide à la contractualisation) constants sur la même période, ce dernier point intégrant l'étude des surcoûts liés à l'environnement et l'éloignement (+ 3 616 108 € en annexe du rapport préliminaire à l'exercice 2011).**
- **la perception d'une dotation annuelle de financement en psychiatrie de 1 million d'euro en année pleine.**
- **Une augmentation générale des recettes du titre 1 (produit versé par l'assurance maladie) et du titre 2 (autre produit de l'activité hospitalière) de 3%, ce qui**

⁶¹ Il est surprenant que la Direction du CHOG ai retenu ce montant alors même que la mission diligentée par l'ARS évaluait à 96.942.000 € TDC la même opération (valeur en juin 2009). C'est donc ce montant, plus réaliste qui devrait être retenu par l'ARS.

suppose pour ce second volet un maintien de la réglementation en vigueur pour le dispositif des soins urgent.

- une reconduction prudente des recettes du titre 3 (autres produits)

➤ s'agissant des dépenses :

L'objectif du CHOG est de piloter les différents postes pour juguler l'augmentation des charges erratiques sur les derniers exercices à savoir :

- une régulation des charges de personnels qui continue d'évoluer de 2 % jusqu'en 2014
- une stabilisation des dépenses relatives aux charges à caractère médical et hôtelier
- une prise en compte au réel des charges financières et des amortissements
- une évolution des budgets annexes n'impactant pas le budget principal (reste cependant en suspens la problématique du déficit cumulé de l'EHPAD de 3 millions d'euros)

Les prévisions d'exploitation diffèrent à partir de fin 2014 du fait de l'ouverture prévue à cette échéance de la nouvelle structure hospitalière.

Du fait des aléas prévisibles liés à la réalisation de l'hôpital neuf, une nécessaire actualisation du PGFP devra avoir lieu dès que la date de réception des nouveaux locaux sera connue.

Sous réserve que les hypothèses réalistes présentées par le CHOG soient respectées, celui-ci peut mener à bien son projet hôpital neuf dans des délais qui se doivent d'être brefs.

La direction du CHOG souhaite agir sur deux leviers, tout en veillant à ce que l'évolution des budgets annexes n'affecte pas le budget principal, notamment par le biais de l'intégration du déficit cumulé de l'EHPAD, la prise en charge de celui-ci par le budget de l'hôpital n'étant pas souhaitable :

- une meilleure valorisation de l'activité (meilleure traçabilité des données, meilleure réponse aux besoins de santé...)
- la diminution des dépenses (lutte contre le gaspillage, rationalisation des achats, GPEC ...)

La chambre ne peut que souscrire à ces objectifs

2.1.4. L'ETAT DES PREVISIONS DE RECETTES ET DE DEPENSES (EPRD)

Du fait de l'importance prise par le document de référence qu'est désormais le PGFP, les EPRD ont pour objectif de déterminer les moyens de fonctionnement à court terme, au

travers de comptes de résultats prévisionnels et d'assurer le renouvellement et le développement du patrimoine hospitalier.

L'EPRD, tel que définit par l'article R 6145-10 du CSP est l'acte par lequel sont prévues et autorisées les dépenses et les recettes annuelles.

Cette définition recouvre :

- la notion de prévision qui passe par la détermination :
 - d'objectifs d'activités, sources des recettes de fonctionnement
 - de dépense à couvrir avec l'obligation de réaliser des comparaisons une fois l'exercice clos entre ces prévisions et les éléments réellement constatés
- la notion d'autorisation budgétaire
- un caractère annuel

Le modèle des documents de présentation de l'EPRD a été modifié par l'arrêté du 21/06/2010.

L'EPRD du CHOG recouvre, de fait, plusieurs entités mobilisant pour chacune d'entre elles différentes sources de financement.

Aux côtés d'un CRPP (compte de résultat prévisionnel principal) qui retrace la prise en charge sanitaire des patients, il existe autant de comptes de résultats prévisionnels annexes (CRPA) que d'activités correspondant à la liste limitativement énumérée à l'article R 6145-12 du CSP.

Dans le cas du CHOG, quatre comptes de résultats prévisionnels existent donc en 2010 :

- le budget hôpital (CRPP)
- le budget EHPAD
- le budget de l'école d'aides soignants
- le budget CSST (transformé en CSAPA, est basculé dans le champ associatif courant 2010)

2.1.4.1. Les comptes de résultat prévisionnels principaux (CRPP)

Le passage à la T2A du CHOG du 1/1/2010 est venu modifier profondément la réalisation de l'EPRD ce qui rend celui-ci non comparable à ceux des exercices antérieurs.

1) Les recettes sont subdivisées en 3 titres :

- **le titre I** qui correspond aux produits versés par l'assurance maladie et qui ne comptabilisaient jusqu'en 2010 qu'un seul compte (C73117) en recense six à partir de cette date :

C73111 : produit tarification des séjours T2A

C73112 : médicaments facturés en plus (molécules onéreuses DMI)
 C73114 : forfaits (TA urgence)
 C73117 : dotation annuelle de financement (DAF)
 C73118 : MIGAC
 C7312 : produits faisant l'objet de tarification spécifique (consultations, actes externes)

L'ensemble de ces produits représente pour le CHOG en 2010 28 719 22 € dont :

- 15 553 986 € au titre des valorisations de GHS
- 100 000 € pour les IVG
- 120 000 € pour les molécules onéreuses et DMI
- 1 410 000 € pour consultations externes et ATU
- 3 022 277 € pour les MIG (SMUR, ados, CDAG, précarité)
- 3 494 961 € pour les AC
- 1 412 659 € pour les FAV (urgences)
- 3 606 139 € pour les DAF (SSR, psychiatrie)

- **le titre II** (Autres produits de l'activité hospitalière) recense principalement les produits de la tarification en hospitalisation (complète, incomplète, à domicile) non pris en charge par l'assurance maladie pour un montant total de 15.192.500 € en 2010. C'est dans ce titre que l'on retrouve les produits des prestations de soins délivrés aux patients étrangers (AME-SU, pour un montant prévisionnel de 11 million d'euros).
- **le titre III** (Autres produits), regroupe des recettes diverses (rétrocession de médicaments, remboursement des CRPA, recettes exceptionnelles liées à des opérations de nettoyage de bilan) pour un montant de 6.078.000 € en 2010.

L'ensemble des recettes du CRPP est donc fixées à 49.941.522 €

PRODUITS Budget H	Compte financier 2009	EPRD 2010	Résultat anticipé 2010	Evolution 2010/2009
Titre 1 : produits versés par l'assurance maladie	34 421 450	28 719 022	29 750 000	- 13,6%
Titre 2 : autres produits de l'activité hospitalière	16 098 660	15 152 500	13 600 000	-15.5 %
Titre 3 : autres produits	9 089 647	6 078 000	3 400 000	- 62.6%
TOTAUX	59 609 757	49 949 522	46 750 000	- 21,6%

2) Les dépenses sont ventilées en quatre titres

- le titre 1 : charges de personnel, évaluées en 2010 à 31 268 000 €
- le titre 2 : charges à caractère médical, évaluées en 2010 à 7 143 349 €
- le titre 3 : charges à caractère hôtelier et général évalués en 2010 à 7 611 902 €
- le titre 4 : charges d'amortissement, de provision et dépréciation financière exceptionnelle évaluées en 2010 4 614 641 €

Soit un total de dépenses fixé à 50 596 492 €

Le CRPP de 2010 est donc établi, pour la première fois en déficit de 646.970 € (1,3% du montant des recettes)⁶².

Ceci est la conséquence directe de la mise en œuvre de la T2A et de l'apurement, au plus près, des prévisions de recettes du CHOG afin de se caler sur la répartition entre les différents titres, et dans le souci de maîtriser les équilibres budgétaires et bilanciaux

Ce résultat marque donc une rupture avec la logique de création d'excédent telle qu'elle était reconnue par l'article 5-1 du CPOM de 2007 dans l'objectif de financer la réalisation des projets retenus dans ce document, à commencer par la préparation de la réalisation du nouvel hôpital.

Cette insertion dans une logique financière plus conforme aux orientations de politiques nationales de rationalisation de dépenses de santé devra être explicitée en interne.

2.1.4.2. Les comptes de résultat prévisionnels annexes (CRPA) : la problématique de l'EHPAD

Les CRPA sont au nombre de trois en 2010 (Ecole AS, CSST / CSAPA, EHPAD) et deux à partir de 2011, le CSST/CSAPA étant désormais porté par l'association AKATIJ⁶³.

De fait seul le CRPA de l'EHPAD, pose à l'évidence, de sérieux problèmes et mérite de ce fait une attention particulière.

LE CHOG dispose à ce jour d'une structure d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) non autorisée juridiquement, puisque non couverte par la convention tripartite engageant respectivement l'Etat, le conseil général et le CHOG⁶⁴.

Ceci est d'autant plus pénalisant que l'obligation contenue dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 fixait au 31/12/2007 la date butoir de signature de l'ensemble des conventions. La structure d'hébergement des personnes âgées du CHOG est donc gérée dans le cadre de l'arrêté du 14/4/2008.

Au vu des nombreux dysfonctionnements de la structure et du déficit cumulé par l'EHPAD qui s'élève à 3.668.672 € au 31/12/2009, soit près de deux fois l'ensemble des recettes annuelles de 2009, une étude a été commandée par le CHOG et réalisée en novembre 2010 par le CNEH sur la sincérité des comptes.

Il ressort de cette étude que si les sections tarifaires "dépendances" et "soins" présentent des dépenses acceptables⁶⁵, la section "hébergement" présente au contraire, des tarifs exorbitants.

⁶² Note Direction des affaires financières du CHOG du 11/1/2011

⁶³ 206.269 € pour l'école en 2010 et 321.019 € pour le CSST/CSAPA en 2010.

⁶⁴ Les établissements médicalisés, autorisés à héberger des personnes âgées dépendantes de 6 ans et plus, quels que soient leur statut juridique actuel ou leur appellation, doivent respecter la réforme des EHPAD (loi du 24/1/1997 modifiée par la loi de financement de la SS pour 2003 livre III du code de l'Action sociale et des familles art L 313-12) cette convention détermine 3 tarifs :

- un tarif hébergement (déterminé par l'ARS)
- un tarif dispensaire (arrêté par le conseil général, en fonction de la grille AGGIR)
- un tarif soins (versé par l'assurance maladie)

Ceux-ci sont principalement liés :

- 1°) à un coût de repas prohibitif (supérieur à 12 euros/repas) deux fois plus élevé que dans les établissements de même nature
- 2°) à des amortissements représentant 1/3 de la section tarifaire, en dépit d'un étalement sur 20 ans. Le coût de revient du bâtiment, pour un montant de 6 249 520 €, peut être considéré comme extrêmement élevé et repose *a posteriori*, la question de la pertinence de la reconstruction *in situ* de cette entité peu adaptée de surcroît à la prise en charge des personnes dépendantes.
- 3°) au montant très élevé de la maintenance⁶⁶
- 4°) à la difficulté de recouvrement des recettes (eu égard à la provenance pour partie surinamienne de la population de l'EHPAD)

Le rapport préliminaire à l'exercice 2011 prend en compte les principaux éléments figurant dans le rapport du CNEH et réparti de manière plus cohérente les charges entre le budget principal du CHOG et l'EHPAD.

Il n'en demeure pas moins que

- le prix de journée de la section hébergement s'élève à 84,89 €, ce qui est extrêmement élevé au regard de la prestation servie
- les charges de personnel demeurent à un niveau élevé
- le travail visant à réduire les coûts de logistique reste à réaliser
- la reprise du déficit cumulé (3,6 Millions d'euros) resta en suspens

L'ensemble de ces éléments est de nature à hypothéquer sérieusement le devenir de la structure.

Les données du problème étant désormais clairement établies, il est impératif de relancer le dialogue avec le département et l'ARS en vue de la signature de la convention tripartite dans les meilleurs délais.

De l'ensemble de ces éléments il ressort principalement du PGFP et de l'EPRD :

- **une structuration de la démarche financière prospective du CHOG, dont la lisibilité désormais assurée tant en interne que sur le plan des relations avec la trésorerie et l'ARS de Guyane ;**
- **une dimension volontariste dans la réalisation des recettes tant par le biais de l'augmentation programmée de l'activité que par la mobilisation de celle-ci ;**
- **un effort d'identification des patients et de rationalisation des démarches effectuées dans le cadre du dispositif AME et SU (soins urgents) ;**

⁶⁵ Bien que celles de personnels apparaissent élevées au regard de la charge de travail induite par le nombre et le profil des résidents (section "soins" notamment)

⁶⁶ Ceci compte tenu de l'absence d'imputation des dépenses de gestion courante (ateliers, téléphone, déplacements..) qui demeurent assurées par le budget principal du CHOG

- **un effort, encore insuffisant toutefois, de maîtrise des charges de personnel qui reste un point faible majeur de la gestion de l'établissement ;**
- **une maîtrise de dépenses relatives aux charges à caractère médical et hôtelier par le biais d'une gestion visant à perfectionner les techniques d'achat (mise en concurrence, marché, CCTP plus rigoureux), améliorer la gestion des stocks et lutter contre le coulage ;**
- **une projection raisonnable des nouvelles activités portées à partir de 2016, par la nouvelle structure hospitalière ;**
- **une faiblesse persistante dans le croisement d'opérations et d'aménagement de structures justifiées mais discutables (extension de la maternité, agrandissement des urgences, rénovation du bloc opératoire, extension de la pédiatrie) alors même que la réalisation d'un nouvel hôpital est programmé ;**
- **un optimisme excessif quand à l'aptitude du CHOG à effectuer préalablement à l'ouverture d'un hôpital neuf une remise à niveau des organisations de travail actuel ;**
- **une volonté de contractualiser les relations avec le comptable, sollicité dans le cadre de sa prestation de conseil pour définir le niveau de trésorerie minimum à respecter tout comme dans la régularisation des manquants à réaliser. De sérieux progrès restent cependant à réaliser afin d'obtenir une transparence des informations réciproques et un véritable partenariat dans ce domaine**
- **la problématique lourde de l'EHPAD, dont la solution est en attente par le biais de la signature d'une convention tripartite.**

3. L'ORGANISATION DES SERVICES FINANCIERS DU CHOG

3.1. UNE ANALYSE CONTRASTÉE

Le rapport de la mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier (MAINH) de 2007, diligentée par la DHOS sur le thème de l'opération de reconstruction du CH de Saint-Laurent du Maroni, mentionnait qu'en dépit de l'absence de PGFP et de PPI, la non maîtrise des concepts et des règles comptables n'était pas à mettre en cause, "l'établissement disposant de compétences solides au sein de sa direction des finances".

Il semblerait que cette perception ne soit pas partagée par le comptable du CHOG qui, sur la même période⁶⁷ pointait un certain nombre de difficultés :

- absence de retour des demandes d'autorisations de poursuites
- délais important entre l'envoi des avis de sommes à payer à destination des caisses et mutuelles et l'intégration de ce titre dans l'application HTR
- qualité de la facturation sujette à caution
- retard dans le traitement des dossiers de pensions

⁶⁷ Rapport du comptable sur le compte de gestion 2005 (M. Laude 21/6/2006)

Cette réserve par rapport à l'efficacité de la gestion financière des services du CHOG se retrouve dans l'analyse financière rétrospective effectuée par le nouveau trésorier portant sur les exercices 2005 à 2009⁶⁸ et dans la mise en exergue de certains éléments :

- facturation des soins aux étrangers non établie pour large part jusqu'en 2008
- maîtrise insuffisante des charges extérieures et consommations intermédiaires
- amélioration récente, mais sensible, de la politique de recouvrement

En synthèse de son rapport, le comptable souligne que la situation est en amélioration constante sur la période (meilleur suivi des comptes en attente de réalisation, amélioration des imputations budgétaires, politique de recouvrement adaptée), cette situation étant toutefois encore largement perfectible.

Cette analyse corrobore les observations faites par la nouvelle responsable des services financiers du CHOG qui, trois mois après sa prise de fonction au 1/4/2009, dressait un tableau sans complaisance de la situation du secteur financier du CHOG en pointant principalement :

→ Sur le volet recettes/activités :

- l'absence de chaînes de facturations adaptées au passage à la T2A
- l'absence de recensement des données administratives et à la maternité
- l'absence de département d'information médicale
- un retard évalué à trois ans en matière de facturation

L'ordonnateur dans sa réponse précise que l'absence de recensement des données administratives était constatée aux urgences (et non en maternité).

Globalement le recensement de ces données était très imparfait (non exhaustif et de mauvaise qualité) sur tout les secteurs, notamment parce que 80% des hospitalisations se font par les urgences.

Selon le Directeur, le retard concernant la facturation est plus à comprendre comme un retard dans la préparation au passage à la T2A (mise en place de la B2, procédures de génération du RSF-ACE, protocole d'envoi avec le DIM) qu'à un retard dans l'édition des titres (estimé à maximum 8/9 mois).

→ Sur le volet dépenses :

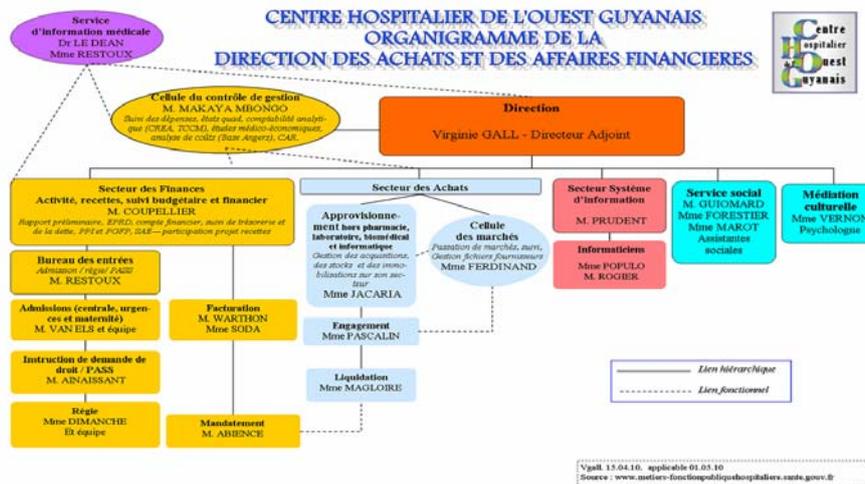
- l'absence de tableau suivi
- des budgets alloués mal évalués a priori
- des documents budgétaires de qualité apparente, mais élaborés sans consultations des secteurs de soins et médico techniques

→ Sur le volet financier :

- un dialogue de mauvaise qualité avec le trésorier

⁶⁸ Analyse financière rétrospective 2005/2009, M. Remy, 25/10/2010

- des comptes porteurs d'irrégularités non traités
- des retards de mandatements
- les problèmes de l'EHPAD
- une absence de suivi des amortissements
- des projets d'investissements faits sans logique



3.2. DES EFFORTS DE RESTRUCTURATION A POURSUIVRE

De réels efforts ont été relevés dans la définition de nouvelles méthodes d'organisation depuis plus de deux ans, et ce dans un contexte de réformes nationales de la gestion des EPS (mise en œuvre de la loi HPST de juillet 2009), et de mise en œuvre de la T2A (en Guyane à compter de janvier 2010, ce qui a rendu plus complexe la mise en place des modes opératoires prévus).

Cette action conduite par la nouvelle DAF (direction des affaires financières) porte principalement sur :

➤ La formalisation d'une politique de T2A

Un effort a été consenti afin d'assurer une meilleure exhaustivité de la traçabilité (enregistrement de tous les patients à l'entrée et recensement de toutes les prestations et soins) et donc une meilleure connaissance en volume et en nombre.

Les principales actions engagées à ce titre ont portées sur :

- le service des urgences (antenne excentrée du bureau des entrées).
- la structuration du système d'informations médicales (DIAG).
- le lancement de la télé transmission aux normes B2

➤ Le renforcement de la chaîne médico administrative de facturation

L'objectif est d'améliorer la qualité des informations recensées, afin d'être en mesure de facturer l'intégralité des actes dispensés.

Dans ce cadre :

- les équipes chargées de la saisie des données administratives de données ont été renforcées (PASS, bureau des entrées).
 - le contrôle des dossiers d'activités médicales a été affiné
 - la chaîne de facturation a été consolidée
- La fiabilisation du recouvrement fait l'objet d'actions spécifiques dont certaines restent à mener :
- renforcement du dispositif des pré-admissions et soins sur place des demandeurs de droits en urgence, ce qui implique une participation de même nature au niveau de la SGSS.
 - attention particulière portée au secteur facturation (audit en 2010) et désignation d'un cadre référent sur ce secteur.
 - mise en place d'un contrôle de gestion ayant pour objet la maîtrise de la performance. Le plan de mise en œuvre de celui-ci a été clairement établi dès octobre 2009 et repose sur :
 - la maîtrise des coûts d'exploitation (tableaux de suivi des coûts d'activité, production de comptes de résultats analytiques par service) et redéfinition du coût des unités d'œuvre
 - le renforcement de la comptabilité analytique
 - la réalisation de budgets par services et pôles
 - l'amélioration du processus de gestion (passation de commandes, suivi du recouvrement)
 - la préservation des capacités d'investissement

La CRC ne peut qu'encourager la direction et la DAF du CHOG à poursuivre cette politique de normalisation des procédures et de reconstruction des organisations.

Ces mesures n'obtiendront de résultats positifs qu'accompagnées par la mise en place d'une politique de rigueur en matière de maîtrise des dépenses, notamment de personnel, celles-ci continuant de progresser de façon incontrôlée (+ 10% en 2010) alors même que l'activité continue d'évoluer de manière très modérée.

Parallèlement, la DAF du CHOG gagnerait à être recentrée sur ses missions principales et déchargée de fonctions qui ne relèvent pas spécifiquement de ses attributions traditionnelles (marchés). Cette orientation a été validée par la direction du CHOG depuis début 2011. Le renforcement de l'autorité de cette direction sur le service informatique devra être acté.

Enfin, les relations avec la caisse générale de sécurité sociale (CGSS) et le Trésor public gagneraient à être formalisées sur des bases contractuelles renforcées :

- avec la sécurité sociale pour améliorer les délais de paiement des titres émis en soins urgents et de prise en charge des envois en mode sécurisé B2. Les pré-requis techniques à la facturation directe représentent un enjeu important pour les EPS comme

pour les caisses de sécurité sociale⁶⁹. La convention du 19/9/2008 constitue une première étape appréciable dans ce processus.

- **avec les services de la trésorerie pour définir :**
 - **le mode de règlement le plus approprié pour gérer le dossier des créances irrécouvrables ;**
 - **le conseil à obtenir en matière de mode de financement des opérations de reconstruction du CHOG ;**
 - **le profil de poste d'un agent mis à disposition par le CHOG au profit du poste comptable afin de résorber le retard de traitement tant en recettes qu'en dépenses⁷⁰.**

La "convention" passée entre le CHOG et la trésorerie de Saint-Laurent du Maroni le 22/10/2010, (en fait une simple lettre cosignée), gagnerait à être clarifiée sur ce point, pour permettre aux parties prenantes de procéder dans une transparence renforcée aux réajustements de leurs relations.

★ ★ ★

⁶⁹ Cf sur ce point la lettre du 8/12/2010 adressée par les Direction du CH de Cayenne, et de SLM au directeur général de la CGSS de la Guyane.

⁷⁰ Cf lettre du 4/10/2010 du Directeur du CHOG à la TP.

CONCLUSION GENERALE

Le Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais à Saint-Laurent du Maroni se trouve en 2011 dans une situation paradoxale : seul point d'ancrage réel d'une politique de santé publique sur un territoire de 50.000 km² soumis à une évolution démographique exponentielle, sur une zone frontalière instable, et dans un contexte économique marqué par la précarité, l'hôpital n'a pas, de fait, actuellement, les moyens de faire face à ses missions de service public.

Ce constat repose tout d'abord sur le fait que le rééquilibrage entre l'Est et l'Ouest Guyanais, pour être pertinent sur le plan démographique, est déconnecté du développement économique de la zone.

La répartition de la population, qui, selon les projections de l'INSEE, pourrait s'équilibrer entre l'Est et l'Ouest à échéance de 20 ans si les taux d'évolution actuels devaient perdurer, n'est en effet accompagnée d'aucune répartition de richesse ou d'une évolution simultanée des structures publiques, notamment en matière de Santé.

La démarche de réactualisation du plan régional de santé public et du schéma régional d'organisation des soins, si elle mentionne cette problématique, ne l'intègre pas dans sa transcription détaillée en matière de réajustement de la répartition spatiale de l'offre de soins.

La dynamique de santé reste donc concentrée sur Cayenne et sur le CHAR, considéré par l'ARS comme le pôle central logistique seul en mesure de pouvoir assurer la politique de Santé publique, même sur les rives du fleuve Maroni.

En tout état de cause, la structure interne du CHOG est inadaptée à ses missions, à l'exception des moyens humains qui lui sont alloués, et que l'on peut qualifier de pléthoriques au regard de l'activité qui y est actuellement dispensée. C'est le dimensionnement même de la structure hospitalière à venir dont il est question, tant sur le plan de ses capacités d'hébergement et de plateau technique que sous l'angle des spécialités médicales qui doivent y être développées.

De surcroît, l'examen de la gestion du CHOG fait ressortir une inadéquation du management actuel de cette entité par rapport à une mission de service public plus ample, à savoir l'exercice à part entière du rôle d'établissement de référence, non seulement à l'échelle du territoire du Maroni, mais aussi au niveau transfrontalier.

La perspective d'un hôpital international pourrait être reconsidérée à l'aune des problématiques récentes rencontrées par le CHOG dans la prise en charge des nombreux patients originaires du Suriname. Les conditions d'un partenariat avec ce pays, mais aussi avec des opérateurs très impliqués sur le sujet hospitalier comme l'AFD, semblent à ce jour potentiellement rassemblées.

En définitive, l'établissement, dans sa réponse, estime le rapport pertinent. Les éléments problématiques soulevés seront très utiles pour moderniser les organisations et la gestion. Ils participeront en effet à l'objectivation du constat initial permettant aux différents acteurs d'intégrer la nécessité de faire évoluer les pratiques.

Toutefois, il tient à souligner que l'ancienneté des anomalies de gestion explique une grande partie des difficultés rencontrées (absence de procédures, de référentiels, de fiches de poste, de GPMC, climat délétère avec la communauté médicale, délabrement des équipements...).

ANNEXE N° 1

Diverses études permettent d'appréhender la problématique de l'organisation médicale des principaux secteurs d'activité du CHOG

1. Le rapport de M. le Dr. Garcia Conseiller général des établissements de santé, sur l'anesthésie et la radiologie du CHOG, (DGOS, septembre 2010)
2. Le rapport de M. le Professeur Millat sur la chirurgie du CHOG, mission DGOS/ARS, faisant suite à l'enquête MCR/DSDS Guyane (avril 2010).
3. Le rapport de M. Coll sur les opérations d'investissement à Cayenne et Saint-Laurent du Maroni (mission DHOS juin 2009)
4. le rapport Mission Avastim, Février 2008 (système d'information).
5. Le rapport de M. Bini, Conseiller général des établissements de santé, sur le management du CHOG, DHOS (janvier 2008).
6. Le rapport de certification du CHOG, (HAS, mai 2007⁷¹, suivi d'une visite d'établissement les 6-7/5/2008).
7. Rapport de la Mission Guerin sur le CH de Cayenne et le CHOG en novembre 2007.
8. Rapport de la MAINH sur l'analyse des principales opérations immobilières des hôpitaux de Cayenne et Saint-Laurent du Maroni (mai 2007).
9. Audit CNEH sur :
 - ➔ L'organisation et le fonctionnement des urgences (janvier 2005)
 - ➔ L'organisation et le fonctionnement du laboratoire d'analyses de biologie médicale (mars 2005)

⁷¹ La deuxième visite de certification HAS était en cours au moment du contrôle de la CRC (28/9/2010>1/10/2010)

ANNEXE N° 2 : HISTORIQUE

Avant de devenir le CHOG, l'hôpital du bagne de Saint-Laurent du Maroni s'est d'abord appelé André Bouron (1939), puis Franck Joly (2000) avant de devenir le CHOG (2006).

Ces changements de dénomination, s'articulent autour de quelques dates clés qui permettent de mieux cerner l'évolution de cette structure de soins dans son environnement :

1854 : loi sur la transportation et premiers transportés (23/2/1854)

1855 : découverte d'or dans le bassin de l'Inini (affluent du Maroni)

1858 : fondation du pénitencier agricole de Saint-Laurent du Maroni et création de la ville de Saint-Laurent du Maroni.

1860 : décret délimitant le territoire de 180.000 ha affectés exclusivement à la colonie pénitentiaire agricole du Maroni. Liberté de circulation sur le Maroni et début des contestations entre la France et la Hollande sur l'origine du fleuve Maroni.

1870 : premier hôpital provisoire

1880 : le 15 septembre la ville de Saint-Laurent du Maroni devient communauté pénitentiaire spéciale, siège de l'administration pénitentiaire.

1887 : reprise de la transportation des relégués européens (depuis 1867, seuls étaient transportés, pour des raisons sanitaires, les condamnés d'outre mer).

1889/1890 : choix de l'emplacement d'un nouvel hôpital au sud de la ville, et option pour un hôpital dit "américain" de 13 cases en bois de 26 lits, le nombre de malades variant alors entre 100 et 150 personnes.

1891 : projet d'un camp destiné à tous les malades des camps pénitentiaires du Maroni d'une capacité de 1.000 lits, ramené à 360 lits.

Arbitrage sur la frontière avec la Guyane Hollandaise ; perte de 25.000 km² par la France

1899 : choix de l'actuel emplacement de l'hôpital au bord du Maroni (aération, tout à l'égout sur le mode des cases Roussel). Le nombre des malades est estimé à 300.

1907/1912 : construction de l'hôpital André Bouron. Capacité de 400 lits, structure en bois encore partiellement utilisée à ce jour.

1935 : second arbitrage sur la frontière avec la Guyane Hollandaise ; récupération par la France de 6.000 km² (zone aurifère), mais les contestations frontalières perdurent avec la Hollande.

1938 : décret du 17 juin, mettant fin au bain qui ne sera cependant définitivement fermé qu'en 1946.

1939 : Le nom d'André Bouron est donné à l'hôpital du bain de Saint-Laurent du Maroni.

1949 : décret du 9 novembre érigeant la commune de plein exercice de Saint-Laurent du Maroni.

Plus précisément concernant l'hôpital et son histoire récente, certaines dates revêtent une importance particulière.

1960 : arrêté du 22 décembre (JO du 10/1/1961) " affectant l'ensemble immobilier constituant le dit hôpital André Bouron de Saint-Laurent du Maroni au Ministère de la Santé publique et de la population, en vue du rattachement de l'hôpital André Bouron au Centre Hospitalier de Cayenne". Le terrain comprend 45.000 m² et les bâtiments construits sur cette emprise, du temps de l'administration pénitentiaire⁷².

1961 : décret du 27 mars portant rattachement de l'hôpital André Bouron au CH de Cayenne.

1970 : bail emphytéotique du CH de Cayenne pour 30 ans (rétroactif au 1/04/1961).

Arrêté préfectoral du 14 septembre interdisant l'accès du haut Maroni aux touristes (pour raison de Santé et d'ordre public)

1975 : le 25 novembre, indépendance du Suriname qui reprend rapidement à son compte les revendications territoriales de la Hollande et conteste la frontière avec la France. La guerre civile (1986-1992) suspendra provisoirement ces revendications.

1981 : arrêté du préfet de la Guyane en date du 9/10/1981 "créant sur la commune de Saint-Laurent du Maroni, à compter du 1/1/1982, un établissement hospitalier public dénommé CH André Bouron, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière". L'arrêté, en son article 2, mentionne que "la dotation de l'établissement est constituée par les biens meubles et immeubles, bâtis et non bâtis affectés à son fonctionnement". Cet arrêté fait suite aux délibérations du CA du CH de Cayenne des 31/7/1975 ; 3/12/1979 et 17/2/1981, mais ne mentionne pas que le propriétaire des biens demeure le Ministère de la santé

1982 : loi de finances du 30/12 autorisant, par son article 12 et aux conditions fixées par une convention à passer à cet effet "la cession à titre gratuit à l'établissement hospitalier public intercommunal dénommé CH André Bouron, de l'ensemble immobilier dit "hôpital André Bouron" situé à Saint-Laurent du Maroni et des meubles qui le garnissent".

1986 : début de la guerre civile au Suriname le 29 novembre.

⁷² Une particularité marque le fonctionnement de l'hôpital entre 1949 et 1960. En effet, les bâtiments durant cette période, continuent d'être gérés par l'administration pénitentiaire, tout comme le personnel qui y était alors employé.

- 1991** : bail emphytéotique du 31 mars du CH de Cayenne au profit de l'hôpital André Bouron (mais géré par le CH de Cayenne au moment de la signature du bail rétroactif de 1970).
- 1992** : fin de la guerre civile au Suriname
- 1993/1994** : construction des bâtiments Franck Joly
- 1995** : projet de réhabilitation des anciens bâtiments, émanant de l'hôpital, adressé à la DDASS
- 1995/1996** : échanges de courriers entre la préfecture de la Guyane, le Ministère du travail et des affaires sociales et le Ministère de l'économie et des finances, relatifs à la situation du centre hospitalier de Saint Laurent du Maroni, et notamment, la politique immobilière des terrains utilisés par les hôpitaux.
- 1999** : Classement le 9 mars de la totalité des bâtiments André Bouron en monuments historiques.
- 2000** : le 10 aout, le CH André Bouron est rebaptisé Franck Joly
- 2003** : - nouveau bail emphytéotique le 7 janvier, accordant "autorisation précaire et révocable d'occupation des terrains et bâtiments", **à titre rétroactif au 1/4/1991** et pour une durée de 70 ans, sans qu'aucune prolongation ne soit autorisée (art 2).
- Achat d'un terrain situé Chemin des Vampires à Saint Laurent du Maroni pour la construction d'un nouvel hôpital.
- 2003/2006** : réhabilitation et création de l'EPAHD, pour un montant total de plus de 6 M €
- 2008/2009** : construction de l'unité d'hospitalisation psychiatrique (sur le terrain Chemin des Vampires). L'unité, à ce jour, n'est toujours pas en fonctionnement.
- 2010** : élection de Désiré Bouterse à la présidence de la République du Suriname, temporisation dans les relations diplomatiques France-Suriname.