Centre Hospitalier
de REMIREMONT

Agence Régionale de Santé
Grand Est

CENTRE HOSPITALIER ÉMILE DURKHEIM
ÉPINAL - GOLBEY

CONTRAT DE PERFORMANCE
DU CENTRE HOSPITALIER EMILE DURKHEIM D'EPINAL
ET
DU CENTRE HOSPITALIER DE REMIREMONT
2018 – 2022
TOME 1

Il est conclu un contrat de performance entre

D'une part
L'Agence Régionale de Santé Grand Est
3 boulevard JOFFRE
54036 NANCY Cedex

Désignée ci-après comme l'ARS

Et d'autre part
Le CH Emile DURKHEIM d'EPINAL
Le CH de REMIREMONT
Désignés ci-après comme les Etablissements

Vu,

- La loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, articles 1 à 10
- Les articles L6143-3 et D6143-39 du code de la santé publique relatifs au plan de redressement
- Les articles L6114-1 à L6114-4 du code de la santé publique relatifs aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens
- La circulaire n°DHOS/F2/CNAMTS/2009/295 du 23 septembre 2009 relative à l'équilibre financier des établissements de santé
- Les avis des instances des établissements

Il est convenu ce qui suit,

Table des matières

PREAMBULE 4

1. 1. Les CH d'Épinal et de Remiremont, une offre de soins complète au profit des patients vosgiens 4
2. 2. Des territoires de santé dont le besoin en offre de soins est particulièrement prégnant. 5
3. 3. Une offre publique très fragile 5

Des établissements en concurrence sur certains segments et en recherche de complémentarités 5

Des établissements souffrant d'une pénurie de ressources médicales 6

Des moyens insuffisamment utilisés 7

Un projet de reconstruction du CH Emile Durkheim qui doit permettre de redonner de l'attractivité à l'offre publique du territoire 7

4. 4. Une situation financière préoccupante au moment d'un investissement majeur pour l'organisation de l'offre publique 7

ARTICLE 1. OBJET DU CONTRAT 9

ARTICLE 2. LA STRUCTURATION DE L'OFFRE DE SOINS 10

5. 1. Les enjeux de structuration de l'offre de soins sur le territoire 10

Une réflexion conjointe est nécessaire pour dépasser les faiblesses de chacun des deux établissements 10

Une offre de soins publique qui doit intégrer les orientations nationales en matière de gradation des soins 10

6. 2. Les orientations du projet médical commun entre les deux établissements 11
7. 3. Des coopérations à renforcer pour faire face aux enjeux 12

ARTICLE 3. LES MESURES DU PLAN DE PERFORMANCE 13

Les mesures retenues à date 13

Les mesures complémentaires 13

ARTICLE 4. UNE POLITIQUE ATTRACTIVE DE GESTION DE LA RESSOURCE MEDICALE 15

8. 1. Fidéliser les professionnels présents dans l'établissement 15

Donner du sens à l'action, remettre la pratique médicale au cœur des réflexions 15

Accueillir convenablement les internes, remplaçants et intérimaires pour susciter le désir de rester dans l'établissement et véhiculer une image positive 15

9. 2. Créer les conditions de l'attractivité 16

Equipement et coopérations 16

Recherche clinique 16

10. 3. S'appuyer sur les outils disponibles 16

ARTICLE 5. L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL AU CŒUR DE LA DEMARCHE 17

11. 1. La nécessaire mise en place d'une politique d'accompagnement au changement 17
12. 2. Une nécessaire évolution de la politique RH pour accompagner les transformations ... 17

13. 3. Renouveler la politique managériale et la conduite du changement, en s'appuyant sur la responsabilité sociale des établissements et la formation 18

ARTICLE 6. ENGAGEMENTS FINANCIERS DES ETABLISSEMENTS 18

14. 1. Evolution du résultat d'exploitation consolidé avec mise en œuvre du plan 18

15. 2. Evolution de la marge brute d'exploitation consolidée avec mise en œuvre du plan..... 19

ARTICLE 7. LE PLAN D'INVESTISSEMENTS POUR SOUTENIR LE PLAN PERFORMANCE DES ETABLISSEMENTS..... 19

ARTICLE 8. ACCOMPAGNEMENT FINANCIER PAR L'AGENCE 19

ARTICLE 9. MISE EN ŒUVRE DU PLAN D'ACTION 20

ARTICLE 10. MODALITES DE SUIVI DU CONTRAT..... 21

ARTICLE 11. DATE D'ENTREE EN VIGUEUR ET DUREE DU CONTRAT 21

ANNEXE 1 22

1. Augmenter le prix du repas au CHED 24

2. Diminuer les dépenses d'achat 25

3. Optimiser le codage au CHED 27

4. Recouvrer les créances 28

5. Valoriser le parc des chambres particulières..... 29

6. Valoriser le parking 30

7. Adapter les effectifs soignants du pôle FME du CH de Remiremont..... 32

8. Ajuster le dimensionnement du SMUR du CHED..... 34

9. Améliorer l'efficience des PUI 35

10. Développer l'activité d'imagerie..... 37

11. Développer l'activité du laboratoire 38

12. Favoriser le retour à l'emploi des agents en Congé Longue Maladie et en Longue Durée..... 39

13. Externaliser le bionettoyage, hors service de soins..... 41

14. Optimiser l'équipe de direction 42

15. Optimiser les équipes d'archives..... 43

16. Optimiser les équipes logistiques du CHED..... 44

17. Optimiser les secrétariats de direction..... 45

18. Réorganiser la fonction Restauration 46

19. Réorganiser les équipes standards, accueil et facturation 50

20. Réorganiser les secrétariats médicaux du CHED 51

21. Mettre fin à la mission de l'équipe projet NHE au CHED 54

22. Diminuer le remplacement médical au CH de Remiremont..... 56

PREAMBULE

1. Les CH d'Épinal et de Remiremont, une offre de soins complète au profit des patients vosgiens

L'offre hospitalière publique du département des Vosges est organisée autour du Groupement Hospitalier de Territoire des Vosges qui regroupe notamment les établissements MCO du département des Vosges que sont les CH d'Epinal et de Remiremont CH de l'Ouest Vosgien et le CH de Saint-Dié-des-Vosges. Ce GHT, dont le CH Emile Durkheim d'Epinal (CHED) est l'établissement support, offre un panel complet de prises en charge pour la population vosgienne, à l'exception des activités de santé mentale et de recours qui sont assurées par le CHRU de Nancy.

Nombre de lits et places MCO	CH Emile Durkheim	CH Remiremont
Médecine	264	125
Chirurgie	42	61
Femme Mère Enfant	34	43
Réanimation-UHTCD-USC	18	10
SSR	105	28
USLD	30	24
EHPAD	286	83
TOTAL MCO	769	374

Cartographie du groupement hospitalier de territoire des Vosges (à gauche) et des lits et places des CH d'Epinal et Remiremont (à droite)

Au sein des Vosges centrales, les CH d'Epinal et de Remiremont, à 25 minutes de trajet en voiture l'un de l'autre, possèdent chacun une offre étendue de médecine, de chirurgie et d'obstétrique, ainsi que des soins de suite et de réadaptation et une offre médico-sociale. Ils disposent chacun de lits de soins continus et d'un service d'urgences. Le CH Emile Durkheim, pivot du GHT, possède également une réanimation, et sa maternité est de niveau IIB. Le CH de Remiremont possède une maternité de niveau IIA.

Les 2 établissements ont d'ores et déjà commencé à structurer l'articulation de leurs offres respectives. Sur les activités médicales, des complémentarités existent entre les 2 établissements, comme la présence d'une offre d'ophtalmologie au CH Emile Durkheim et la présence d'une offre d'urologie et d'ORL sur le CH de Remiremont mais cette offre est appelée à évoluer d'une part suite aux coopérations entre le CHED et le CHRU de Nancy et d'autre part suite à des départs de praticiens dans ces deux spécialités sur le CH de Remiremont. Plus généralement, l'activité du CH Emile Durkheim se concentre en majorité sur la médecine (près de 14 000 séjours en 2016, représentant plus de 68% de son activité hors séance, contre 51% pour le CH de Remiremont) tandis que le CH de Remiremont a une activité de chirurgie soutenue (3 900 séjours en 2016, soit 25% de son activité hors séance, contre 12% au CHED). Sur le plan médicotechnique, des partenariats existent comme le GCS laboratoire – stérilisation ou la mise en œuvre d'une permanence des soins commune la nuit en imagerie.

Une direction commune a déjà été mise en œuvre entre ces deux établissements, compte tenu des convergences et synergies qui sont à développer entre eux.

Au-delà des actions déjà engagées, il est nécessaire d'accroître encore la complémentarité de l'offre en soins proposée par les deux établissements, afin de la rendre attractive pour la population et les professionnels de santé, ainsi que pour la rendre soutenable.

2. Des territoires de santé dont le besoin en offre de soins est particulièrement prégnant

Les bassins de vie autour des agglomérations d'Epinal et de Remiremont représentent environ 240 000 habitants, soit les deux tiers de la population vosgienne. Néanmoins, le nombre d'habitants diminue sur ce bassin de vie : la population a décru de 1,9% entre 2010 et 2013 (Source : INSEE). Ce phénomène est particulièrement marqué sur les communes aux alentours de Remiremont, où la diminution a atteint 3,2% en 3 ans (1,1% pour les communes autour d'Epinal).

La population en âge de procréer baisse et plus généralement, la population vieillit. Ainsi, la population de 75 ans et plus représentait 12% de la population totale en 2013sur le bassin d'Epinal et de Remiremont, contre 11,3% en 2010. In fine, le nombre de naissances décroit de façon très significative sur le territoire. Plus de 2 660 accouchements étaient recensés en 2010 sur le territoire, puis 2 200 en 2016, et ce chiffre pourrait passer, si les tendances se poursuivent, en dessous des 2 000 accouchements en 2020. Ainsi la prise en charge en obstétrique diminue alors que celle liée à la médecine générale et à la gériatrique augmente.

Le territoire, et particulièrement les communes autours d'Epinal, se caractérise également par indicateurs socio-économiques défavorables. Ainsi, 15% de la population du territoire de santé et de proximité (TSP) d'Epinal bénéficient du revenu solidarité active () en 2014, contre seulement 13,3% dans l'ancienne région de Lorraine et seulement 12,8% en France (Source : ORSAS Lorraine). Sur le TSP de Remiremont, le pourcentage de bénéficiaires du RSA est plus faible, mais le pourcentage de salariés dans un emploi précaire est en revanche élevé : 28,2%, contre 27,3% pour la moyenne française. La population du territoire d'Epinal et Remiremont est donc une population plus précaire, ayant vocation à avoir un recours important à l'offre publique de soins.

Enfin, le territoire d'Epinal est marqué par des indicateurs de santé défavorables. Il s'agit du 3ème TSP lorrain en termes de mortalité prématurée. Cela dénote un besoin de prévention et de soins, notamment sur les principales causes de mortalité (tumeurs ; maladies cardio-vasculaires ; mortalité liée aux comportements à risque majoré, soit les suicides et les accidents de la voie publique).

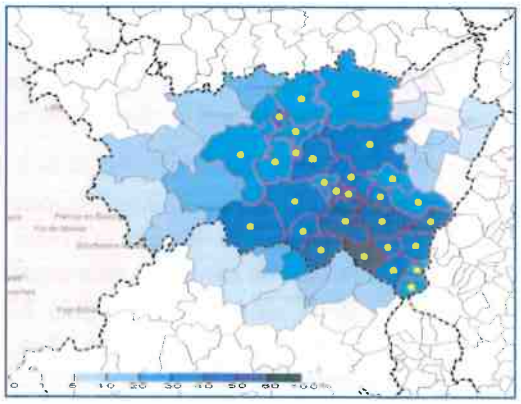
L'offre publique du territoire d'Epinal et de Remiremont répond donc à des besoins importants, dont les caractéristiques doivent être prises en compte dans la structuration de l'offre de soins du territoire, ainsi que les perspectives des années à venir : une population qui continue de décroitre et qui poursuit son vieillissement.

3. Une offre publique très fragile

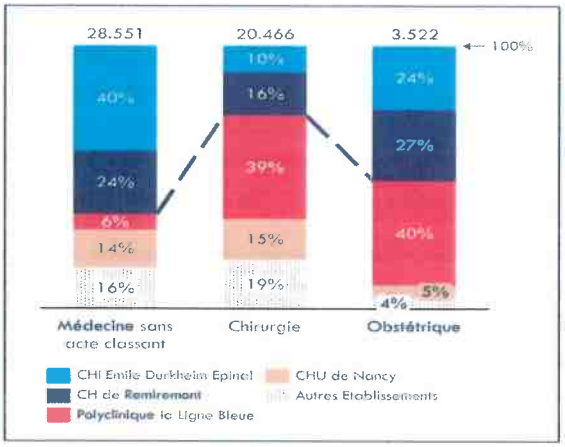
Des établissements en concurrence sur certains segments et en recherche de complémentarités

La clinique la Ligne Bleue, à Epinal, propose une offre très attractive sur les Vosges centrales. Elle possède une palette très vaste d'offre, notamment en chirurgie, et réalise plus de 1 100 accouchements par an, contre 1 300 pour les CH d'Epinal et de Remiremont réunis.

Cartographie des parts de marché des CH d'Epinal et Remiremont par commune en MCO en 2016 et de leur zone d'attractivité (points jaunes) Source : PMSI



Parts de marché des différents établissements sur la zone d'attractivité des CH d'Epinal et de Remiremont en MCO en 2016 (Source : PMSI)



Sur la zone d'attractivité des CH d'Epinal et de Remiremont, qui s'étend très largement sur le centre vosgien, elle est l'acteur dominant sur toutes les activités de chirurgie et d'obstétrique. C'est particulièrement vrai s'agissant des actes peu invasifs, pour lesquels la clinique obtient plus de parts de marché que les CH d'Epinal et de Remiremont réunis. Cette répartition de l'activité entre les différents établissements du territoire est stable depuis 2012.

De plus, et ce malgré l'articulation progressive de l'offre des CH d'Epinal et de Remiremont, leur offre respective reste similaire, sur un territoire restreint. Cela questionne en termes d'exploitation des plateaux techniques coûteux, mais également en termes de gestion des ressources médicales et soignantes sur un territoire peu attractif pour ces professionnels.

Des établissements souffrant d'une pénurie de ressources médicales

Les deux établissements font actuellement face à une pénurie de ressources médicales et peinent à recruter certains professionnels, induisant des coûts très élevés de remplacement médical.

Ainsi, le service de cardiologie du CH de Remiremont, particulièrement en difficulté, a dû être transformé en service de médecine polyvalente à orientation cardiologique au milieu de l'année 2018, par pénurie de cardiologue sur l'établissement. Le service de médecine polyvalente à orientation pneumologique est également menacé avec des départs en retraite prévus et des grandes difficultés de recrutement. De fait, la capacité de ces services a été réduite ou est en voie de l'être.

Enfin, le nombre d'urgentistes sur le territoire ne permet pas non plus d'assurer le fonctionnement des urgences des deux établissements. Ainsi, le CH de Remiremont a recours à du remplacement médical à hauteur de plus d'un effectif temps plein d'urgentiste sur l'année. Au CHED, la seconde ligne SMUR a dû être fermée la nuit.

Les équipes d'anesthésistes, de neurologues, de gériatres et de gynécologues-obstétriciens sont de même en difficulté.

Les équipes de chirurgie sont très restreintes : il n'y a que deux chirurgiens viscéraux au CHED et un vasculaire renforçant la permanence des soins (PDS) et trois au CH de Remiremont, alors même que 5 à 6 ETP sont nécessaires pour tenir une ligne de permanence sur place dans un service conventionnel.

Non seulement les équipes de chacun des deux établissements sont réduites mais elles doivent chacune assumer des lignes de permanence des soins souvent redondantes au niveau du territoire. Au total, 36 lignes de permanence ou de continuité des soins existent sur le territoire diminuant d'autant l'attractivité pour le corps médical.

Sur l'ensemble de ces lignes, seules les astreintes du laboratoire et de l'imagerie sont communes aux CH d'Epinal et de Remiremont.

Les établissements sont donc d'ores et déjà en difficulté sur le plan des ressources médicales, et ces difficultés vont s'accentuer dans les années à venir. En effet, la pyramide des âges est défavorable aux équipes médicales des établissements : 25% des médecins du CHED ont 55 ans et plus, et 30% au CH de Remiremont.

Des moyens insuffisamment utilisés

Sur les deux établissements, les capacités d'hospitalisation sont insuffisamment occupées : par exemple 72% d'occupation des lits de chirurgie au CH Emile Durkheim et 70% en obstétrique alors que les standards fixés au niveau national imposent des taux de remplissage des lits de 95% et 85% en chirurgie. De plus, les durées moyennes de séjours sont très longues, en particulier en médecine au CH de Remiremont, avec des durées de séjour qui sont entre 9 et 47% supérieures aux moyennes nationales selon les services.

Une meilleure gestion des lits et des activités doit permettre de réduire les charges en diminuant le nombre de lits installés à iso activité. En 2017, un effort interne au CH Emile Durkheim a par exemple permis une réduction capacitaire de 12 lits en chirurgie.

De même, les blocs opératoires, dont le fonctionnement est très coûteux, sont insuffisamment utilisés. Au CH Emile Durkheim en particulier, des salles opératoires occupées à hauteur de 39% à 59% de leur capacité.

Cette utilisation insuffisante des moyens existants impacte la situation financière des établissements et menace leur capacité à prendre en charge la population du territoire à moyen-long terme. Ces difficultés sont renforcées par une démographie médicale fragile.

Un projet de reconstruction du CH Emile Durkheim qui doit permettre de redonner de l'attractivité à l'offre publique du territoire

Le bâtiment actuel du CH Emile Durkheim, construit dans les années 1960, n'offre plus les conditions d'une prise en charge attractive et de qualité. Il bénéficie déjà d'une dérogation d'exploitation de la préfecture en raison de l'avis défavorable de la commission départementale de sécurité incendie et d'accessibilité. La reconstruction du plateau de la justice, priorisée lors de la 1ère vague de modernisation du parc immobilier des hôpitaux publics portée par le programme Hôpital 2007, permettra d'améliorer l'attractivité de l'établissement, aussi bien vis-à-vis des patients que des professionnels.

Ce projet de reconstruction, le Nouvel Hôpital d'Epinal (NHE), constitue également une opportunité d'amélioration de la performance interne au CH Emile Durkheim, notamment sur la gestion de lits et son impact sur le capacitaire de l'établissement. Sa mise en œuvre doit permettre de réfléchir plus largement à l'organisation de l'offre sur les Vosges centrales, en travaillant à des filières graduées et structurées avec le CH de Remiremont et en envisageant une complémentarité plus importante avec la Clinique de la Ligne Bleue, le CHRU de Nancy venant apporter son soutien sur les disciplines critiques

4. Une situation financière préoccupante au moment d'un investissement majeur pour l'organisation de l'offre publique

La situation financière des CH d'Epinal et de Remiremont connait une dégradation sensible ces dernières années. Ainsi le CH Emile Durkheim a perdu plus de 5 millions d'euros de résultat comptable entre 2013 et 2018, atteignant un déficit de 3,5 millions d'euros en 2018 soit 2,8% du total des produits du compte de résultat principal (118,2 M€). Le CH de Remiremont a lui perdu plus de 2 millions d'euros de résultat comptable depuis 2014, atteignant un déficit de 3,2 millions d'euros en 2018, plus de 5,1% du total des produits (61,8M€).

Suite à cette dégradation de la situation financière des 2 établissements, l'offre publique du centre vosgien fait face à un déficit cumulé de près de 7 millions d'euros aujourd'hui. Sans modification substantielle, les perspectives financières laissent entrevoir un déficit à près de 25 millions d'euros en 2022.

Une réflexion sur une organisation cohérente, graduée et équilibrée de l'offre de soins, en adéquation avec les ressources disponibles et répondant aux besoins de la population est donc incontournable.

ARTICLE 1. OBJET DU CONTRAT

La situation financière particulièrement dégradée des établissements rend nécessaire l'engagement d'une démarche volontariste de performance visant à redresser leurs comptes. Celle-ci repose sur deux axes :

- Renforcement de l'efficience interne des organisations des 2 établissements
- Adaptation des organisations des hôpitaux pour répondre aux besoins de la population sur le territoire et mise en place d'une organisation complémentaire et graduée de l'offre de soins.

Dès lors, les établissements s'engagent à mettre en œuvre les actions permettant de rétablir leurs trajectoires financières dans les 4 années à venir et d'atteindre à échéance 2022 un équilibre financier leur permettant de retrouver leurs capacités d'investissement.

Cet engagement interviendra en 2 étapes :

Une 1ère étape qui doit permettre de freiner dès aujourd'hui la dégradation de la situation financière des 2 établissements. Cette étape prévoit la mise en œuvre de mesures d'optimisation d'ores et déjà identifiées sur les achats et les recettes des fonctions cliniques, médico-techniques et logistiques. C'est l'objet de ce 1er contrat.

Une 2ème étape destinée à conforter le développement de la qualité et de la sécurité des soins des 2 établissements et à renforcer leur attractivité. Cette étape consistera en l'élaboration d'un projet médical commun aux 2 établissements intégrant des actions de réorganisation de l'offre de soins sur le territoire avec une répartition explicite des activités entre les 2 sites d'Epinal et de Remiremont. Elle pourra intégrer des mesures additionnelles d'efficience interne et donnera lieu à la signature d'un contrat, complémentaire d'ici la fin du 1er semestre 2019.
Durant cette seconde étape les organisations peuvent s'adapter aux contraintes qui s'imposent.

Dans ce cadre, les hypothèses de progression des charges et des produits, ainsi que l'effort de redressement fourni par les deux établissements sont les suivants :

- Sur les charges :
  - GVT de 1% par an impactant le Titre 1 « Charges de personnel » (PM & PNM)
  - Inflation de +1% impactant les charges de Titres 2 « Charges à caractère médicales » et Titre 3 « Charges à caractère hôtelières et générales » de 2018 à 2022
  - Titre 4 « Charges d'amortissements de provisions, exceptionnelles et financières » projection en fonction des éléments connus (avec simulations amortissements).
  - Intégration des surcoûts du NHE (évaluation à date)
- Sur les recettes :
  - Baisse du Titre 1 « Recettes d'activité prises en charges par l'AM » avec le postulat d'une baisse des tarifs de 0.5 %/an
  - Maintien du Titre 2 « Recettes non prises en charges par l'AM » en proportion des recettes de T1
  - Maintien du Titre 3 « Autres produits »

Sous ces hypothèses, les trajectoires financières des 2 établissements, avec les impacts du déménagement au sein du NHE, et hors plan de performance, sont synthétisées dans le tableau ci-dessous permettant de mettre en lumière la cible de redressement envisagée conjointement par la direction et l'ARS. Le déficit global atteint en 2022 est de -25M€ :

	2018	2019	2020	2021	2022
Déficit total	-6 855 587 €	-12 923 328 €	-18 234 499 €	-24 205 957 €	-25 005 780 €

ARTICLE 2. LA STRUCTURATION DE L'OFFRE DE SOINS

1. Les enjeux de structuration de l'offre de soins sur le territoire

Une réflexion conjointe est nécessaire pour dépasser les faiblesses de chacun des deux établissements

L'offre de soins nécessite d'être confortée dans le sens suivant :

- adapter les organisations et les modalités d'accueil aux besoins de la population qui évoluent : le vieillissement, la chronicité des pathologies, la précarité croissante modifient les exigences et conduisent à adapter les réponses et les modes de prises en charge.
- assurer un égal accès à des soins de qualité et une sécurité de prise en charge pour les patients du territoire en exploitant notamment au maximum les possibilités du NHE.
- rassembler les ressources actuelles de deux établissements pour construire une communauté médicale et soignante forte et attractive, pour répondre aux défis de demain.
- rendre les services et les compétences de ces deux hôpitaux publics plus visibles et lisibles pour la population et les professionnels de santé de ville.

Ces restructurations prennent place dans un contexte fortement contraint, tant du point de vue de la démographie médicale que budgétaire et financier.

Une offre de soins publique qui doit intégrer les orientations nationales en matière de gradation des soins

Outre les contraintes locales qui pèsent sur les deux établissements, l'offre de soins des deux établissements doit aussi s'inscrire dans une organisation territoriale graduée et cohérente prenant en compte les nouvelles orientations de « Ma Santé 2022 ». L'organisation des activités des établissements doit en effet progressivement s'adapter aux besoins des territoires selon 3 niveaux :

- Les soins ultraspécialisés ou plateaux techniques de pointe (greffes, maladies rares...),

- Les soins spécialisés (par exemple : chirurgie, maternité...),

- Les soins de proximité (médecine, gériatrie, réadaptation...).

Chacun des deux hôpitaux devra ainsi adapter ses organisations en fonction du type de soins délivrés et ce afin de garantir que tous les patients accèdent aux meilleurs soins en toute sécurité. En lien étroit avec les professionnels de santé ambulatoires, l'enjeu est d'adapter les ressources hospitalières pour des hospitalisations à bon escient, des durées de séjours plus courtes, des plateaux techniques moins nombreux mais plus performants et de réinventer une offre qui renforce certaines activités de proximité : la médecine, la gériatrie, la réadaptation...

Au-delà des questions de gradation des soins, l'organisation adaptée devra respecter l'ensemble des contraintes régionales et nationales :

1. Les orientations nationales et régionales de gradation des soins et d'organisation coordonnée de tous les acteurs de soins, incluant les professionnels libéraux et les établissements médico-sociaux et sociaux, afin de permettre un accès au juste soin auprès du professionnel compétent ;
2. Les orientations du Plan Régional de Santé (PRS) de la région Grand Est avec notamment la nécessité de garantir une qualité de prise en charge constante en tout point du territoire tout en maîtrisant les coûts.
3. Les normes nationales en matière de qualité et d'organisation des prises en charge avec le développement de l'ambulatoire à hauteur de 70% en 2022, des taux d'occupation des infrastructures de soins (bloc opératoire, lits, soins critiques ...) conformes aux standards nationaux.

2. Les orientations du projet médical commun entre les deux établissements

Dans ce cadre, les communautés médicales ont initié l'élaboration d'un projet médical commun entre les deux établissements afin de répondre à la nécessité de positionner les compétences des deux établissements dans l'environnement global et structuré de l'organisation sanitaire du territoire.

Les principales orientations pour l'élaboration de la stratégie médicale commune entre Epinal et Remiremont issues des travaux du premier semestre 2018 sont décrites ci-dessous :

REPARTITION DES ACTIVITES ISSUES DES TRAVAUX REALISES AU PREMIER SEMESTRE 2018

<table>
<tr><td colspan="2">Concernant l'organisation des prises en charge :
o Développement important et rapide de la chirurgie et de la médecine ambulatoire sur les deux établissements avec une cible attendue de taux d'ambulatoire de 70% à l'horizon 2022 sur les deux établissements pris ensemble ;
o Mutualisation des lignes de permanence des soins entre les deux établissements ;
o Mise en place d'équipes territoriales associées à une politique volontariste d'attribution de postes d'assistants spécialistes dans les disciplines structurantes (neuro, cardio, pneumo, endocrinologie) ;</td></tr>
<tr><td>Concernant l'offre de soins en chirurgie
o Identifier un parcours de soins gradué visant à sécuriser les prises en charge les plus lourdes par l'accès organisé à la réanimation ;
o Poursuivre le développement et structurer l'activité d'HGE entre les deux sites ;
o Conforter et développer l'activité urologique sur les deux établissements ;
o Conforter les compétences médicales en ophtalmologie notamment en organisant la réponse aux besoins des prises en charge sur le territoire Romarimontain par des consultations avancées;
o Développer la chirurgie vasculaire ;
o Développer et redéfinir la PEC ORL sur le territoire ainsi que le partage de compétences entre ORL et odontologie ;</td><td>Les orientations de la filière Médecine
o Développer la médecine ambulatoire (diagnostic / traitement) ;
o Conforter et développer la cardiologie ;
o Conforter et développer la pneumologie ;
o Constituer des filières de soins graduées, en particulier en neurologie et sur la filière vasculaire ;</td></tr>
<tr><td>Les orientations de la filière Femme-Mère-Enfant
o Organiser le rapprochement entre les équipes médicales des deux établissements et constituer des équipes territoriales en gynécologie, pédiatrie et néonatologie afin</td><td>Les orientations de la filière Urgence - Réanimation
o Conforter les compétences médicales et l'organisation des services d'urgences de chacun des sites ainsi que du SAMU ;
o Mutualiser une ligne de SMUR secondaire</td></tr>
</table>

de sécuriser la PDS sur les deux sites ; ○ *Mise en place d'un service d'obstétrique sur le site d'Epinal avec la Clinique de La Ligne Bleue ;*	*avec une équipe dédiée, à l'échelle des deux établissements ;* ○ *Améliorer les flux de patients entre les établissements sur la réanimation et l'USC ;*
Les orientations de la filière Oncologie ○ *Poursuivre la collaboration avec l'ICL sur les axes de la convention ;*	***Les orientations de la filière Gériatrie*** ○ *Conserver et optimiser une filière gériatrique complète sur les 2 sites ;*
Les orientations de la filière Médicotechnique ○ *Laboratoire : finaliser la mise en œuvre du GCS ;* ○ *Organisation de la Pharmacie : mettre en place une PUI unique sur les deux établissements ;* ○ *Les orientations sur la radiologie et l'imagerie médicale :* ▪ *Conforter la démographie médicale en radiologie ;* ▪ *Maintenir un niveau d'activité répondant aux besoins hospitaliers compte tenu de la démographie fragilisée ;* ▪ *Améliorer la couverture des besoins : via les outils de télé radiologie, l'accès et le développement des expertises soignantes, l'accès aux outils « bureautiques », … ;* ▪ *Optimiser l'organisation des services ;*	

Les communautés médicales doivent se saisir du sujet et proposer une organisation médicale cohérente et équilibrée sur les deux sites. Pour aider à son élaboration, une médiation est confiée au Président du Conseil Départemental des Vosges. Ses conclusions seront rendues pour la fin du mois de mars 2019.
Un projet médical commun devra venir finaliser ce travail d'ici la fin du mois de Mai 2019.
Une gouvernance assurant la représentation des équipes spinaliennes et romarimontaines sera mise en place.

3. Des coopérations à renforcer pour faire face aux enjeux

La nécessaire coopération pour les deux établissements s'inscrit plus largement dans une stratégie territoriale de santé. Il s'agit de proposer une prise en charge en proximité, en lien étroit avec la médecine de ville notamment mais également d'organiser les recours ultraspécialisés avec le CHRU ou le centre de lutte contre le cancer (ICL) à Nancy.

Le projet commun des deux établissements s'inscrit dans une politique globale de redynamisation du territoire des Vosges en matière de santé. L'ARS et ses partenaires (Caisse primaire d'assurance maladie, Conseil départemental, URPS, CDOM, autres services de l'Etat…) disposent de différents outils pour garantir un accès à une offre de soins adaptée et territorialisée. Les projets de coopération entre les professionnels de santé en ville, les réflexions engagées sur les structures d'aval à l'hospitalisation sont autant d'exemples d'évolution de l'offre de soins qui auront un impact fort sur le parcours patient dans un avenir proche. L'organisation amont et aval de l'hôpital est la clef du succès de la réorganisation des prises en charge hospitalières.

La stratégie de coopération hospitalière se double d'un travail avec la polyclinique de la Ligne Bleue autour de la maternité afin de consolider l'offre d'obstétrique sur le territoire d'Epinal. En effet, aujourd'hui le territoire d'Epinal et de Remiremont est couvert par 3 maternités de niveau 1, 2A et 2B. Les volumes d'accouchement actuels, les perspectives démographiques, les difficultés à maintenir des équipes médicales complètes sur l'ensemble des maternités mais également la perspective de l'ouverture d'une maternité au sein du NHE ont poussé le CHED et la polyclinique à envisager une coopération qui permettra d'offrir à la population une maternité offrant tous les gages de qualité et de sécurité des soins et respectant les contraintes économiques qui pèsent sur l'ensemble des offreurs de soins. Cette coopération « public privé » pourrait s'ouvrir sur d'autres activités dans le cadre d'une réflexion sur une organisation efficiente de l'offre de soins sur le territoire.

Les réorganisations sur chacun des sites et une approche territoriale doivent donc être engagées afin de mieux répartir la prise en charge sur le territoire tout en visant à spécialiser certaines hospitalisations complètes sur chaque site. Néanmoins cela n'est pas suffisant pour stabiliser l'offre globale sur le territoire. Deux approches viennent, alors, compléter ces chantiers. La première vise à articuler toute

l'offre existante avec le CHRU de Nancy et la deuxième vise à amplifier les travaux de rapprochement avec la Clinique de la ligne bleue.

La dynamique territoriale globale permettra à court terme le regroupement dans une nouvelle structure de type GCS (groupement de coopération sanitaire) qui reste à créer.

ARTICLE 3. LES MESURES DU PLAN DE PERFORMANCE

Le diagnostic fin a permis d'identifier un certain nombre de segments d'activité dans lesquels des réorganisations doivent être menées pour que les établissements soient plus performants dans leurs réponses aux patients et gagnent en efficience.

Un plan d'actions internes a été identifié et validé, permettant d'améliorer les organisations et contribuer au rétablissement d'une trajectoire vertueuse. Il est décliné par thématique en annexe du présent document.

Les mesures retenues à date

Les mesures d'efficience retenues concernent l'ensemble des secteurs des centres hospitaliers :

- Les secteurs cliniques : adaptation des maquettes soignantes aux dispositions réglementaires ;
- Les secteurs médicotechniques : mutualisation de la pharmacie, optimisation de la stérilisation, optimisation des blocs opératoires ;
- Les secteurs administratifs / techniques / logistiques : optimisation de la direction commune, des transports, de la restauration, de la facturation, etc.

En outre un travail conséquent a également été réalisé concernant les recettes de l'établissement :

- Le développement de recettes d'activités en lien avec la création ou le développement de nouvelles prises en charge ;
- Le développement de recettes annexes : chambres particulières, restauration, autres prestations des services, créances … ;
- La mutualisation de certains coûts en lien avec des établissements en proximité.

À ce stade du contrat, les mesures envisagées représentent une masse d'économies ou de recettes supplémentaires qui représentent plus de 6 M€ pour l'ensemble des deux établissements.

Les mesures complémentaires

Des pistes additionnelles d'efficience en lien avec l'organisation médicale ont d'ores et déjà été chiffrées et seront revues à l'aune du projet médical avant d'être réintroduites si pertinentes. Elles sont estimées aujourd'hui à près de 7M€. D'autres ont également été envisagées sans pouvoir être précisément chiffrées dans le cadre du présent contrat. Il s'agit en particulier des pistes relatives à la mise en œuvre du projet médical tel qu'il sera travaillé par les communautés médicales, aux actions menées avec la clinique de la Ligne Bleue, notamment pour la maternité ou liées à l'optimisation du futur bâti qu'est le NHE ; des pistes d'efficience internes peuvent également être approfondies. Ces mesures doivent permettre au total d'atteindre 18,9M€ d'économies complémentaires afin de dégager le niveau de marge permettant de financer les investissements passés et à venir et plus largement de stabiliser la trajectoire financière des établissements

Elles feront l'objet d'un contrat complémentaire dès lors qu'elles auront été chiffrées et validées par les parties au contrat. Celui-ci devra être conclu au plus tard à la fin du 1er semestre 2019.

Le tableau ci-dessous synthétise l'ensemble des actions de performance que les établissements s'engagent à mener ainsi que les gains afférents. Les actions identifiées et chiffrées à date sont détaillées dans les fiches action figurant en annexe du présent document.

Les évolutions des prises en charge résultant d'une meilleure coopération entre les établissements pouvant conduire à des redistributions des activités entre les sites auront un impact à moyen terme sur la capacité en lit. C'est également le cas de l'accélération du virage ambulatoire qui interviendra de manière différenciée selon les filières.

Au-delà de ces mesures, les établissements peuvent à tout moment adapter leurs organisations pour faire face à une évolution qui s'impose à eux.

Thématique	Numéro de fiche action	Fiche action – Tome 1	Gain financier sur le CHED et le CH de Remiremont
Efficience des achats et des recettes	1	Augmenter le prix du repas au CHED	71 125 €
	2	Diminuer les dépenses d'achat	461 181 €
	3	Optimiser le codage au CHED	35 820 €
	4	Recouvrer les créances	161 045 €
	5	Valoriser le parc des chambres particulières	200 000 €
	6	Valoriser le parking	290 000 €
Fonctions cliniques et médico techniques	7	Adapter les effectifs soignants du pôle FME du CH de Remiremont	710 000 €
	8	Ajuster le dimensionnement du SMUR du CHED	128 751 €
	9	Améliorer l'efficience des PUI	610 000 €
	10	Développer l'activité d'imagerie	139 931 €
	11	Développer l'activité du laboratoire	40 000 €
	12	Favoriser le retour à l'emploi des agents en Congé Longue Maladie et en Longue Durée	382 437 €
Fonctions logistiques et de soutien	13	Externaliser le bionettoyage, hors service de soins	471 300 €
	14	Optimiser l'équipe de direction	380 000 €
	15	Optimiser les équipes d'archives	133 462 €
	16	Optimiser les équipes logistiques du CHED	70 000 €
	17	Optimiser les secrétariats de direction	127 370 €
	18	Réorganiser la fonction restauration	289 000 €
	19	Réorganiser les équipes standards, accueil et facturation	357 000 €
	20	Réorganiser les secrétariats médicaux du CHED	494 640 €
	21	Mettre fin à l'équipe projet NHE au CHED	156 000€
Permanence et continuité des soins	22	Diminuer le remplacement médical au CH de Remiremont	216 000 €
Mesures complémentaires		Projet médical, rapprochement avec les cliniques, autres mesures d'efficience interne	18 967 944€
Total			**24 893 006**

ARTICLE 4. UNE POLITIQUE ATTRACTIVE DE GESTION DE LA RESSOURCE MEDICALE

Le recrutement de médecins est la condition principale du maintien et du développement d'une offre de soins répondant aux besoins de la population. Dans un contexte très déficitaire en personnel médical, les établissements doivent mener des actions qui permettront de renforcer leur attractivité vis-à-vis des médecins. La démarche performance à l'œuvre dans ce contrat repose sur le postulat qu'un projet médical cohérent entre les deux établissements signataires est un gage d'attractivité pour des jeunes professionnels. Pour ce faire, les établissements s'engagent résolument dans une dynamique renforcée de gestion prévisionnelle des compétences. Cette politique est un facteur clé pour maintenir, compléter, adapter et diversifier l'offre de soins.

1. Fidéliser les professionnels présents dans l'établissement

Donner du sens à l'action, remettre la pratique médicale au cœur des réflexions

La conduite des précédents plans de retour à l'équilibre financier des deux établissements, associée à la mise en place des pôles a permis de sensibiliser les chefs de pôles et de services aux enjeux économiques. Toutefois, la dimension budgétaire et le projet NHE ont parfois pris le pas – notamment à Epinal - sur le développement des projets au sein des services, et au niveau des pôles.
Les équipes médico-soignantes sont désireuses de disposer d'un cadre leur permettant de faire émerger des projets et de les mener à terme. La structuration des pôles inter-établissements et la relance du dialogue de gestion au sein des établissements sur la base d'un fonctionnement en mode projet est de nature à donner un nouvel élan à cette co-construction des projets des établissements.
Cette évolution est d'autant plus souhaitable qu'elle permet aux équipes médicales et paramédicales de reprendre le leadership sur les évolutions nécessaires de leurs services, de leur offre et *in fine* des organisations de travail. L'association précoce à la définition des cibles d'offre de soins poursuit donc le double objectif de fidéliser les professionnels en leur donnant de la visibilité sur l'avenir de leur service et de rationaliser les organisations en donnant aux acteurs la possibilité de proposer par eux-mêmes les conditions de leur exercice.

L'objectif poursuivi est également de mieux prendre en compte les avis des équipes de soins dans la structuration de l'offre au sein des établissements. Présents au quotidien en première ligne face aux patients, ils ont une vision opérationnelle indispensable à la définition de la stratégie des établissements. Cette connaissance fine des pathologies et des conditions socio-économiques des patients est un facteur-clé de succès de la gradation des soins qui doit se mettre en place entre Epinal et Remiremont. En redonnant du sens à une action collective basée sur la pratique quotidienne des équipes, le Projet Médical Commun entend conforter les équipes dans leurs services et renforcer l'attractivité médicale.

Accueillir convenablement les internes, remplaçants et intérimaires pour susciter le désir de rester dans l'établissement et véhiculer une image positive

De nombreux médecins viennent de manière ponctuelle au sein des services, qu'ils soient internes ou remplaçants. En ce qui concerne les internes, il est indispensable de maintenir et développer encore la qualité des terrains de stages afin de maintenir l'attractivité des services ; ce travail devant être mené en lien étroit avec le CHRU et la faculté.
La qualité de l'accueil des internes, tant au plan professionnel qu'au plan matériel, est également un axe de travail. Plusieurs pistes sont étudiées pour améliorer les conditions de vie des internes et rénover les logements existants, principalement à Epinal et notamment grâce à la construction d'un hôtel médical.
L'accueil de médecins remplaçants ou intérimaires – chaque jour, en moyenne 5 praticiens remplaçants interviennent à Epinal, 6,6 à Remiremont – doit aussi être considéré comme une opportunité de détecter des talents qui pourraient s'installer durablement dans les établissements. A ce titre, l'accueil des

remplaçants doit faire l'objet d'une attention particulière, au même titre que l'accueil des nouveaux arrivants.

De manière générale, les établissements doivent intensifier leurs efforts pour inciter les internes et médecins remplaçants à s'installer sur le territoire ou à être les ambassadeurs vis-à-vis de leurs collègues d'établissements dynamiques, qui offrent des conditions de travail et de vie attractives.

2. Créer les conditions de l'attractivité

Equipement et coopérations

Le maintien d'équipements de haut niveau, la capacité des établissements à accompagner et à financer les souhaits d'investissements résultant des projets portés par les équipes médico-soignantes sont indispensables à la fidélisation et au recrutement de nouveaux professionnels. Ils permettent également de conforter le rôle du GHT sur son territoire de santé et de limiter le recours à des soins en dehors des Vosges centrales. En parallèle, le développement d'une prise en charge en lien avec le CHRU de Nancy et l'ICL, sur un principe de subsidiarité, sont des éléments rassurants pour les équipes médicales et figureront dans les conventions de coopération comme elles figurent dans la convention d'association du GHT 8 avec le CHRU de Nancy.

L'association précoce des équipes médicales à l'identification des projets d'investissement, ainsi que l'accompagnement de la réponse à leurs demandes sont des conditions essentielles pour une politique d'investissements maîtrisée, adaptée aux besoins actuels et aux enjeux futurs.

Les liens à nouer avec la clinique de la Ligne bleue doivent permettre également de travailler à cette attractivité en créant un ensemble cohérent, public-privé, sur le territoire des Vosges centrales qui rassemble l'ensemble des acteurs hospitaliers afin d'organiser une offre de soins optimisée.

Recherche clinique

La possibilité pour les établissements de poursuivre leurs projets de recherche et d'amplifier cette dynamique en lien avec le CHRU est un axe important de fidélisation et d'attractivité des équipes médicales. Cet axe est identifié au sein du projet de convention d'association et prévoit les objets suivants :

- Transférer des technologies de recherche vers le diagnostic et le traitement des pathologies ;
- Diffuser les connaissances issues de la recherche ;
- Participer à des appels à projet interrégionaux.

Associés aux équipes hospitalo-universitaires, les investigateurs des établissements contribuent à améliorer la qualité et la performance du système de soin par la diffusion des innovations thérapeutiques et la réduction des inégalités d'accès à celles-ci par les patients.

3. S'appuyer sur les outils disponibles

Capitaliser sur la convention hospitalo-universitaire donne le cadre pour :

- Faciliter l'organisation des maquettes de formation des internes de médecine et de chirurgie ;
- Organiser des consultations avancées de médecins dont les spécialités ne sont pas assurées dans les Vosges centrales et plus largement le territoire du GHT ;
- Faciliter les échanges entre les chefs de pôles des établissements et les coordonnateurs de filières des études médicales ;
- Créer des liens directs entre les directions et la présidence de CME du CHRU de Nancy et de l'ICL d'une part, celle des établissements d'autre part.
- Optimiser le dispositif d'assistanat partagé qui est une bonne opportunité de recruter des médecins dans les établissements.

ARTICLE 5. L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL AU CŒUR DE LA DEMARCHE

1. La nécessaire mise en place d'une politique d'accompagnement au changement

Les réorganisations profondes des services cliniques, administratifs ou médico techniques prévues par le présent contrat portent à la fois sur les modes de prise en charge (optimisation de la durée moyenne de séjour (DMS), sortie précoces, ambulatoire, etc.) et sur les organisations (mutualisation de la pharmacie, adaptation du capacitaire, etc.).

Les implications induites par ces transformations au niveau de l'emploi seront importantes avec la diminution ou la disparition de certaines fonctions (externalisation du nettoyage des communs) et le renforcement / apparition d'autres fonctions (Bed manager, accompagnement social…). Ces mesures d'efficience impliquent le non remplacement d'un départ (départ en retraite ou fin de contrat durée déterminée (CDD)) sur deux sur la période. Cette évolution nécessite une politique des ressources humaines ambitieuse qui s'appuiera sur l'ensemble des leviers RH disponibles : mobilité professionnelle, formation / reconversion, aides aux départs, etc.

Aussi, la direction des ressources humaines acte 4 engagements qui guideront l'accompagnement social du plan performance :

1. Les départs se font en premier lieu par non-remplacement des départs en retraite ;
2. Les agents titulaires ou contractuels en CDI qui manifestent leur volonté de quitter les établissements ont le bénéfice d'un accompagnement.
3. Les agents sont prioritaires sur leur poste en cas de transfert ;
4. Un accompagnement individualisé sera proposé aux agents qui souhaitent évoluer vers de nouvelles fonctions au sein des établissements et qui :
    a. Sont concernés par une suppression de poste ;
    b. Permettent à une personne dont le poste est supprimé de bénéficier d'un reclassement.

2. Une nécessaire évolution de la politique RH pour accompagner les transformations

En parallèle du déploiement du plan performance, une politique rénovée de GRH sera mise en place avec :

- La mise en place d'une gestion prévisionnelle des effectifs, des emplois et des compétences performantes afin de mettre en cohérence les mesures du plan de performance avec les besoins présents et futurs en matière de métiers ;
- La mise en place d'une cellule identifiée de gestion des mobilités des agents au sein des établissements d'abord, du Groupement Hospitalier de Territoire ensuite et en dehors notamment par la mise en place d'un schéma des mobilités du GHT Vosges et la création d'un dispositif d'accompagnement individuel à la mobilité ;
- L'adaptation de la politique de formation au processus de modernisation des établissements ;
- La refonte de la politique de qualité de vie au travail.

3. Renouveler la politique managériale et la conduite du changement, en s'appuyant sur la responsabilité sociale des établissements et la formation

La mise en œuvre du plan de performance doit s'accompagner d'un renouvellement de la politique managériale avec une amélioration de l'échange d'informations et de la communication au sein des établissements. Par ailleurs, la démarche projet à initier au sein de nos établissements doit conduire à une plus grande association de l'encadrement et des agents afin de permettre aux acteurs, une meilleure appropriation des projets et leur participation directe à l'adaptation de leurs conditions de travail.

Le plan de formation et la formation continue des établissements sont les outils de réalisation du volet social du plan de modernisation et de performance. En effet, la formation est un levier essentiel pour l'accompagnement des démarches de GPEEC, de mobilité ou encore sur le champ de la qualité de vie au travail. Elle constitue un support déterminant pour la réussite de ce volet social.
Dans ce cadre, il convient :

- D'approfondir la démarche de coordination du plan de formation au niveau des établissements et du GHT ;
- De consolider la politique de formation des établissements et du GHT ;
- De définir une stratégie de formation en cohérence avec le plan de modernisation et de performance.

ARTICLE 6. ENGAGEMENTS FINANCIERS DES ETABLISSEMENTS

1. Evolution du résultat d'exploitation consolidé avec mise en œuvre du plan

Consolidation CH Epinal et Remiremont	2017	2018	2019	2020	2021	2022
1°) Evolution de la marge brute d'exploitation Compte de Résultat Principal						
Produits d'exploitation hors aides financières	178 392 K€	179 235 K€	180 925 K€	181 283 K€	181 181 K€	180 941 K€
Charges d'exploitation	179 713 K€	182 230 K€	177 645 K€	173 202 K€	167 578 K€	169 492 K€
Marge brute d'exploitation	-1 321 K€	-2 995 K€	3 281 K€	8 081 K€	13 603 K€	11 449 K€
2°) Evolution de la marge brute d'exploitation entité juridique						
Marge brute d'exploitation entité juridique	6 056 K€	3 712 K€	10 067 K€	14 847 K€	20 363 K€	18 209 K€
Taux de marge brute entité juridique	*3,14%*	*1,95%*	*5,30%*	*7,83%*	*10,75%*	*9,62%*
3°) Evolution des résultats d'exploitation - compte principal et compte consolidé						
Résultat comptable CRP	-1 952 K€	-6 496 K€	-3 916 K€	565 K€	3 465 K€	2 599 K€
3°) Tableau de financement						
Total Ressources	9 723 K€	76 356 K€	52 087 K€	32 566 K€	27 315 K€	23 291 K€
1°) Ressources hors dette	6 729 K€	3 855 K€	22 218 K€	22 664 K€	23 536 K€	19 512 K€
Dont CAF	*4 615 K€*	2 234 K€	8 305 K€	12 664 K€	16 536 K€	14 512 K€
Dont aides ARS (36,6M€ sur durée du plan)	- €	1 600 K€	13 000 K€	10 000 K€	7 000 K€	5 000 K€
2°) Endettement	2 987 K€	72 501 K€	29 870 K€	9 902 K€	3 779 K€	3 779 K€
Total Emplois	26 594 K€	68 227 K€	57 478 K€	21 457 K€	14 693 K€	13 359 K€
Remboursement dette financière	4 050 K€	4 974 K€	6 940 K€	8 338 K€	9 138 K€	9 559 K€
Immobilisations	22 502 K€	63 253 K€	50 538 K€	13 119 K€	5 555 K€	3 800 K€
Dont opérations courantes	*2 114 K€*	*3 708 K€*	*5 111 K€*	*7 773 K€*	*3 675 K€*	*3 675 K€*
Autres emplois						
4°) Evolution de la marge						
Marge brute générée	6 056 K€	3 712 K€	10 067 K€	14 847 K€	20 363 K€	18 209 K€
Marge brute nécessaire	6 164 K€	8 682 K€	12 051 K€	16 112 K€	12 813 K€	13 234 K€
Ecart de marge	107 K€	4 971 K€	1 985 K€	1 265 K€	-7 549 K€	-4 975 K€

Cette trajectoire projette la mise en œuvre de l'ensemble des mesures ; elle devra être revue à l'aune des actions identifiées dans le second contrat. A ce stade, elle n'est citée qu'à titre indicatif.

2. Evolution de la marge brute d'exploitation consolidée avec mise en œuvre du plan

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Marge brute exploitation	-1,3 M€	-3 M€	3,3 M€	8,1 M€	13,6 M€	11,4 M€
Taux de marge brute hors aide financière CRP	-0,74%	-1,67%	1,81%	4,46%	7,51%	6,33%

L'évolution de la marge brute permet ainsi d'assurer un fonctionnement durable de l'établissement, couvrant à la fois le remboursement des emprunts et l'investissement courant.

ARTICLE 7. LE PLAN D'INVESTISSEMENTS POUR SOUTENIR LE PLAN PERFORMANCE DES ETABLISSEMENTS

L'investissement est un moteur fondamental de la stratégie des établissements. En effet, il permet de répondre aux attentes des équipes présentes dans les établissements en matière d'évolution des techniques, de garantir aux patients l'accès à des soins de qualité et à l'innovation. Par ailleurs, le maintien des installations en place et l'ouverture du NHE est un atout majeur de la politique d'attractivité médicale qui sous-tend le retour à l'équilibre financier des établissements.

Les situations fortement dégradées des deux établissements ne leur permettent pas de prévoir un plan d'investissement ambitieux dans l'un ou dans l'autre établissement.
L'objet du contrat de performance est donc de leur redonner une capacité autonome à investir en dégageant le niveau de marge brute nécessaire.
Ainsi, les conséquences financières d'un tel plan d'investissement n'ont pas été intégrées à la trajectoire des établissements en l'état, qui ne retient que les investissements courants et incontournables.

L'aide de l'ARS doit permettre de soutenir un niveau d'investissement minimum pendant la durée d'exécution du contrat de performance et de soutenir les besoins en exploitation non couverts par des recettes liées à l'activité développée.

ARTICLE 8. ACCOMPAGNEMENT FINANCIER PAR L'AGENCE

L'ARS accompagnera les établissements en apportant une aide financière durant toute la période du contrat de performance, notamment pour :

- le soutien à la trésorerie
- l'aide à l'investissement

L'ARS Grand Est a versé 1,6 M€ en 2018 au CH de Remiremont (aide en trésorerie) et octroiera pour les établissements une enveloppe de 13 M d'€ en 2019 puis le montant de l'année N-1 diminué progressivement jusqu'en 2022, soit une aide totale de 36,6 M d'€ sur la période 2018-2022 (hors aide Hôpital 2007).

Exercice	2017	2018	2019	2020	2021	2022	TOTAL
Aide	/	1,6 M€	13 M€	10 M€	7 M€	5 M€	**36,6 M€**

Cette aide n'a pas vocation à financer l'intégralité de l'impasse identifiée à ce jour dans le plan de financement du NHE (20 millions d'euros). L'établissement, à travers les actions d'efficience mise en œuvre, doit être en mesure de dégager des marges complémentaires pour financer cette opération.
Le cas échéant, en fonction des actions mises en œuvre et des résultats obtenus, un soutien spécifique complémentaire sur le NHE pourra être envisagé.

Les opérations d'investissement qui pourront être menées au-delà du seul programme courant doivent prioriser les mises aux normes (sécurité incendie du CH de Remiremont notamment) et les opérations confortant l'organisation des filières de prise en charge dans le cadre du projet médical partagé.

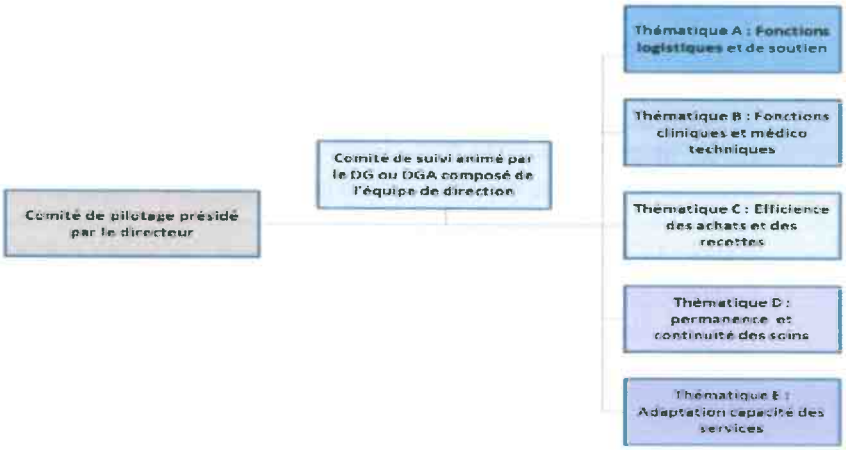
Le versement de ces aides (36,6 M€) est conditionné au respect des cibles financières telles que définies.

ARTICLE 9. MISE EN ŒUVRE DU PLAN D'ACTION

Les actions de réorganisation et d'efficience interne chiffrées à ce stade figurent à l'article 3 du présent contrat.
Au-delà de ces actions d'ores et déjà explicitées et chiffrées, des actions complémentaires devront être creusées puis mises en œuvre, en lien notamment avec l'élaboration du projet médical commun entre les CH d'Epinal et de Remiremont, l'élaboration d'un partenariat avec la clinique La Ligne Bleue ...

La mise en œuvre de ce plan d'action exigeant nécessite une organisation adaptée.

Aussi, un pilote est identifié pour chaque action prévue. Pour toute action ayant une conséquence sur l'organisation médicale ou soignante, un binôme associant un responsable médical et soignant est identifié. Le suivi de la mise en œuvre du contrat de performance est organisé selon le schéma ci-contre :



Le comité de suivi a pour missions d'évaluer l'état d'avancement des différentes mesures, quantifier leur impact sur le plan budgétaire, mesurer les écarts par rapport au prévisionnel, effectuer un reporting et, le cas échéant, proposer les actions correctrices appropriées au Comité de pilotage.

Des outils de suivi des actions identifiées permettant de valider l'état d'avancement et le niveau de résultat avec d'éventuels écarts seront mis en place. Ils sont constitués sous la forme de tableaux de bords mensuels, pour chaque pôle inter-établissements et reprennent une liste d'indicateurs qui permettront un suivi par action et un suivi global notamment sur les éléments suivants :

- Evolution de l'équilibre général du pôle sur les différents établissements le composant ;
- Evolution des produits ;

- Evolution de la masse salariale et des effectifs ;
- Evolution des charges, titre par titre.

Type	Fréquence	Objet	Responsable
Tableaux de bord d'activité	Mensuelle	Suivi des indicateurs du contrat par domaine d'activité (ex : effectifs, activité, consommations énergétiques, consommation produits pharmaceutiques, ...)	Directeurs Adjoints
Tableau de bord budgétaire	Mensuelle	Suivi détaillé des recettes et des dépenses (écarts prévisionnel / réel)	DAF
Note synthèse Et Diaporama	Mensuelle	Synthèse à destination du comité de pilotage	DGA/DAF
Rapport évaluation	Annuelle	Rapport annuel de suivi des actions du contrat intégré à l'évaluation du Contrat de Retour à l'Equilibre Financier conclu avec l'ARS	DG/DGA

ARTICLE 10. MODALITES DE SUIVI DU CONTRAT

Un dialogue de gestion, qui permettra le déclenchement progressif de l'accompagnement financier prévu par l'Agence, sera organisé entre le Délégué territorial de l'ARS et la Direction générale des établissements. À cette fin, une réunion trimestrielle sera organisée permettant le suivi des tableaux de bord susmentionnés.

Cette réunion se tiendra en formation élargie chaque semestre et associera les Présidents de CME de chaque établissement et les Présidents des Conseils de surveillance.

Toute modification du plan d'actions, modification de calendrier, ajout ou retrait d'une action, etc. fera l'objet d'un avenant au contrat de performance.

ARTICLE 11. DATE D'ENTREE EN VIGUEUR ET DUREE DU CONTRAT

Le présent contrat est conclu pour une durée de 4 années. Il entre en vigueur dès sa signature et est annexé au CPOM liant l'établissement et l'agence régionale de santé Grand Est.

Fait à Nancy le 25 AVR 2019

Le Directeur général de
l'Agence Régionale de Santé Grand Est

Christophe LANNELONGUE

Le Directeur des Centres Hospitaliers
d'Epinal et Remiremont

Eric SANZALONE

ANNEXE 1

Les mesures du plan de performance
Tome 1

Efficience des achats et des recettes

1. Augmenter le prix du repas au CHED

Eléments clés du diagnostic :

- Le prix du repas est aujourd'hui plus élevé sur le CH de Remiremont (4,27€ pour un plat et un dessert) que sur Epinal (3,75€ en moyenne par repas).
- Le déménagement au sein du NHE permettra de créer un self avec de nouvelles prestations, telles qu'un stand de grillades

Plan d'action :

- En 2019, diffusion d'une enquête de satisfaction auprès des agents de l'établissement (utilisateurs et non utilisateurs du self).
- En 2019, augmenter le prix du self du CHED de 0,50€ pour les 20 tickets (un repas coûte en moyenne 10 tickets) :
  - En 2018 : 7,00€ pour 20 tickets
  - En 2019 : 7,50€ pour 20 tickets
- En 2020, à l'ouverture du NHE, proposition de 3 tarifs différents pour 3 gammes de repas :
  - Formule 1 (de base) : 4,27€ par repas (soit l'équivalent du prix du repas au CH de Remiremont). Hypothèse : 70% des repas concernés
  - Formule 2 : 4,97€par repas. Hypothèse : 20% des repas concernés
  - Formule 3 : 5,67€par repas. Hypothèse : 10% des repas concernés

REFERENT : Direction générale / Direction des affaires financières

Modalités de calculs :

- 45 000 repas sont servis au CH d'Epinal en 2017
  - Prévision de 45 000 repas en 2019
  - Prévision de 50 000 repas lors de l'emménagement au NHE
- Gain en 2019 : 11 250€ (7,5/2*45 000 – 7/2*45 000)
- Gain en 2020 : 70 000€ (0,7*50 000*4,27 + 0,2*50 000*4,97 + 0,1*50 000*5,67 - 7/2*45 000)

Impact financier pluriannuel :

Nature de l'action	Type d'économie	2018	2019	2020	2021	2022
Augmenter le prix du repas au CHED	Impact sur les recettes		11,25K€	70K€		
Total			11,25K€	81,25€	81,25€	**81,25K€**

2. Diminuer les dépenses d'achat

Eléments clés du diagnostic :

- Une fonction achat globalement performante sur les 2 établissements, mais présentant encore des marges de manœuvre

- **Au CH Emile Durkheim**, les achats représentent 20 375 600€ en 2016 (dont 50% sur le titre 2). Le PRA (poids relatif des achats) du CHED est de 23,6% en 2016, légèrement inférieur à la moyenne des établissements comparables (24,2%). Cependant, une situation différenciée entre le titre 2 et le titre 3 :
  - Sur le titre 2 : un PRA de 11,8%, contre 13,3% pour la moyenne des établissements comparables
  - Sur le titre 3 : un PRA de 11,8%, contre 10,9% pour la moyenne des établissements comparables.

PRA	CH EPINAL	Moyenne des 4 autres CH
PRODUITS D'ENTRETIEN	0,40%	0,32%
ALIMENTATION	1,73%	1,49%
ASSURANCES*	1,02%	0,52%
DIVERS TITRE 3	1,89%	0,68%
DIVERS HOTELIER	0,49%	0,16%
FOURNITURES ATELIER	0,46%	0,32%
FOURNITURES DE BUREAU	0,32%	0,16%
INCONTINENCE	0,33%	0,18%
INFORMATIQUE	0,30%	0,25%
LINGE - BLANCHISSERIE	1,20%	0,73%
MAINTENANCE INFORMATIQUE	0,87%	0,53%
LOCATION CREDIT BAIL	1,47%	0,00%

*Contrats d'assurance renégociés en 2017

L'ensemble des postes du titre 3 sont concernés par un PRA supérieur au benchmark, interrogeant l'organisation de l'établissement et le process achat

- **Au CH de Remiremont**, les achats représentent 10 158 000€ en 2016 (dont 58% sur le titre 2). Le PRA (poids relatif des achats) du CH de Remiremont est de 22,6% en 2016, inférieur à la moyenne des établissements comparables (26,8%). Cependant, une situation différenciée entre le titre 2 et le titre 3 :
  - Sur le titre 2 : un PRA de 13,1%, contre 12,7% pour la moyenne des établissements comparables
  - Sur le titre 3 : un PRA de 9,5%, contre 14,1% pour la moyenne des établissements comparables

Des marges de gains existent, sur le titre 2 surtout mais aussi sur le titre 3, comme l'illustre le tableau ci-contre

PRA	CH REMIREMONT	Moyenne des 5 autres CH
TITRE 2		
MEDICAMENTS ET PRODUITS DE BASE	6,70%	6,11%
MAINTENANCE BIOMEDICALE	1,11%	1,01%
DISPOSITIFS MEDICAUX	2,17%	4,51%
TITRE 3		
ASSURANCES	0,68%	0,53%
FOURNITURES ATELIER	0,39%	0,24%
LOCATION CREDIT BAIL	1,66%	1,46%

- L'existence de ces marges d'optimisation sur les CH d'Epinal et Remiremont fait écho à l'absence de remontée PAA (plan d'actions achat) en 2016 (ainsi qu'en 2015 pour le CH de Remiremont uniquement). Le pilotage de la dépense achat devra donc être renforcé.

Définition du Poids relatif des achats (PRA)
PRA = Achats/ Recettes, avec :
- Achats = Charges T2 Net + Charges T3 Net
  - Charges T2 Net = Titre 2 – Rétrocession médicaments – Produits des médicaments facturés en sus – Produits des DM facturés en sus – Produits issus de la variation des stocks à caractère médical
  - Charges T3 Net = Titre 3 – Produits issus de la variation des stocks à caractère non médical – Autres charges de gestion courante
- Recettes = T2A + DAF + Forfaits annuels + Recettes des consultations externes et urgences + Recettes du Titre 2 dans sa globalité

Benchmark utilisé :
- Pour le CH Emile Durkheim : les CH de Sarreguemines, de Dieppe, des pays de Morlaix et le CH Henri Mondor
- Pour le CH de Remiremont : les CH de Paray-le-Monial, de Chaumont, de St Dié des Vosges, de Saverne et le CHIOV

Plan d'action :

- **Mise en œuvre du plan d'action achat dans le cadre du GHT**
- Thématiques de travail identifiées :
  - Au CHED
    - Sur le titre 2 : petit matériel chirurgical non stérile ; autres dispositifs médicaux ; fournitures pour laboratoire ; produits sanguins ; maintenance biomédicale
    - Sur le titre 3 : affranchissements ; téléphonie ; achat de petit matériel hospitalier ; lingerie ; maintenance informatique
  - Au CH de Remiremont

        - Sur le titre 2 : dispositifs médicaux ; spécialités pharmaceutiques AMM non mentionnés sur liste ; imagerie médicale ; laboratoires
        - Sur le titre 3 : entretien des bâtiments ; autres prestations diverses
    - Sur les 2 établissements ou sur le GHT : transports d'usagers ; fournitures d'atelier ; fournitures informatiques

Un accompagnement des établissements, en cours, permettra d'étayer plus précisément les actions à conduire pour atteindre les gains estimés

REFERENT : Direction générale / Direction des achats

Modalités de calculs :

- Estimation des gains sur les dépenses de titre 2 d'ici 2020 : 162k€ (-1,5%, avec une inflation de 1%)
    - Dont 102k€ au CHED
    - Dont 60k€ au CH de Remiremont
- Estimation des gains sur les dépenses de titre 3 d'ici 2020 : 300k€ (-2,5%, avec une inflation de 1%)
    - Dont 215k€ au CHED
    - Dont 85k€ au CH de Remiremont

Impact financier pluriannuel :

Nature de l'action	Type d'économie	2018	2019	2020	2021	2022
Diminuer les achats T2 au CHED	Impact sur les charges			102K€		
Diminuer les achats T3 au CHED	Impact sur les charges			215K€		
Diminuer les achats T2 au CHRT	Impact sur les charges			60K€		
Diminuer les achats T3 au CHRT	Impact sur les charges			85K€		
Total				462K€	462K€	462K€

3. Optimiser le codage au CHED

Eléments clés du diagnostic :

- Les éléments de diagnostic sur le codage actuel des dossiers, notamment par comparaison avec des établissements similaires montrent que le CHED est déjà plutôt performant en matière de codage.
- Toutefois, le recrutement récent d'un technicien d'information médical (TIM) en CDD pendant un mois a permis de montrer que des gains en matière de recettes supplémentaires étaient encore possibles.
- Les recettes supplémentaires en matière de codage générées grâce à l'intervention du TIM permettent de couvrir son coût d'intervention (extrapolation sur un an des résultats constatés pendant le CDD effectué en 2018) : 83 500 euros de recettes supplémentaires (coût du TIM de 35 000 euros).
- Compte tenu de ces éléments, il est envisagé de pérenniser ce poste et d'investir également dans un logiciel dédié à cet effet (logiciel Complétude).

Plan d'action :

- Achat du logiciel Complétude et pérennisation du poste de TIM dès 2019 (l'acquisition du logiciel pourra être envisagée dans un 2nd temps également sur le CH de Remiremont).

REFERENT : DIM

Modalités de calculs :

- Un gain de recettes supplémentaires de 83 500 euros par an environ
- Un coût du logiciel complétude de 12 680 euros
- Un salaire brut chargé de 35 000€ pour le profil TIM

Impact financier pluriannuel :

Nature de l'action	Type d'économie	2018	2019	2020	2021	2022
Optimiser le codage au CHED	Impact sur les recettes	4K€	31,8K€			
Total		4K€	35,8K€	35,8K€	35,8K€	35,8K€

4. Recouvrer les créances

Eléments clés du diagnostic :

- Les créances irrécouvrables pour l'année 2017 s'établissent à 189 735,6€ pour le CH de Remiremont et 212 878,69€ pour le CH Emile Durkheim.
- Ces montants présentent un important manque à gagner pour les établissements

Plan d'action :

- Réorganisation du bureau des entrées pour affecter un agent administratif à la relance des créanciers des établissements en vue de recouvrir 40% des créances à l'horizon 2021.

REFERENT : DIRECTION DES FINANCES

Modalités de calculs :

- Des gains progressifs entre 2019 et 2021 estimés de la façon suivante : 20% en 2019, 30% en 2020 et 40% en 2021.

Impact financier pluriannuel :

Nature de l'action	Type d'économie	2018	2019	2020	2021	2022
Recouvrir les créances au CHED	Impact sur les recettes		42,6K€	21,3K€	21,3K€	
Recouvrir les créances au CHRT	Impact sur les recettes		37,9K€	19K€	19K€	
Total			80,5K€	120,8K€	161,1K€	161,1K€

5. Valoriser le parc des chambres particulières

Eléments clés du diagnostic :

- **Des recettes de facturation des chambres particulières faibles** par rapport au nombre de chambres particulières des CH d'Epinal et de Remiremont
- **93% de chambres particulières prévues dans le NHE**

Plan d'action :

- **Augmentation du nombre de nuitées/journées facturées en chambre particulière** auprès des mutuelles pour les deux établissements
- **Mise en place de gammes supérieures de prestations** pour les patients non conventionnés avec la mutualité française par le biais de l'offre de conciergerie.

			Proposition tarifaire CP avec service de conciergerie	
		Prix gamme actuelle	Prix gamme 2	Prix gamme 3
EPINAL	MCO	40,00 €	55,00 €	75,00€
	SSR	32,00 €	50,00 €	70,00 €
REMIREMONT	MCO	45,00 €	55,00 €	75,00 €
	SSR	32,00 €	50,00 €	70,00 €
	AMBULATOIRE	23,00 €	28,00 €	48,00 €

- **Suivi par du personnel en réadaptation à l'emploi** (recueil de l'acceptation du patient)

REFERENT : Direction générale / Direction des affaires financières / Direction des soins

Modalités de calculs :

- Recette potentielle estimée de 200 000€ net

Impact financier pluriannuel :

Nature de l'action	Type d'économie	2018	2019	2020	2021	2022
Valoriser les chambres particulières au CHED	Impact sur les recettes			150K€		
Valoriser les chambres particulières au CHRT	Impact sur les recettes		50K€			
Total			50K€	200K€	200K€	200K€

6. Valoriser le parking

Eléments clés du diagnostic :

- **Des parkings gratuits sur les CH d'Epinal et de Remiremont**, malgré des coûts de fonctionnement

Plan d'action :

- **Faire payer le parking de chacun des 2 établissements**

REFERENT : Direction générale / Direction des affaires financières / Direction de l'Ingénierie

Modalités de calculs :

- Hypothèses utilisées :
  - Les patients externes et les visiteurs des patients hospitalisés restent en moyenne 1h30 au sein de l'établissement
    - 190 500 patients externes environ au CHED en 2016 ; 70 000 au CH de Remiremont en 2016
    - Les patients hospitalisés en MCO (29 500 patients environ au CHED en 2016 ; 6 300 patients environ au CH de Remiremont en 2016) reçoivent en moyenne 1,5 visites durant leur séjour
    - Les patients hospitalisés en SSR (1 250 patients environ au CHED en 2016 ; 340 patients environ au CH de Remiremont en 2016) reçoivent en moyenne 2 visites durant leur séjour
    - Les patients hébergés en USLD / EHPAD (320 résidents environ au CHED en 2016 ; 100 résidents environ au CH de Remiremont en 2016) reçoivent en moyenne 1 visite par mois
  - 30% des patients externes et visiteurs utiliseront le parking
  - Une recette moyenne de 1,5€ par heure et par usagers du parking (politique tarifaire à définir pour atteindre l'objectif de 290 000€ de recettes)

- Un gain prévisionnel de :
  - 217 000€ pour le parking du NHE
  - 73 000€ pour le parking du CH de Remiremont
- **Les coûts d'investissement ne sont pas ici mis en balance des gains cumulés.**

Impact financier pluriannuel :

Nature de l'action	Type d'économie	2018	2019	2020	2021	2022
Valoriser le parking au CHED	Impact sur les recettes			217K€		
Valoriser le parking au CHRT	Impact sur les recettes			73K€		
Total				290K€	290K€	290K€

Fonctions Cliniques et Médico Techniques

7. Adapter les effectifs soignants du pôle FME du CH de Remiremont

Eléments clés du diagnostic :

- Activité de néonatalogie : 150 séjours par an, TO de 52% (pour 6 lits)
- Taux d'encadrement d'IDE normé en néonatalogie (1IDE pour 6 lits. Cf. Décret du 9 octobre 1998)
- Service de néonatalogie-éloigné de celui de pédiatrie (70 mètres + 2 portes à digicode)
- Activité de pédiatrie : 1453 séjours en 2017 – TO de 62% (pour 10 lits)
- Activité de la filière : 175 accueils de nourrissons – TO de 30% (pour 4 lits)
- Des effectifs soignants supérieurs au CH de Remiremont (66,22 ETP sur le pôle Femme Mère Enfant) qu'au CHED (55,99 ETP sur le pôle), malgré un service de soins intensifs de néonatalogie au CHED (effectifs normés) :

	CHED			CH Remiremont		
	Nb ETP SF	Nb ETP IDE/PUER	Nb ETP AS/AP	Nb ETP SF	Nb ETP IDE/PUER	Nb ETP AS/AP
bloc obstétrical	5,71		5,85	5,9		7,47
suites de naissances	5,71	2,71	5,7	7,08		9,7
pédiatrie		7,11	5,7		11,84	8,5
néonatalogie		11,7	2,8		8,23	7,5
TOTAL	11,42	21,52	20,05	12,98	20,07	33,17

Cette analyse qui conclut à un de gain de 20.30 ETP SF/IDE/AP/ASH résulte du rapprochement théorique de l'activité du CH de Remiremont à l'application stricte des taux d'encadrement définis par les décrets périnatalité. L'analyse réalisée ne prend pas en compte :

- L'accueil des soins non programmés en pédiatrie ==> 3998 passages pour l'année 2018 liés au déficit de pédiatres en ville, le CH étant souvent le seul recours. Du temps soignant est affecté à l'accueil de ces enfants.
- Le développement de l'HDJ TSLA et prise en charge des enfants et adolescents.
- Les effets seuils des activités. L'activité de néonatologie sur le site mobilise des compétences difficilement mutualisables sur les pics d'activité.
- La configuration de l'implantation des activités qui sont aujourd'hui organisées de manière autonome. Les locaux ne permettent pas aujourd'hui, le rapprochement des activités de pédiatrie/néonatologie ou maternité/néonatalogie sans travaux. Seuls ces travaux permettront la mutualisation des compétences entre les activités et permettront de se rapprocher les affectifs définis dans l'analyse initiale.
- La prise en charge des enfants en chirurgie en hospitalisation complète

De ce fait, ce n'est pas un gain de 20.30 ETP qui peut être escompté mais d'environ 12 postes dans la configuration actuelle des locaux pour prendre en compte la charge de travail que représentent les urgences pédiatriques et l'activité de chirurgie infantile en hospitalisation complète. Cette réorganisation est en cohérence avec l'obligation des effectifs normés et des exigences de qualité et sécurité des soins.

Plan d'action : (dans l'attente des études de faisabilité et de coûts de ces travaux)

- La réorganisation des activités dans la configuration actuelle des locaux : des groupes de travail sont engagés sous l'égide des cadres de pédiatrie et de maternité
- La mutualisation des compétences
- La valorisation de l'HDJ doit être intégrée dans le Tome 2 en affichant le développement d'activité issue de la reconnaissance d'un pôle de compétences TSLA , PEC de l'enfant et de l'adolescent pour le territoire

- Etudier le rapprochement des services pour optimiser les modèles organisationnels et respecter les effectifs normés de néonatalogie.

REFERENT : Direction des soins

Modalités de calculs :

- Un gain de 6 ETP sans modification des locaux pour les services de pédiatrie/HJ/chirurgie infantile, CNP et néonatologie à compter du 01/07/2019.
- Un gain de 6 ETP supplémentaire en 2020 après la réorganisation de la maternité et bloc obstétrical
- Un salaire brut chargé de 50 236€ pour les SF/IDE/AS au CHRT :
  - Un salaire brut chargé de 60 000€ pour les SF au CHRT
  - Un salaire brut chargé de 49 886€ pour les IDE au CHRT
  - Un salaire brut chargé de 40 822€ pour les AP au CHRT

- Coût des travaux de rapprochement en cours de calcul

Etape sans modification des locaux

				Lignes de présence SF/IDE/AS Cible				
Services	**Nbr lits**	**ETPR IDE/AS A**	**Cible actuelle SF/IDE/AS ETP B**	**Jour de semaine**	**Nuit**	**Cible ETP D**	**Delta cible actuelle/Nvelle**	**Delta ETPR / Cible Nvelle**
Maternité/Bloc obstétrical		67,4	13.54	1 SF en 12 heures + 1 AP en 12 heures	1 SF en 12 heures + 1 AP en 12 heures	11.72	Colonne B - D	Colonne A - D
Suite de naissances	20 lits		16.78	1 SF en 12 heures + 1 AS / AP + 1 AP en 12 heures + 1 SF en 7h30 du lundi au vendredi	1 SF en 12 heures + 1 AP en 12 heures	15.77		
Consultations sage femmes			1.81	1 SF en 9 heures de lundi au vendredi+1 SF en 9 heures le Vendredi		1,81		
Pédiatrie (10 lits de pédiatrie+ 3 lits chir pédiatrie+ 3 HDJ pédiatrie)	16		20,34	2 IDE en 12 heures	1 IDE en 12 heures	8,69		
				1 AP en 12 heures Mutualisée Pédiatrie – urgences – HDJ -	1 AP en 12 heures	5.86		
Néonatalogie+ 4 nourrissons	6 Lits		15,73	2IDE en 12 heures	1 IDE en 12 heures 1 Ap en 12 heures	11.726		
Santé du pays MAD				1 IDE en 7H30 tous les mercredis				
Total	42	67,4	68,03	MAD		55.67	-12.36	-12.36

Impact financier pluriannuel :

Nature de l'action	Type d'économie	2018	2019	2020	2021	2022
Adapter les effectifs FME au CHRT	Impact sur les charges		144K€	350K€	216K€	
Total			144€	464K€	710k€	710K€

8. Ajuster le dimensionnement du SMUR du CHED

Eléments clés du diagnostic :

- Au CHED, des effectifs d'urgentistes réduits (14,2 ETP au SAMU-SMUR-SAU-UHTCD au 01/09/2017, hors internes, contre 21 ETP théoriques), n'ayant pas permis de maintenir les 2 lignes de SMUR H24 en 2018 (1,5 ligne de SMUR ouverte dans les faits, en adéquation avec le financement alloué à l'établissement (1,5 lignes)
- Au total, 2 226 sorties SMUR en 2017 au CHED (source est-rescue, panorama des urgences 2017), représentant une moyenne de 6 sorties par jour
- Pour ce volume d'intervention annuel, une cible de 12 ETP IDE et conducteurs ambulanciers au SMUR (Source : référentiel Samu-Urgences de France) est préconisée.
- L'effectif non médical du service des urgences du CHED est mutualisé entre l'activité d'accueil des urgences et le SMUR. Seuls les conducteurs ambulanciers sont spécifiques au SMUR. . L'effectif actuel est de 11,60 ETP. La réduction de l'amplitude horaire du second SMUR permet de réduire l'effectif ambulancier de 3 ETP.

Plan d'action :

- Maintien et consolidation d'une ligne de SMUR H 24 et une ligne de jour au CHED
- Ajustement des effectifs non médicaux spécifiquement affectés au SMUR en conséquence,
  - Soit un gain de 3 ETP ambulanciers (Départs naturels - retraite ou reclassement)
- Réaliser au premier semestre 2019 une étude médico-économique sur l'internalisation de certains transferts aujourd'hui sous-traités au vu de l'impact de l'évolution réglementaire (Transfert à la charge du centre hospitalier). Cette perspective permettrait le maintien des postes d'ambulanciers alors couverts par l'économie sur l'externalisation de l'activité.

REFERENT : Direction des soins / Direction des affaires médicales

Modalités de calculs :

- Gain de 3 ETP ambulanciers pour atteindre la cible de 8,7 ETP d'effectifs non médicaux affectés à une ligne SMUR en 12H
- Coût salarial moyen des ambulanciers (salaire brut chargé) : 42 917€

Impact financier pluriannuel :

Nature de l'action	Type d'économie	2018	2019	2020	2021	2022
Ajuster le dimensionnement du SMUR au CHED	Impact sur les charges		49,30K€	79,40K€		
Total			49,30K€	128,70K€	128,70K€	128,7K€

9. Améliorer l'efficience des PUI

Eléments clés du diagnostic :

- L'hétérogénéité des prestations, services rendus et organisations ne permet pas la comparaison des activités des 2 PUI en « nombre de lits / ETP », même en prenant en compte les différents types d'hospitalisation (lits MCO, EHPAD…).
- Au CH de Remiremont, une équipe de :
  - 5,8 ETP pharmaciens (dont 0,7 ETP sur la stérilisation et 0,3 sur la CPC),
  - 11 ETP préparateurs en pharmacie (dont 0,3 sur la CPC), et (1 rendu par le bloc lors de sa création)
- Au CH d'Epinal, une équipe de :
  - 6 ETP pharmaciens
  - 15 ETP préparateurs
- Au CH de Remiremont, un départ de la cheffe de service fin 2018, occasion de repenser la gouvernance des PUI des 2 sites
- Au CH de Remiremont, 100% de prescription informatisée, 100% d'analyse pharmaceutique et 100% de dispensation journalière individuelle et nominative

Plan d'action :

- Amélioration de la productivité des 2 PUI par réorganisation interne,
- Centralisation des activités d'URC à effectif constant sur le CHED
- Répartition des commandes selon les spécificités des 2 établissements,
- Mutualiser les astreintes une fois les référentiels et les outils mis en commun
- Optimiser les dépenses d'achats au titre 2 par la PUI du CHED sur des thèmes de travail non identifiés sur la fiche-action n°2 « Diminuer les dépenses d'achat » (PUI du CHED non concernée par ces actions)
  - Augmenter la part d'utilisation de biosimilaires sur les 2 établissements
  - Optimiser la gestion des fluides médicaux au CHED
  - Optimiser la gestion du parc de matelas thérapeutiques au CHED

REFERENT : Direction générale

Modalités de calculs :

- Un gain de 1 ETP de pharmacien par poste gelé (salaire brut chargé de 100 000€ environ)
- Un salaire brut chargé de 45 000€ environ pour les préparateurs en pharmacie
- Etude des prix et organisation actuels / projection
  - Gaz médicaux : 100 K€ par an
  - Biosimilaires : 100 K€ de recettes EMI par an sur 3 lignes de médicaments au CHED et 20k€ au CHRT Avec le marché du groupement Régional
  - Optimisation de la gestion du Parc de matelas thérapeutique : 200 K€ par an sur le modèle de la gestion par la CPC animée par la PUI du CHRT

Impact financier pluriannuel :

Nature de l'action	Type d'économie	2018	2019	2020	2021	2022
Améliorer l'achat des biosimilaires au CHED avec le groupement régional	Impact sur les charges		50k€	100k€		
Nouveau marché des biosimilaires au CHRT	Impact sur les charges		10k€	20k€		
Améliorer les dépenses de fluides médicaux et frais associés au CHED	Impact sur les charges			50k€	50k€	
Améliorer la gestion des matelas thérapeutiques au CHED	Impact sur les charges		50k€	100k€	50k€	
Améliorer l'efficience de la PUI au CHRT	Impact sur les charges		100K€			
Mutualisation des astreintes de PUI	Impact sur les charges				30k€	
Total			210K€	270K€	610K€	610K€

10. Développer l'activité d'imagerie

Eléments clés du diagnostic :

- Depuis avril/mai 2016, des plages externes d'IRM sont ouvertes au CH de Remiremont le samedi matin (entre 8h et 12h), permettant un gain financier mais également une meilleure accessibilité du public externe aux équipements de l'hôpital et une meilleure utilisation des machines. Cependant, cette ouverture de plages le samedi matin n'a concerné que 27 samedis par an en 2017 ;
- Au CH Emile Durkheim, pas d'organisation similaire mise en œuvre.

Plan d'action :

- Optimiser les plages existantes et ouvrir des plages externes d'IRM le samedi matin au CH Emile Durkheim
- Optimiser les plages existantes et ouvrir des plages externes d'IRM le samedi matin au CH de Remiremont de façon plus fréquente

REFERENT : Direction générale / Direction des affaires médicales / Direction des soins

Modalités de calculs :

- Au CH de Remiremont, une recette de 60 449€ en 2017, sur 27 samedis matin, soit un potentiel de 107 465€ sur 48 samedis matins,
- Un coût en ressource non médicale d'environ 150€ par samedi au CH de Remiremont (4h de travail d'un manipulateur radio et 4h de travail d'un secrétaire médical, payés en heures supplémentaires), soit 7 200€ de coût pour 48 samedis matins,
- Un coût en ressource médicale d'environ 200€ pour 4h, soit 4 200€ pour 21 samedis par an pour les 2 établissements. Sur les 27 samedis sur lesquels des plages sont ouvertes au CH de Remiremont, pas de coût de ressource médicale supplémentaire à prévoir, grâce à la possibilité de télé-interprétation entre les 2 établissements,
- In fine, un gain de 139 931€ :
  - 98 165€au CHED (107 465 – 48*150 – 21*200/2),
  - 41 766€au CH de Remiremont (107 465 – 60 449 – 21*150– 21*200/2).

Impact financier pluriannuel :

Nature de l'action	Type d'économie	2018	2019	2020	2021	2022
Développer l'activité d'imagerie au CHED	Impact sur les charges		98,2K€			
Développer l'activité d'imagerie au CHRT	Impact sur les charges		41,8K€			
Total			140K€	140K€	140K€	140K€

11. Développer l'activité du laboratoire

Eléments clés du diagnostic :

- Des établissements, les CH du Val du Madon et de la Haute Vallée de la Moselle, actuellement en direction par intérim avec les CH d'Epinal et Remiremont, font actuellement appel au privé pour l'analyse de leurs B.

Plan d'action :

- Internaliser les B du CH du Val du Madon, qui sont aujourd'hui envoyés dans un laboratoire privé au sein du laboratoire du CH d'Epinal,
- Internaliser les B du CH de la Haute Vallée de la Moselle, qui sont aujourd'hui envoyés dans un laboratoire privé au sein du laboratoire du CH de Remiremont,
- Internaliser les B des EHPAD dépendants du CHED.

REFERENT : Direction générale

Modalités de calculs :

- En 2017, 102 845 B du SSR du CH du Val du Madon (37 lits de SSR) sont envoyé au laboratoire Atoutbio de Lorraine de Mirecourt, pour 27 806€,
- Hypothèse d'un coût inférieur au CH de la Haute Vallée de la Moselle, qui dispose de 18 lits de SSR,
- In fine, une enveloppe de gain estimée à 40 000€.

Impact financier pluriannuel :

Nature de l'action	Type d'économie	2018	2019	2020	2021	2022
Développer l'activité du laboratoire au CHED	Impact sur les charges			27,8K€		
Développer l'activité du laboratoire au CHRT	Impact sur les charges			12,2K€		
Total				40K€	40K€	40K€

12. Favoriser le retour à l'emploi des agents en Congé Longue Maladie et en Longue Durée

Eléments clés du diagnostic :

- **De nombreux agents en arrêt long sur les 2 établissements**
  - 23 ETP en congé longue maladie (CLM) ou congé longue durée (CLD) en septembre 2018 au CHED,
  - 6 ETP dans l'UF "AS détachées" (aides-soignantes en réadaptation ou accompagnement avant retour à l'emploi) au CHED, qui participent aux soins dans les services,
  - 10 ETP en congé longue maladie (CLM) ou congé longue durée (CLD) en septembre 2018 au CH de Remiremont.

Plan d'action :

- **Obtenir le retour à l'emploi** (par reconversion ou autre disposition) **de deux agents par an en CLM/CLD au CHED et d'un agent par an sur le CH de Remiremont entre 2019 et 2021**

REFERENT : Direction des soins / Direction des ressources humaines

Modalités de calculs :

- Gain de 9 ETP en 3 ans, soit 3 ETP par an (non remplacement de postes vacants ou sortie des effectifs rémunérés) :
  - 3 ETP au CH de Remiremont en 3 ans, soit 1 ETP par an
  - 6 ETP au CHED en 3 ans, soit 2 ETP par an
- Salaire moyen brut chargé du personnel concerné au CHED (IDE/AS/ASH) : 42 917K€
  - Un salaire brut chargé de 51 044€ pour les IDE au CHED
  - Un salaire brut chargé de 42 849€ pour les AS au CHED
  - Un salaire brut chargé de 34 857€ pour les ASH au CHED
- Salaire moyen brut chargé du personnel concerné au CHRT (IDE/AS/ASH) : 41 645K€
  - Un salaire brut chargé de 49 886€ pour les IDE au CHRT
  - Un salaire brut chargé de 40 822€ pour les AS au CHRT
  - Un salaire brut chargé de 34 227€ pour les ASH au CHRT
  - Réduire le nombre des agents en Congé Longue Maladie et en Longue Durée

Impact financier pluriannuel :

Nature de l'action	Type d'économie	2018	2019	2020	2021	2022
Favoriser le retour à l'emploi des agents des agents en Congé Longue Maladie et en Longue Durée	Impact sur les charges		85,8K€	85,8K€	85,8K€	
Favoriser le retour à l'emploi des agents des agents en Congé Longue Maladie et en Longue Durée	Impact sur les charges		41,6K€	41,6K€	41,6K€	
Total			127,5K€	255K€	382.4K€	382.4K€

Fonctions logistiques et de soutien

13. Externaliser le bionettoyage, hors service de soins

Eléments clés du diagnostic :

- Des équipes à hauteur de 14,89 ETP sur le plateau de la Justice du CHED, 13,09 ETP sur Golbey et 13,1 ETP au CH de Remiremont

Plan d'action :

- Externaliser le bionettoyage, hors services de soins, des CH d'Epinal (plateau de la justice et Golbey) et de Remiremont

REFERENT : Direction des soins / Direction des ressources humaines

Modalités de calculs :

- Un gain de 27,98 ETP au CHED à horizon 2020, avec un coût moyen annuel de 37 000€
- Un gain de 13 ETP au CH de Remiremont, avec un coût moyen annuel de 33 000€
- Une diminution du coût des produits d'entretien d'un tiers (le prestataire fournit les produits)
  - Un gain de 97 667€ au CHED
  - Un gain de 33 567€au CH de Remiremont
- Un coût de la sous-traitance estimé à 1 064 376€
  - Un coût de 489 298€ au plateau de justice du CHED (devis fournisseur, pour 16 300m2)
  - Un coût de 304 956€ sur Golbey (pour 10 160 m2, aux mêmes tarifs par m2 que le plateau de justice)
  - Un coût de 330 278€ au CH de Remiremont (devis fournisseur, pour 13 000m2)

Une marge d'incertitude existe au regard des surfaces et ETP annoncés. Les chiffres seront affinés lors des études et viendront le cas échéant modifier le gain attendu.

Impact financier pluriannuel :

Nature de l'action	Type d'économie	2018	2019	2020	2021	2022
Externaliser le bio nettoyage au CHED	Impact sur les charges		74K€	264,7K€		
Externaliser le bio nettoyage au CHRT	Impact sur les charges			132,6K€		
Total			74K€	471,3K€	471,3K€	471,3K€

14. Optimiser l'équipe de direction

Eléments clés du diagnostic :

- **Une équipe de direction importante**, avec près de 12 ETP de directeurs, 9 ETP d'ingénieurs, 11 ETP d'attachés et 18 ETP d'adjoints aux cadres ou d'adjoints administratifs, ainsi que 87 autres ETP d'encadrements. In fine, plus de 136 ETP de catégorie A et B et de faisant fonction d'encadrants.
- En particulier, un nombre important de directeurs par rapport à la taille de l'établissement : sur les 2 établissements (direction commune CHED et CHRT), un ratio de 60 lits (hors USLD et EHPAD) par directeur, contre 76 lits par directeur au CH Sud Francilien et 89 lits par directeur au Hôpitaux civils de Colmar par exemple.
- **Une opportunité d'optimiser l'équipe de direction** avec le rapprochement des deux établissements

Plan d'action :

- Favoriser la mutualisation des fonctions en bi-site.
- Optimiser les directions adjointes

REFERENT : Direction générale

Modalités de calculs :

- Un gain de 2 ETP sur les directeurs (salaire brut chargé de 100 000€) à partir de 2020,
- Un gain de 1 ETP sur les ingénieurs (salaire brut chargé de 60 000€) à partir de 2021,
- Un gain de 1 ETP sur les attachés (salaire brut chargé de 60 000€) par glissement du poste direction DAF à partir de la mi-2018,
- Un gain de 1 ETP sur les attachés (salaire brut chargé de 60 000€) (non remplacement départ services éco).

Impact financier pluriannuel :

Nature de l'action	Type d'économie	2018	2019	2020	2021	2022
Optimiser l'équipe de direction commune CHED et CHRT	Impact sur les charges	30K€	30K€	260K€	60K€	
Total		30K€	60K€	320K€	380K€	380K€

15. Optimiser les équipes d'archives

Eléments clés du diagnostic :

- Une équipe d'archive de 4 agents au CHED et de 6 agents au CHRT (en 2017),
- **Un nombre de mouvements de dossiers papiers stable entre 2012 et 2016 au CHED, puis en baisse en 2017** (250 mouvements – entrées ou sorties – de dossiers par jour ouvrable en 2017, contre 277 en 2016),
- **Des travaux engagés pour numériser les dossiers papiers et limiter les sorties de dossiers papiers**, sur certains services pour l'instant,
- Une équipe de numérisation au CHED qui doit accompagner la montée en puissance du numérique (4 agents en reclassement professionnel).

Plan d'action :

- D'ici à 3 ans, **diviser par deux le nombre des mouvements d'entrées et de sorties des archives papier** (numérisation des dossiers)

REFERENT : Direction générale / Médecin DIM

Modalités de calculs :

- Un gain de 1,5 ETP sur le CHED
- Un gain de 2 ETP sur le CH de Remiremont
- Un salaire brut chargé de 38 132€ pour les agents des archives au CHED
- Un salaire brut chargé de 38 132€ pour les agents des archives au CHRT

Impact financier pluriannuel :

Nature de l'action	Type d'économie	2018	2019	2020	2021	2022
Optimiser l'équipe d'archive au CHED	Impact sur les charges				57,2K€	
Optimiser l'équipe d'archive au CHRT	Impact sur les charges	38,15			38,15K€	
Total		38,15K€	38,15K€	38,15K€	133,5K€	133,5K€

16. Optimiser les équipes logistiques du CHED

Eléments clés du diagnostic :

- **Une répartition des tâches insuffisamment efficiente au sein des équipes logistiques du CHED** ;
- **Des horaires hétérogènes entre les agents et entre les jours travaillés** au sein de l'équipe de Convoyage de Golbey, induisant une organisation non efficiente du travail.

Plan d'action :

- **Réorganisation des fiches de tâches des équipes logistiques au CHED** (plateau de la Justice)
- **Non renouvellement de postes à la suite de départs**
- **Réorganisation des maquettes horaires des agents de l'équipe de convoyage de Golbey** à horizon 2020

REFERENT : Direction de la logistique / Direction des ressources humaines

Modalités de calculs :

- **Gain de 2 ETP**
- **Salaire brut chargé moyen : 35 000€**

Impact financier pluriannuel :

Nature de l'action	Type d'économie	2018	2019	2020	2021	2022
Optimiser les équipes logistiques au CHED	Impact sur les charges	13,1K€	39,4K€	17,5K€		
Total		13,1K€	52,5K€	70K€	70K€	70K€

17. Optimiser les secrétariats de direction

Eléments clés du diagnostic :

- **Une équipe de secrétaires de direction étoffée** : 11 secrétaires de direction pour 10 directions communes aux 2 établissements,
- **Des directions bi-sites avec des secrétariats sur chaque site** : notamment la direction de l'ingénierie.

Plan d'action :

- **Optimiser les secrétariats de la direction générale et des directions adjointes,**
- **Mutualiser les secrétariats entre plusieurs directions adjointes,**
- **Favoriser la mise en place de secrétariat bi-site**

REFERENT : Direction générale

Modalités de calculs :

- Un gain de 1 ETP sur la direction de la qualité et de la gestion des risques au CHED :
  - Un salaire brut chargé de 37 370€ pour le poste de secrétaire assistante qualité et gestion des risques non renouvelé
- Un gain de 1 ETP sur les secrétariats de la direction générale
- Un gain de 1 ETP sur les chargées de communication

Impact financier pluriannuel :

Nature de l'action	Type d'économie	2018	2019	2020	2021	2022
Optimiser les secrétariats de direction au CHED	Impact sur les charges	18,7K€	18,7K€	75K€		
Optimiser les secrétariats de direction au CHRT	Impact sur les charges			15K€		
Total		18,7K€	37,4K€	127,4K€	127,4K€	127,4K€

18. Réorganiser la fonction Restauration

Eléments clés du diagnostic :

- **Au CH Emile Durkheim :**
  - Une production de 560 000 repas environ en 2017,
  - Une cuisine récente, ouverte en 2014, issue de la fusion des cuisines d'Epinal et de Golbey,
  - Un coût du repas en baisse, grâce à un important travail d'optimisation du fonctionnement de la cuisine ces dernières années :
    - Réduction des dépenses alimentaires
    - Baisse des effectifs de 4,6 ETP entre 2015 et 2017
    - Intégration en novembre 2017 d'un client extérieur, soit environ 53 000 repas et 120 000 euros facturés par an, à effectifs et équipements constants,
  - Un coût du repas (5,2€ par repas en 2017) de 8% supérieur à celui du CH de Remiremont, en raison de charges d'amortissement nettement supérieures (investissements récents). Si les charges d'amortissement représentaient au CHED le même poids dans la totalité des dépenses que sur la cuisine de Remiremont (1,1% des dépenses au CH de Remiremont en 2017, contre 9,4% au CHED), le coût du repas serait identique à celui du CH de Remiremont (4,8€ par repas en 2017).
  - Une productivité satisfaisante, de 15 700 repas par ETP par an en 2017, et qui va augmenter grâce à l'intégration du nouveau client fin 2017.

- **Au CH de Remiremont :**
  - Une production de 320 000 repas environ en 2017,
  - Une cuisine ancienne mais fonctionnelle (pas d'investissement important à prévoir à court ou moyen terme selon les récents rapports d'inspection des services vétérinaires),
  - Des effectifs stables ces dernières années, et une perte de clients extérieurs,
  - Une productivité de 14 500 repas par ETP par an en 2017, qui peut être améliorée.

- Sur les 2 établissements, **une perspective de baisse du nombre des repas** servis quotidiennement par la réduction des durées moyennes de séjours et le virage ambulatoire.

Plan d'action *basé sur les rencontres de concertation* :

- **Amélioration de l'efficience de chaque cuisine** : optimisation des organisations. **Gain de 1,5 ETP :**
  - CH Emile Durkheim : non remplacement d'un départ en 2018 (0,5 ETP)
  - CH de Remiremont : non remplacement d'un départ en 2018 (1 ETP)
- **Modification du régime horaire actuel** : réduction du temps de travail journalier de 7h30 aujourd'hui (induisant 15 jours de RTT par agent et par an) à 7h, sans augmenter le nombre d'agents présents par jour en cuisine grâce à une révision des organisations quotidiennes. **Gain de 3,8 ETP**
  - CH Emile Durkheim : gain de 0,8 ETP en 2019 et de 1,5 ETP en 2020
  - CH de Remiremont : gain de 0,5 ETP en 2019 et de 1 ETP en 2020
  - Une autre modification à l'étude est une modification des horaires de certains postes afin de concentrer, par exemple sur le site du CHED, la production sur 4 jours par semaine.
- **Recherche de clients extérieurs** : organisation d'une veille sur les marchés arrivant à échéance dans les collectivités publiques alentours qui externalisent déjà cette prestation ; mise en place d'un démarchage des clients potentiels (cuisines collectives publiques du territoire, et notamment les cuisines vieillissantes).
  - Cette action n'a pas été chiffrée, ses résultats dépendant de la volonté d'autres acteurs. Une rencontre avec les responsables de cuisines et un plan d'actions ont été établis début mars 2019. Les courriers de démarchage ainsi que des RDV avec des structures identifiées comme futurs partenaires potentiels sont en cours en mars 2019.
  -

- **Centralisation de la production des 2 cuisines** à l'UCP de Golbey (qui passerait ainsi d'une production de 562 000 repas /an à une production de 882 000 repas /an). La cuisine de Golbey livrera des repas en vrac au CH de Remiremont (1 point de livraison) une fois par jour et l'allotissement des repas aura lieu sur le CH de Remiremont, en conservant l'assiette en porcelaine. **Gain de 4,25 ETP.**
  Compte tenu du bon état des équipements à Remiremont et des investissements conséquents à faire sur Golbey dans cette hypothèse, d'autres pistes sont à l'étude (ex : étude du déport de la production pour les EHPAD de Thaon et Laufromont sur Remiremont).

De plus, un travail est en cours entre les 2 établissements pour harmoniser les méthodes de calcul du nombre et du coût du repas, afin de faciliter les comparaisons et les échanges de bonnes pratiques (travail élargi au GHT des Vosges à partir de mi-avril).

REFERENT : Direction de la logistique/ Direction des ressources humaines

Modalités de calculs :

- Sur l'amélioration de l'efficience de chaque cuisine :
  - CHED : gain de 0,5 ETP à partir de 2018
  - CH de Remiremont : gain de 1 ETP à partir de 2018
- Sur la réduction du temps de travail :
  - Avec un passage de 7h30 à 7h du temps quotidien : gain de 2,3 ETP sur le CHED et de 1,5 ETP sur le CH de Remiremont. Le nombre de jours agents total sur les cuisines reste identique (nombre d'ETP * base horaire annuelle / nombre d'heures travaillées par jour, soit sur le CHED par exemple 34,09*1575/7,5 = 7 159) mais la réduction du temps de travail journalier diminue la masse horaire totale travaillée par les agents de la cuisine ((7 159*7,5) - (7 159*7) = 3 580 heures, soit 2,3 ETP), et donc le nombre d'ETP validé avec l'impact sur les organisations à revoir ? pas redondant avec la première action ?
- Sur la centralisation de la production des cuisines des CH d'Epinal et de Remiremont
  - Un gain net de 4,25 ETP
  - Une croissance des effectifs de la cuisine de Golbey pour absorber la production supplémentaire :
    - +6,25 ETP pour la production (soit 5 postes par jour de production)
    - +2,5 ETP pour l'allotissement du vrac (soit 1,5 postes par jour de production)
  - Une croissance des effectifs de transport de la cuisine de Golbey : environ +1 ETP pour la livraison du CH de Remiremont une fois par jour (nécessaire réflexion sur la mutualisation d'autres fonctions logistiques existantes pour assurer la prestation 365 jours sur 365)
  - Une réduction des effectifs du CH de Remiremont : -14 ETP (maintien de 8 ETP sur les 22 ETP actuels, soit 5 postes en semaine et 3 le week-end, pour gérer notamment l'allotissement des repas, le self et la logistique des chariots)
  - Un camion supplémentaire à prévoir, soit un coût d'environ 18 000€ / an pour la location du camion, et de 3 250€ pour le carburant (1 livraison par jour de semaine, 64 km aller-retour, consommation de 15 litres pour 100 km, 1,3€ par litre d'essence)
  - Des investissements nécessaires estimés à 263 500€, soit environ 24 000€ d'amortissement /an en amortissant sur 25 ans les travaux et sur les 10 ans les équipements

Investissements :	montant TTC estimé
Travaux pour chambre froide 45m2 (33k€ devis + prévoir maçonnerie)	40 000
2 cellules de refroidissement 180 kg	42 000
1 sauteuse à racleur 300 litres	45 000
2 fours gn1/20	44 000
1 blixer + trancheuse jambon	8 000
1 turbo broyeur	5 000
2 échelles four	3 000
1 conditionneuse semi-automatique	15 000
matériel de stockage + manipulation + transport	20 000
1200 cagettes + 300 socles rouleur pour livraison en vrac	40 000
bacs en polycarbonate + couvercles	1 500
TOTAL	**263 500**

- **Au global** (avec un salaire moyen d'un agent de cuisine de 35 000€) :
  - Sur l'amélioration de l'efficience de chaque cuisine : gain de 52 500€
  - Sur la réduction du temps de travail : gain de 133 000€
  - Scénario de mutualisation des cuisines des CH d'Epinal et de Remiremont : gain de 103 500€
  - Surcoût en amortissement : 24 000€ frais financiers

Les modalités de calcul ci-dessus sont pour un recentrage de l'activité sur le site de Golbey. Une étude est en cours sur une répartition de la production sur les deux sites avec comme objectif un gain cumulé de l'action identique.

Impact financier pluriannuel :

Nature de l'action	Type d'économie	2018	2019	2020	2021	2022
Amélioration de l'efficience de la cuisine du CHED	Impact sur les charges	17,5K€				
Réduction du temps de travail au CHED	Impact sur les charges		28K€	52,5K€		
Centralisation de la production sur Golbey, impact pour le CHED	Impact sur les charges				-386,5K€	
Amélioration de l'efficience de la cuisine du CHRT	Impact sur les charges	35K€				
Réduction du temps de travail au CHRT	Impact sur les charges		17,5K€	35K€		
Centralisation de la production, impact pour le CHRT	Impact sur les charges				490K€	
Total		52,5K€	98K€	185,5K€	289K€	289K€

19. Réorganiser les équipes standards, accueil et facturation

Eléments clés du diagnostic :

- **Des équipes importantes :**
  - Au CHED : 20,45 ETP. Le calcul du temps de travail théorique du bureau des entrées de l'établissement (à partir d'un benchmark de temps moyen passé par type de dossier et de l'activité de l'établissement) fait apparaitre un gain potentiel de 2 ETP minimum,
  - AU CH de Remiremont : 8,93 ETP. Le calcul du temps de travail théorique du bureau des entrées de l'établissement (à partir d'un benchmark de temps moyen passé par type de dossier et de l'activité de l'établissement) fait apparaitre un gain potentiel de 3 ETP minimum,
  - Benchmark de temps passé par type de dossier ;
- **De nombreux points d'admission au CH de Remiremont, deux points d'admission au CHED ;**
- **Un départ de la responsable du bureau des entrées du CH de Remiremont courant 2018**, occasion de réorganiser l'encadrement des équipes ;

Une utilisation encore insuffisante des NTIC.Plan d'action :

- **Centralisation des admissions** au CH de Remiremont en 2020. Les patients seront reçus à leur entrée dans l'établissement au sein d'un bureau unique des admissions, au lieu d'aller directement dans les services et d'être reçus par des agents du service (agent d'admission ou secrétaire médical). Les agents des admissions seront regroupés et pourront ainsi développer une gestion du temps plus adéquate (travail d'accueil vs de gestion des dossiers par demi-journée par exemple)
- **Mutualisation des bureaux des entrées** à l'ouverture du NHE. Tous les patients passeront par le même bureau des entrées dans le NHE
- **Réorganisation de l'encadrement en bi-site**
- **Dématérialisation et utilisation des NTIC** (projet simphonie ROC) au CHED en 2020. Ce projet ne peut pas débuter à ce jour car interface entre logiciel AGFA et plate-forme SIMPHONIE. AGFA a été sollicité pour étudier ce problème. Une réponse est attendue pour le 2nd semestre 2019,
- **Départs naturels** (départs en retraite ou reclassement).

REFERENT : Direction des affaires financières / Direction des ressources humaines

Modalités de calculs :

- Gain de 9 ETP (3 ETP au CH de Remiremont - 6 ETP au CHED)
- Un agent non remplacé au CHED en 2019 : gain de 77 000€
- Pour le reste des agents : un salaire brut chargé de 35 000€ en moyenne

Impact financier pluriannuel :

Nature de l'action	Type d'économie	2018	2019	2020	2021	2022
Réorganiser le bureau des entrées au CHED	Impact sur les charges		77K€	175K€		
Réorganiser le bureau des entrées au CHRT	Impact sur les charges			105K€		
Total			77K€	357K€	357K€	357K€

20. Réorganiser les secrétariats médicaux du CHED

Eléments clés du diagnostic :

- 72 ETP secrétaires médicales au sein du CHED en 2018,
- Des secrétariats éclatés entre les services, avec des mutualisations prévues dans le NHE,
- Un travail de frappe important en raison de la taille et de la diversité des comptes rendus, ainsi que de la difficulté à isoler les secrétaires en frappe des sollicitations extérieures,
- Peu d'outils à disposition des secrétaires pour faciliter leur travail (dictée numérique, reconnaissance vocale ...),
- Une gestion des dossiers très chronophage (pas de dossiers médicaux numérisés, des informations accessibles en ligne sorties en papier quand même ...),
- Ce qui conduit à une productivité des secrétaires médicales du CH Emile Durkheim de 1/3 inférieure à celle des secrétaires du CH de Remiremont (en unité d'œuvre par ETP ; en considérant 1 UO pour un dossier de consultation et 1,3 UO pour un dossier d'hospitalisation),
- Une meilleure organisation de la frappe des comptes rendus et de la gestion des dossiers à trouver, en lien avec les médecins, pour réduire le temps de secrétariat. Ce travail pourra s'effectuer dans le cadre du collège d'information médicale mis en place en avril 2018 au CHED,
- Un objectif du zéro papier au NHE, à anticiper.

Plan d'action :

Ci-dessous la feuille de route de réorganisation des secrétariats médicaux, dont les items en gras sont chiffrés pour le Plan performance, les autres actions permettant des gains qualitatifs ou permettant d'anticiper le déménagement au NHE

- Réduire la charge de travail liée à la gestion des dossiers :
  - **Ne plus imprimer et archiver les pièces des dossiers disponibles sur le logiciel Orbis** : compte rendu opératoire, d'hospitalisation, de consultation ...
  - **Etudier avec les praticiens la possibilité de ne plus ressortir les dossiers de consultation avant chaque consultation** (accès par les praticiens à Orbis en direct lors de la consultation), en chirurgie et en pédiatrie dans un 1er temps (en fonction des spécialités). Action déjà en partie réalisée en allergologie-dermatologie
  - **Mettre en œuvre systématiquement la procédure de correction et signature des comptes rendu par les médecins directement sur le logiciel Orbis**
  - En allergologie-dermatologie, archiver directement les courriers signés dans Orbis (aujourd'hui imprimés puis numérisés)
  - Etudier la possibilité de faire un dossier unique par service, en particulier en cardiologie
  - *À terme* : utiliser le DPI (plus de dossier papier au NHE) et numériser le vrac au fil de l'eau
  - *Lorsque les effectifs des archives le permettront* : faire apporter les dossiers depuis les archives jusque dans les secrétariats, au lieu de jusque dans un local tampon (le travail des archives en lien avec les dossiers patients va diminuer, permettant cette évolution)

- Optimiser l'organisation de la frappe :
  - **Travailler des comptes rendus types, harmonisés, moins longs**, en chirurgie et en pédiatrie dans un 1ertemps
  - Mettre en œuvre la dictée numérique, d'ici fin 2018 (projet en cours, mis en œuvre sur St Jean uniquement actuellement)

- Améliorer l'accès aux consultations / examens externes :
  - Etendre les possibilités de prise de rendez-vous en ligne : par exemple en gynécologie, tabacologie, CLAT ...

- Mutualiser les secrétariats :
  - *À court terme* : **centraliser la frappe des secrétariats de neurologie/rhumatologie et de cardiologie/USIC/réadaptation cardiaque/angiologie**, en prévision du NHE
  - *Au NHE* : **mutualiser les secrétariats :**
    - Mutualisation de l'accueil par étage ou par aile d'hospitalisation
    - Création d'un centre de frappe mutualisé pour tous les services
    - Mise en place d'un accueil téléphonique centralisé par filière, avec une plage horaire étendue (8h-18h)

REFERENT : Direction générale / Responsable des secrétariats médicaux

Modalités de calculs :

- **Sur la gestion des dossiers** (environ 1/3 du temps de secrétariat au global consult/hospit) : **un gain de 3,9 ETP**
  - **Avec la fin de l'impression et de l'archivage des pièces disponible sur Orbis :** gain de temps de 10% sur la gestion de dossier, soit **un gain de 2,4 ETP** environ (0,33*0,10*72ETP = 2,4 ETP)
    - Dès 2018 : 0,8 ETP dédié à la gestion de dossier en gynécologie non remplacé suite à un départ en retraite (évaluation en cours pour les besoins en période de congé annuel)
  - **Avec la fin de la sortie des dossiers de consultation avant chaque consultation : un gain de 1 ETP** en chirurgie à minima, cet ETP étant uniquement dédié à cette tâche
  - **Avec la mise en œuvre systématique de la procédure de correction et signature des comptes rendus** : possibilité de réduire drastiquement l'intervention du pool auprès du secrétariat de médecine / diabétologie, soit **un gain de 0,5 ETP** environ (0,7 ETP dans le pool)

- **Sur la frappe** (environ 1/3 du temps de secrétariat au global consult/hospit), **avec le travail sur les comptes rendus type : un gain de 3,4 ETP**
  - *D'ici 2019* : possibilité de diminuer de moitié le temps de frappe d'un compte rendu d'hospitalisation/de consultation de chirurgie, d'aujourd'hui 15 minutes environ, soit **un gain d'environ 0,8ETP** (7,5minutes * 16 810 hospit/consult de chirurgie/anesthésie = 126 075 minutes = 1 201 heures = 0,8 ETP)
  - *D'ici 2020* : possibilité de diminuer le temps de frappe de l'ensemble des secrétariats de 15%, soit **un gain d'environ 3,4 ETP** (0,15*0,33*68 ETP qui réalisent de la frappe)

- **Sur la mutualisation des secrétariats : un gain de 3,5 ETP**
  - *D'ici 2019* : **centralisation de la frappe des secrétariats de neurologie/rhumatologie et de cardiologie/USIC/réadaptation cardiaque/angiologie : un gain estimé de 0,5 ETP** (7,05 secrétaires sur les 2 secrétariats, dont environ 1/3 pour la frappe, soit 2,35 ETP dédiés à la frappe, sur lesquels un gain de 20% est obtenu grâce à la mutualisation)
  - *D'ici 2020 sur le NHE* : **un gain prévisionnel de 3,5 ETP** (58,5ETP prévus sur le plateau de justice, contre 62ETP aujourd'hui) si les nouveaux outils peuvent être mis en place (dossier informatisé, dictée numérique, prise de rendez-vous par informatique ...)

- **Au global : un gain de 10,8ETP, soit environ 494,6K€** (salaire moyen d'un secrétaire médical au CHED: 45 800€ annuel brut chargé)
  - *En 2018* : un gain de 0,8 ETP, soit 24 k€ (gain sur la gestion des dossiers)
  - *D'ici 2019* : gain de 4,4 ETP, soit 132 k€ (gain sur la gestion des dossiers, diminué du gain déjà réalisé à très court terme, et gains sur la frappe et sur la mutualisation des secrétariats à court terme)
  - *D'ici 2020* : gain de 5,6 ETP supplémentaire, soit 168 k€ (gains sur la frappe et sur la mutualisation des secrétariats, diminués des gains déjà réalisés à court terme)

Impact financier pluriannuel :

Nature de l'action	Type d'économie	2018	2019	2020	2021	2022
Réduire la charge de travail liée à la gestion des dossiers au CHED	Impact sur les charges	36,6K€	142K€			
Optimiser l'organisation de la frappe au CHED	Impact sur les charges		36,6K€	119,1K€		
Mutualiser les secrétariats au CHED	Impact sur les charges		22,9K€	137,4K€		
Total		36,6K€	238,1K€	494,6K€	494,6K€	494,6K€

21. Mettre fin à la mission de l'équipe projet NHE au CHED

Eléments clés du diagnostic :

- Le projet de construction du NHE a nécessité la mise en place d'une équipe projet dédié, composée de 3 personnes (un ingénieur, un cadre de santé supérieur et un agent administratif) pour assurer la réalisation des spécifications, le suivi et le déménagement dans le futur bâtiment.

Plan d'action :

- Dès lors que le déménagement aura eu lieu, il est envisagé de supprimer l'équipe progressivement après mise en service.
- Il conviendra de profiter notamment du départ à la retraite d'un ingénieur.

REFERENT : Direction générale / Direction de l'ingénierie

Modalités de calculs :

- 50% du salaire brut chargé pour le profil de cadre de santé supérieur soit 40 000€
- Un salaire brut chargé de 78 000€ pour le profil ingénieur en fin de carrière
- Un salaire brut chargé de 38 000€ pour le profil agent administratif

Impact financier pluriannuel :

Nature de l'action	Type d'économie	2018	2019	2020	2021	2022
Mettre fin à la mission de l'équipe projet NHE au CHED	Impact sur les charges				156K€	
Total					156K€	156K€

Permanence et continuité des Soins

22. Diminuer le remplacement médical au CH de Remiremont

Eléments clés du diagnostic :

- A la suite du départ de 2 praticiens en 2016, la filière gériatrique du CH de Remiremont a fonctionné avec le recours à des praticiens remplaçants sur l'exercice 2017 et 2018 (330 jours de remplacements en 2017, 245 sur les 9 premiers mois de 2018). Le montant annuel de la dépense liée au remplacement médical pour le service s'élève à 304 K€ annuel.

  Aujourd'hui, deux praticiens pour le SSR et le court séjour gériatrique sont recrutés à partir d'octobre 2018 en qualité de praticien contractuel (cout moyen par poste de 89 K€ annuel).

- Depuis le départ d'un praticien en médecine B en décembre 2017, le service a fonctionné avec le recours d'un praticien remplaçant en moyenne 15 jours par mois et sur les périodes de congés scolaires. 153 jours de remplacement ont été utilisés sur les 9 premiers mois de 2018. Le recrutement d'un praticien contractuel pour le service réduira à compter de novembre 2018 réduira également les charges d'intérim médical.

Plan d'action :

- **Recruter deux praticiens gériatres et 1 PC en médecine B au CH de Remiremont** (à partir d'octobre et novembre 2018)

REFERENT : Direction générale / Direction des affaires médicales

Modalités de calculs :

- Différentiel entre le coût d'un praticien hospitalier et d'un remplaçant : 19k€ – 10k€ = 9k€ de gain par mois et par praticien
- Soit un gain total de 216k€ pour le recrutement des 2 praticiens

Impact financier pluriannuel :

Nature de l'action	Type d'économie	2018	2019	2020	2021	2022
Diminuer le remplacement médical au CHRT	Impact sur les charges		216K€			
Total			216K€	216K€	216K€	216K€