



RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

Union Gestionnaire de la clinique mutualiste Jules Verne (Département de Loire-Atlantique)

Exercices 2016 et suivants

Le présent document, qui a fait l'objet d'une contradiction avec les destinataires concernés,
a été délibéré par la chambre le 10 novembre 2020.

TABLE DES MATIÈRES

SYNTHÈSE	7
RECOMMANDATIONS.....	10
INTRODUCTION.....	11
1 STRUCTURATION JURIDIQUE ET TECHNIQUE	12
1.1 Une clinique porte-drapeau d'un groupe mutualiste fédératif plus qu'intégratif	12
1.1.1 Dès l'origine, une structuration juridique duale pour l'exploitation des autorisations de santé, soit une configuration unique en France.....	12
1.1.2 Depuis 2016, une réorganisation dans le mouvement d'un regroupement des établissements sanitaires mutualistes du grand Ouest au sein de HGO.....	12
1.1.3 Des entités composantes de la clinique qui n'ont plus évolué depuis 2016	14
1.2 Une gouvernance complexe, entre droit mutualiste et droit commercial, en miroir d'un modèle HGO lui aussi ambigu.....	15
1.2.1 Des actes juridiques fondamentaux relevant du code de la mutualité	15
1.2.2 Des organes sociaux qui restent vivants, même si leur rôle décisionnel se restreint d'autant plus que le groupe HGO gagne en maturité.....	16
1.2.3 Une direction totalement commune pour toutes les composantes de la clinique, dans un contexte de compétences HGO de plus en plus prégnantes	17
1.2.4 Une association entre une union mutualiste et une société commerciale contraire aux dispositions du code de la mutualité	17
1.3 Des politiques relatives au système d'information et aux données qui doivent s'affermir.....	18
1.3.1 Un système d'information en pleine transformation depuis 2016	18
1.3.2 La nécessité de sécuriser et d'actualiser les bases de tiers.....	19
1.3.3 La nécessité de renforcer la politique de groupe en matière de risques SI	22
1.3.4 Une politique de protection des données à caractère personnel à mener à bien	24
2 ACTIVITE ET STRATEGIE	29
2.1 Un capacitaire en expansion continue.....	29
2.1.1 Une configuration architecturale originelle du site principal peu optimale, malgré des extensions capacitaires en 2014, 2016 et 2020.....	29
2.1.2 Des autorisations détenues non modifiées par le changement juridique de 2016.....	30
2.1.3 Un taux d'occupation à améliorer nonobstant la progression de l'ambulatoire	30
2.2 Un positionnement incontesté dans l'offre de soins nantaise, à raison d'une stratégie offensive	31
2.2.1 Une stratégie globale conforme aux orientations régionales	31
2.2.2 Des parts de marché globalement affirmées	32
2.2.3 Un pilotage assez fin de l'activité.....	33
2.3 Une activité croissante dans un contexte de bascule vers l'ambulatoire	34
2.3.1 Une chaîne de l'information médico-économique complexifiée par la dualité juridique.....	34
2.3.2 Une activité dynamique, d'abord en raison des prises en charge ambulatoires.....	35
2.3.3 Une clinique soumise à une obligation de permanence des soins	39
2.4 Une démarche bien établie de qualité et sécurité des soins	39

3	RESSOURCES MEDICALES ET NON MEDICALES	40
3.1	Des personnels salariés rattachés au GIE, unique employeur.....	40
3.2	Un renouvellement des outils de gestion à suivre avec attention	41
3.3	Une augmentation globale des effectifs liée au développement des activités	42
3.3.1	Une relative stabilité du volume d'effectifs.....	42
3.3.2	Mais une croissance plus sensible de la masse salariale.....	43
3.3.3	Des conditions de travail moins défavorables qu'ailleurs	44
3.3.4	Un recours exclusif aux praticiens salariés pour l'UG, sur fond de tensions liées aux recrutements et aux rémunérations sur le territoire.....	46
4	PROCESSUS DE GESTION ECONOMIQUE ET FINANCIERE.....	47
4.1	La nécessité d'améliorer le chaîne d'accueil / facturation / recouvrement (AFR)	47
4.1.1	Un processus de facturation dont le départ correspond à la sortie du patient	47
4.1.2	Une clinique plutôt mal positionnée au regard des établissements comparables	47
4.1.3	Un processus de facturation impacté par le changement de logiciel patients.....	48
4.2	Une comptabilité analytique au cœur des processus financiers internes	49
4.2.1	La nécessité d'une comptabilité analytique fine pour répartir les charges au sein d'une clinique entité plurielle	49
4.2.1	Une comparaison avec les données du retraitement comptable et avec ceux de l'étude nationale de coûts de l'ATIH qui montre des décalages	51
4.3	La fiction d'une coexistence de plusieurs entités Jules Verne, source inhérente de risques en termes de conformité aux règles comptables.....	53
4.3.1	Une appréciation des CAC plutôt positive en matière de fiabilité.....	53
4.3.2	Un contrôle de la chambre qui n'a pas relevé d'anomalies significatives	53
4.3.3	Une non consolidation discutable des comptes de l'UG dans le groupe HGO.....	55
4.4	Une prévision budgétaire souvent optimiste, dans un contexte d'un plan de redressement	56
4.4.1	Un suivi budgétaire et financier par l'ARS assez distant dans un contexte de plans de redressement	56
4.4.2	Une qualité de la prévision budgétaire à parfaire	57
4.5	Un contrôle interne qui reste à construire, sans doute à l'échelle du groupe.....	57
5	TRAJECTOIRE FINANCIERE	58
5.1	Deux structures d'exploitation cliniques de plus en plus fragilisées, au moins depuis 2014.....	58
5.1.1	Des spécialités très inégalement génératrices de revenus.....	59
5.1.2	Des charges d'exploitation plus dynamiques que les produits	64
5.1.3	Une structure des coûts qui ne permet pas d'équilibrer l'exploitation	71
5.1.4	Une capacité d'autofinancement durablement fragilisée.....	74
5.2	Une SAS et une UG peu endettées mais pour qui seule l'appartenance à l'univers mutualiste garantit la capacité d'investir dans la durée	75
5.2.1	Une structure bilancielle insatisfaisante à terme.....	75
5.2.2	Emplois : deux entités disposant de biens immobilisés plutôt récents, mais aussi d'un volume significatif d'actif circulant du fait des flux intragroupe	78
5.2.3	Ressources : deux entités cliniques, deux statuts juridiques, deux situations finale ment complémentaires	80
5.2.4	De fortes tensions de trésorerie, surtout pour la SAS	81

5.3 Conclusion : la clinique Jules Verne, un centre de pertes plus que de profits pour HGO et la mutualité	83
ANNEXES	85

Glossaire

ACE : acte et consultation externe	GHM : groupe homogène de malades
AMP : assistance médicale à la procréation	GHPC : groupe homogène de prises en charge
ARS : agence régionale de santé	GHS : groupe homogène de séjours
ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation	GHT : groupement hospitalier de territoire
CA : chiffre d'affaires	HAD : hospitalisation à domicile
CAF : capacité d'autofinancement	HAS : Haute Autorité de santé
CAS : catégorie d'activités de soins	HPST (loi) : Hôpital, patients, santé, territoires
CASF : Code de l'action sociale et des familles	HC : hospitalisation complète
CCAM : classification commune des actes médicaux	HP : hospitalisation partielle
CDD : contrat à durée déterminée	IAS (thème) : infections associées aux soins
CDI : contrat à durée indéterminée	IFAQ : incitation financière à l'amélioration de la qualité
CH : centre hospitalier	IGAS : Inspection générale des affaires sociales
CICE : crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi	IMG : interruption médicale de grossesse Insee : Institut national de la statistique et des études économiques
CIM : classification internationale des maladies	IQSS : indicateur de qualité et de sécurité des soins
CLCC : centre de lutte contre le cancer	IVG : interruption volontaire de grossesse
CMD : catégorie majeure de diagnostic	LFSS : loi de financement de la Sécurité sociale
CMU-C : couverture maladie universelle complémentaire	LPP : liste des produits et prestations
CNAMTS : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés	MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie
CSG : contribution sociale généralisée	MIGAC : mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
CSP : Code de la santé publique	MERRI : mission d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation
DADS : déclaration annuelle de données sociales	ONDAM : objectif national des dépenses d'assurance maladie
DAF : dotation annuelle de financement	ODMCO : objectif national des dépenses de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie
DGFIP : Direction générale des finances publiques	OQN : objectif quantifié national
DGOS : Direction générale de l'offre de soins	ORL : oto-rhino-laryngologie
DIM : département de l'information médicale	PHU : praticien hospitalier universitaire
DMI : dispositif médical implantable	PLFSS : projet de loi de financement de la Sécurité sociale
DMS : durée moyenne de séjour	PMSI : programme de médicalisation des systèmes d'information
EBE : excédent brut d'exploitation	PSPH : participant au service public hospitalier
EBL : établissement à but lucratif	RGME : racines de groupes médico-économiques
EBNL : établissement à but non lucratif	SAE : statistique annuelle des établissements de santé
ETPMR : équivalent temps plein moyen rémunéré	SIREN : système d'identification du répertoire des entreprises
ENC : étude nationale de coûts	SIRET : système d'identification du répertoire des établissements
ES : établissement de santé	SNIIRAM : système national d'information interrégimes d'assurance maladie
ESPIC : établissement de santé privé d'intérêt collectif	SROS : schéma régional d'organisation des soins
FNSAM : Fonds national de solidarité et d'action mutualistes	SRS : schéma régional de santé
Finess : fichier national des établissements sanitaires et sociaux	SSR : soins de suite et de réadaptation
FIR : fonds d'intervention régional	T2A : tarification à l'activité
GCS : groupement de coopération sanitaire	

SYNTHÈSE

- *Le contrôle de la clinique Jules Verne par la chambre en 2019 a porté sur ses trois principales composantes : la société anonyme par action simplifiée clinique (SAS) Jules Verne, l'union gestionnaire (UG) de la clinique mutualiste Jules Verne et le groupement d'intérêt économique (GIE) Jules Verne. Les dispositions du code des juridictions financières prévoyant un rapport d'observations propre à chacune, le lecteur est renvoyé vers eux pour les éléments spécifiques. Cependant, et pour plus de lisibilité, l'imbrication des entités en question a conduit à la formulation d'une synthèse commune.*
- *L'instruction de ces rapports s'est déroulée avant la déclaration de l'état d'urgence sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19. Les possibles incidences de la crise sanitaire sur les comptes et la gestion des différentes entités constituant la clinique Jules Verne n'ont donc pu être prises en compte dans les observations qui suivent.*

Une « clinique Jules Verne », montage unique et complexe d'entités de statut commercial et mutualiste

La clinique Jules Verne, née de la fusion d'anciennes cliniques mutualistes et commerciales en 2004, n'existe paradoxalement pas en tant que personne morale unifiée. Ce nom recouvre en effet quatre entités juridiques. Deux sociétés d'exploitation des autorisations de santé tout d'abord : la première à caractère lucratif, la SAS Jules Verne, la seconde à but non lucratif, l'UG de la clinique mutualiste Jules Verne. Deux groupements entre ces premières sociétés ensuite : le GIE Jules Verne, porteur des charges communes (administratives, loyers, etc.) et employeur de tous les salariés, et le groupement de coopération sanitaire (GCS) du pôle hospitalier mutualiste Jules Verne, porteur de la pharmacie.

La clinique gravite au sein de l'union mutualiste de groupe (UMG) VYV, au travers de sa composante régionale Hospi Grand Ouest, commerciale et mutualiste, qui fédère une dizaine d'autres cliniques de Bretagne et des Pays de la Loire.

La chambre relève que le montage choisi pour la clinique Jules Verne, qui associe une société commerciale et une union mutualiste, n'est pas prévu par les dispositions de l'article L. 320-4 du code de la mutualité.

Cette appartenance à la famille mutualiste ne l'a pas remis en cause depuis lors, malgré la lourdeur et la complexité administrative qu'il génère. *Statu quo* qui tient d'abord au fait qu'en cas d'unification sous la forme d'une entité à but non lucratif, les médecins libéraux en exercice seraient dans l'impossibilité de facturer des actes avec des dépassements d'honoraires.

Une clinique bien ancrée dans l'offre du territoire et engagée dans une démarche de qualité de la prise en charge

La clinique Jules Verne prend en charge chaque année près de 48 000 séjours des patients de court séjour, sur son site principal nantais, en médecine, en chirurgie et en obstétrique, et près de 1 000 de moyen séjour, sur son site de Saint-Sébastien. Dans une région Pays de la Loire en pointe en ce domaine, la clinique a elle aussi bien opéré son basculement vers la chirurgie ambulatoire, surtout pour les spécialités de la SAS.

Au regard des établissements comparables, la clinique Jules Verne est depuis longtemps engagée dans une démarche consciencieuse en matière de qualité et de sécurité de la prise en charge, comme le démontre la certification par la Haute autorité de santé. La mobilisation constante de l'ensemble des acteurs internes dans cette démarche résulte d'un travail important dans l'analyse des processus et les retours d'expérience.

Pour les spécialités majeures qu'elle a choisi de développer, la clinique constitue un acteur incontournable au sein d'un territoire métropolitain nantais dynamique.

Une course à la croissance au bénéfice potentiel de la clinique mais aussi et surtout des acteurs médicaux œuvrant dans ses murs

Bien qu'elle dispose d'ores et déjà de la troisième maternité du territoire en volume d'activité et de capacités importantes, la clinique se prive d'un potentiel de croissance significatif, sachant que plus de 600 demandes d'accouchements sont refusées chaque année.

Hors le secteur naissance, la clinique s'est engagée dans une course à la croissance depuis quelques années, avec une extension de ses locaux de court séjour en 2016 et de nouvelles livraisons en 2020. Sa stratégie est offensive, y compris sur des spécialités comme l'ophtalmologie où elle va se positionner en concurrence frontale avec un autre acteur national installé dans la métropole. Indépendamment du bien-fondé de cette approche à terme, la clinique aura besoin d'une pause après la livraison de l'extension en 2020 pour bien digérer, dans son organisation et ses finances, toutes les conséquences de cette course de fond menée à un rythme éperdu.

Le nombre d'agents salariés de la clinique a peu augmenté entre 2016 et 2018, pour atteindre 817 équivalents temps plein (ETP), à 87 % en contrat à durée indéterminée, parmi lesquels 78 personnels médicaux.

Parallèlement, près d'une centaine de praticiens exercent à titre libéral, après l'arrivée de près d'une dizaine d'ophtalmologues de la clinique Sourdille en 2019, après son rachat par le groupe ELSAN. Les contrats d'exercice libéral sont globalement plutôt favorables aux médecins au regard des résultats de l'enquête 2017 de la Cour des comptes sur les cliniques privées. Aucune clause ne permet ainsi d'endiguer une pratique de dépassements d'honoraires atypique, pour l'heure minoritaire. Les redevances qui sont contractuellement dus à la clinique ne sont plus payées en temps et en heure. *In fine*, alors que la situation financière de la clinique s'est nettement dégradée depuis 2016, celle des médecins libéraux s'est globalement améliorée.

Une situation financière très dégradée, malgré l'appui financier massif de la mutualité mais aussi de l'ARS

La structure des coûts de la clinique est depuis longtemps dégradée. Le déséquilibre de l'exploitation de la clinique n'apparaît par structurellement résulter du contexte tarifaire, quand bien même soit-il de plus en plus tendu. Il est d'abord le fruit d'une volonté d'assurer une prise en charge très qualitative et militante (p. ex. en maternité), malgré les surcoûts associés. Il est par suite le résultat d'un modèle de gestion historiquement généreux, à raison d'un financeur mutualiste toujours présent, ce qui a entraîné une longue inertie dans les mécanismes de correction. Certains héritages n'offrent qu'une faible marge de manœuvre à court terme (i.e. l'immobilier, les surcoûts administratifs de l'éclatement juridique) et agissent comme des amplificateurs de déséquilibre, même s'ils n'en sont pas les sources.

L'évolution du taux d'excédent d'exploitation entre 2016 et 2018 doit être retraité des aides perçues de l'ARS comme de la mutualité pour manifester l'ampleur des difficultés. Si depuis 2016 la capacité d'autofinancement brute (CAF) a été suffisante pour faire face à l'endettement et aux investissements, c'est parce que ces derniers étaient de faible ampleur, la clinique ne portant pas son immobilier. Ce domaine relève en effet de filiales de la Foncière HGO, ce qui a permis à la clinique de bénéficier en ce domaine également de facilités très favorables au regard des retards de loyers qu'elle avait accumulés.

Analysée pour ses deux composantes SAS et UG, la rentabilité de la clinique Jules Verne, qu'elle soit économique ou financière, n'a jamais été au rendez-vous. En effet, les rares améliorations, conjoncturelles ou relevant d'effet optique, ont été et corrélatives d'un ou de plusieurs dispositifs d'accompagnement financier de la mutualité ou d'aides de l'ARS.

La situation financière de la SAS depuis 2016 est critique. En dépit d'un modèle commercial permettant théoriquement de générer un *cash-flow* récurrent, son niveau de rentabilité est resté nul et sa trésorerie négative. Cela aurait été intenable sans apport extérieur. La liquidité de la société n'a été soutenue que par des mécanismes de perfusion directs et indirects du groupe et de la mutualité. Sans la mobilisation forte de cette dernière en fin de période, avec un apport en capital de près de 4,5 M€ en 2018, la société aurait été dissoute.

La situation de l'UG, moins dégradée que celle de la SAS clinique Jules Verne, n'en reste pas moins inquiétante. L'apport de fonds propres dont elle a bénéficié lors de sa création l'avait pourtant préservé d'un tarissement trop rapide de ressources stables, malgré ses déficits répétés. Pourtant, son mode de financement paraît de moins en moins soutenable. Ses capitaux permanents financent en effet non seulement les emplois stables mais aussi une partie de la dette de court terme. L'évolution défavorable de ses fonds de roulement et besoin en fonds de roulement la menace d'une prise en tenaille, avec un effondrement de la trésorerie, désormais négative, en fin de période.

La situation financière du GIE n'est que le résultat de l'imbrication de ces deux membres, SAS et UG, dont les trésoreries se complètent : la seconde est positive quand la première ne l'est pas, ce qui lui confère un rôle essentiel dans la liquidité générale du GIE. Ainsi, la SAS a bénéficié depuis 2017 de facilités infra-annuelles de la part de ce dernier pour les refacturations des personnels, ce qui a impliqué pour le groupement de solliciter par ricochet la trésorerie de l'UG. La chambre en conclue que les financements publics et de Sécurité sociale dont l'UG a bénéficié sur la même période ont par suite contribué à empêcher une entité commerciale de faire défaut.

RECOMMANDATIONS

Recommandation n° 1 : Formaliser un système de management de la sécurité de l'information de la clinique et, sans attendre, prendre toutes mesures nécessaires en la matière, en s'appuyant sur les recommandations du référentiel général de sécurité pris en application du décret n° 2010-112 du 2 février 2010 pris pour l'application des articles 9, 10 et 12 de l'ordonnance n° 2005-1516 du 8 décembre 2005.

Recommandation n° 2 : Formaliser les processus touchant aux informations médicales, en clarifiant le rôle respectif de chaque acteur, au premier chef desquels le département d'information médicale et la direction des systèmes d'information, qui relève du GIE HGO (art. R. 6113-5 du code de la santé publique).

Recommandation n° 3 : Poursuivre la mise en conformité avec les règles de protection des données à caractère personnel (règlement UE 2016/679 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données ; loi modifiée n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés).

Recommandation n° 4 : Effectuer une vérification régulière des données de personnel saisies dans les applicatifs métiers, particulièrement en matière de paie, pour s'assurer de leur qualité, de leur exactitude (doublons, erreurs de matricule) et de la concordance entre chaque base.

Recommandation n° 5 : Renforcer la chaîne d'accueil – facturation – recouvrement, et notamment le suivi des impayés et des rejets, en analysant ces derniers en miroir des montants facturés à l'assurance maladie obligatoire comme à l'assurance maladie complémentaire.

Recommandation n° 6 : Réaliser un inventaire physique.

Recommandation n° 7 : Mettre en place une convention de gestion de trésorerie intragroupe qui prévoit la rémunération des avances.

Recommandation n° 8 : Consolider les comptes de l'UG dans la SAS HGO, pour mieux respecter le principe d'image fidèle et sincère des comptes.

Recommandation n° 9 : Mettre en place des dispositifs de contrôle interne et renforcer le contrôle de gestion.

INTRODUCTION

Compte tenu de l'intrication des trois entités concernées par le contrôle de la clinique Jules Verne (SAS, UG et GIE), la chambre a formulé les observations communes à l'un ou l'autre de ces organismes de manière identique dans chacun de ses trois rapports d'observations.

Le contrôle des comptes et de la gestion de la « clinique Jules Verne » concernant les exercices 2016 et suivants a été inscrit au programme 2019 de la chambre régionale des comptes, au titre de l'enquête nationale de la Cour des comptes et des chambres régionales et territoriales sur les établissements privés de santé.

En l'espèce, la clinique est constituée des entités suivantes : la société par actions simplifiée (SAS) clinique Jules Verne, l'Union gestionnaire (UG) clinique mutualiste Jules Verne, le groupement d'intérêt économique (GIE) Jules Verne et le groupement de coopération sanitaire (GCS) du pôle hospitalier mutualiste Jules Verne.

Par conséquent, ce contrôle a été conduit dans le cadre, d'une part, de l'article L. 211-7 du code des juridictions financières donnant compétence aux chambres régionales des comptes sur les personnes morales de droit privé à caractère sanitaire, social ou médico-social mentionnées à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et à l'article L. 6111-1 du code de la santé publique. Il l'a été, d'autre part, dans le cadre de l'article L. 211-8 du même code pour le contrôle des groupements liant les entités mentionnées aux articles précités.

En l'espèce, l'ouverture du contrôle a été notifiée le 12 juin 2019 au représentant légal de la structure et l'entretien de fin de contrôle s'est tenu le 22 novembre 2019.

Le contrôle a porté sur la structuration juridique de la clinique, son activité et sa stratégie, ses ressources médicales et non médicales, les processus de gestion économique et financière qu'elles a mis en œuvre et sa trajectoire financière depuis 2016.

La chambre a délibéré ses observations provisoires dans sa séance du 4 février 2020.

Le rapport d'observations provisoires (ROP) a été notifié le 26 février 2020 au président de l'Union gestionnaire de la clinique mutualiste Jules Verne.

Une communication administrative a été adressée à l'Agence Régionale de Santé.

L'UG clinique mutualiste JV (UGCM) a répondu dans les délais prévus par les ordonnances n° 2020-427 du 15 avril 2020 et n° 2020-560 du 13 mai 2020. Sa réponse est parvenue à la chambre le 15 juillet 2020, sous le timbre de M. Christophe Bigaud, son président.

1 STRUCTURATION JURIDIQUE ET TECHNIQUE

1.1 Une clinique porte-drapeau d'un groupe mutualiste fédératif plus qu'intégratif

1.1.1 Dès l'origine, une structuration juridique duale pour l'exploitation des autorisations de santé, soit une configuration unique en France

La clinique Jules Verne, ouverte depuis juin 2004, a été inaugurée officiellement en mai 2005. Située à l'est de Nantes, elle a été constituée sous l'impulsion de l'ARH pour regrouper les activités de quatre cliniques : deux mutualistes participant au service public hospitalier (PSPH : Mellinet et Saint-Sébastien) et deux conventionnées (la Haute-Forêt et l'Espérance). Dès l'origine, l'établissement à but non lucratif (EBNL), participant au service public hospitalier (PSPH), a été ancré dans l'univers mutualiste sous la forme d'une union des réalisations (UR, commune à la clinique de Saint-Nazaire), tandis que l'établissement à but lucratif (EBL) portant les activités des médecins libéraux a été constitué sous la forme d'une société par actions simplifiées (SAS).

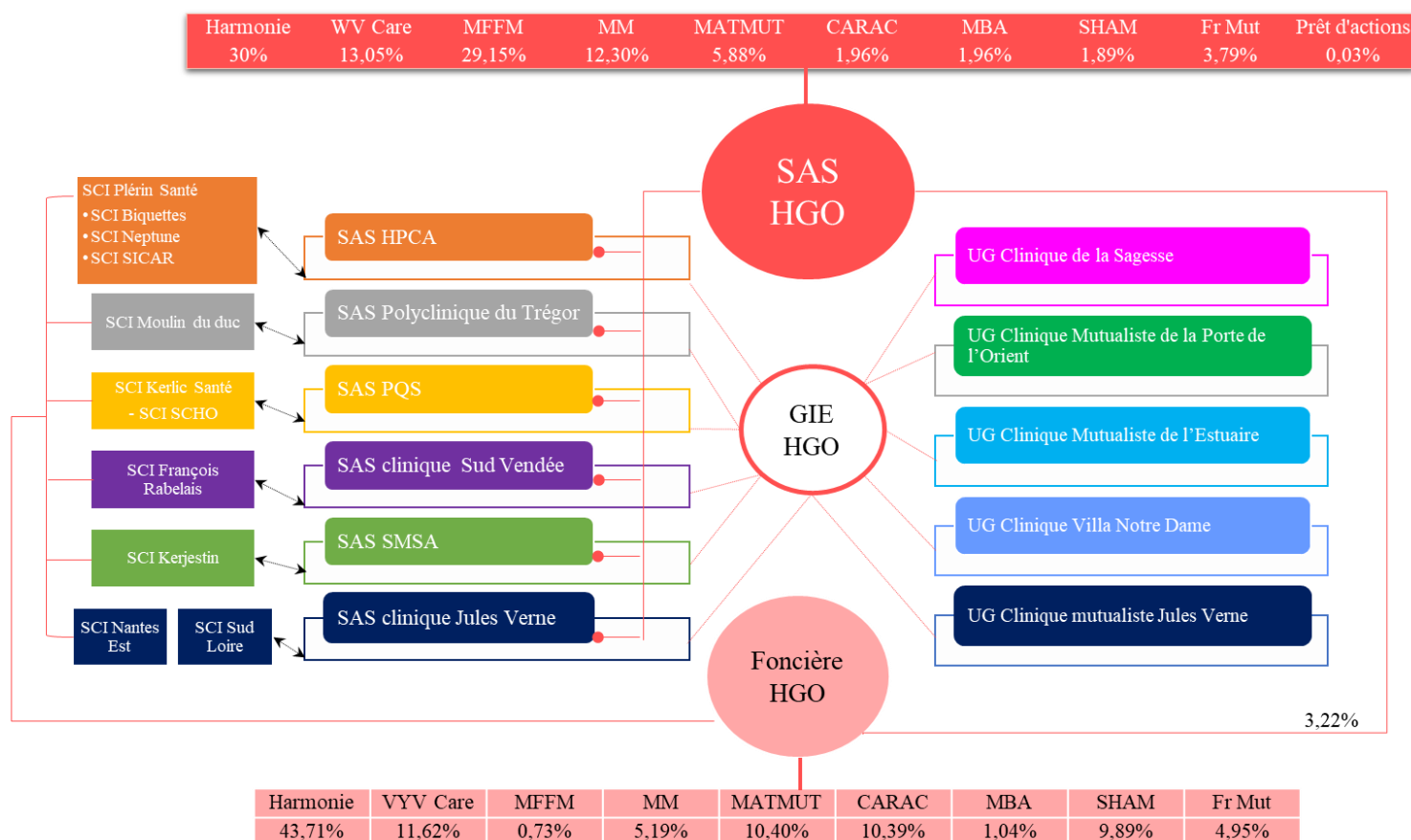
À partir de ces deux entités chargées d'exploiter les autorisations d'activité de soins, deux groupements majoritairement liés à la « clinique Jules Verne » ont été construits : un groupement d'intérêt économique (GIE) pour la gestion des services communs et des personnels salariés (y c. pour la clinique de Saint-Nazaire et le centre de SSR de Villa Notre Dame de Vendée), et un groupement de coopération sanitaire (GCS) pour la gestion de la pharmacie (logistique, y c. circuit d'achats des produits de santé).

Cette structuration juridique quadripartite pour la clinique Jules Verne relève de la seule fiction juridique dès lors que dans les faits, ces différents acteurs partagent les mêmes locaux et que leur fonctionnement est complètement intriqué.

1.1.2 Depuis 2016, une réorganisation dans le mouvement d'un regroupement des établissements sanitaires mutualistes du grand Ouest au sein de HGO

Au début des années 2010, Harmonie Mutuelle et la Mutualité française Finistère Morbihan, héritières des mutuelles historiques composant l'UR, ont regroupé leurs activités sanitaires et créé le groupe régional Hospi Grand Ouest (HGO), auquel la clinique Jules Verne appartient désormais. Le groupe HGO regroupe plus d'une dizaine de cliniques et centres de rééducations et de soins dans les deux régions Bretagne et Pays de la Loire.

En 2016, le groupe déjà existant est rendu plus visible avec la création de la SAS Hospi Grand Ouest, qui remplace Harmonie mutuelle comme actionnaire majoritaire de la SAS clinique Jules Verne et assure les fonctions de support de toutes les cliniques du réseau, HCPL comme Harmonie Bretagne. Comme pour Jules Verne, la génétique de ce groupe régional est à double entente. HGO appartient à l'univers mutualiste, les mutuelles précitées (et celles qui se sont substitué à elles) en formant le cœur de l'actionnariat. Pour autant, la structure faîtière est, en tant que SAS, régie par les dispositions du code du commerce.

Organigramme n° 1 : Organigramme des acteurs du réseau HGO

Source : CRC d'après les données de la clinique et du groupe HGO

Il en découle un schéma d'organisation non intégratif. La SAS HGO est l'entité consolidante des sociétés d'exploitation commerciale des cliniques ex OQN, dont elle est l'actionnaire majoritaire. À l'opposé, aucun lien juridique n'existe avec les unions mutualistes gestionnaires d'ESPIC (p. ex. la clinique de la Sagesse à Rennes). Sur ce dernier point, la création de HGO a entraîné la naissance d'unions techniques ou d'unions gestionnaires par établissement géographique, en lieu et place des unions des réalisations, multi-établissements.

Parallèlement, les mutuelles fondatrices ont porté aux fonds baptismaux la Foncière Hospi Grand Ouest, société sœur dédiée au portage immobilier, pour l'achat ou la rénovation des établissements de santé gérés par HGO. Dans les faits, la foncière HGO opère par le truchement de sociétés civiles immobilières (SCI) *ad hoc* pour les cliniques anciennes et d'un portage direct pour les sites neufs. Pour Jules Verne, les bâtiments appartiennent aux deux SCI historiques : la SCI Sud Loire pour le site de Saint-Sébastien et la SCI Nantes Est pour le site MCO principal.

Les fonctions de support majeures sont portées par le GIE MGO (Mutualité Grand Ouest), créé entre les établissements HGO et la Mutualité française Finistère-Morbihan. La clinique Jules Verne y appartient au travers de son propre GIE. Par contre, la SAS HGO, structure faitière, n'est pas partie à ce groupement. À noter que ce GIE est devenu GIE HGO au 1^{er} janvier 2020, en conséquence du resserrement de son périmètre aux seules entités cliniques (et donc HGO).

Le 13 septembre 2017 est née l'union mutualiste de groupe (UMG) VYV, fruit de la fusion des UMG Istya et du groupe Harmonie, avec pour objectif est de devenir le premier acteur de l'assurance santé et le premier opérateur de services de soins et d'accompagnement.

1.1.3 Des entités composantes de la clinique qui n'ont plus évolué depuis 2016

En 2016, Harmonie Services Mutualistes a procédé à l'apport de la totalité de ses titres de la SAS Jules Verne (soit 5 896 actions représentant 83,67 % du capital) à la société HGO. Cette opération, agréée par une décision du Comité de Surveillance du 29 mars 2016 pour une application au 1^{er} juillet, a eu pour conséquence une modification de la gouvernance de la SAS (approuvé par l'AG le 29 septembre de la même année) : sa présidence échoie à HGO, représentée par sa directrice générale et son siège a été transféré du site Harmonie / HGO au site d'exploitation de la clinique.

Si, jusqu'en 2016, l'ESPIC était comptablement intégré à Harmonie Cliniques Pays de la Loire (HCPL), il est devenu depuis, lors de la création de HGO, une entité juridique autonome, distincte des autres établissements de santé du groupe : l'union gestionnaire clinique mutualiste Jules Verne. Depuis cette date, le GIE Jules Verne est détenu à 50 % par chaque structure d'exploitation (SAS et UG) quand le GCS est majoritairement tenu par l'UG (59 %) et minoritairement par la SAS (40 %), avec un reliquat (1 %) pour le GIE MGO (décrit ci-après).

Le GIE Jules Verne s'est lui substitué à compter de 2016 au GIE HCPL, qui comptait parmi ses membres l'Union des réalisations (clinique mutualiste Jules Verne à Nantes et l'Estuaire à Saint-Nazaire, 15 parts), la SAS clinique Jules Verne (5 parts) et la SA clinique Sud Vendée (1 part). Ce GIE a été créé au 1^{er} juillet 2016 avec effet rétroactif au 1^{er} janvier sauf pour les charges de personnel pour lesquelles la structure du GIE HCPL a été conservée sur le 1^{er} semestre. En effet, le GIE est l'unique employeur de ces structures et refacture les charges de personnel aux entités SAS, UG et GCS.

Le groupement de coopération sanitaire, créé en septembre 2004 et qui joue le rôle de centrale d'achats et de gestion de la pharmacie (dispositifs médicaux, médicaments et stérilisation) n'a lui pas été modifié. Il facture mensuellement des acomptes aux différentes structures, conformément à sa convention constitutive, avec une régularisation en fin d'année sur la base des consommations réelles.

Les changements liés de la création de HGO en 2016 ont soulevé, et cela est peu dire, une forte crainte des médecins d'un basculement complet vers le statut ESPIC. En effet, la simple annonce¹ d'une étude de faisabilité de regrouper l'ensemble Jules Verne en une entité juridique, avec une intégration de l'activité dans un ESPIC, a conduit à une tension et à une menace de boycott. Il est vrai que ce bouleversement aurait surtout signifié pour eux, au-delà de la perte d'un actionariat désormais résiduel (à défaut de vouloir et pouvoir participer aux nécessaires apports), l'impossibilité de facturer des actes avec des dépassements d'honoraires. De son côté, la mutualité y trouvant l'avantage d'une structuration juridique désormais unifiée et simplifiée, avec la disparition des deux sociétés d'exploitation, mais aussi du GIE et du GCS.

1.2 Une gouvernance complexe, entre droit mutualiste et droit commercial, en miroir d'un modèle HGO lui aussi ambigu

1.2.1 Des actes juridiques fondamentaux relevant du code de la mutualité

L'union gestionnaire (UG) Clinique mutualiste Jules Verne est une personne morale de droit privé à but non lucratif relevant du livre III du code de la mutualité, et régie par les dispositions des articles L. 310-1 à L. 310-4 dudit code pour son fonctionnement et par celles des articles L. 320-1 à L. 320-6 pour son champ d'intervention.

Elle est constituée de plusieurs mutuelles et unions : trois appartenant au groupe VYV : l'union des réalisations Harmonie cliniques Pays de la Loire (UR HCPL), Harmonie Services mutualistes (HSM), Harmonie mutuelle (HM) ; la Mutualité française Finistère Morbihan (MFFM), et la Mutualité fonction publique.

Les statuts de l'UG, modifiés par délibérations de l'assemblée générale du 21 juin 2017, prévoient que l'UG a pour missions : d'assurer la gestion de la clinique Jules Verne et du centre de soins de suite de réadaptation Jules Verne, regroupés dans l'entité juridique Clinique mutualiste Jules Verne ; de conserver à l'établissement son caractère à but non lucratif et sa spécificité.

L'UG est l'organisme gestionnaire de l'établissement de santé mutualiste Jules Verne relevant du service public hospitalier, conformément à l'article L. 6112-3 du code de la santé publique.

Les statuts prévoient une mutualisation en vue du développement des compétences et de l'expertise, dans le cadre du GIE MGO (une convention de gestion avec la SAS HGO était initialement prévue, supprimée par les délibérations du 21 juin 2017). À noter que, *prima facie*, les dispositions de l'article L. 320-4 précitées ne prévoient que des associations d'unions mutualistes avec d'autres acteurs non lucratifs, excluant donc les sociétés commerciales de leur périmètre.

¹ cf. CS de la SAS du 29 septembre 2016.

1.2.2 Des organes sociaux qui restent vivants, même si leur rôle décisionnel se restreint d'autant plus que le groupe HGO gagne en maturité

Les instances de l'UG sont composées d'une assemblée générale (AG) et d'un conseil d'administration (CA). Le régime de ces instances est défini par le code de la mutualité (articles L. 114-7 à L. 114-14, R. 114-4 à R. 114-9 et D. 114-1² à D. 114-7² pour l'AG et L. 114-16 à L. 114-20 pour le CA). La première est ainsi seule compétente pour statuer sur : les modifications des statuts ; les activités exercées ; les changements affectant une mutuelle (y c. substitution) et tout projet de fusion, scission ou dissolution de l'union ; le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le CA ; le rapport spécial du commissaire aux comptes sur les conventions réglementées, le plan prévisionnel de financement. Les statuts de l'UG et son règlement intérieur complètent ces dispositions de façon marginale.

Les statuts et les procès-verbaux de l'assemblée générale ne font pas apparaître d'anomalie significative dans la constitution et le fonctionnement de ces assemblées. Ces instances sont composées de représentants des mutuelles membres de l'union de gestion, qui appartiennent en majorité au groupe VYV.

L'assemblée générale est composée de délégués désignés par les mutuelles et unions adhérentes, au sein de trois collèges : Harmonie services mutualistes et Harmonie mutuelle (VYV Care), de 20 à 25 délégués ; Mutualité française Finistère Morbihan (VYV Care), de 10 à 15 délégués ; Mutualité de la fonction publique 44, de 10 à 15 délégués.

Le conseil d'administration est composé de 12 membres, sept élus parmi les délégués du 1^{er} collège, deux parmi les délégués du 2^e collège et trois parmi le 3^e collège.

La prise de décisions dans ces instances ne présente pas d'enjeu majeur : la plupart sont prises à l'unanimité. L'assemblée générale ne s'est réunie qu'une seule fois par an depuis 2016. Le conseil d'administration semble plus vivant, réuni trois fois en 2016, quatre fois en 2017, quatre fois en 2018 et une fois au 27 mars 2019. S'il prend essentiellement la forme d'une présentation par la direction aux administrateurs, des enjeux en cours et des actions menées, et moins de décisions, les sujets de débat affleurent cependant à la lecture des procès-verbaux.

Le conseil d'administration élit parmi ses membres un président, qui exerce les pouvoirs qui lui sont dévolus par le Code de la Mutualité, en particulier son article L. 114-18, par les statuts et par le conseil d'administration.

Il veille à la régularité du fonctionnement de l'Union conformément au Code de la Mutualité et aux statuts, il préside les réunions du Bureau, du Conseil d'Administration et des Assemblées Générales, il confie au directeur, sous sa responsabilité et son contrôle, l'exécution de certaines tâches et notamment la signature des actes courants et l'engagement des dépenses.

De façon effective, il assure le pilotage politique de la structure en coordination avec les présidents des autres UG appartenant au groupe Hospi Grand Ouest. Il en est le représentant sur le territoire, au sein du groupe VYV, et auprès des différents partenaires (les élus locaux, la ville, les institutions, la Mutualité française Pays de Loire, etc.). Il anime le lien entre l'établissement, les délégués mutualistes du territoire et la direction de la clinique avec laquelle il prépare les points à évoquer au bureau de l'UG.

² L'article D. 114-6 dispose que, sous réserve des articles D. 114-3 à D. 114-5, les statuts des mutuelles, unions et fédérations fixent les règles de convocation de l'AG, ce que ceux de l'UG ne précisent pas mais qui est fixé par le règlement intérieur.

1.2.3 Une direction totalement commune pour toutes les composantes de la clinique, dans un contexte de compétences HGO de plus en plus prégnantes

La fiction juridique de quatre entités Jules Verne se trouve réglée dans leur gestion quotidienne par des services communs, sous l'égide d'une direction effectivement unifiée. Cette solution, permise par le rattachement des personnels au GIE, signifie que tous les cadres supérieurs opèrent réellement leur fonction de manière transversale et ne sont pas responsables d'une entité spécifique. De même, les comités métiers sont tous communs. Cette organisation rend inextricable leur gestion.

La chambre note que la vie administrative de la clinique est très substantielle, comme l'illustre les réunions régulières et denses de l'ensemble des instances et autres comités internes, dirigeants comme métiers. En effet, les pratiques soutenues de réunions et retours d'expérience au sein de la clinique ne sont pas le résultat d'un cadre réglementaire contraignant mais illustre d'abord une réelle vie collective et une culture partagée et ancrée au sein de la clinique toute entière.

1.2.4 Une association entre une union mutualiste et une société commerciale contraire aux dispositions du code de la mutualité

Les statuts du GIE MGO prévoient une mutualisation entre les membres, qu'ils soient des sociétés commerciales ou des unions mutualistes, en vue de services communs. Une convention de gestion avec la SAS HGO était initialement prévue, puis a été supprimée par les délibérations du 21 juin 2017.

La chambre observe que, *prima facie*, les dispositions de l'article L. 320-4 du code de la mutualité qui régissent le secteur ne prévoient que des associations d'unions mutualistes avec d'autres acteurs publics ou non lucratifs pour la gestion d'établissements ou de services à caractère social, sanitaire, médico-social, excluant donc les sociétés commerciales de leur périmètre. Par suite, même si le GIE HGO, mais aussi le GIE Jules Verne, n'affichent pas de but lucratif, ils constituent bel et bien l'association d'acteurs commerciaux et d'acteurs mutualistes.

Interrogée sur cette question, la clinique a simplement répondu d'une part qu'il n'existe pas de lien juridique entre l'UG et la SAS Jules Verne, ni entre l'UG CMJV et la SAS HGO, d'autre part que le GIE Jules Verne a été créé pour abriter les contrats de travail des personnels, ainsi que les coûts transversaux de gestion, enfin que ce dernier est sans but lucratif.

La chambre relève que dans les deux cas de GIE, leur constitution contrevient aux dispositions précitées du code de la mutualité. En effet, les dispositions visées ne portent pas sur le caractère ou non lucratif d'un GIE. Elles précisent la nature juridique des acteurs avec lesquels une mutuelle relevant du livre III du même code peut s'associer pour sa gestion. Or ici, les SAS et les UG sont associées dans des GIE pour gérer des services communs.

Paradoxalement, les partenariats de la clinique Jules Verne avec d'autres acteurs lucratifs pour développer son activité (p. ex. L'hôpital privé du Confluent ou les sociétés d'exercice libéral OPHTAlliance, Bioliance ou IRIS GRIM – cf. partie activité) ne sous-tendent pas la même difficulté dès lors qu'elles n'ont jamais visé une gestion commune de services.

1.3 Des politiques relatives au système d'information et aux données qui doivent s'affermir

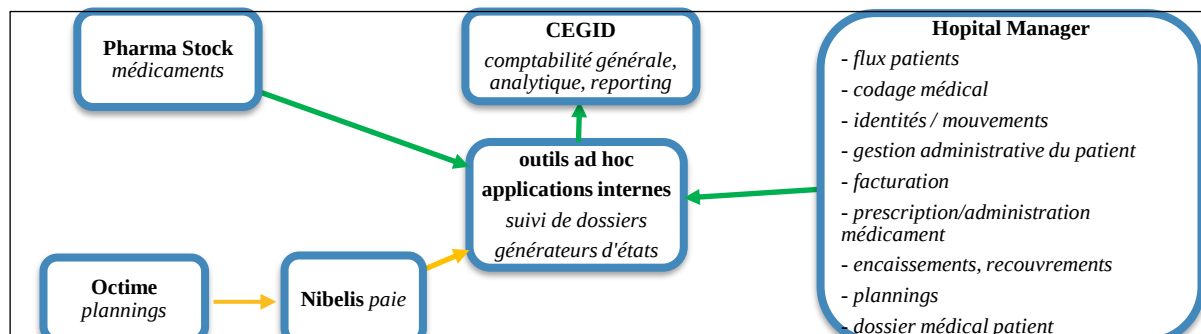
1.3.1 Un système d'information en pleine transformation depuis 2016

La fonction informatique est portée par le DSI des établissements HGO et située au sein du GIE du même nom.

L'organisation du SI de Jules Verne est ancienne et a significativement avancé avec la construction du groupe HGO. S'agissant de traiter les données d'activités et de gestion de ses quatre entités composantes, l'environnement applicatif s'est complexifié. Malgré tout, il reste encore peu complexe au regard de ce qui se retrouve dans des EPS comparables, eu égard à la taille de la clinique elle-même :

- le management se base essentiellement sur des contrôles manuels ;
- le système de *reporting* financier, simple, s'appuie sur des produits « prêt à l'emploi » ;
- le nombre d'interfaces entre les différentes applications est limité ;
- l'équipe informatique est réduite ;
- le recours aux outils bureautiques (p. ex. tableurs) est important.

Schéma n° 1 : Cartographie applicative simplifiée du SI financier de la clinique



Source : CRC d'après les données de la clinique et les travaux Deloitte

Nota : flèches vertes : flux automatique ; flèches jaunes : interface manuelle

La clinique n'a mis en place un dossier patient informatisé que tardivement : d'abord en SSR en 2017, puis dans les autres services en 2018. Il a été rendu possible par le nouveau logiciel de gestion administrative et médicale du patient et de facturation *Hopital Manager* (HM), opérationnel à compter du 1^{er} janvier 2018. Son déploiement a généré des coûts importants en 2018 (p. ex. formation, temps de personnel soignant, soit une centaine de milliers d'euros). Des problèmes dans la chaîne de facturation se sont ensuivis en 2018 (cf. facturation).

Le même exercice a vu le déploiement de l'outil de gestion du temps (OCTIME). Les cadres (PM, PNM et administratif) peuvent désormais gérer les emplois du temps et les données sont interfacées et déversées dans le logiciel de paie (déversement automatique des données de variables de paie). Là encore, des difficultés ont résulté de cette bascule menée rapidement après le dossier patient (cf. base de données RH).

1.3.2 La nécessité de sécuriser et d'actualiser les bases de tiers

Les travaux des commissaires aux comptes des différentes entités convergent dans leurs des contrôles généraux informatiques, pointant des risques en matière de sécurité informatique. Par suite, le présent contrôle a donc tenté d'apprécier les fragilités des trois bases de tiers (a. RH, b. finances et facturation, c. patients).

1.3.2.1 Une base de tiers RH fragilisée

L'équipe chargée des données de tiers compte quatre agents gestionnaires de paie. Il a résulté du remplacement du logiciel Hypervision par Nibelis en 2018 un retour en arrière pour certains processus de gestion de données, redevenus manuels alors qu'ils étaient antérieurement automatisés. Dans le cas des attestations de salaires / pôle emploi, le flux de masse est traité au cas par cas par les gestionnaires, qui doivent requêter pour chaque agent concerné, ce qui n'est pas sans conséquence financière du fait de retard dans le versement et de mauvaise prise en compte de dates d'effet de subrogation (indemnité journalière).

Une demande d'évolution du logiciel, de manière à permettre la récupération en masse des attestations aurait été faite auprès de l'éditeur.

Alors qu'il n'y avait plus d'interface automatique entre les logiciels de temps et la paie, comme il en existait auparavant pour les variables de paie, la SAS a fait part à la chambre d'une évolution récente, 2 sur 3 de ces interfaces sont désormais au moins partiellement paramétrées et opérationnelles depuis l'été 2019. Une troisième serait en cours de paramétrage.

Plus problématique, le déploiement du nouvel outil a été mené dans un contexte de changement de matricule. L'ancien matricule était trop long pour la déclaration sociale nominative (DSN), mais servi de base pour la création des identités d'agents dans Nibelis. Parallèlement mais indépendamment, un nouveau matricule a été attribué à chaque agent pour le passage en DSN. Les gestionnaires ont donc dû procéder par saisie manuelle, ce qui a entraîné l'apparition de conflits de données à raison de doublons, et donc nécessité des corrections manuelles. Lors du paramétrage Nibelis, aucun blocage n'a été prévu dans les cas où plusieurs personnes partagent un même numéro. Le logiciel ne permet pas de détection automatisée de doublon (p. ex. matricule, n° RIB, etc.). Si une table de correspondance des anciens et nouveaux matricules a été faite au départ, les corrections intervenues depuis lors n'ont pas été historicisées dans l'outil, mais sont conservées sous la forme de tableaux manuscrits par les gestionnaires. Selon l'UGCM il existe toutefois un écran de contrôle des matricules déjà affectés, accessible au niveau de la fiche salarié, et un contrôle des doublons actif sur la solution. Il est également possible d'accéder à une liste des matricules société au sein du logiciel et le contrôle des doublons de RIB peut être réalisé à partir d'une extraction Excel. Malgré tout, pour débloquent les situations de doublons, les agents doivent opérer un forçage logiciel pour saisir le champ concerné.

Paradoxalement, si cette confusion n'affecte guère le processus de paie contemporain elle empêche un suivi rétrospectif fin automatique. En effet, il existe deux codes propres à chaque salarié (son matricule et le numéro de création du contrat ID-MG) mais seul le second sert de clé de jointure aux fichiers internes. Par contre, il n'est pas possible de rapprocher de manière fiable les données avant et après le passage à Nibelis : il faut faire deux extractions manuelles, les rapprocher et retraiter les doublons autant que possible, sous la réserve des corrections manuelles non identifiées ou subsistant en format papier. Il a été vérifié qu'il n'est pas possible de reconstituer sous la forme d'une seule commande informatique un historique pluriannuel paie / déroulé de carrière pour tous les agents.

En matière de sécurité des données actuelles, la chambre constate notamment que :

- il n'y a pas de règle de nommage obligatoire (logicielle) autre que celle qu'ont adoptée les gestionnaires (p. ex. majuscules) ;
- il n'y a pas de blocage pour les noms, ni pour le RIB, seulement un contrôle de cohérence facial entre le numéro de Sécurité sociale et la date de naissance ;
- le remplissage de toute une série de champs est nécessaire pour permettre la création d'une fiche / identité ; mais on peut y saisir des informations fausses pour forcer ce blocage ;
- de plus, jusqu'au contrôle de la chambre, tous les agents RH avaient des accès en création de paie et en modification au moment de l'instruction ; il n'existait pas de restriction métiers ; Selon l'UGCM, ces permissions ont depuis lors été revues ;
- par ailleurs, s'il existe une journalisation des modifications d'identité administrative, tel n'est pas le cas des variables de paie. Cela signifie concrètement qu'en cas d'incident SI, malveillant (p. ex. connexion non autorisée) ou non (p. ex. perte de données liée à un problème de serveur), aucune altération (minime ou significative) ne pourra pas être détectée automatiquement.

1.3.2.2 Une base de tiers finances sans risque significatif identifié

L'équipe chargée des données de tiers compte huit gestionnaires pour toutes les entités (SAS/UG/GIE/GCS, association de médecins pour la partie mandataire).

Pour les tiers financiers patients, les données sont générées par HM, soit une création de tiers par les services métiers. Quand le patient n'est pas le payeur des actes qu'il a générés (p. ex. parent), une fiche est créée par le circuit « accueil clients ». Cependant, il n'y a pas de création de client tiers lié au patient : l'opération est rattachée au patient. Il n'y donc pas d'historique de payeur « non patient » qui soit conservé dans l'applicatif dans les cas liés aux séjours. Seule la banque peut retrouver la personne originaire du paiement (hors espèce). La même règle vaut pour la remise de paiement, rattachée au patient. Il a été vérifié que les agents financiers utilisant HM pour la facturation n'ont pas d'accès aux informations médicales. Un test a cependant montré que des préadmissions de patients pouvaient être générées depuis leur profil, ce qui n'est théoriquement pas prévu par la politique d'accès.

L'outil CEGID (comptabilité) est utilisé pour tous les autres tiers financiers. Pour la création ou la modification de données d'identité de tiers fournisseurs, une autorisation de création est requise du siège HGO, lequel porte en effet les fonctions finances et achats mutualisées et peut bloquer certains paramètres métiers.

1.3.2.3 Une base de tiers patients au cœur des risques de la clinique

Comme mentionné précédemment, le logiciel HM a servi de base technique au déploiement du dossier patient informatisé (DPI) depuis janvier 2018. Il servira également à l'alimentation du dossier médical partagé (DMP), lequel comportera la lettre de liaison et des compte rendus (y c. anatomopathologie).

Les personnes habilitées à créer des données de santé sont restreintes aux professionnels de santé ou aux agents exerçant sous leur autorité. Pour cela, l'identité du médecin s'appuie sur une clé primaire unique, à savoir l'identifiant RPPS³. Les internes et les stagiaires ont théoriquement accès à cette base.

Si les requêtes dans HM, ne sont pas le seul fait du médecin responsable du département d'information médicale (DIM) et de ses techniciens de l'information médicale (TIM) mais également de la DSI voire de l'éditeur du logiciel sur demande de l'utilisateur, c'est qu'un mésusage du logiciel pourrait entraîner un arrêt de production. Le problème de l'accès aux données de santé (y c. les données médicales) par d'autres personnes que le DIM reste posé. Même si les cliniques HGO partagent désormais un outil métiers commun avec HM, les requêtes restent le plus souvent créées en interne : celles de Bretagne ne sont pas communiquées au sein de Jules Verne. Elles sont toutefois accessibles d'un établissement à l'autre via un système d'abonnement et les DIM des différents établissements sont invités à harmoniser leurs pratiques en la matière.

Beaucoup de difficultés de sécurisation et même d'utilisation du nouvel outil au cours des premiers mois s'expliquent par la nécessaire adaptation à un nouveau logiciel (de Crossway vers HM). Pour autant, les services du DIM reconnaissent que le nouvel outil est beaucoup plus facile d'utilisation que le précédent pour l'essentiel des besoins métiers et particulièrement pour les enjeux critiques et notamment l'identito-vigilance (avec le besoin de fusionner des Identifiants Permanents de Patients), qui ne dépend plus désormais d'une interface manuelle.

Concernant les droits d'accès, les TIM ont des accès en écriture sur toute la chaîne (y c. facturation), à raison des spécificités des dossiers ambulatoires.

La création des patients s'effectue au fil de l'eau : les secrétaires médicales (pour l'activité libérale), l'accueil médical (ou les sages-femmes pour la maternité) doivent rechercher si l'identité existe dans la base des consultations. Elles le font notamment à partir de l'agenda du praticien pour le bloc. À noter que les agents en question ont un profil commun pour gérer les sorties. Par suite, les secrétaires médicales libérales et salariées ainsi que les sages-femmes disposent d'un profil très étendu (avec tous les accès) alors qu'elles n'appartiennent pas à une équipe de soins, mais que la clinique JV estime adapté à leur activité.

Suite aux conclusions des CAC susmentionnées, qui pointait un nombre important d'accès non justifiés, une analyse a été menée par la DSI avec l'équipe d'encadrement sur la base utilisateurs HM. Plus de 570 comptes ont été supprimés. Selon l'UGCM, la mise en place d'un workflow de sortie permettant de transmettre aux services informatiques la consigne de supprimer les accès professionnels lorsque le salarié sort des effectifs est en cours d'instruction. En parallèle, la liste des salariés ayant quitté la structure sera remise tous les trois mois à l'informatique pour suppression des accès.

³ Le répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) est le fichier de référence des professionnels de santé, commun aux organismes du secteur sanitaire et social français. Il est élaboré par l'État en collaboration avec les Ordres et l'Assurance Maladie.

La clinique indique avoir démarré plusieurs actions en conséquence :

- veiller à une meilleure transmission des informations de départ par les RH et une réflexion sur une automatisation possible de cette transmission ;
- planifier une revue semestrielle des comptes actifs avec les encadrants ;
- meilleure information des agents sur l'engagement de leur responsabilité en cas de divulgation des informations d'identification ;
- veiller à mieux obtenir des cabinets libéraux les informations sur les secrétaires.

Le déploiement de la refonte des habilitations n'est pas achevé, même si la mise en œuvre du premier palier est intervenue à raison du changement d'applicatifs, en 2019. Cependant, l'existence d'accès non autorisés laisse subsister un risque pour la sécurité du SI. Des faiblesses subsistent dans les contrôles *a posteriori* des habilitations portant sur les applications les plus sensibles. C'est pourquoi, selon l'UGCM, un travail a été lancé avec le médecin DIM pour rendre plus lisible la matrice des habilitations et valider les autorisations par profil.

Même si le traitement des incidents est effectué par la personne ad hoc en fonction de leur niveau (niveau 1, niveau 2, support éditeur), le niveau de priorité de ces incidents à traiter ne tient pas suffisamment compte de leur portée juridique et financière. Un rappel à la vigilance concernant les données médicales est fait régulièrement et une procédure améliorée de demande d'intervention sur la base de données tiers est annoncée.

Pour la bonne constitution de dossiers contenant des données de santé à caractère personnel (art. L. 1111-25 à L. 1111-31 du CSP), et donc les DPI et DMP précités, la chambre renvoie la clinique vers le Référentiel force probante des documents de santé v1.0 produits en novembre 2019 par l'ASIP Santé (devenue Agence du numérique en santé depuis 2020).

1.3.3 La nécessité de renforcer la politique de groupe en matière de risques SI

Il n'existe pas de contrôle interne des systèmes d'information procurant une assurance suffisante sur la correcte gestion de la sécurité, des incidents et des changements. Même si la clinique annonce disposer d'un tableau de bord concernant son SSI, qui sera complété en 2021 de nouveaux indicateurs, la chambre estime que le contrôle interne des systèmes d'information ne procure pas encore une assurance suffisante sur la correcte gestion de la sécurité, des incidents et des changements.

La clinique ne fournissant pas un service d'aide médicale d'urgence, elle n'entre pas dans le champ des opérateurs de services essentiels prévus par la directive *Network and Information System Security* (NIS) et définis par le décret n° 2018-384⁴.

⁴ Décret du 23 mai 2018 relatif à la sécurité des réseaux et systèmes d'information des opérateurs de services essentiels et des fournisseurs de service numérique, pris en application du titre I^{er} de la loi n° 2018-133 du 26 février 2018, transposant la directive (UE) 2016/1148 du Parlement européen et du Conseil du 6 juillet 2016 concernant des mesures destinées à assurer un niveau élevé commun de sécurité des réseaux et des systèmes d'information dans l'Union.

Pour autant, dans un contexte d'extrême vigilance pour les établissements de santé, pour lesquels les menaces informatiques sont synonymes de risques pour les prises en charge de patients, la chambre appelle les entités contrôlées, et en creux la structure faîtière donneuse d'ordre, à mettre en place un système de management de la sécurité de l'information (SMSI) conforme aux normes en la matière (ISO/CEI 27001 - ISO/CEI 27002). En réponse aux observations provisoires, la SAS a indiqué qu'une telle mise en place était désormais en cours d'élaboration.

Eu égard à la jeunesse du groupe HGO et à sa dimension encore relativement modeste, la chambre l'encourageait à s'appuyer sur la méthode EBIOS (Expression des Besoins et Identification des Objectifs de Sécurité) mise en place par l'ANSSI (Agence Nationale de la Sécurité des Systèmes d'Information) pour construire sa méthode d'appréciation des risques.

En réponse aux observations provisoires, la SAS a indiqué que cette méthodologie était en désormais en cours d'utilisation dès la fin du contrôle de la chambre.

Plusieurs mesures techniques, dont certaines, selon la SAS seraient déjà prévues, devront être mises en œuvre dès que possible :

- actualiser le plan de reprise d'activité (y c. plan de secours informatique) ;
- formaliser un plan d'action de la politique de sécurité et définir les modalités de son évaluation ;
- garantir l'actualisation des droits d'accès des agents selon les mouvements les affectant ;
- garantir une gestion, une sécurisation et un archivage homogènes des journaux⁵ (p. ex. export sur une machine physique différente de celle qui les a générés, transfert sur un ou plusieurs serveurs de groupe dédiés et redondés, absence de prétraitement des journaux, limitation des droits d'accès en écriture) ;
- garantir plus spécifiquement la journalisation de toutes les écritures portant sur des données à caractère personnel, quelle que soit l'application en cause ;
- prendre toutes mesures organisationnelles et techniques appropriées pour garantir que les données soient rendues inintelligibles en cas d'accès non autorisé ;
- mettre en place une revue régulière des processus d'exploitation et de contrôle, appuyée notamment sur une analyse des journaux (p. ex. tentatives de connexion non autorisées).

La chambre encourage les entités contrôlées à renforcer l'articulation avec le GIE HGO (et donc la structure faîtière elle-même) :

- en formalisant la stratégie d'entreprise HGO en matière SI ;
- en formalisant les rôles et responsabilités réciproques au sein de la fonction SI groupe et des acteurs internes à la clinique Jules Verne ;
- en hiérarchisant le portefeuille des projets en cours ou à venir, et son suivi, sur la base de l'évaluation des risques susmentionnée.

⁵ Cf. la note technique de l'ANSSI N° DAT-NT-012/ANSSI/SDE/NP, *Recommandations de sécurité pour la mise en œuvre d'un système de journalisation*, 2 décembre 2013.

En réponse aux observations provisoires de la chambre, la SAS a indiqué qu'une Politique de Sécurité commune HGO a été validée par la Directrice générale du groupe et qu'une politique d'établissement spécifiant certains points a été transmise à la clinique Jules Verne. Ces documents redéfiniraient les rôles des acteurs de la SSI. La clinique indique avoir présenté le plan d'actions issu de l'analyse des risques fin avril 2020 à l'établissement (document en cours de signature).

Sans préjudice de ces avancées, les objectifs de la recommandation initiale de la chambre gardent encore tout leur sens.

Recommandation n° 1 : Formaliser un système de management de la sécurité de l'information de la clinique et, sans attendre, prendre toutes mesures nécessaires en la matière, en s'appuyant sur les recommandations du référentiel général de sécurité pris en application du décret n° 2010-112 du 2 février 2010 pris pour l'application des articles 9, 10 et 12 de l'ordonnance n° 2005-1516 du 8 décembre 2005.

1.3.4 Une politique de protection des données à caractère personnel à mener à bien

Avant l'entrée en vigueur du Règlement (UE) 2016/679 du parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données dit « RGPD », la clinique Jules Verne avait effectué 30 déclarations de traitement de données à caractère personnel et 3 demandes d'autorisation ou d'avis. Aucune déclaration ne concernait une coopération avec la médecine de ville. Parmi ces déclarations, une seule (pour les badges), était liée aux ressources humaines.

1.3.4.1 Une réelle volonté de mise en conformité aux règles *post* RGPD, des résultats qui restent à atteindre

1.3.4.1.1 Une vigilance s'impose au regard risques propres aux données médicales

Il est rappelé ici la nature particulière des données médicales, qui forment un ensemble spécifique au sein des données de santé : les premières sont régies par les dispositions du code de la santé publique décrites ci-après, au-delà des dispositions du RGPD qui encadrent les secondes. Les professionnels qui partagent cette information médicale doivent appartenir à l'équipe de soins du patient en cause (art. L. 1110-12 du CSP) et participent à son élaboration sous la responsabilité particulière du médecin DIM (art. R. 6113-4 et R. 6113-5 du CSP).

La clinique a été interrogée sur les règles de gestion des accès par des personnels non membres de l'équipe de soins (y c. pour les données papier), et sur la nature des relations entre les acteurs manipulant ces données et le médecin DIM, que ce soit les membres de l'équipe qualité (qui a accès aux dossiers patients pour le suivi) ou pour les prestataires « extérieurs », non seulement à l'équipe de soins mais également à l'entité responsable du traitement au sens des dispositions de l'article 4-7 du RGPD (p. ex. DSI HGO).

Concernant ces points, la clinique a indiqué que cette relation de responsabilité n'avait pas fait l'objet d'une formalisation particulière, ce qui devra être corrigé. Pour ce qui concerne spécifiquement le GIE HGO, qui gère la DSI et porte le RSSI, la clinique considère qu'il ne s'agit pas d'une structure tierce puisque le lien entre les entités de Jules Verne et le GIE « n'est pas d'ordre contractuel » et que ce groupement a pour but de « faciliter la mise en commun de ressources pour les cliniques du groupe HGO mais n'a pas vocation à fonctionner comme une entité propre ».

Or, la chambre rappelle que ce GIE, relève bien *a priori* de la qualification de sous-traitant, au sens des dispositions du RGPD, vis-à-vis des responsables des traitements de données que sont les entités Jules Verne (SAS/UG/GIE/GCS). Elle souligne que la convention constitutive du GIE fait l'impasse sur le cadre juridique en matière de protection des données à caractère personnel. Une formalisation des modalités d'intervention des agents du GIE sur les bases de données entrant dans le champ du RGPD est indispensable.

En réponse aux observations provisoires, l'UGCM a répondu qu'un projet de formalisation des relations entre le GIE HGO et les entités juridiques qui forment la clinique Jules Verne (SAS/UG/GIE/GCS) était convenu et rédigé et en cours de sécurisation juridique.

Qui plus est, comme il a été observé plus haut, rien ne garantit que l'accès aux données d'un patient soit bien restreint aux personnels de soins ayant besoin d'en connaître (art. L. 1110-12 du CSP). La possibilité de connexions par d'anciens agents (p. ex. intérimaires) est, par principe, une source de risques majeurs, nonobstant leur faible occurrence.

De plus, la chambre relève l'absence de stipulations aux contrats d'exercice libéral des médecins explicitant les modalités d'accès, depuis leurs cabinets de ville, aux données hospitalières. Au surplus, ces mêmes contrats font également l'impasse sur le cadre juridique en matière de protection des données à caractère personnel. Seules existent les stipulations de l'article 7, qui concernent le secret professionnel. Au demeurant, l'utilisation de droits d'accès du praticien par ses propres employés (p. ex. secrétaire) mériterait d'y être explicitée. De même, une mention de l'accès à distance au dossier hospitalier serait bienvenue (possible pour les professionnels hors les murs pour suivre leurs patients entre leurs visites).

En matière d'accès de professionnels libéraux au SI, si la clinique engage clairement sa responsabilité, celle des autres parties pourrait potentiellement être recherchée en cas de dysfonctionnement grave.

1.3.4.1.2 Des efforts réels de mise en conformité au RGPD, sous quelques réserves d'analyse, qui doivent se poursuivre

Le processus de mise en conformité au RGPD a débuté en septembre 2018 pour le groupe HGO, avec une première réunion groupe au niveau de chaque établissement. Cette politique est portée au niveau groupe (via le GIE HGO), comme le RSSI.

L'UG et la SAS, identifiée en tant que telles dans l'information CNIL, ont désigné un délégué à la protection des données (DPD) le 22 juin 2019 (CNIL DPO-62115), après l'entrée en vigueur du règlement européen. Le responsable en question (M. Hubert Jaspard) est au principal DG adjoint du groupe HGO. Or, considérant que Mme Abalain, DG de HGO, est aussi le représentant légal de la SAS Jules Verne, le DPD se trouve en position de subordination directe avec le responsable de traitement. Par conséquent, la chambre relève que cette situation présente un risque de conflits d'intérêts au sens des dispositions de l'article 38-6 RGPD⁶ et des lignes directrices qui l'accompagnent et qui précisent que parmi les fonctions susceptibles de donner lieu à un conflit d'intérêts au sein de l'organisme figurent les fonctions d'encadrement supérieur.

La chambre note qu'une lettre de mission formalisant la tâche et le positionnement du DPD lui a été adressé par la DG de HGO le 9 décembre 2019, à raison du présent contrôle. La nomination de correspondant local du DPD a été faite le 21 mars 2019, sur la base d'une lettre de mission. En l'espèce, la responsable de la cellule qualité tient ce rôle.

Une campagne de communication interne et de formation a eu lieu en mai 2019, par un prestataire extérieur. Le premier COPIL RGPD s'est tenu le 3 octobre 2019. Une campagne de sensibilisation de l'ensemble de l'encadrement est prévue en mars 2020.

Un registre des traitements a pu être produit pour le présent contrôle. Son contenu appelle peu de remarques. Particulièrement complet au regard des modèles existants, il désigne par contre la « clinique Jules Verne » comme responsable de traitement. Or, cette mention apparaît peu pertinente. Elle ne permet pas de bien distinguer la responsabilité juridique de chaque entité. D'aucuns pourraient donc considérer que toutes sont engagées dans chaque traitement. Or, si la SAS et l'UG traitent des données de santé, tel n'est pas le cas du GIE, lequel au contraire, en tant qu'employeur, traite les données RH. De plus, elle participe du risque de conflit d'intérêts précité en renvoyant la responsabilité du traitement au représentant légal de chaque entité, et donc en creux au représentant légal de HGO. Une solution pourrait être d'internaliser cette responsabilité au niveau de la direction de la clinique, ce qui s'entend dès lors que les traitements sont propres aux entités de la clinique Jules Verne et non partagés au sein du groupe.

Une solution pourrait être d'internaliser cette responsabilité au niveau de la direction de la clinique, ce qui s'entend dès lors que les traitements sont propres aux entités de la clinique Jules Verne et non partagés au sein du groupe. En réponse, la SAS indique que depuis novembre 2019 chaque traitement est rattaché à l'entité juridique concernée.

À ce jour, il y a peu de demandes pouvant relever du cadre du RGPD. Elles renvoient à des demandes de suppression de pièces.

Il est prévu en 2020 de pouvoir faire des requêtes en routine sur les accès aux données patients à l'échelle du groupe HGO, pour détecter d'éventuelles violations.

⁶ Si l'article 38 § 6 du RGPD autorise les délégués à la protection des données (DPD) à « *exécuter d'autres missions et tâches* », il exige que l'organisme veille à ce que « *ces missions et tâches n'entraînent pas de conflit d'intérêts* », point étroitement lié à l'obligation d'agir en toute indépendance. Cela signifie en particulier que le DPD ne peut exercer au sein de l'organisme une fonction qui l'amène à déterminer les finalités et les moyens du traitement de données à caractère personnel, soit en premier lieu les fonctions d'encadrement supérieur. Il peut également y avoir conflit d'intérêts si le DPD est appelé à représenter l'entité traitante devant les tribunaux dans des affaires ayant trait à des questions liées à la protection des données.

La chambre conclut de tous ces points que si la clinique Jules Verne a engagé une démarche volontaire de mise en conformité dans le cadre du groupe HGO, elle doit mener à bien toutes les actions annoncées.

Tableau n° 1 : Synthèse des éléments de conformité

point contrôle	éléments de conformité au nouveau régime de protection	état des lieux après l'entrée en vigueur du RGPD
DPD	- régularité formelle de l'acte de désignation - pertinence du positionnement (indépendance <i>de jure</i> / <i>de facto</i>, liaison RSSI) - clarté des missions exercées (dans l'acte initial, dans l'information diffusée aux services au regard des prérogatives concernées)	DPD désigné mais risque de conflit d'intérêts
Existence d'un dossier permanent complet	registre des traitements de données à caractère personnel	Réalisé
	registre des traitements effectués par des tiers sous sa responsabilité	Ø (p. ex. HGO)
	description des procédures et moyens adaptés pour la sécurité des traitements	En cours
	procédures internes en cas de violation de données	En cours
	analyses d'impact sur la vie privée (PIA)	En cours
	modèles de recueil du consentement et procédures mises en place	En cours
	modèle de mentions d'information aux personnes	En cours
	modèle de mises à jour des clauses de contrat au regard de la protection des données à caractère personnel	En cours
	documents d'information et de sensibilisation des agents.	En cours
cartographie des risques	- existence d'une cartographie des risques et des responsables de traitements - qualité de la cartographie - acteurs identifiés pour son élaboration et sa mise à niveau régulière	A finaliser
information des acteurs	- modalités de diffusion de l'information aux agents (exhaustivité ou non) - qualité de l'information diffusée à ce jour - directeurs ou chefs de services associés	En cours

Source : CRC d'après les données CNIL et les documents de la clinique

La chambre appelle les entités contrôlées à :

- développer et mettre à jour les procédures internes de notification des violations d'accès aux données à caractère personnel, particulièrement les systèmes d'identification des incidents et les plans de réponse correspondants ; les tester et réexaminer régulièrement ;
- formaliser, au-delà du registre de traitement, les durées de conservation pour les données concernées ;
- mettre en place des mécanismes d'archivage et de suppression des données traitées ;
- clarifier l'entité juridique pour laquelle est effectuée chaque traitement, en l'absence de personne morale unique pour la clinique ;
- déterminer précisément un responsable de traitement qui mette le positionnement hiérarchique actuel du DPD en conformité avec les dispositions de l'article 38-6 du RGPD relatif aux conflits d'intérêts ;
- actualiser les clauses des conventions avec toutes les entités liées ainsi que celles relatives à des marchés conclus avec des prestataires concernés par des traitements de données à caractère personnel ; s'assurer qu'ils indiquent clairement le champ d'application des responsabilités des parties et prévoient les mécanismes de résolution des litiges à l'égard de leurs obligations respectives ;

- clarifier et formaliser les règles de gestion des accès concernant les données de santé et plus particulièrement les données médicales (y c. dossiers papier) par des personnels de la clinique non membres de l'équipe de soins (au sens de l'article L. 1110-12 du code de la santé publique) comme l'équipe qualité, ou pour les agents de la DSI / HGO, selon qu'ils agissent « sous la responsabilité du médecin responsable de l'information médicale » au sens de l'article R. 6113-5 du CSP.

En réponse aux observations provisoires, l'UGCM indique avoir déjà lancé ou même finalisé plusieurs chantiers, notamment la rédaction de trois chartes concernant les données personnelles des patients, usagers et salariés, ainsi qu'une cartographie des risques. La démarche devra être poursuivie.

Recommandation n° 2 : Formaliser les processus touchant aux informations médicales, en clarifiant le rôle respectif de chaque acteur, au premier chef desquels le département d'information médicale et la direction des systèmes d'information, qui relève du GIE HGO (art. R. 6113-5 du code de la santé publique).

Recommandation n° 3 : Poursuivre la mise en conformité avec les règles de protection des données à caractère personnel (règlement UE 2016/679 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données ; loi modifiée n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés⁷).

⁷Ainsi, la chambre renvoie notamment au décret n° 2019-536 du 29 mai 2019 pris pour l'application de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Son article 84 aborde en effet la possibilité pour les responsables du traitement de désigner un seul délégué à la protection des données qui exerce sa mission pour le compte de plusieurs d'entre eux.

2 ACTIVITE ET STRATEGIE

2.1 Un capacitaire en expansion continue

2.1.1 Une configuration architecturale originelle du site principal peu optimale, malgré des extensions capacitaires en 2014, 2016 et 2020

La clinique Jules Verne possède une maternité de niveau 2a (néonatalogie), des activités de chirurgie (générale et viscérale, urologique, gynécologique, orthopédique), un service de gastro-entérologie et d'exploration digestive, un secteur « tête et cou » (chirurgie maxillo-faciale et stomatologie, ORL et ophtalmologie), des activités de chirurgie plastique, de reconstruction et d'esthétique ainsi qu'un plateau technique d'imagerie médicale.

Avec une surface originelle de 30 000 m², la clinique disposait alors de 300 lits et places pour 115 médecins et 600 salariés. Puis, une extension de plus de 7 000 m² a été conduite entre 2014 et 2016 (pour un montant de 23 M€), avec reconfiguration des pôles existants.

Le site correspond à un état de l'art en vigueur à la fin des années 2000. Au regard des cibles de référence en vigueur au moment de la construction du site MCO⁸, la bonne allocation des surfaces de la clinique Jules Verne ne lui apparaît pas forcément toujours trop favorable⁹.

Le décalage est surtout marqué au regard des surfaces affectées aux circulations, lesquelles représentent en effet un peu plus d'un tiers des surfaces totales, ce qui est très nettement au-dessus (plus du double) de toutes les références hautes du secteur. Lors de la construction du référentiel susmentionné, il était observé une différence entre le secteur public et le secteur privé : une médiane de 13 % avec des bornes basses et hautes de 9 % et 16 % pour le secteur public et une médiane de 11 % avec des bornes basses et hautes de 9 % et 14 % pour le secteur privé. Dans tous les cas, la clinique apparaît sur ce point atypique.

En 2016, la clinique a connu une importante extension capacitaire : réception des travaux en janvier, ouverture du bloc et de l'ambulatorio mi-février et ouverture des lits de médecine en mai. En 2018, le regroupement de certains services a permis de fermer une unité.

Dans la continuité, la clinique travaille sur la durée du parcours de soin pour éviter les nuitées, selon des pistes telles que des anesthésies plus légères, une diminution des durées d'hospitalisation et pour l'orthopédie, un travail est effectué sur les entrées de la veille, visant à privilégier les rentrées le jour même de l'opération mais également plus d'anticipation et une meilleure coordination entre tous les acteurs de la prise en charge, à l'instar de ce qui est mis en œuvre dans les prises en charge en ambulatorio. Cette évolution s'inscrit dans un projet plus global d'Unité d'Accueil et de Coordination, porté à l'échelle du groupe HGO, correspondant à une entrée directe au bloc opératoire sans passer par l'unité d'hébergement.

⁸ Cf. le Référentiel national de dimensionnement hospitalier, établi en octobre 2008 par la mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier, intégrée depuis 2009 à Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP).

⁹ Les fourchettes de surfaces sont exprimées en m² de Surface Dans Œuvre (SDO) : la définition de cette surface traditionnelle d'usage dans le monde hospitalier. Les surfaces exprimées dans ces fourchettes sont celles propres à chaque secteur fonctionnel ou partie de secteur fonctionnel ; elles sont calculées hors surfaces des locaux techniques et circulations générales.

Les locaux vont s'agrandir en 2020. Dans le prolongement des bureaux administratifs (jusqu'à la piscine, actuel parking), une 5^{ème} aile va accueillir le nouvel « Institut Ophtalmologique de l'Ouest – Jules Verne » ainsi qu'un centre ostéo-articulaire. Certains libéraux vont pouvoir s'installer dans cette extension (p. ex. kinésithérapeutes). De même, s'y adjoindra un nouveau parking (un étage réceptionné fin mars 2019).

Les capacités de l'unité de chirurgie ambulatoire n'ont cessé de progresser depuis 2004. Elle était composée de 48 places à l'ouverture de la clinique ; la création des places supplémentaires a été progressive jusqu'à la dernière augmentation de 10 lits en janvier 2019. Actuellement, le secteur ambulatoire, localisé au 1^{er} étage de la clinique, au 2^{ème} étage et au 3^{ème} étage de la clinique est composé de 7 secteurs et de 92 lits.

Au-delà de l'évolution capacitaire de l'unité ambulatoire en lien avec le développement de l'activité, les circuits ont été revus régulièrement et en particulier des circuits courts adaptés aux prises en charge en ophtalmologie, gastro-entérologie et chirurgie de la main. Un circuit « patient debout » et « marche en avant » a aussi été mis en place pour l'activité de stomatologie.

2.1.2 Des autorisations détenues non modifiées par le changement juridique de 2016

Par décision du 17 juin 2016, la directrice générale de l'ARS des Pays de la Loire a accordé à l'UG de la clinique mutualiste Jules Verne la confirmation des autorisations portant sur les activités de soins, initialement détenues par l'Union des réalisations Harmonie cliniques Pays de la Loire.

2.1.3 Un taux d'occupation à améliorer nonobstant la progression de l'ambulatoire

Si, depuis 2016, le taux d'occupation de la clinique en MCO est resté assez peu satisfaisant, les prises en charge ambulatoires ont progressé parallèlement. Tel n'est pas le cas pour les services de SSR de Saint-Sébastien, occupés à plus de 93% depuis 2017.

Tableau n° 2 : Capacité et activité en MCO

		Médecine			Chirurgie			Gynécologie-Obstétrique			Total MCO		
		2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018
HC	nb lits	53	53	53	122	122	106	58	58	58	233	233	217
	nb séjours	1 687	1 770	1 849	10 774	10 287	9 566	3 783	3 642	3 625	16 244	15 699	15 040
	nb journées	12 865	14 265	14 764	30 485	27 349	25 453	15 997	15 220	15 296	59 347	56 834	55 513
	tx occupa°	67%	74%	76%	68%	61%	66%	76%	72%	72%	70%	67%	70%
HP / ambu	nb places	-	-		74	88	82	-	-		74	88	82
	nb séjours	63	34	70	25 154	26 330	28 753	2 343	2 376	2 538	27 560	28 740	31 361
séances	nb	98	172	196							98	172	196
ACE	nb										155 029	151 825	132 750

Source : CRC d'après les données de la SAE

2.2 Un positionnement incontesté dans l'offre de soins nantaise, à raison d'une stratégie offensive

2.2.1 Une stratégie globale conforme aux orientations régionales

La stratégie de la clinique est largement commune à la SAS et à l'UG. Un seul projet d'établissement et un seul contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) sont conclus pour les deux entités, et ces deux documents ne distinguent que rarement entre elles. Les rares objectifs du CPOM différant entre la SAS et l'ESPIC sont très ponctuels. Ils sont relatifs à l'accès aux tarifs opposables, qui ne concerne que la SAS, les taux cibles de chirurgie ambulatoire, différents entre les deux entités et le dispositif de sortie précoce des mères à la maternité, qui ne concerne que l'ESPIC.

Le projet d'établissement 2014-2018, assez concret, est centré sur les projets internes à la clinique, sans intégration notable dans la stratégie de la mutuelle ou du groupe HGO. Le projet 2019-2023 a été produit après la clôture de l'instruction et n'a donc pas pu être analysé par la chambre.

Face à quoi, l'intégration dans le projet régional de santé du CPOM apparaît peu lisible ; ses objectifs eux-mêmes étant difficiles à suivre.

Un CPOM a été signé avec l'ARS le 10 octobre 2012 pour la période 2012-2017. Le CPOM 2017-2018, signé le 29 septembre 2017, pour la période allant du 1^{er} septembre 2017 au 31 décembre 2018, reprend à l'identique toutes les dispositions du CPOM 2012-2017. À la suite de la publication du projet régional de santé pour 2018-2022, le 18 mai 2018, un avenant signé le 4 décembre 2018 proroge les dispositions du CPOM 2017-2018 pour la période du 1^{er} janvier 2019 au 30 juin 2019.

Le CPOM retient quatre orientations, relatives respectivement à l'offre de soins et aux coopérations avec les autres établissements de santé du territoire, aux modes de prise en charge alternatifs à l'hospitalisation complète, au SI et outils de gestion et au plan de redressement de l'ESPIC. Les objectifs du PRS repris dans le CPOM portent sur : l'expression de l'usager et la prise en compte les attentes de la personne ; un pilotage unifié des risques au sein des établissements de santé et en région, en associant les compétences en gestion des risques ; la garantie d'accès dans chaque territoire, par spécialité, à une offre au tarif opposable. Ils ne sont toutefois pas signalés comme étant des objectifs du PRS. Le CPOM n'intègre pas les autres objectifs du PRS opposables aux établissements de santé, et ne précise pas non plus si la raison de cette absence est la non-pertinence de ces objectifs dans le cas de la clinique Jules Verne.

En matière d'orientations stratégiques et de pilotage de l'activité, le CPOM prévoit, selon une méthodologie fixée par l'ARS, 27 objectifs, dont 16 assortis d'indicateurs avec une valeur cible, cinq assortis d'indicateurs sans valeur cible et sept sans indicateur défini. Les indicateurs permettent d'indiquer avec netteté si oui ou non l'objectif a été atteint pour huit objectifs seulement (trois d'entre eux sont atteints, cinq non). Dans les autres cas, l'information est insuffisante.

Les objectifs du CPOM ne s'articulent pas avec ceux de la feuille de route stratégique du plan triennal. Les seuls objectifs communs à ces deux documents sont le taux de chirurgie ambulatoire (niveau cible différent du CPOM), et le nombre de sorties vers l'HAD (finalement non suivi dans le CPOM).

En termes de coopération, la clinique a noué plusieurs partenariats clés avec des établissements de santé, principalement avec le CHU de Nantes, mais aussi avec l'hôpital Privé du Confluent et l'Institut de cancérologie de l'Ouest Centre René Gauducheau. A ce jour, la constitution du GHT est sans impact sur les partenariats en place.

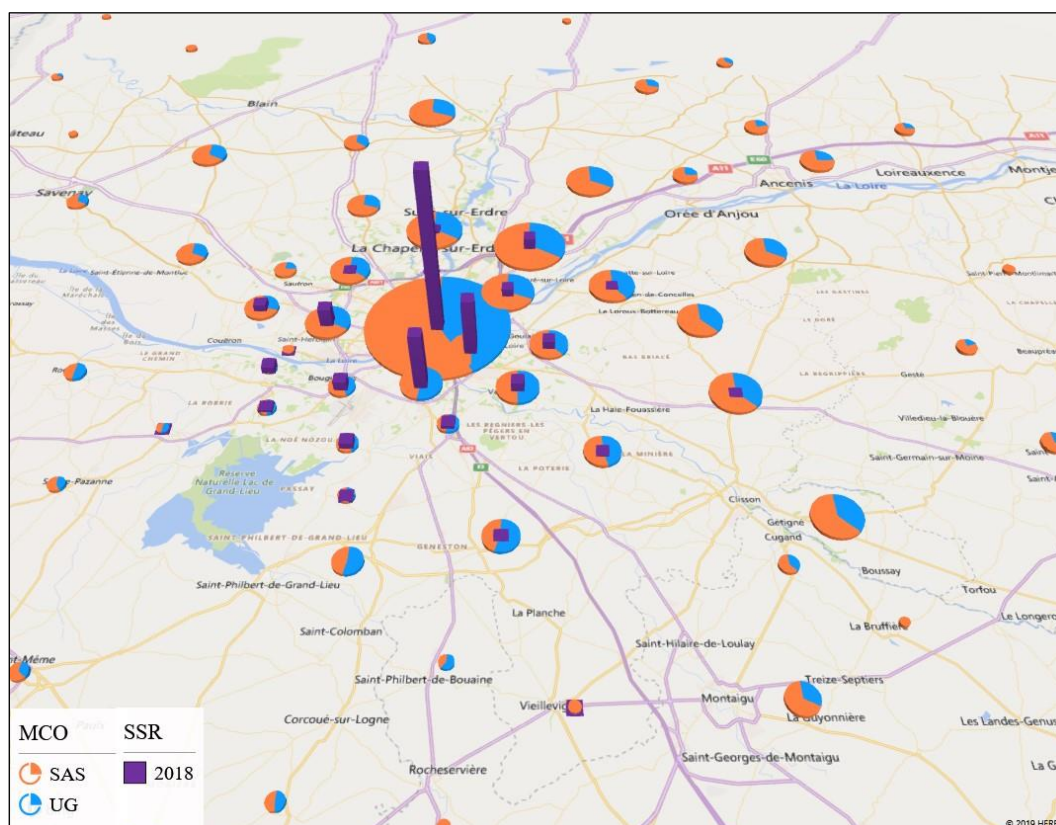
2.2.2 Des parts de marché globalement affirmées

Tableau n° 3 : Part de marché de la clinique dans la zone de recrutement

	2015	2016	2017	2018
chirurgie	17,30%	17,80%	18,20%	19,50%
dont chirurgie sans nuitée	15,50%	16,20%	17,40%	19,90%
médecine	12,80%	13,10%	12,60%	12,40%
obstétrique	22,40%	24,10%	23,40%	23,60%

Source : ScanSanté – ATIH ; données combinées des deux versants exDG et exOQN

Le positionnement de l'établissement dans sa zone d'attractivité est établi et globalement stable, notant l'essor de la chirurgie ambulatoire sur les deux derniers exercices.

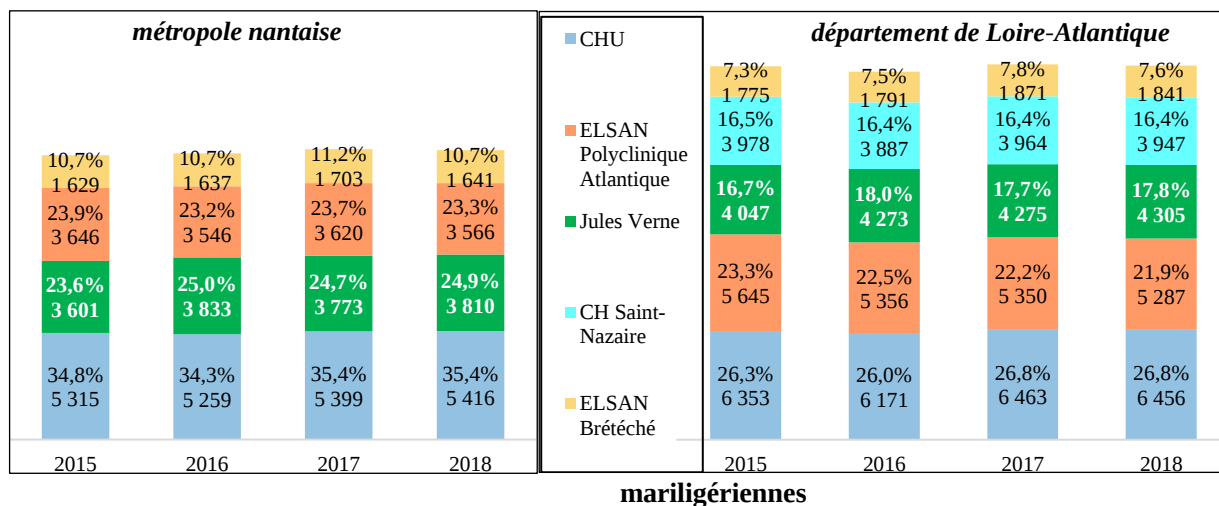


Carte n° 1 : Origine géographique 2018 des prises en charge

Source : CRC d'après les données PMSI (DIAMANT et ScanSanté)

La maternité est ainsi le deuxième pôle obstétrique d'attraction de la métropole nantaise. Elle fait de l'établissement un acteur majeur du territoire avec le CHU et les établissements du groupe ELSAN, ces deux derniers acteurs tenant chacun un tiers du marché.

Graphique n° 1 : Nombre de séjours et part de marché des maternités



Source : CRC d'après ScanSanté – ATIH

Observée à l'échelle départementale, la clinique Jules Verne ressort comme la troisième maternité en termes d'attraction, derrière cette fois-ci les cliniques ELSAN, qui ensemble génèrent comme le CHU plus de 5 000 séjours annuellement.

Ce positionnement pourrait être largement être renforcé car la clinique ne profite pas du tout de ses « réserves » de patientèle. Le pilotage actuel du secteur naissance repose en effet sur un plafond annuel d'activité cible d'environ 3 200 accouchements. Or, la liste d'attente est de plus de 600 parturientes chaque année.

Sans qu'il soit question de remettre en cause la qualité des soins, la chambre souligner que Jules Verne dispose, à organisation équivalente ou proche au vu de ses locaux, d'un potentiel de croissance particulièrement enviable et sans équivalent en Loire-Atlantique, dont elle aurait tort de se priver tant il lui permettrait de rééquilibrer nettement sa situation financière.

2.2.3 Un pilotage assez fin de l'activité

La clinique assure un suivi fin de son activité, au travers de nombreuses instances dédiées et de rapports et tableaux de bord *ad hoc*.

2.3 Une activité croissante dans un contexte de bascule vers l'ambulatorio

2.3.1 Une chaîne de l'information médico-économique complexifiée par la dualité juridique

Si le flux PMSI¹⁰ sert de base technique à l'information médico-économique des versants tarifaires, il tient aussi lieu de vecteur de facturation pour l'exDG (UG). Dans ce cas, il est généré par Hopital Manager et vérifié par l'équipe du département d'information médical. Pour le versant exOQN (SAS) de la clinique, la facturation est établie dans Hopital Manager, compatible avec les normes de télétransmission de la sécurité sociale, et deux factures sont établies pour chaque sortie. La première porte la part d'assurance maladie obligatoire (AMO), suivant le modèle S3404, afin d'être télétransmise à la caisse pivot. La seconde porte les prestations d'assurance maladie complémentaire (AMC) et tous dépassements d'honoraires et forfaits (jour, chambre en occupation seul). L'existence d'un seul outil métiers permet d'éviter toutes interfaces ou saisies manuelles pour les données à facturer.

2.3.1.1 La chaîne de codage

L'exhaustivité du codage de l'hospitalisation et la fiabilisation du codage des actes et pathologies sont assurées par le département d'information médicale (DIM).

Le recueil des actes CCAM est décentralisé : les médecins/chirurgiens qui en sont les auteurs en porte la responsabilité. A l'opposé, le recueil des pathologies est centralisé, eu égard à la complexité des règles de codage et à leur évolution tous les ans ou presque. Les contrôles relèvent de toute la chaîne des acteurs, soit successivement : les primo-codeurs > les TIM référents > les médecins DIM voire, sur certaines thématiques, les contrôleurs de gestion. La robustesse de cette vérification *ex post* suppose une grande qualité dans l'information médicale initiale, à défaut de quoi des demandes de précision de codage sont effectuées auprès des cliniciens (fiches pré-remplies depuis 2016).

2.3.1.2 Les écarts dans les flux d'information médicale

À l'occasion du contrôle, des écarts ont été relevés entre les données médico-économiques internes et celles tirées des bases et enquêtes nationales, comme cela avait été le cas dans toutes les cliniques de la première FIJ 2017.

La difficile réconciliation des informations peut avoir en partie sa source dans l'organisation du SI lui-même. Le déploiement de l'outil Hopital Manager a généré un fort retard dans l'émission des flux. Pour autant, les progiciels métiers en cause n'ont jamais reposé sur des interfaces manuelles. Les bases nationales sont colligées et consolidées automatiquement selon une méthodologie ATIH pour laquelle la clinique ne maîtrise pas la ventilation entre les séjours en chirurgie, médecine et obstétrique. Ses données internes sont ventilées chaque mois selon la prise en charge (hospitalisation ou ambulatoire) et le service de facturation. L'existence d'écarts dans le volume de séjours déclaré peut aussi découler de décomptes différents au regard des résumés de sortie¹¹.

¹⁰ Programme de médicalisation des systèmes d'information

¹¹ Il y a trois dénombrements pour les résumés de sortie anonymisés (RSA) / nombre de séjours : *quantum* transmis (tous les RSA), *quantum* traité (RSA transmis hors factures annulées, factures en erreur (ex. plusieurs GHS) et les séjours de chirurgie esthétique hors AM), *quantum* correspondant au RSA traités desquels sont soustraits les factures nulles (pas de montant renseigné).

Pour ces raisons et pour garantir une bonne comparabilité entre toutes les cliniques contrôlées, la méthodologie de contrôle est restée constante depuis les premiers contrôles de cliniques en 2017 et seules les données du PMSI tirées de la base scellée par l'ATIH fondent l'analyse de l'activité médicale.

2.3.2 Une activité dynamique, d'abord en raison des prises en charge ambulatoires

2.3.2.1 Evolution du casemix d'activité

L'évolution globale de l'activité est assez faible, et les séjours en hospitalisation complète sont restés atones depuis 2014, alors que les prises en charge ambulatoires ont cru.

Tableau n° 4 : Evolution des résumés de sortie anonymisés

	2014	2015	2016	2017	évo°
médecine (HC)	6 334	6 183	6 749	6 655	2%
chirurgie (HC)	8 679	8 512	8 206	7 826	-3%
obstétrique (HC)	3 405	3 409	3 519	3 464	1%
médecine (ambulatoire)	11 119	11 445	12 547	11 774	2%
chirurgie (ambulatoire)	11 185	12 217	14 244	16 132	13%
obstétrique (ambulatoire)	867	915	1 049	1 112	9%
total	41 589	42 681	46 314	46 963	4%

Source : CRC d'après Hospidag

Cet écart s'explique par des cœurs de métiers historiques reposant sur des prises en charge différentes : d'abord liées à l'obstétrique et à la médecine en versant mutualiste, et chirurgicales en versant lucratif. Or, les séjours effectués dans le premier cas sont, par nature, majoritairement des hospitalisations complètes.

Peu de groupes de planification de séjours connaissent une décline significative sur la période et les groupes en cause ne pèsent pas significativement dans l'activité globale de la clinique, au contraire des domaines dynamiques, comme l'ophtalmologie.

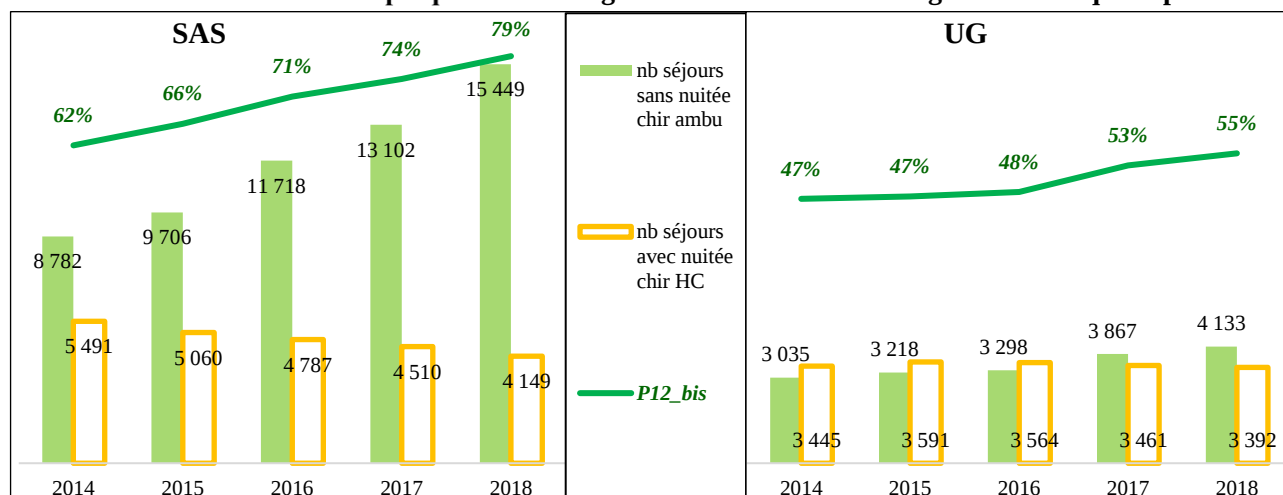
2.3.2.2 Progression de l'activité ambulatoire

Depuis 2004, la dynamique de développement de la chirurgie ambulatoire est forte avec une communauté médicale mobilisée sur cette thématique. Il s'agit d'une orientation majeure du projet médical. En 2018, cela représentait 32 400 séjours. La croissance sur 2019 est de l'ordre de + 21 % (environ 39 300 séjours).

Le taux de chirurgie ambulatoire était en 2007 aux alentours de 30 %. Il a donc progressé de plus de 40 points entre 2007 et 2018. Si les deux secteurs ESPIC et SAS ont progressé régulièrement, leur rythme propre diffère et est directement lié au casemix de chacun.

La performance actuelle en ce domaine montre en effet deux versants d'activités diversement mobilisables par le potentiel de croissance. De prime abord, l'ESPIC apparaît comme beaucoup moins avancé que le versant exOQN, mais son *casemix*, beaucoup moins concentré que celui de cliniques lucratives, le rapproche du niveau de performance des EPS. Néanmoins, les deux établissements affichent un niveau de performance satisfaisant, voire très satisfaisant (SAS) au regard tant des structures comparables, qu'elles soient ligériennes, de même catégorie juridique ou de *casemix* ambulatoire comparable.

Graphique n° 2 : Virage ambulatoire de la chirurgie de la clinique depuis 2014



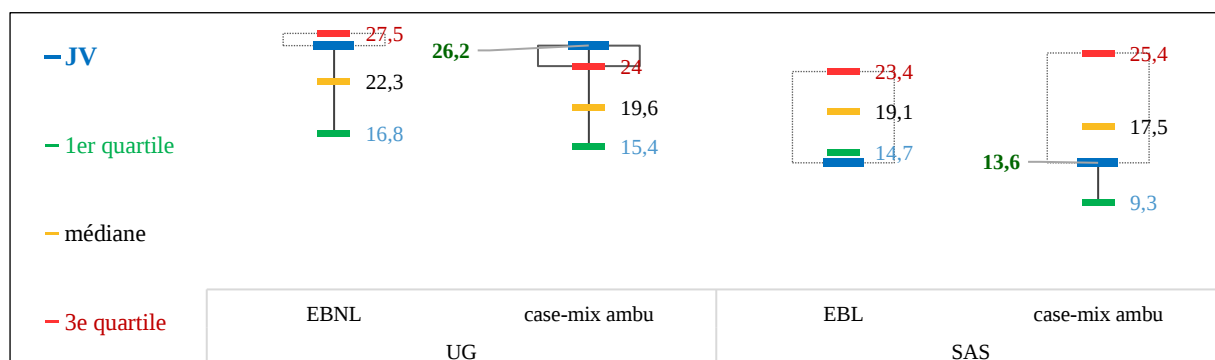
Source : CRC d'après ScanSanté - Hospidag ; P12_bis : taux chirurgie ambulatoire GHM en C + 7 racines

Cette amélioration dépasse les taux cibles fixé par l'ARS lors du CPOM pour la partie SAS, pour laquelle le taux initial atteignait 47,7 % en 2012 avec un objectif de + 4 points en 2014, et ses actualisations liées aux objectifs du plan triennal (64 % en 2015, 67 % en 2016 et 70 % en 2017). En revanche, la progression est plus lente et ténue pour l'UG, laquelle connaissait un taux initial de 26,5 % en 2012, avec là encore un objectif de + 4 points en 2014. Le taux cible n'a pas été atteint sur la période sous revue. En 2015, le taux réalisé a été de 47,4 % contre une cible de 51 %, et en 2017, il restait encore (à 53 %) en deçà des 57 % attendus. Or, l'absence de dépassement d'honoraires en ESPIC pour les trois spécialités chirurgicales concernées devrait permettre d'accroître la patientèle.

Si le potentiel ambulatoire de la SAS est proportionnellement plus réduit que celui de l'UG du fait d'un taux 2018 déjà élevé, le volume de séjours concernés (2 665) représente cependant encore près de 60 % du potentiel de l'ensemble de la clinique (4 588 séjours).

Observé en miroir des pratiques des autres établissements de santé privés lucratifs ou non et à ceux de *casemix* comparable, le différentiel entre le niveau de chirurgie ambulatoire actuellement observé et le potentiel montre le bon positionnement de la clinique Jules Verne. Nonobstant les différences susmentionnées entre la SAS et l'UG, les marges dont elles disposent en termes de potentiel de croissance ambulatoire y apparaissent désormais plus réduits que dans les structures comparables.

Graphique n° 3 : Distribution de la différence entre le taux d'ambulatoire observé et le taux potentiel avec les autres EBL/EBNL et avec les établissements de casemix comparable



Source : CRC d'après les données PMSI et VISUCHIR

La clinique entend profiter de son extension à venir, et de la relocalisation des ophtalmologues dans le nouveau bâtiment, pour retravailler ses circuits courts ambulatoires et ses capacités chirurgicales.

2.3.2.3 Evolution du secteur maternité

La maternité a connu une très grande stabilité de son activité sur la période, autour de 3300 accouchements par an, ce qui ne résulte pas d'une quelconque atonie de la demande.

Tableau n° 5 : Évolution de l'activité en secteur naissance (domaines d'activité D13-D14)

	2015	2016	2017	2018	var° an
Nb accouchements	3 240	3 340	3 265	3 308	-0,5%
nouveau-né					
nb séjours	3 304	3 401	3 343	3 390	-0,2%
montant AM en M€	3,91	3,97	3,94	4,07	1,3%
mère					
nb séjours	4 328	4 567	4 581	4 570	0,0%
montant AM en M€	8,11	8,41	8,27	8,19	-1,4%
nb journées	28 044	28 411	28 010	28 382	-0,1%

Source : CRC d'après les données PMSI : fiches OVALIDE (tableaux 1.Q.8.) pour les accouchements et DIAMANT pour les autres données

En effet, la maternité fonctionne avec un volume d'activité piloté, soit 3 270 accouchements par an. Elle refuse donc 600 accouchements potentiels, cas sans équivalent sur le territoire. Ce plafond n'est pas justifié par des motifs de sécurité et la direction a engagé des négociations avec les personnels médicaux pour en augmenter le nombre. La chambre saura que même ce surplus moyen est l'objet d'une tension vive entre les deux parties. Pour rappel, s'il existe une astreinte de pédiatrie financée par le FIR, tel n'est pas le cas d'une ligne de garde.

Par ailleurs, le taux de césariennes est à moins de 15 %, continuent en deçà du taux observé dans les structures comparables ou à l'échelle régionale. Le taux de péridurale ne présente pas davantage d'atypie.

2.3.2.4 Une activité de cancérologie substantielle, selon un montage en défaveur de la clinique

La cancérologie est, pour l'activité de chimiothérapie, exercée au sein de la clinique Jules Verne par le centre Catherine de Sienne (CCS), au sein d'un établissement de santé indépendant (FINESS géographique 440048718), dès lors que le CCS détient les autorisations d'activité.

Cependant, la SAS et l'UG exercent elles-mêmes des activités liées à une prise en charge en cancérologie (p. ex. chirurgie carcinologique). Analysée à l'échelle de la clinique sur la base des extractions du tableau de bord de cancérologie de l'ATIH¹², le poids des séjours en relevant apparaît très significatif et comparable, en valorisation économique en volume globale, à la maternité.

Tableau n° 6 : Evolution des séjours de cancérologie au sein de Jules Verne

année		2016		2017		évo°	
entité		UG	SAS	UG	SAS	UG	SAS
activité	nb séjours	2 162	3 430	2 171	3 554	0%	4%
	nb séances	108	5	183	4	69%	-20%
	% séjours	13%	11%	13%	12%		
	nb nuits	9 764	2 223	8 826	2 296	-10%	3%
	nb hospi sans nuitée	625	2 581	632	2 745	1%	6%
	% patientes	38,2%	51,5%	39,9%	52,1%		
valorisation (en M€)	brute	8,63	2,21	8,16	2,23	-5%	1%
	GHS + EXH + EXB	8,28	2,10	7,86	2,13	-5%	1%

Source : CRC d'après les données PMSI retraitées par l'ATIH (ScanSanté)

Il en ressort aussi une patientèle différente entre l'UG et la SAS. La première accueille d'abord des patientes touchées par un cancer du sein, et la mise en place de la clinique du sein depuis janvier 2018 devrait renforcer cette tendance.

Le potentiel de développement de l'activité cancérologique de la clinique repose, au-delà de ses propres ressources, sur le partenariat avec le CCS précité, lequel réalise les chimiothérapies sur le site, mais non la radiothérapie. En l'espèce, l'activité de chimiothérapie installée dans les murs de la clinique par Le Confluent a vu son activité doubler entre 2016 et 2018, pour atteindre 3,78 M€.

La chambre relève que le montage en place apparaît de moins en moins favorable à la clinique Jules Verne, qui n'en est pas le bailleur, alors même que la patientèle se voit offrir une information qui fait référence à la « chimiothérapie, site Jules Verne » qui laisse à penser que cette activité relève de la clinique.

¹² Afin d'identifier l'activité spécifique de cancérologie, au sein de l'activité globale des ES publics et privés, l'Institut national du cancer (INCa) et l'ATIH ont développé, en collaboration avec un groupe d'experts, un algorithme destiné à extraire des bases PMSI MCO nationales les RSA correspondant à des hospitalisations relevant d'une prise en charge liée à la cancérologie.

2.3.2.5 Evolution des typologies de séjours

La clinique connaît, parallèlement au basculement ambulatoire de son activité, une augmentation des durée moyennes de séjour en hospitalisation et donc une légère dégradation de son IP-DMS¹³ qui affecte principalement la SAS. Pour autant, celui-ci reste globalement bon. Cette tendance n'affecte d'ailleurs pas tous les secteurs de la même manière, comme le montre l'IP-DMS en maternité qui est plutôt stable au long cours.

À noter que, sur la même période, la clinique n'a pas connu d'élévation marquée de la sévérité¹⁴ des actes. D'ailleurs, la variation des séjours avec une forte sévérité reste de peu d'impact au regard de la valorisation économique globale et donc du chiffre d'affaires.

2.3.3 Une clinique soumise à une obligation de permanence des soins

La permanence et la continuité des soins sont organisées en interne pour chacune des spécialités. Le dossier médical et le dossier de soins étant informatisés, l'ensemble des interventions est tracé et est accessible 24h/24. En cas de panne du logiciel des procédures dégradées sont décrites et une partie des informations reste accessible. Chaque praticien a accès à distance à l'outil informatisé pour les prescriptions et autres informations nécessaires au suivi des patients. Le délai d'intervention sur site pour les astreintes est au maximum de 25 minutes.

Seule l'activité d'obstétrique engendre un financement MIGAC au titre de la « Permanence des Soins ». Les financements reçus sont stables depuis 2016 : 435 255 € par an, soit deux gardes (1 gynécologie-obstétrique et 1 anesthésie) à 179 816 € chacune et une astreinte de pédiatrie à 75 623 €. Une démarche auprès de l'ARS a été initiée par l'établissement afin de faire évoluer le financement au titre de la pédiatrie vers une garde correspondant à ce qui est en place au regard de l'activité.

2.4 Une démarche bien établie de qualité et sécurité des soins

La clinique Jules Verne est une dans sa démarche de certification par la Haute autorité de santé. Elle dispose d'un compte qualité unique, qui englobe toutes les entités juridiques présentes en son sein. Il s'agit sans doute du domaine où l'existence et l'unicité de la clinique Jules Verne fait le plus sens.

Comme relevé précédemment, la clinique connaît depuis déjà plusieurs années une vie interne dynamique et, là encore, le constat est particulièrement vrai en matière de politique de qualité et de sécurité des soins. La comitologie, qui y est très développée, n'est pas que faciale mais démontre une réelle prise en compte des risques. Elle permet de surcroît d'associer les personnels médicaux des deux versants tarifaires dans une démarche commune.

¹³ La durée moyenne de séjour (DMS) répond à une définition historique administrative. Elle est remplacée le plus souvent l'analyse par l'indicateur de performance (IP-DMS) qui compare la DMS de l'établissement à celle standardisée de son casemix auquel on applique les DMS de référence de chaque GHM.

¹⁴ Le sixième caractère du code GHM peut prendre 12 valeurs différentes suivant la complexité du séjour ou sa durée : 1, 2, 3 ou 4 (niveaux de sévérités croissants dans la plupart des CMD) ; A, B, C et D (CMD de maternité 14 et 15) ; T (GHM dit de Très courte durée, 0 jour, 1 nuitée ou 2 nuitées) ; J (GHM ambulatoire) ; E (GHM avec décès) ; Z (GHM non concerné sévérité/durée).

L'analyse des processus de suivi des événements indésirables n'appelle pas de remarque particulière.

La clinique est certifiée avec un niveau A dans tous les domaines : droits des patients, parcours, médicaments, bloc opératoire, salle de naissance, management de la qualité des risque, risque infectieux et dossier patient.

À l'occasion de son contrôle, la Haute autorité de santé (HAS) a relevé que la gouvernance répond, en application du SROS PRS, aux trois grandes orientations stratégiques du CPOM 2012-2017 contractualisé avec l'ARS Pays de Loire. Elle a également vérifié que la politique de qualité et gestion de risques est bien formalisée dans le projet d'établissement 2014-2018, qu'elle est portée et validée par le management stratégique et la gouvernance et que ses objectifs sont détaillés dans le Programme d'Amélioration Qualité et Sécurité des Soins (PAQSS). Selon son audit, la démarche d'évaluation des risques a priori a permis d'établir les cartographies pour les processus dits à risques. L'identification des risques, leur hiérarchisation, la définition des plans d'actions associés ont ainsi été réalisés de façon pluri-professionnelle, avec une priorité en fonction de leur fréquence, gravité, niveau de maîtrise selon les échelles de cotation calquées sur le modèle de l'HAS.

En matière de sécurité, il est à noter que les processus en place au sein de la clinique permettent déjà d'assurer la traçabilité des dispositifs médicaux implantables¹⁵, au travers des outils métiers (PHARMA pour la gestion des stocks pharmaceutiques, avec une bascule vers le système de comptabilité). Au regard des nouvelles obligations de la matière, le contrôle de gestion assurera les remontées d'informations via le PMSI.

3 RESSOURCES MEDICALES ET NON MEDICALES

3.1 Des personnels salariés rattachés au GIE, unique employeur

Jusqu'à la fin du 1^{er} semestre 2016, l'organisation en place avant la restructuration de l'union mutualiste perdurait, avec le rattachement à l'une des deux entités de chaque salarié. Pour les personnels en contrat à durée indéterminée (CDI), les spécialités étaient rattachées à une seule entité comptable en fonction de l'affectation, sauf pour le personnel « commun » (administration et logistique), avec des inducteurs de répartition définis suivant la nature du travail effectué¹⁶. Pour les contrats à durée déterminée (CDD), pour un remplacement, l'agent était rattaché à l'entité comptable du salarié remplacé. Pour un recrutement visant à pallier un surcroît temporaire d'activité, le salarié était rattaché selon son affectation. La cohérence de la facturation des MAD du GIE avec les charges enregistrées par l'UG a été vérifiée par le CAC pour les charges de personnel du premier semestre 2016, par comparaison des données du second semestre 2015.

¹⁵ Cf. NOTE D'INFORMATION N° DGOS/PF2/2019/69 du 27 mars 2019 relative à la traçabilité des dispositifs médicaux implantables dans les établissements de santé et aux outils d'autoévaluation et d'accompagnement disponibles.

¹⁶ Par exemple, le service logistique comprenait des salariés travaillant dans tout le bâtiment. Les pourcentages d'affectation en cause étaient calculés en fonction des surfaces occupées par les deux entités (UR et SAS).

Dans le cadre de la nouvelle organisation du réseau HGO, chaque établissement est devenu employeur sauf pour Jules Verne, qui garde un GIE, du fait de sa structuration juridique duale. Le GIE HCPL s'est transformé en GIE Jules Verne à compter du 1^{er} juillet 2016, ce qui a permis l'affectation du personnel transversal (unités d'hébergements communes, administration, bloc, etc.), celle des dépenses de fonctionnement transversales (restauration, ménage, loyer, etc.) avec une ventilation selon des clés de répartition. La méthodologie retenue a été validée par le CAC lors de l'intérim du GIE JV. Le CAC a fiabilisé le fichier de clé sur la base d'un échantillonnage lors de son intérim GIE. Son respect a été vérifié pour les charges fin 2016.

Avant le basculement vers le nouveau logiciel RH, il n'existait pas de rapprochement entre le fichier de suivi du personnel (sous Excel) « GPEC » et le logiciel de paie Hypervision. Or, le GPEC servait au suivi de l'affectation des salariés entre les entités du groupe. Le logiciel de paie permettait d'affecter comptablement et analytiquement les salariés dans la comptabilité. C'est via Hypervision (pour les refacturations de charges de personnels) qu'étaient calculés les clés de répartition permettant d'affecter les différentes charges du GIE entre le GCS, l'UG et la SAS. Les CAC ont d'ailleurs souligné les risques et recommandé un rapprochement régulier entre GPEC et Hypervision pour limiter le risque d'erreur dans les données de l'un ou de l'autre des outils. Le passage sur Octime (gestion planning / équipe / RH), effectif au 1^{er} janvier 2018 a visé à déverser à les données de gestion des temps dans le logiciel de paie et éviter la double saisie actuelle et donc les risques d'erreurs.

Concernant les aides-soignants (AS) qui représentent l'écart le plus important dans les clés de répartition (environ ½ million d'euros en début de période), les clés de répartition ont été faites selon un état arrêté au 1^{er} juillet 2016. Il existe un risque de variation de ces clés au fil du temps mais l'affectation des AS entre UG et SAS est revue régulièrement.

3.2 Un renouvellement des outils de gestion à suivre avec attention

Comme mentionné précédemment, la clinique a changé ses solutions informatiques RH en 2019, passant d'Hypervision à Nibelis pour la paie.

Lorsqu'un nouveau salarié intègre la clinique, une fiche salariée est créée manuellement par le service RH dans le logiciel de paie, ainsi que dans le logiciel de gestion des temps. Il existe une interface manuelle entre les deux logiciels, permettant au 15 du mois d'importer les éléments variables de paie du second vers le premier pour générer la paie. Selon l'UGCM, elle est aujourd'hui automatisée avec une mise à jour quotidienne. Deux autres interfaces sont également paramétrées entre les deux logiciels : l'interface « salarié » (mise à jour affectation, temps de travail, etc.) de Nibelis vers Octime, et l'interface « compteurs congés payés » d'Octime vers Nibelis.

Comme mentionné précédemment, le logiciel de paie, a été déployé en janvier 2019. Selon l'UGCM ; l'état actuel du développement de l'outil permet désormais de réaliser des DSN évènementielles en masse pour les fins de contrat, mais pas encore pour la maladie. Une procédure dégradée de saisie manuelle sur net-entreprises est mise en place ponctuellement pour pallier ce dysfonctionnement.

De même, il est rappelé ici qu'avec le changement de matricule lié au passage à la DSN, il n'existe pas à ce jour de table de réconciliation des données RH antérieures et ultérieures.

La chambre note toutefois que ces difficultés sont intervenues dans un contexte de forte rotation à la DRH au cours des années sous revue, ce qui n'a pas permis de stabiliser et de résorber certains retards.

Recommandation n° 4 : Effectuer une vérification régulière des données de personnel saisies dans les applicatifs métiers, particulièrement en matière de paie, pour s'assurer de leur qualité, de leur exactitude (doublons, erreurs de matricule) et de la concordance entre chaque base.

3.3 Une augmentation globale des effectifs liée au développement des activités

3.3.1 Une relative stabilité du volume d'effectifs

L'analyse des effectifs de la clinique depuis 2016 montre une faible évolution globale, en volume et en structure, avec près de 900 agents en moyenne, à 87 % féminins. L'ensemble représentait près de 817 équivalents temps plein (ETP) au 31 décembre 2018. La clinique compte en effet en moyenne chaque année un peu plus de 270 agents à temps partiel, soit 30 % de ses effectifs.

Tableau n° 7 : Evolution des effectifs depuis 2016

	personnes physiques				ETP			
	2016	2017	2018	évo°	2016	2017	2018	évo°
hommes	116	117	119	2,6%	110,45	111,75	112,7	2,0%
femmes	783	776	781	-0,3%	701,31	694,94	704,25	0,4%
total	899	893	900	0,1%	811,76	806,69	816,95	0,6%

Source : CRC d'après les données du bilan social

Le taux de rotation¹⁷ a connu une baisse significative entre 2016 (6,98 %) et 2018 (3,98 %), ce qui raffermait davantage des équipes déjà beaucoup plus stables que dans les structures comparables et très en deçà de moyenne régionale (18,04 % en 2016 et 9,48 % en 2018) ou de celle des établissements non lucratifs (17,76 % en 2016 et 13,45 % en 2018¹⁸).

¹⁷ Taux = [(Nombre de départ CDI, hors transferts de contrat et mutations, en année N + Nombre d'embauche CDI en année N) / 2] / Effectif CDI au 31/12/N-1] * 100.

¹⁸ Source : ATIH - ScanSanté, d'après les données des bilans sociaux.

Ceci s'explique par la décrue continue du nombre de départs d'agents en CDI (de 83 à 50 entre 2016 et 2018). Parmi eux, on comptait encore 27 démissions en 2018, soit une légère inflexion après des années de forte hausse – seuls 14 agents démissionnaient chaque année jusqu'en 2014. Parallèlement, le nombre de licenciements (pour inaptitudes ou abandons de postes) a retrouvé en fin de période un niveau proche de 2016, après un pic 2017. Si le nombre de départs en retraite diminue, le faible volume en cause appelle à la nuance, avec pour sous-jacent un vieillissement de la population salariale. Face à cela, le volume de recrutements en CDI a fortement augmenté (73 en 2018 contre 47 en 2016, et seulement 34 en 2015), tendance surtout marquée pour les CDI signés après un CDD (+37 en valeur absolue entre 2018 et 2017).

La structure des effectifs par âge ou par ancienneté n'en a pour autant pas été significativement modifiée, malgré l'accroissement des agents les plus récents en poste (<3 ans).

De plus, la part des CDD est elle aussi restée globalement stable, autour de 14 % du total des contrats, sauf pour la catégories d'emplois non qualifiés, en augmentation de 60 % sur la période, mais qui ne représentaient que 31 % des CDD en 2018 (contre 18 % en 2016). La clinique Jules Verne n'utilise pas à outrance les contrats courts à répétition comme cela avait pu être observée chez d'autres acteurs sanitaires ou médicosociaux privés. Cette stabilité d'ensemble ne doit cependant pas faire oublier la forte hausse de l'intérim sur la même période (+ 82 % en nombre de contrats et + 133 % en volume d'heures).

À ces agents, il convient d'ajouter 54 aides opératoires employés par les médecins libéraux, dont 12 par les ophtalmologues et 12 par les anesthésistes

3.3.2 Mais une croissance plus sensible de la masse salariale

En portant la focale sur les ETP moyens rémunérés (ETPMR) déclarés, et donc sur la masse salariale et non plus sur les effectifs physiques, c'est une croissance plus nette qui ressort depuis 2017. Cette tendance, qui se dessine en miroir de celle des médecins libéraux en exercice sur le site, est à relier au développement de l'activité, surtout en chirurgie ambulatoire.

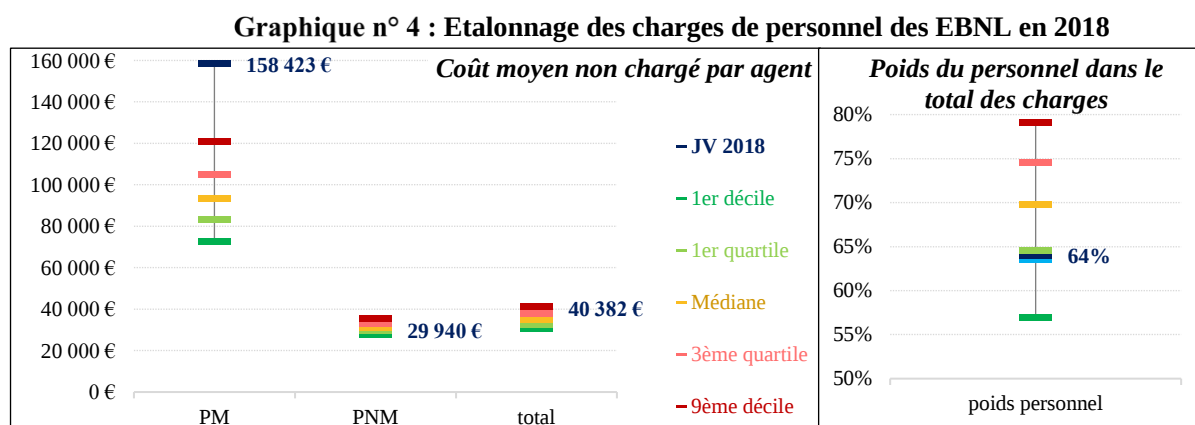
Tableau n° 8 : Evolution des ETPMR depuis 2016

		2016		2017		2018		évo	
		effectifs libéraux	ETPMR salariés	effectifs libéraux	ETPMR salariés	effectifs libéraux	ETPMR salariés	libér aux	ETPR salariés
PM	médecins	81,0	41,3	93,0	45,1	93,0	45,2	15%	9%
	dont chirurgiens	43,0	21,5	46,0	21,5	47,0	27,0	9%	26%
	internes		6,0		6,0		6,0		0%
	total	81,0	68,8	93,0	72,7	93,0	78,2	15%	14%
sages-femmes & PNM	sages-femmes		39,9		41,0		40,8		2%
	cadres + IDE		233,0		251,3		257,3		10%
	AS-ASH		299,7		304,3		293,8		-2%
	autres perso soins		5,7		4,7		5,2		-10%
	total soins		578,4		601,4		597,0		3%
	total hors soins		149,8		148,4		151,7		1%
	total		728,2		749,7		748,8		3%
total			797,0		822,4		826,9		4%

Source : CRC d'après les données de la SAE

Analysées à l'échelle individuelle, les rémunérations moyennes sont restées assez stables sur la période, y compris pour les médecins ; évolution aussi et surtout corrélative du remplacement des agents partis en retraite par des salariés plus jeunes et donc moins rémunérés.

La chambre note que les coûts moyens de personnel sont globalement, dans le versant UG, plus élevés que ce qui est observé dans les autres établissements non lucratifs, du fait des médecins salariés (+ 70 %), et non des PNM (- 4 % en 2018).



Source : CRC d'après les données de suivi financier ScanSanté – ATIH ; nota : les coûts moyens 2016 et 2017 apparaissent en erreur dans les étalonnages ScanSanté du fait d'un remplissage erroné du CF sur ANCRE, les charges sociales y ayant été incluses

3.3.3 Des conditions de travail moins défavorables qu'ailleurs

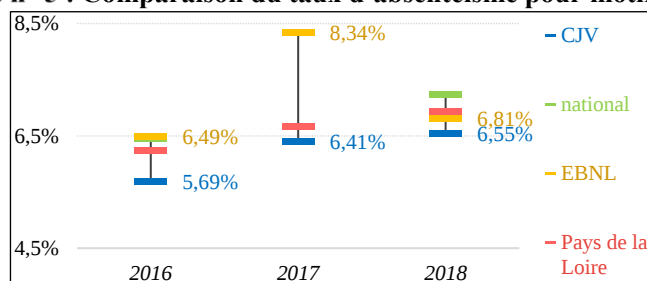
La clinique dispose d'un pool de remplacement, composé d'agents en CDI (trois IDE et trois AS), pour tous les services MC (mais pas en obstétrique), pour les soins continus, les services ambulatoires et le SSR. La pratique locale est ainsi plus favorable aux salariés que dans les cliniques lucratives contrôlées à ce jour. D'ailleurs, les effectifs nécessaires à la continuité de chaque service incluent un volant d'ETP flottant pour éviter de recourir en nombre aux remplacements, ce qui explique le plus faible recours aux contrats courts qu'ailleurs. Les gardes prévues en plus des besoins du service sont ainsi intégrées dans les emplois du temps.

Le portefeuille d'un cadre de services de soins est par suite plus fort à Jules Verne qu'ailleurs puisqu'il gère ses effectifs, le recrutement en partenariat avec la DRH pour la partie technique (rémunération, complémentaire santé, période d'essai etc.) et l'absentéisme en liaison avec une cadre de soin détachée à 100% sur la gestion des remplacements et la régulation des effectifs. Si cela permet une réelle subsidiarité au sein de la clinique, cela entretient aussi des pratiques historiques de service (p. ex. maternité) plus difficiles à transformer. Notant que le taux d'encadrement des équipes soignantes n'apparaît pas, en fin de période, discordant des chiffres observés dans les structures comparables.

La clinique a procédé à la renégociation de l'accord de réduction du temps de travail (RTT), qui arrivait à terme en mai 2017. La dernière négociation antérieure (2012) avait abouti à une diminution de cinq jours RTT (de 18 à 13). Dans le cadre du plan de redressement, les discussions ont porté sur l'organisation du temps de travail, avec une proposition d'horaires en 12h et 7h dans les unités d'hospitalisation et d'ambulatoire. La négociation n'a pas abouti et une dénonciation de l'accord en vigueur s'est ensuivie le 6 janvier 2016 ; des négociations ont été ouvertes et se sont poursuivies tout au long de l'année pour aboutir un accord le 14 mars 2017. La mise en place des nouvelles organisations a été décalée du 1^{er} avril au 1^{er} septembre 2017.

Si l'absentéisme global a significativement augmenté sur le long cours, il est continûment resté inférieur aux taux observés dans les établissements non lucratifs comparables. Cette évolution a néanmoins été marquée d'une décroissance certaine en 2018, avec + 1,1 % en nombre de jours contre + 9,3 % entre 2016 et 2017. Cette inflexion traduit l'évolution divergente des différents motifs d'absences.

Graphique n° 5 : Comparaison du taux d'absentéisme pour motifs médicaux



Source : CRC d'après le bilan social et les données ATIH – ScanSanté tirés des bilans sociaux (indicateur 6)

Pour les jours d'absences pour maladie, soit les deux tiers du total, l'augmentation de 16 % sur la période s'est réalisée à 75 % entre 2016 et 2017. Parmi eux, les arrêts longs pèsent significativement (53 arrêts de 100 à 365 jours en 2018). Pour autant, le taux d'absentéisme de la clinique reste en deçà de celui observé dans les structures comparables. Ceux pour motif de mi-temps thérapeutique ont connu une baisse de 13 % entre 2017 et 2018, après une forte hausse l'année précédente (33 %). Ceux pour motif de maternité/paternité ont fluctué au gré des années (hausse de 14,9 % entre 2016 et 2017 et baisse de 3,4 % en 2018. Il en a été de même de ceux liés aux événements familiaux. Tendance positive, les absences pour motif d'accidents du travail, accidents de trajet et de maladies professionnelles (AT-MP), restées assez stables en 2018, s'inscrivent dans une forte décrue de long cours, sachant qu'elles représentaient encore près de 3 000 jours en 2014. Sur ce point, le nombre de maladies professionnelles est resté stable (huit cas en 2018 contre sept en 2016, majoritairement AS et IDE).

Cette tendance de fond (c.-à-d. la nette amélioration des taux de fréquence et de gravité) qui en a résulté impose de ne pas voir la dégradation observée en 2018 se renouveler.

Tableau n° 9 : Evolution des accidents de travail

<i>Accidents</i>		<i>2016</i>	<i>2017</i>	<i>2018</i>	<i>évo 16-18</i>
avec arrêt de travail	travail	51	20	37	-27%
	trajet	2	4	5	150%
sans arrêt de travail	travail	35	33	24	-31%
	trajet	2	4	4	100%
taux de fréquence ¹⁹		45,07	15,46	28,36	-37%
taux de gravité ²⁰		1,55	0,64	0,74	-52%
nb accidents au registre des accidents bénins		130	139	147	13%

Source : CRC d'après les données du bilan social

3.3.4 Un recours exclusif aux praticiens salariés pour l'UG, sur fond de tensions liées aux recrutements et aux rémunérations sur le territoire

En matière de personnel médical (PM) en 2018, la clinique comptait 70 salariés au sein de l'UG et 88 libéraux exerçant au sein de la SAS. À raison d'un strict partage de spécialités entre les deux (sauf pour la gynécologie, à titre résiduel), il n'existe pas de praticien en double exercice. Si l'UG n'emploie que du PM salarié, elle peut avoir recours à de la sous-traitance médicale, y compris au profit de médecins de la SAS.

L'offre de soins sur l'agglomération nantaise est très dynamique et la concurrence entre les établissements vive. Le recrutement des spécialités rares est rendu particulièrement difficile, spécifiquement en anesthésie. Toutes les équipes présentes sur le territoire doivent assurer le renouvellement de départs de praticiens à la retraite. Libérale ou salariée, elles se sont toutes structurées, ont revu leurs conditions d'accueil, pour améliorer leur attractivité auprès des candidats. Cela se traduit directement par un renchérissement des conditions d'embauche et des conditions d'exercice (hausse des moyens mis à disposition).

Selon la clinique, les médecins salariés ne sont pas demandeurs de montage avec un cabinet secondaire qui leur permettrait de réaliser une activité libérale et d'augmenter leurs revenus. À ce jour, l'essentiel d'entre eux considère que les conditions d'accueil au sein de la clinique restent bonnes. Contrairement aux médecins libéraux, la direction ne connaît pas de revendication des praticiens salariés.

Parmi toutes les spécialités, la maternité continue d'attirer mais les postes ne se libèrent pas. En effet, le renouvellement en gynécologues-obstétriciens a déjà eu lieu après la fusion qui a donné naissance à Jules Verne. À l'opposé, en anesthésie se pose le problème de la pyramide des âges, avec quatre départs en 2020. Pour cette spécialité, l'évolution des rémunérations est forte depuis deux ans, et la clinique connaît un sous-effectif en question.

¹⁹ Taux = [nb accidents avec arrêt de travail > 1 jour survenus au cours d'une période de 12 mois] * 1 000 000 / nombre d'heures travaillées.

²⁰ Taux = [nb jours avec arrêt > 1 jour survenu au cours d'une période de 12 mois] * 1 000 / nombre d'heures travaillées.

4 PROCESSUS DE GESTION ECONOMIQUE ET FINANCIERE

4.1 La nécessité d'améliorer le chaîne d'accueil / facturation / recouvrement (AFR)

4.1.1 Un processus de facturation dont le départ correspond à la sortie du patient

Historiquement, à Jules Verne, le paiement se fait à la sortie et il n'y a pas de volonté de traiter la facturation à l'entrée (pas de politique à l'échelle de HGO). La préadmission est une pratique qui concerne la totalité des patients en chirurgie, c'est-à-dire la majorité des patients de l'UG et la totalité de ceux de la SAS.

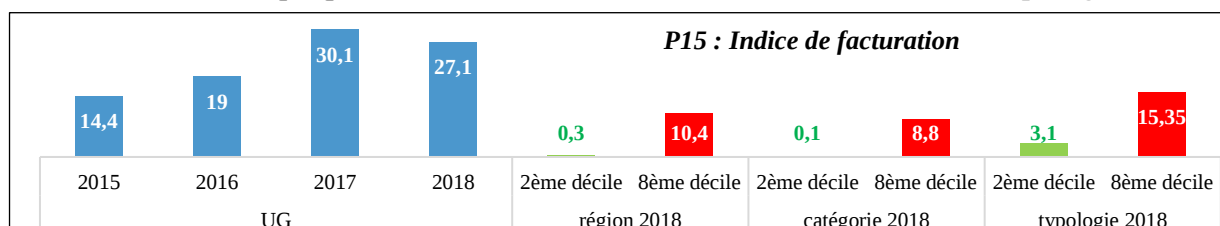
L'objectif à terme est de la développer en ligne via HM, au travers d'un compte patient sécurisé. Actuellement, après que les soignants notent la sortie, les patients se présentent, ce qui donne lieu à une pré-facture (reste à charge, part AMC et chambre particulière), en l'absence d'information sur les produits en sus (produits AM).

In fine, la chambre relève qu'à raison de ce mode d'organisation, le volume de secrétaire médical au sein de la clinique est important, 31,85 ETP de secrétaires médicales et 21,6 ETP en accueil.

Suite au déploiement d'HM, début 2018, les relances ne fonctionnaient pas : elles portaient parfois avec des flux à émettre pour la SAS, l'UG ou les deux à la fois, avec des FINESS et des comptes bancaires mélangés. Or, il n'y a pas d'automatisme dans les flux AMC allers et retours ; les bordereaux retours se font en masse. Pour elles, il y a donc eu un réel problème de passage à HM, avec des mutuelles non payées ou déjà payées, à cause de la double entité. Or, les concernant, et comme cela est observé dans les autres établissements, le bordereau retour est sous forme papier, à l'appui d'un virement unique avec toutes les références. À défaut d'interface spécifique automatique entre Cegid et HM, il faut donc ressaisir directement les données pour clore les dossiers. Cette contrainte diffère des flux AMO, pour lesquels le flux retour NOEMIE arrive directement dans HM pour s'intégrer dans les dossiers en direct.

4.1.2 Une clinique plutôt mal positionnée au regard des établissements comparables

Étalonnée au travers d'Hospidiag, le positionnement de l'UG (seul versant comparable) en matière de performance de la facturation à l'AMO, est resté particulièrement défavorable et continûment au-delà du 8^{ème} décile de l'échantillon. Il s'est même détérioré, pour atteindre près du double de cette borne haute en fin de période, même si l'exercice 2018 laisse apparaître une timide pause dans cette tendance.

Graphique n° 6 : Evolution de l'indicateur de facturation P15 Hospidiag

Source : CRC d'après les données Hospidiag de la clinique

Il ressort de l'étalonnage de la chaîne AFR par l'ANAP en décembre 2019²¹ un niveau de maturité globalement faible sur l'ensemble des axes, établissements publics comme privés non lucratifs

Tableau n° 10 : Etalonnage de la performance de la chaîne AFR

Indicateur	Echantillon	EPS	EBNL	CJV
Indice de facturation des séjours (Hospidiag P15) 2018	10,3	11	4,3	27,1

Source : CRC d'après les données de la clinique et l'étude AFR 2019 de l'ANAP

La clinique Jules Verne ne fait pas exception, au contraire. Cependant, l'analyse des données internes montre surtout un décrochage en 2018. Non pas tant pour les créances liées aux patients de la SAS, en hausse régulière depuis le début de la période. Plus certainement pour celles de l'UG, ce qui rejoint la tendance observée pour les créances AMO au cours de cet exercice. À noter, les factures de séjours restant à établir, en très léger repli pour l'UG en 2018, mais en hausse régulière sur toute la période, ont explosé pour la SAS.

Ces constats sont corroborés par l'analyse des données PMSI. Pour l'UG, les montants déclarés en 2018 via ePMSI ont connu des décalages heurtés vis-à-vis des flux transmis les années précédant la mise en place d'HM. Ceci est particulièrement visible pour le dernier mois de l'année, pour lequel les montants déclarés concernaient à 28 % des mois de sortie antérieurs en 2018, contre 6 % deux ans plus tôt. Autrement dit, la clinique a dû faire face en fin d'exercice 2018, à un volume de rattrapage des données de début et de milieu d'exercice plus de quatre fois supérieur à ce qui était le cas en début de période sous revue.

4.1.3 Un processus de facturation impacté par le changement de logiciel patients

Pour mesurer en quoi le changement de logiciel précédemment décrit participait à ce phénomène, la clinique a procédé, pour ce contrôle, à l'extraction exhaustive des données de facturation de ses patients (SAS comme UG) sur douze mois glissants – de juillet 2018 à juin 2019.

²¹ Benchmark sur la maturité de la chaîne AFR dans les établissements de santé, ANAP, décembre 2019.

Il en ressort que le délai moyen de facturation a fluctué, dans une fourchette de 10 à 19 jours, selon les mois de prise en charge mais n'apparaît pas plus dégradé en fin d'exercice. Cependant, la part des factures soldées plus d'un mois après la sortie a connu une hausse significative au début des deux semestres de la période. Les factures soldées le jour de la sortie représentent une part peu significative de sommes totales, entre 2 % et 3 %, quand bien même équivalent-elles à un cinquième du volume de séjours. Le montant moyen des factures soldées le jour de la sortie atteint 35 €. De plus, le volume des rejets de facturations, qui a atteint sur la période environ 800 dossiers chaque mois, a connu quelques pics et a contribué à ralentir la chaîne AFR, nonobstant la faiblesse des montants en cause, compte tenu du retraitement d'erreurs égrenées.

Pour autant, tous ces dysfonctionnements n'ont pas irrémédiablement bloqué la chaîne AFR dans son ensemble, l'essentiel des facturations trouvant leur solde dans les deux mois le plus souvent.

En l'espèce, la facturation des patients 2018 s'est achevée début 2019, avec une clôture des opérations difficile même si l'essentiel du décalage avait eu lieu lors du déploiement de HM, début 2018.

En réponse aux observations provisoires de la chambre sur ce sujet, l'UGCM a indiqué le lancement d'une mission d'audit sur le processus de facturation de la clinique, qui a terme devrait remédier à ces dysfonctionnements. Dans l'attente des résultats de ce processus, la recommandation de la chambre demeure valable.

Recommandation n° 5 : Renforcer la chaîne d'accueil – facturation – recouvrement, et notamment le suivi des impayés et des rejets, en analysant ces derniers en miroir des montants facturés à l'assurance maladie obligatoire comme à l'assurance maladie complémentaire.

4.2 Une comptabilité analytique au cœur des processus financiers internes

4.2.1 La nécessité d'une comptabilité analytique fine pour répartir les charges au sein d'une clinique entité plurielle

Les charges de la SAS et de l'UG qui ne procèdent que d'une affectation directe sont minoritaires et représentent en moyenne 7 % du total annuel.

Tableau n° 11 : Part des charges en imputation directe pour chaque entité clinique (en M€)

		2016	2017	2018
UG	charges directes	3,63	3,86	3,74
	charges mixtes	25,47	26,32	27,40
	dont charges perso communes (clés)	4,35	8,99	9,28
SAS	charges directes	2,12	2,25	2,11
	charges mixtes	44,08	44,51	44,97
	dont charges perso communes (clés)	3,39	7,07	5,43

Source : CRC d'après les données de la clinique ; nota : il importe de conserver à l'esprit que les montants annuels de charges de personnel communs ne sont pas strictement comparables entre 2016 et 2017, le rattachement au GIE desdits personnel ne comptant que six mois pour le premier exercice

Les clés ont été auditées et validées en 2016 par les CAC UG en 2016, à l'occasion de la constitution du GIE Jules Verne et des nouvelles modalités de refacturations de loyers et de personnel. Des réactualisations ponctuelles ont été effectuées, sans que cela n'affecte la permanence de méthode globale. Depuis 2017, elles n'ont pas fait l'objet de remarque des CAC.

La critique qui peut en être faite ne touche pas tellement aux modalités techniques choisies. Les clés de répartition SAS/UG sont pragmatiques. Ainsi, pour la refacturation des charges SI, la question peut se poser *in abstracto* de savoir si le nombre de postes est une unité d'œuvre pertinente mais aucune ne fait l'unanimité dans ce domaine. Au fond, c'est l'aspect purement théorique de ces découpages qui revient sur le devant de l'analyse. Beaucoup de charges sont communes car la dualité SAS/UG et l'existence autonome des GIE et GCS relèvent de la fiction juridique.

La clinique ne dispose d'une comptabilité analytique par spécialité que depuis 2015. Jusque-là, aucun outil interne ne permettait de déterminer de manière objective les déséquilibres entre activités. Si cette comptabilité permet un suivi de l'information médico-économique par les services de contrôle de gestion, elle a pour seul objet de rendre compte d'une situation sans équivalent, à savoir la fiction juridique de deux cliniques intriquées dans une seule entité physique.

Tableau n° 12 : Résultats analytiques de la clinique reclassés par sections analytiques ENCC

catégorie ENCC	SAS			UG			cumul SAS + UG		
	2 016	2 017	2 018	2 016	2 017	2 018	2016	2017	2018
activités cliniques	12,10	14,36	14,82	10,25	22,32	13,79	22,35	36,68	28,61
dont chirurgie	12,76	13,34	15,73	12,18	10,39	9,56	24,94	23,73	25,29
dont chir ambu	7,98	8,59	10,22	0,28	0,06	0,16	8,26	8,65	10,38
dont maternité				5,10	7,02	3,98			
dépenses médicotechniques	-8,45	-9,19	-8,83	-9,65	-8,85	-8,67	-18,10	-18,04	-17,50
logistique et gestion générale	-4,04	-6,49	-6,06	-0,57	-12,86	-6,07	-4,62	-19,35	-12,12
dont bloc opératoire	-7,83	-8,93	-8,97	-5,03	-4,27	-4,09	-12,86	-13,19	-13,06
logistique médicale	-0,79	-0,83	-1,55	-1,09	-1,31	-1,49	-1,88	-2,14	-3,05
non classable	0,00	0,00	0,00	1,48	1,32	1,38	1,48	1,32	1,38
structure	-0,02	0,06	0,12	-1,16	-1,00	0,25	-1,18	-0,93	0,37
total (résultat comptable)	-1,20	-2,08	-1,50	-0,75	-0,39	-0,81	-1,95	-2,47	-2,30

Source : CRC d'après les balances analytiques de la clinique

En matière de données de personnel, la vérification conduite pour le présent contrôle entre les données du livre de paie et celles de la balance analytique a montré des écarts. En 2018, si les agents mentionnés en maternité et néonatalogie sur la paie représentent 6,00 M€, les soldes de charges de personnel des balances analytiques portent un solde de 6,26 M€, soit un écart de -4 %. Pour le bloc opératoire, les soldes sont respectivement de 5,73 M€ et 5,44 M€, soit un écart de +5 %.

Analysée à l'échelle des spécialités, les déterminants du déséquilibre économique n'en ressortent pas plus clairement, dès lors que de nombreuses sections analytiques relèvent de moyens communes (p. ex. digestif-gynéco-vasculaire).

4.2.1 Une comparaison avec les données du retraitement comptable et avec ceux de l'étude nationale de coûts de l'ATIH qui montre des décalages

4.2.1.1 Des écarts de coûts plus ou moins nets avec le retraitement comptable (RTC)

L'analyse des coûts d'unité d'œuvre (CUO) de l'UG déclarés sur la base de la comptabilité analytique, appelle quelques remarques (cf. annexe 8) :

- pour les sections cliniques, l'essentiel des CUO d'hospitalisations MCO se rapprochent de la fourchette basse (1^{er} quartile) du RTC redressé par l'ATIH ; au surplus, ces CUO favorables ne varient presque pas entre 2016 et 2017. Cependant, cette stabilité ne vaut pas pour les hospitalisations complètes de chirurgie qui passent de la fourchette basse du RTC en 2016 (à 918 €) à la fourchette haute (à 1 105 €) ;
- pour les sections médicotechniques, les CUO apparaissent systématiquement favorables à la clinique, entre fourchette basse et médiane du RTC ;
- pour la logistique médicale, le CUO de la pharmacie la positionne dans la fourchette la plus haute du RTC (avec 6,7 € contre un CUO médian de 3,5 €) ;
- pour les sections logistiques générales, les situations sont contrastées. Le CUO de la DSI notamment ressort dans la fourchette la plus haute de l'échantillon au cours des deux exercices. Pour les services administratifs liés au personnel, le CUO reste certes dans la fourchette basse mais passe de 994 € en 2016 à 823 € en 2017.

En matière de coûts de structure, le poids de l'immobilier ressort là encore en décalage avec le reste du RTC, au plus haut de la fourchette de comparaison. Il équivalait en 2017 au double du 3^{ème} quartile et à plus du triple de la médiane (265 € contre 125 € et 80 €).

4.2.1.2 Des écarts par section analytique avec les résultats de l'étude des coûts

Pour confirmer/infirmes les constats précédents, une comparaison a été construite entre les charges de chaque entité transcrites dans sa comptabilité analytique et les coûts totaux par section analytique reconstitués à partir des coûts moyens par séjour de l'ENC lors de la dernière campagne clôturée²². Cette démarche vise plus globalement à mettre en lumière toute activité qui serait, par construction tarifaire, source de déficit ou au contraire source d'excédent, et non à déceler finement les surcoûts par spécialité.

Peu de données d'activité de la clinique apparaissent bloquantes pour un tel étalonnage²³. A cet égard, 98 % des GHS de l'UG et 87 % de ceux de la SAS présentent un indice de fiabilité suffisamment robuste (coté « bon » en termes d'échantillonnage par l'ATIH) pour en tirer une appréciation d'ensemble.

²² Dernière collecte de l'ENC : charges 2017 ; traitement national ATIH en second semestre 2018, publication en premier semestre 2019.

²³ Pour toute la clinique, peu de GHM restent hors ENC (seulement l'équivalent de 0,63 M€). Leur absence résulte du fait qu'il n'y ait pas assez d'établissements de l'échantillon ENCC qui les réalisent pour l'année étudiée.

À structure équivalente²⁴, la clinique Jules Verne fait face en 2018 à de nombreux écarts significatifs entre les charges retranscrites dans sa comptabilité analytique et les coûts moyens observés lors de la dernière campagne clôturée de l'ENCC :

- les charges des sections cliniques sont nettement plus élevées que les coûts reconstitués à partir des moyennes ENC, surtout pour la SAS ;
- si les sections médicotechniques affichent globalement des charges assez proches de l'ENC, ce n'est qu'à raison d'un déséquilibre entre celles de l'UG, inférieures aux coûts reconstitués et celles de la SAS, qui sont au contraire très supérieures. Une chose est cependant constante : le coût des blocs (chirurgie et maternité) est supérieur aux coûts moyens ENC ;
- si les charges de logistique et gestion générale apparaissent inférieures aux coûts moyens ENC, celles de logistique médicale s'en rapprochent globalement. A noter cependant qu'en leur sein, celles relevant de la pharmacie à usage intérieur sont, pour les deux entités, supérieures aux moyennes nationales.

L'étalonnage du nombre de points d'ICR (indice de coût relatif)²⁵ par salle d'intervention chirurgicale calculé par l'ATIH pour Hospidiag confirme d'ailleurs le potentiel d'optimisation des blocs opératoires.

Tableau n° 1 : Evolution des ICR par salle d'intervention chirurgicale (P9)

	CJV				Région 2018		Catégorie 2018		Typologie 2018	
	2015	2016	2017	2018	décile 2	décile 8	décile 2	décile 8	décile 2	décile 8
SAS	394 996	290 461	353 436	337 711	215 627	435 404	226 546	462 392	300 454	511 964
UG	425 541	421 506	436 443	423 021	215 627	435 404	150 281	389 896	254 006	424 314

Source : CRC d'après Hospidiag

La comparaison sur une des prises en charge phares de la clinique, à savoir les séjours ambulatoires illustre ce différentiel défavorable.

À l'échelle des seuls séjours ambulatoires (extraits du PMSI sur la base du code GHM, 6^{ème} caractère), face aux charges correspondants dans la comptabilité analytique (codés AMB UCAA), les secondes équivalraient au double des premières.

4.2.1.3 Conclusion : un travail d'analyse interne à poursuivre pour objectiver les marges de manœuvre

Les comparaisons convergent donc et mettent en lumière des coûts globalement plus élevés à Jules Verne, toutes choses égales par ailleurs. Ces décalages affectent les deux versants tarifaires de la clinique, mais sont plus nets pour la SAS.

²⁴ Soit ici l'intégralité des coûts de structure (immobiliers et charges financières incluses) mais hors honoraires et charges en sus (MED/DM).

²⁵ Calcul : nombre d'ICR des actes avec code d'activité 1 et 4 / nombre de salles d'intervention chirurgicale.

4.3 La fiction d'une coexistence de plusieurs entités Jules Verne, source inhérente de risques en termes de conformité aux règles comptables

4.3.1 Une appréciation des CAC plutôt positive en matière de fiabilité

Les comptes des entités Jules Verne ont été certifiés sans réserve depuis 2016. Seules quelques anomalies de faible ampleur y apparaissent, le plus souvent pour la SAS. Elles concernent notamment les provisions, que ce soit celles constituer au vu de risques d'indus de facturation à l'AM en cardiologie (cf. activité, *op. cit.*) ou celles relatives à la médaille du travail (calcul non justifié sur les derniers exercices) mais dans un contexte de stabilité de l'effectif concerné. Elles concernent surtout pour la SAS l'existence de comptes courants non rémunérés. Si les CAC ont validé les réciprocitys avec l'UG et le GIE, ils recommandent de mettre en place une convention de gestion de trésorerie qui prévoit la rémunération de ces avances intragroupes.

Indépendamment de cela, la chambre relève que la clôture de l'exercice 2018 a suffisamment tardé pour justifier un rapport de carence du CAC dans le cas la SAS.

4.3.2 Un contrôle de la chambre qui n'a pas relevé d'anomalies significatives

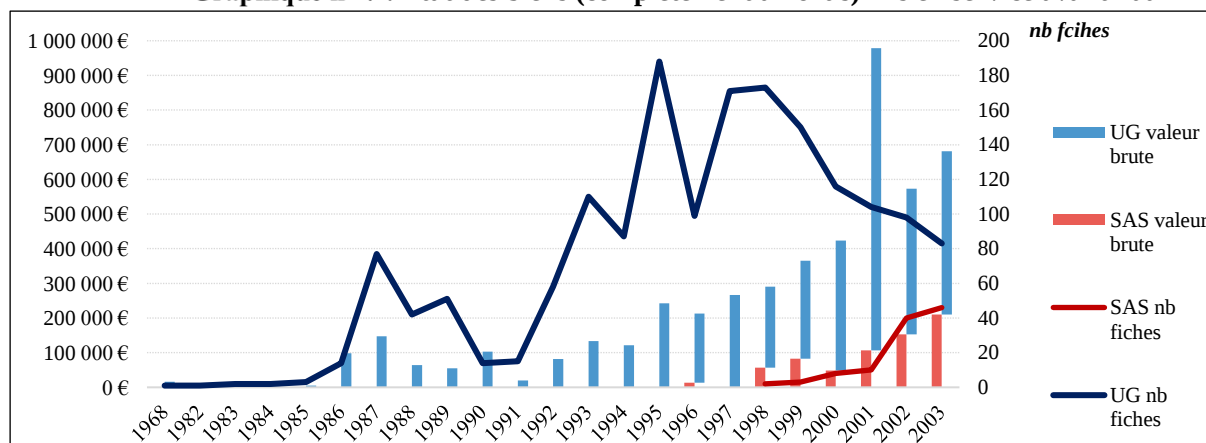
L'instruction, sur la base des travaux du CAC et des contrôles auxquels elle a elle-même donné lieu n'a pas relevé quelques d'anomalies significatives de nature à jeter un doute sur la fiabilité des comptes (cf. annexe 9).

4.3.2.1 Un registre des immobilisations qui gagnerait à être nettoyé pour l'UG

Le registre des immobilisations présente au 31 décembre 2018 des écarts avec la balance des comptes pour la SAS pour 0,32 M€, sachant que le fonds commercial originel (valorisé 0,20 M€) ne figure pas au dit registre.

De plus, le registre tenu par la clinique mériterait d'être actualisé, eu égard aux de dates de mise en service anciennes et aux biens non sortis systématiquement.

Graphique n° 7 : Etat des biens (complètement amortis) mis en service avant 2004



Source : CRC d'après les données de la clinique

Au 31 décembre 2018, l'UG comptait encore 1 659 fiches d'inventaire renvoyant à une mise en service antérieure à la constitution de la clinique en 2004 et la SAS 112. Pour l'UG, 207 fiches renvoient à des biens mis en service entre 1968 et 1990. Il s'agit par exemple de matériel informatique, de chariots, lits, échographes, moniteurs, électrocardiographes.

Compte tenu de ce qui précède, le total des immobilisations et des amortissements présentés au bilan est surestimé. Cela est cependant sans impact sur le résultat car les immobilisations en question sont totalement amorties.

Afin de mesurer cette surestimation, un inventaire physique apparaît nécessaire. Cependant, le décret n° 2015-903 du 23 juillet 2015 relatif aux obligations comptables des commerçants a mis fin au livre d'inventaire pour les sociétés commerciales soumises au PCG. Dès lors que la tenue du livre-journal et du grand livre (obligatoires) est effective, la chambre formulera cette observation sur le plan de la seule bonne gestion.

Recommandation n° 6 : Réaliser un inventaire physique.

4.3.2.2 Des comptes courants non rémunérés pour la SAS

Comme cela a été relevé par les CAC de la SAS, les comptes courants de cette société sont utilisés au profit d'avances intragroupe sans être rémunérés.

Par suite, il existe un risque que cette pratique de la SAS soit considérée comme un acte anormal de gestion, dès lors que la société devrait exiger comme rémunération de ses avances un taux d'intérêt équivalent à celui ceux auxquels la société aurait pu se refinancer sur le marché, conformément à la jurisprudence administrative en la matière²⁶.

Recommandation n° 7 : Mettre en place une convention de gestion de trésorerie intragroupe qui prévoit la rémunération des avances.

4.3.2.3 La clôture difficile de l'exercice 2018

Considérant la clôture particulièrement difficile et tardive des comptes 2018 par la SAS et le rapport de carence du CAC qui s'est ensuivi, la question de la parfaite césure des exercices a été soulevée à l'occasion du présent contrôle.

Ainsi, un volume significatif d'opérations comptables liées aux prestations de soins a été passé en écriture tardivement pour rattachement au 31 décembre 2018.

L'analyse des données de chaque facturation à un patient (réalisée à partir de l'extraction exhaustive précitée) a montré que la part des dossiers 2018 non clôturés lors de la clôture des comptes du même exercice était encore significative (0,34 M€ pour 1 146 dossiers). La chambre note que ce contrôle n'avait pas été réalisé par les CAC et que le caractère significatif de ce risque n'était donc pas mesuré à cette occasion.

²⁶ Cf. CE, 8e et 7e ss-sections, 7 octobre 1988, n°50256 ; CE, 10e et 9e ss-sections, 31 juillet 2009, n°301936 ; CAA Versailles, 3e chambre, 9 février 2016, n°15VE00394.

La chambre relève que tous les risques précédemment relevés, au regard de la facturation, des changements de logiciels et du respect du principe d'indépendance des exercices sont accentués par une granularité insatisfaisante des informations relatives aux patients. En effet, la comptabilité des SAS et UG ne contient pas d'écriture comptable par patient pour les opérations générées par HM, mais des données en masse tous les mois, ce qui suppose un contrôle minutieux des flux déversés entre HM et Cegid pour garantir l'exhaustivité des opérations en question.

4.3.3 Une non consolidation discutable des comptes de l'UG dans le groupe HGO

Lors du CA de l'UG du 14 décembre 2016, l'adhésion à la convention de comptes consolidés Harmonie mutuelle pour 2016 a été décidée. L'année suivante, le CA de décembre 2017 actait le fait que l'UMG VYV (via VYV Care) devient la structure combinante, en remplacement d'Harmonie.

Pareil choix ne devrait pas, *in abstracto*, poser de difficulté considérant qu'il correspond au montage courant dans le secteur mutualiste. Cependant, ce choix de combinaison interroge la chambre, dès lors que les modalités de gestion au sein du groupe HGO sont de nature à le remettre en cause. En effet, il résulte de l'ambivalence même de ce groupe, entité consolidante de ses filiales et dirigeant (via le GIE HGO) les UG gestionnaires de cliniques qu'il pourrait devoir consolider l'ensemble des entités du même nom.

L'absence de positionnement des CAC sur ce point s'explique parce que, dans la pratique, tout est consolidé (SA/SAS) ou combiné dans VYV directement ou indirectement. Par suite, le schéma actuel ne laisse aucune zone blanche dans le périmètre de l'UMG.

Face à quoi, la chambre souligne que le choix de combinaison comptable intra-mutualité serait de bonne gestion pour donner une image fidèle et sincère des comptes, au-delà de l'absence d'obligation légale de consolidation des comptes.

En effet, en l'espèce, les liens de contrôle et d'intérêt commun pour l'UG sont d'abord : une direction commune avec la SAS JV (avec un contrôle exclusif de HGO sur les deux entités), un GIE HGO de fonctions supports avec les autres UG et SAS au sein de HGO (SAS dont la DG pilote la stratégie et exerce le contrôle réel), une politique commerciale et une stratégie d'activité communes (p. ex. marque unifiée).

La chambre invite l'UG à se rapprocher de la SAS HGO pour engager la démarche de consolidation et en tirer toutes les conséquences au regard de sa convention de combinaison avec VYV Care.

Recommandation n° 8 Consolider les comptes de l'UG dans la SAS HGO, pour mieux respecter le principe d'image fidèle et sincère des comptes.

4.4 Une prévision budgétaire souvent optimiste, dans un contexte d'un plan de redressement

4.4.1 Un suivi budgétaire et financier par l'ARS assez distant dans un contexte de plans de redressement

Les règles relatives à l'organisation financière des établissements publics de santé sont pour l'essentiel applicables aux privés non lucratifs soit, pour les ESPIC, une compétence en matière d'EPRD et de PGFP qui dépend de la gouvernance propre de chaque entité.

L'ARS avait déjà demandé à la clinique mutualiste de mettre en place un plan de redressement dès 2010, au vu d'un résultat 2009 à -2 M€. Depuis la substitution en 2016 d'une union gestionnaire individuelle en lieu et place d'une union régionale (HCPL), les objectifs de retour à l'équilibre sont plus stricts. Depuis cette date, les mesures prises l'ont été en miroir de celles demandées à la SAS : ajustement de la capacité sur les unités d'hébergement, ouverture de 18 lits supplémentaires en médecine générale (extension) et externalisation des charges d'entretien et de restauration. Le nouvel accord RTT a été signé en 2017.

En l'espèce, les EPRD et PGFP de l'UG n'ont plus été que tacitement approuvés par la DG ARS depuis 2017. L'approbation 2016 a appelé quelques commentaires de l'ARS.

Sur l'activité comme sur la masse salariale, les projections sont en décalage avec les objectifs du plan triennal et l'évolution de l'ONDAM et avec le taux de progression de l'activité constatée régionalement en 2015. L'augmentation de la masse salariale moins importante que celle des produits courants permet une amélioration de la marge brute hors aide et hors loyers de + 1,4 M€. Néanmoins, cette dernière reste insuffisante pour couvrir d'une part les charges de la dette et des investissements courants, et d'autre part les charges financières, d'amortissements et locatives. L'attention est portée sur la forte dynamique des recettes d'activité et des charges de personnel.

La chambre relève l'intelligibilité toute relative des présentations de charges de personnel au vu de l'éclatement des structures et des refacturations induites. En effet, ces charges sont comptablement imputées en personnel extérieur pour la SAS et l'UG dans leurs états financiers. Leur présentation en format EPRD / CF est faite en ré-imputant les sommes en question au c/64 et en les ventilant selon les types de contrat (CDI/CDD). A quoi s'ajoute le fait que ces documents ne permettent pas de comprendre spontanément les personnels en commun, dont la refacturation est fonction de clés analytique.

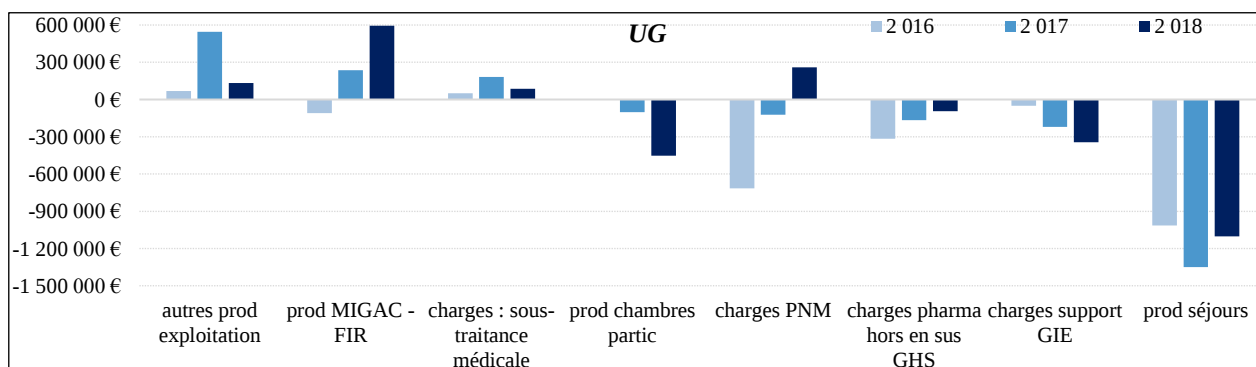
La chambre en veut pour preuve que ce rapprochement de données a nécessité des échanges nourris avec les services de la clinique pour comprendre les variations entre les différents documents, notant qu'au surplus les bilans sociaux, EPRD et CF ne prennent pas strictement en compte les mêmes périmètres sur certains points.

Parallèlement et indépendamment de ce suivi budgétaire, un plan de retour à l'équilibre prévu sur trois ans a été accepté par l'ARS en 2015. Depuis 2016, la clinique a atteint les objectifs en cause.

4.4.2 Une qualité de la prévision budgétaire à parfaire

Chaque année, la prévision budgétaire est en décalage avec la réalité. Pour le versant UG, cela est particulièrement marqué en matière de chiffre d'affaires lié aux séjours, avec un delta de CA non réalisé d'un million d'euros en moyen. Pour les deux versants de la clinique, une même faiblesse affecte les produits tirés des chambres particulières, avec un manque à gagner de 0,77 M€ cumulé pour les deux structures en 2018.

Graphique n° 8 : Ecart majorés entre les prévisions budgétaires et les réalisations (UG)



Source : CRC d'après les données de la clinique ; lignes de charges et de produits portant un différentiel de plus de 0,10 M€ entre le budget / EPRD et le réalisé

Chaque année, la prévision budgétaire est en décalage avec la réalité. Pour le versant UG, cela est particulièrement marqué en matière de chiffre d'affaires lié aux séjours, avec un delta de CA non réalisé d'un million d'euros en moyenne. Pour les deux sociétés, une même faiblesse affecte les produits des chambres particulières, avec un manque à gagner de 0,77 M€ cumulé pour les deux structures en 2018. L'UGCM explique ce décalage par des événements exceptionnels, non prévisibles par nature, comme l'indisponibilité de praticiens ou par l'évolution du codage ou du case-mix des séjours, qui influent sur les produits des séjours.

4.5 Un contrôle interne qui reste à construire, sans doute à l'échelle du groupe

Au vu des constats qui précèdent et dans un contexte de forte croissance attendue de l'activité en 2020 avec l'entrée en fonction des nouveaux locaux, la chambre relève le besoin de renforcer encore le contrôle de gestion. Il s'agit en effet de garantir la bonne connaissance des coûts, de définir si besoin des taux de marge cibles par secteurs de prise en charge (selon les déséquilibres constatés) pour renforcer le pilotage budgétaire. Cependant, ce travail ne suffira pas et la direction de la clinique a besoin de pouvoir s'appuyer sur une capacité de contrôle interne.

Il n'existe pas de dispositif de contrôle interne ou d'audit interne, que ce soit au niveau de la clinique ou du groupe HGO, qui puisse procurer une assurance suffisante sur la maîtrise des risques financiers. De même, les dispositifs de maîtrise des risques propres aux activités d'un établissement de santé sont peu formalisés. Ainsi, l'intégration des services du département de l'information médicale dans ces dispositifs doit être clarifiée. La bonne coordination entre les services administratifs, ceux de la DSI et ceux du DIM appelle une sécurisation juridique de leurs interrelations, eu égard à leurs rôles respectifs. Le niveau de mise en œuvre des contrôles des services n'est pas évalué. Ces contrôles demeurent réalisés selon des modalités hétérogènes et leur traçabilité n'est pas assurée de manière satisfaisante.

La clinique devra construire une cartographie au regard des risques financiers, notamment des risques en matière de fraudes et d'atteintes à la probité. Pour autant, la chambre souligne que cette démarche trouverait utilement à se déployer à l'échelle de HGO, à raison des problématiques voisines dans les toutes les cliniques du groupe. L'UGCM en a convenu et a annoncé que l'audit des cliniques du groupe faisait bien partie des missions attendues, audit qui reste à mettre en œuvre.

Cet engagement pourra utilement de renforcer les processus métiers comme la chaîne AFR et s'appuyer sur l'affermissement de la fonction SI décrit précédemment. Il paraît en effet peu pertinent que la clinique développe seule des outils d'aide à la détection et à l'investigation d'anomalies (p. ex. requêtes de détection d'atypies).

La chambre renvoie ici vers le cadre de référence sur les dispositifs de gestion des risques et de contrôle interne de l'AMF, ainsi que sur les publications les plus récentes, comme le guide de l'Association pour le Management des Risques et des Assurances de l'Entreprise.

Recommandation n° 9 : Mettre en place des dispositifs de contrôle interne et renforcer le contrôle de gestion.

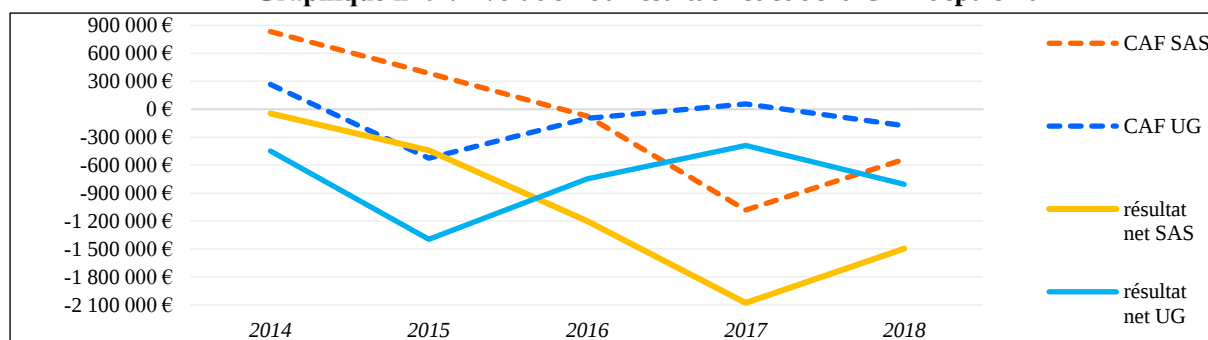
5 TRAJECTOIRE FINANCIERE

5.1 Deux structures d'exploitation cliniques de plus en plus fragilisées, au moins depuis 2014

Tableau n° 2 : Principaux soldes intermédiaires de gestion de l'UG et de la SAS

	SAS				UG				GIE			
	2016	2017	2018	évo	2016	2017	2018	évo	2016	2017	2018	évo
CA	25,79	26,13	27,86	8%	47,76	47,55	47,98	0%	67,37	52,72	53,96	-20%
charges personnel	12,37	13,15	12,79	3%	33,25	33,14	34	2%	55,36	40,71	41,66	-25%
valeur ajoutée	-1,3	-1,91	-1,23	-5%	-1,43	-1,53	-1,64	15%	60,23	44,14	45,32	-25%
EBE	-1,31	-1,95	-1,25	-5%	-0,51	-0,17	-0,38	-26%	-0,57	-0,39	-0,20	-64%
REX	-1,69	-2,6	-2,12	25%	-0,86	-0,47	-1,07	25%	-0,09	0,04	-0,01	-87%
résultat net	-1,2	-2,08	-1,5	25%	-0,75	-0,39	-0,81	8%	0	0	0	

Source : CRC d'après les balances de la clinique

Graphique n° 9 : Evolution du résultat net et de la CAF depuis 2014

Source : CRC d'après les balances de la clinique pour 2016-2018 et les données Hospiddiag pour 2014 et 2015

Antérieurement à la période sous revue, la situation financière de la clinique Jules Verne (SAS comme UG) n'avait jamais été durablement excédentaire. Depuis 2016, ses deux composantes n'ont pas connu d'amélioration structurelle de leur compte de résultat. Pourtant, la clinique avait mené à bien, en fin de période, toutes les mesures d'économies prévues au plan de redressement précité.

Cette dégradation s'est produite dans un contexte de prise en tenailles paradoxal : la pression tarifaire sur les séjours amenuisant directement le chiffre d'affaires (CA), quand le bénéficiaire des crédits d'impôt aurait permis un allègement significatif des charges sociales, – au vu du poids des bas salaires dans le secteur sanitaire, – s'il ne s'était pas trouvé annulé par les reprises destinées à prévenir toute surcompensation au sens des dispositions de l'article 111 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

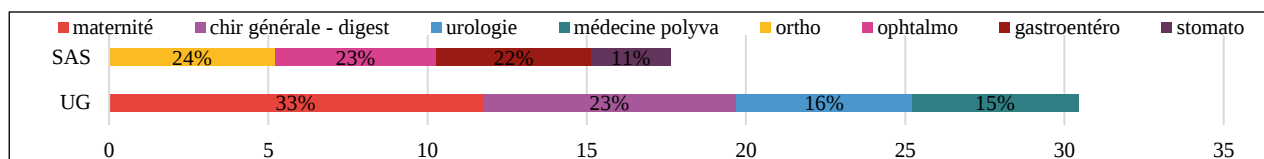
Sur la période, la dégradation la plus notable a concerné la SAS. En 2018, elle affichait un résultat déficitaire de 1,5 M€ pour 28 M€ de CA, soit près du double du déficit de l'UG (0,8 M€ pour 50 M€ CA).

À raison des pertes constatées au cours de ces exercices, les capitaux propres de la société étaient devenus inférieurs à la moitié du capital social, ce qui avait justifié la convocation de l'assemblée générale extraordinaire pour décider une dissolution anticipée de la société ou sa poursuite d'activité, conformément aux dispositions de l'article L. 225-48 du code de commerce. Par suite, la SAS a bénéficié d'une augmentation de capital de près de 5 M€, soit l'équivalent de deux années de déficit.

5.1.1 Des spécialités très inégalement génératrices de revenus

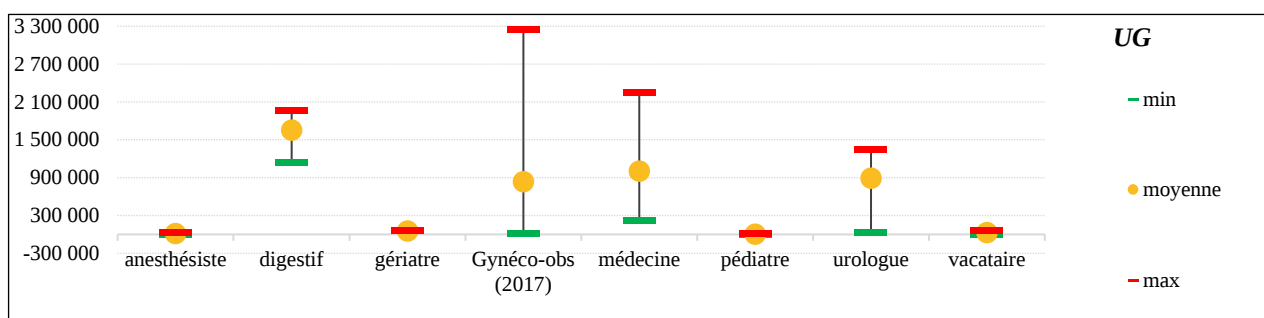
5.1.1.1 Activité médicale

Les différentes spécialités médicales de la clinique pèsent de poids très différents, les plus lourdes représentant 86 % du CA soins de l'UG et 80 % pour la SAS (cf. annexe 9).

Graphique n° 10 : Poids des quatre premières spécialités en chiffre d'affaires (en M€)

Source : CRC d'après les données de gestion de la clinique

Ces disciplines présentent également un niveau de productivité très disparate entre chacun spécialistes qui les exercent. Le CA moyen par praticien des quatre premières spécialités au sein de l'UG est compris entre un peu moins de 0,90 M€ (en gynécologie-obstétrique) et 1,60 M€ en chirurgie digestive. Pour la SAS, il est compris entre 0,30 M€ (en ophtalmologie) et un peu moins de 0,90 M€ en orthopédie.

Graphique n° 11 : CA étalonné par praticien par spécialité majeure en 2018 (en euros)

Source : CRC d'après les données de la clinique

5.1.1.1.1 UG : un CA globalement atone à raison de variations contraires entre spécialités

Entre 2016 et 2018, le CA est resté globalement stable, d'abord du fait d'un effet volume très hétérogène entre secteurs d'activité, dans un contexte de pression tarifaire continue.

En MCO, l'exercice 2016 avait pourtant connu une hausse d'environ un million d'euros des facturations de GHS par rapport à 2015. Cette hausse était d'abord portée par l'activité de médecine polyvalente (+1,42 M€), à raison d'un effet volume positif porté par l'ouverture de l'extension en mai 2016 (+18 lits), même si le niveau d'activité restait inférieur aux prévisions et ne compensait pas entièrement la baisse de la valorisation économique moyenne. Elle résultait également de la dynamique de la maternité / néonatalogie (+ 0,25 M€), à volume d'activité supérieur aux attendus mais à valorisation moyenne stable. Ce secteur naissance a d'ailleurs connu en parallèle une forte hausse des ACE, grâce aux nouvelles plages de consultations des sages-femmes depuis janvier 2016. De même, en SSR avait initialement connu une hausse de la Dotation Annuelle de Financement (DAF) entre 2015 et 2016 (+ 0,13 M€) liée à l'arrêt des produits de tarification aux séjours en versant OQN. En effet, la fusion le 18 mai 2015 du Centre SSR (CSSR) avec l'UG avait impliqué le passage en DAF pour l'ensemble. Ce changement et la hausse induite a compensé les coûts liés à la prise en charges des prestataires externes auparavant financés par la mutuelle.

L'année suivante a été moins satisfaisante pour l'ensemble de l'UG. En MCO, 2017 a connu un recul de l'activité de séjours (-0,2 M€ de CA T2A), résultant non pas tant de la pression tarifaire que d'un effet volume négatif, lié à de nombreuses absences de médecins entraînant notamment une diminution significative des actes de chirurgie, couplé à une diminution de la valorisation économique moyenne en chirurgie générale et digestive.

L'exercice 2018 n'a pas vu de redressement spectaculaire de l'activité. La progression de la médecine polyvalente n'a pas compensé le net recul de la chirurgie générale (- 0,30 M€) et de l'urologie (- 0,31 M€), d'abord en raison d'un effet volume négatif et d'une valorisation économique moyenne ne berne.

5.1.1.1.2 Un impact significatif mais très hétérogène des mesures tarifaires nationales

La clinique Jules Verne *lato sensu* a été diversement affectée par les variations de tarifs de GHS, selon que l'on considère le *casemix* propre à chaque entité (SAS ou UG).

Abstraction faite des changements de classification de GHS entre exercices (p. ex. fusion-absorption, reclassement, subdivision, etc.) la partie UG, tarifée sur la même échelle que les établissements publics (ex DG), a connu un effet tarifaire négatif constant entre 2016 et 2018, alors que la SAS, tarifée sur l'échelle exOQN, a finalement connu un delta positif au cours du dernier exercice.

Selon les entités concernées, les domaines d'activité (DA) ne sont pas également affectés par les variations tarifaires N/N-1. Cinq DA ont connu un écart négatif de plus de 0,10 M€ depuis 2016 : digestif, gynécologie, ophtalmologie, ORL et orthopédie. À noter que pour le second et le troisième DA, à raison d'un effet positif respectivement antérieur et ultérieur significatif, il ne subsiste fin 2018 presque aucune « perte » en termes de valorisation économique.

Pour mieux saisir les déterminants des variations tarifaires précitées et neutraliser les effets techniques liés au changement de classification, il convient de mesurer l'effet structure au sens de l'ATIH²⁷, autrement dit, l'évolution du volume économique moyen par séjour relatif. Cet effet traduit l'évolution de la structure d'activité induite par une augmentation de la lourdeur des séjours ou par une amélioration du codage des informations médicales.

En l'espèce, cet effet structure apparaît positif sur toute la période sous revue pour la SAS, ce qui n'est pas le cas pour l'UG (sur la dernière année).

Son analyse au niveau des domaines d'activités (DA) confirme une dissemblance entre les deux entités, constat à relier à leur niveau de concentration du *casemix*. En effet, la SAS compte quatre DA représentant chacun plus de 10 % de l'activité totale contre 5 pour l'UG ; leur poids cumulé est proche, à 86 % en 2018 :

- parmi les 21 DA présents dans chaque entité, plus de la moitié connaît un effet structure négatif depuis 2018. En 2017, cela ne valait que pour un peu moins de la moitié pour la SAS et moins d'un tiers pour l'UG ;
- l'effet structure est durablement négatif pour la SAS comme UG dans deux DA : digestif et urologie-néphrologie ;

²⁷ Du fait des changements de classification des GHM intervenant chaque année, les éléments sont présentés par l'ATIH sur trois années à classification constante. La classification utilisée correspond à celle en vigueur pour la dernière année analysée.

- si l'exercice 2018 a marqué une nette dégradation de l'effet structure pour trois domaines de l'UG (toxicologie, obstétrique et douleurs chroniques-soins palliatifs) et autant pour la SAS (ORL-stomatologie, tissus (sous-)cutanés et toxicologie), ces DA sont marginaux et, cumulés, représentent moins de 1% de l'activité totale de chaque entité ;
- à l'opposé, un renversement de tendance synonyme d'amélioration a pu être visible en 2018, dans un contexte de moindre baisse des tarifs par les autorités nationales, notamment en ophtalmologie.

Tableau n° 3 : Mesure de l'effet structure par entité

Domaine d'activité	% activité totale		volume économique moyen ²⁸		effet structure			
	SAS	UG	SAS	UG	SAS		UG	
	2018	2018	2018	2018	16-17	17-18	16-17	17-18
digestif	24%	24%	459	3 218	-1%	-2%	-3%	-3%
ortho traumato	21%	1%	1 439	3 992	-6%	-8%	6%	7%
rhumato	0%	1%	915	3 787	13%	1%	14%	-9%
système nerveux (hors KT)	3%	1%	2 382	4 008	86%	34%	4%	-7%
cathétérismes	1%		1 632	2 643	3%	-3%		
cardio-vasculaire (hors KT)	3%	2%	834	2 014	6%	-2%	8%	-3%
pneumo	0%	3%	357	3 652	-1%	-7%	12%	-4%
ORL stomato	17%	0%	574	3 180	2%	0%	82%	-33%
ophtalmo	24%	0%	779	3 377	-1%	1%	-35%	88%
gynéco seins	3%	13%	1 035	2 044	1%	-4%	-4%	-4%
obstétrique	0%	23%	292	2 096	93%	-43%	-1%	1%
nouveau-nés - périnatal		11%		1 084			1%	3%
uro-néphro génital	0%	16%	532	1 862	-9%	-1%	-1%	-2%
héματο	1%	2%	603	3 952	-4%	-8%	10%	2%
chimio radio hors séances	0%	0%	462	1 465	0%	0%	11%	-3%
maladies infectieuses	0%	0%	465	4 233	-49%	-12%	58%	15%
endocrino	1%	1%	1 274	3 296	-2%	-5%	4%	2%
tissus (sous-)cutané	2%	0%	523	1 908	-1%	-2%	17%	-28%
psy	0%	0%	1 349	4 082	72%	26%	0%	3%
toxico	0%	0%	776	2 641	73%	-33%	69%	-36%
douleurs chron soins palliatifs	0%	0%	1 034	3 319	179%	-64%	-18%	2%
activités inter spécialités	1%	2%	521	1 764	-9%	5%	66%	0%
Total	100%	100%	697	2 087	1%	1%	1%	-2%
Effet structure	négatif	nb domaines			10	14	6	11
		% activité			74%	56%	76%	60%
	positif	nb domaines			10	5	14	9
		% activité			27%	28%	24%	38%

Source : CRC d'après les données PMSI retraitées par l'ATIH (ScanSanté)

Sur toute la période sous revue et pour la clinique Jules Verne dans son ensemble, l'impact des mesures de régulation nationale (c.-à-d. l'impact des coefficients de gel de l'enveloppe ONDAM et/ou de reprise des allègements) a été significatif et a pu fortement atténuer la croissance globale. Pour autant, il n'a jamais été d'un niveau suffisant pour annihiler à lui seul l'effet volume positif affectant les activités phares, sauf pour l'UG.

²⁸ Il correspond ainsi à la valorisation monétaire de l'activité à classification et tarifs constants sur la période analysée ce qui permet de s'affranchir des effets de changement de classification, de changement de périmètre tarifaire et de l'évolution des tarifs d'une année sur l'autre. Le volume économique moyen par séjour est aussi appelé poids moyen du cas traité (PMCT).

Tableau n° 4 : Impact financier des différentes mesures nationales (coefficient prudentiel, tarifs et reprise sur allègements de charges)

	2016			2017			2018		
	SAS	UG	total JV	SAS	UG	total JV	SAS	UG	total JV
écart CA N-1 en %	-2%	-1%	-2%	-2%	-2%	-2%	-1%	-2%	-2%
coefficient et alii *				0,14	0,22	0,36	-0,60	-0,51	-1,11
dont écart tarifs en M€							0,44	-0,19	0,24
dont écart tarifs en %							2%	-1%	0%

Source : CRC d'après les données de la clinique ; nota * pour 2018 : écart sur coefficient prudentiel et coefficient sur allègements fiscaux et sociaux - 0,9637 SAS / 0,9783 UG

5.1.1.2 Des produits annexes stagnants

5.1.1.2.1 Des produits annexes en berne pour la SAS mais toujours significatifs pour l'UG

L'évolution de l'UG tranche avec celle de la SAS. Au début de la période, la progression de ces facturations était notable et s'expliquait par la combinaison d'un effet volume en lien avec l'ouverture de 18 lits de médecine générale et un travail d'optimisation de la facturation. Depuis 2017, leur poids toujours significatif s'explique d'abord par un *casemix* beaucoup moins ambulatoire que celui de la SAS. L'effet volume y est donc encore perceptible, sans qu'il soit besoin de revalorisations tarifaires.

Pour la SAS, l'évolution des redevances versées par les médecins se trace en miroir des montants d'honoraires transitant par le bordereau S3404. Elle est donc logiquement corrélée à la croissance de l'activité des séjours. *In fine*, si les bouleversements de la chaîne de facturation en 2018 ne devraient pas entamer leur dynamique par construction corrélative de l'activité, le blocage observé affecte néanmoins lourdement la trésorerie, avec un manque à gagner de près d'un demi-million d'euros jusqu'au dernier mois de l'exercice. Cela signifie en creux que la trésorerie de la SAS sollicite en miroir celle de l'UG, et donc les financements qui lui sont propres (p. ex. aides versées par l'ARS) pour compenser le besoin de financement de court terme généré par ce blocage par les médecins du paiement de la redevance contractuellement due.

5.1.1.3 Aides et autres subventions d'exploitation

Depuis 2016, la clinique Jules Verne bénéficie d'un montant croissant et significatif de subventions AM non strictement connectées à son niveau d'activité. La part de la SAS se réduit, passant de 15 % du total perçu en 2016 à 9 % en 2018. Sous des dénominations officielles assez larges de l'ARS, ces financements sont de deux ordres.

Certains relèvent de la catégorie des subventions contreparties d'activités, à l'image de l'enveloppe FIR allouée à l'UG pour près d'un demi-million d'euros au titre de la permanence des soins en établissement de santé (art. L. 6112-1 du CSP).

D'autres relèvent des aides accordées aux établissements privées, notamment dans le cadre du différentiel de charges de personnel ou au titre du soutien aux établissements déficitaires (hors PRE). Pour les premières, le versement 2016 était supposé constituer le dernier pour l'UG, dans un contexte de remplacement par le crédit d'impôt sur la taxe sur les salaires. À noter toutefois que la baisse 2016 de ces subventions pour surcoûts des charges de structure s'est produite en parallèle à la mise en place de mesures de redressements (p. ex. autorisation de lits de médecine supplémentaires). De plus, l'UG a sollicité et obtenu en 2017 de l'ARS un soutien ponctuel de 0,50 M€ dans le cadre de l'absence de ses praticiens. En 2018, elle a à nouveau bénéficié d'une rallonge de 0,19 M€ de MIGAC au motif de ses difficultés financières.

Ces versements s'ajoutent aides financières perçues de la mutualité, versées au bilan comme en exploitation. Dans ce second cas cependant, elles ont donné lieu à une imputation en produits exceptionnels, ce qui n'affecte pas l'analyse de l'excédent d'exploitation.

5.1.2 Des charges d'exploitation plus dynamiques que les produits

5.1.2.1 Une croissance des charges de personnel liée au développement de l'activité

L'évolution au long cours des charges de personnel des deux entités est d'abord liée au changement de calcul des refacturations en 2016. A la suite de quoi, la SAS a connu une hausse beaucoup plus forte que l'UG.

Tableau n° 5 : Evolution des principaux ratios de charges de personnel depuis 2016

entité	item	2016	2017	2018	évo°
SAS	charges totales (en M€)	11,84	12,47	12,99	10%
	dont CICE	-0,53	-0,68	-0,59	11%
	charges / agent	44 315 €	44 855 €	46 100 €	4%
	charges RH/CA	46%	48%	47%	2%
UG	charges totales (en M€)	33,25	33,14	34,00	2%
	charges / agent	71 030 €	69 156 €	71 707 €	1%
	charges RH/CA	70%	70%	71%	2%

Source : CRC d'après les comptes de la clinique et les données SAE (nombre d'ETPMR)

À noter toutefois que sa croissance globale doit être analysée dans le contexte du problème des IJSS susmentionné. Du fait des retards dans le traitement des données en cause, il manquait ainsi 0,30 M€ de produits attendus au 1^{er} semestre 2019, notant au surplus que certaines dates de subrogation saisies ne sont pas forcément prises en compte. De plus, avec le passage à Nibelis, certaines primes n'ont pas pu être calculées automatiquement et ont été reprises et validées à la main, avec un risque pour la prime de fin d'année.

Pour l'UG, l'évolution des charges de personnel est d'abord le résultat d'une évolution opposée des charges de PM et de PNM.

La hausse des charges de PM en 2016 s'expliquait par un effet prix, lié à des passages de paliers dans les rémunérations de médecins, de même qu'à des versements d'indemnités significatives pour le départ en retraite de plusieurs médecins. Un effet volume est noté en 2017 qui contribue à la hausse de ces charges (+2,77 ETPMR hors interne) puis une décrue des effectifs en 2018 (- 1,84 ETPMR).

La baisse parallèle des charges de PNM en 2016 a d'abord été la conséquence du transfert précité des AS de bloc de l'UG vers la SAS (- 0,44 M€), lequel a compensé à la fois les créations de postes lié au développement de l'activité de médecine générale (+ 0,19 M€) et la hausse de 0,01 M€ des remplacements (CDD). Ces derniers résultaient du gel des effectifs du fait de la restructuration capacitaire, avec pour sous-jacent une suppression de CDI. En 2017, la combinaison de plusieurs facteurs (absence de départ en retraite, effet année pleine du GIE et donc des nouvelles clés) explique leur recul de 0,30 M€. En 2018, la hausse des effectifs refacturés par le GIE a renversé la tendance.

Pour les deux entités, les transferts de charges résultaient historiquement, pour l'essentiel, des refacturations de personnel entre entités. Pour la SAS comme pour l'UG, leur forte diminution est liée à l'externalisation de la restauration (cf. Autres charges) et à la mise en place des nouvelles clés de répartition au 1^{er} juillet 2016. En effet, l'intégralité des charges de personnel a été contrôlée à cette date pour être réaffectée entre la SAS et l'UG, réduisant ainsi le besoin de refacturations. Une croissance des charges médicales ou liées aux soins renforcée par les surplus d'activité depuis les extensions 2016

Tableau n° 6 : Evolution du poste pharmaceutique (en M€)

structure	Source	indicateur	2015	2016	2017	2018	Evo
UG	Gestion CJV	pharma hors prothèses en sus GHS		4,60	4,71	4,70	2%
		prothèses en sus GHS		0,23	0,16	0,12	-48%
		stérilisation		0,56	0,56	0,54	-2%
	OVALIDE (PMSI)	valorisation économique GHS (remboursé AM)	32,15	33,25	33,02	32,49	-2%
		consommation MED liste en sus	0,03	0,02	0,02	0,03	34%
		ratio liste en sus / GHS	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	
		consommation DMI LPP	0,29	0,26	0,17	0,11	-56%
		ratio LPP / GHS	0,9%	0,8%	0,5%	0,4%	

Source : CRC d'après les données de la clinique et les données tirées des tableaux OVALIDE – PMSI (ATIH)

Eu égard à leur *casemix* respectif, les spécialités de la SAS comme de l'UG induisent une faible utilisation de molécules onéreuses (dites de la liste en sus). À l'opposé, les spécialités chirurgicales de la SAS (et notamment l'orthopédie) sont particulièrement consommatrices de prothèses (dispositifs médicaux pris en charge en sus).

Pour l'UG, l'essentiel des charges concerne ici les médicaments de DMI intra-GHS, ces activités générant peu d'achats de prothèses. À noter que la sous-traitance médicale a augmenté sur la période du fait de la croissance des activités de médecine générale. Ici, la progression la plus significative est celle du laboratoire, eu égard aux besoins d'examen et d'analyses.

5.1.2.2 Des charges immobilières assez lourdes mais qui ne dissimulent pas de captation de *cash-flow* par le groupe

5.1.2.2.1 Des locaux occupés sur la base de baux professionnels et non commerciaux

À l'origine, la SCI Nantes Est, et la SCI Sud Loire (appartenant toutes deux au groupe UMG VYV) propriétaires des locaux de la clinique (centre de SSR de Saint-Sébastien-sur-Loire pour la seconde) avaient contracté des baux professionnels avec chacune des entités SAS et UR.

À noter que le bail initial n'est pas daté.

Sachant que la SAS dispose d'un fonds de commerce, valorisé 204 813 €, la chambre constate que les dispositions en vigueur (art. L. 145-1 et suivantes du code du commerce) supposent en pareille circonstance la conclusion d'un bail commercial.

5.1.2.2.2 Un agrandissement des surfaces occupées qui a rendu obsolète les baux initiaux

Originellement, l'UR et la SAS versaient un loyer annuel HT de 2,20 M€ pour le site principal, auxquels s'ajoutaient 0,08 M€ de loyer pour la pharmacie (à la charge du GCS).

Pour son site de SSR de Saint-Sébastien, le bail signé entre l'UR et la SCI Clinique Sud Loire le 20 septembre 2011 prévoyait un ensemble de surfaces de 5 886,71 m² facturées 96,14 € le m², soit un loyer annuel de 565 948 €, à quoi s'ajoutent des charges locatives pour 147 167 € (à raison de 25 € le m²).

En 2016, les loyers étaient facturés selon les surfaces définies dans les baux initiaux. Or, les surfaces réellement utilisées par chaque entité ont peu à peu évolué sans que cela ne fasse l'objet d'avenants. En conséquence de quoi, chaque structure supportait un loyer décorrélé de la surface utilisée *in concreto*. À l'occasion de l'ouverture de l'extension en 2016, tous les baux ont été revus.

Depuis le 1^{er} janvier 2016, la SCI Nantes Est, devenue filiale de la Foncière HGO, a contracté un nouveau bail professionnel avec le GIE, pour refacturation aux deux entités SAS et UG, en fonction des surfaces utilisées, ainsi qu'avec les autres sociétés occupantes (GCS Jules Verne, laboratoire Bioliance, IRIS GRIM, sociétés de médecins pour les cabinets libéraux).

À l'observation relative au type de bail choisi, la clinique et le groupe ont répondu que le cadre en vigueur est celui d'un bail conclu par le GIE pour ses membres, arguant que l'activité du GIE n'est pas commercial « en tant qu'elle participe à l'activité de ses membres », assertion appuyée selon les parties par une jurisprudence judiciaire à laquelle il est renvoyée²⁹.

²⁹ Un groupement d'intérêt économique s'est vu reconnaître le bénéfice de l'article 57 A car même si son objet est de faciliter l'activité de ses membres (experts-comptables), il participe de la nature à leur activité professionnelle (CA Paris, 16e ch., sect. A, 5 mars 2003, n° 2001/04491 : Loyers et copr., févr. 2004, comm. n° 28, note B. Vial-Pedroletti).

La chambre ne fait pas sienne cette interprétation de la jurisprudence. Si le juge civil considère bien qu'en GIE est transparent quant à la nature de son activité, l'arrêt visé renvoie à un GIE constitué entre sociétés civiles, qui relèvent du régime des baux professionnels, et c'est bien ce point qui conduit la Cour d'appel à conclure en l'espèce à l'application d'un bail professionnel au GIE. En faisant sien le même raisonnement, et dès lors le GIE Jules Verne est constitué de deux entités dont une dispose d'un fonds de commerce, la chambre considère que le contrat signé aurait dû prendre la forme d'un bail commercial.

Pour autant, le risque de demande de requalification en ce sens est désormais nul. D'abord parce que la coappartenance au groupe VYV des parties au contrat le limitait *ab initio*. D'autre part, le juge civil encadre strictement l'application des dispositions de l'article L. 145-60 du code de commerce qui prévoit que toutes les actions exercées en vertu du statut des baux commerciaux se prescrivent par deux ans.

En 2016, les loyers et charges locatives ont augmenté de 5 %, passant globalement de 7,22 M€ à 7,56 M€. Cette évolution ne concerne pas seulement la partie SAS, ce qu'aurait pu expliquer la modification des clés de répartition, mais prend en compte également l'extension livrée préalablement.

Une expertise du bâtiment a été réalisée par le groupe confortant le taux d'effort que représente le loyer par rapport au secteur d'activité, la qualité et l'ancienneté du bâtiment. Par ailleurs, une étude comparative sur le coût immobilier dans les cliniques HGO a été menée et le loyer de la Clinique Jules Verne n'est pas apparu discordant. À l'opposé, compte tenu de la structure des produits du centre de SSR, l'analyse du montant du loyer du bâtiment situé à Saint Sébastien sera à réétudier avec le propriétaire.

Le loyer sur le nouveau périmètre de la clinique après extension-restructuration a été arrêté à 134 € HT le m² pour une surface globale qui passe d'un peu moins de 25 000 m² à un peu moins de 29 000 m² (+ 16 %). Les charges de locations immobilières de la clinique incluent les prestations de mise à disposition de personnels de sécurité et de maintenance de ses locaux facturées par les SCI. À noter que les baux de la clinique sont soumis à TVA dès lors que les bailleurs en cause ne sont pas redevables de la contribution des revenus locatifs, ce qui vaut aussi pour Saint-Sébastien avec la SCI Sud Loire.

5.1.2.2.3 Des SCI dédiées aux deux sites de la clinique à la fois profitables mais fortement endettées, avec à la clé une rentabilité assez limitée et non remontée au groupe

Le présent contrôle a été l'occasion de solliciter les sociétés immobilières du groupe et la structure faîtière pour déterminer l'existence ou non d'une captation de rentabilité.

Les deux sociétés immobilières cousines de la clinique, SCI Sud Loire et SCI Nantes Est, sont les filiales exclusives de HGO et détenues via la Foncière du même nom. Par conséquent, tout besoin de financement de ces sociétés mobilise la structure faîtière, de même que, indirectement, toute facilité accordée aux locataires de la clinique par les deux SCI.

L'analyse des registres d'immobilisations des deux sociétés est cohérente avec celle des locaux de la clinique. Fin 2018, l'essentiel des biens de la SCI Sud Loire, qui correspondent au site de Saint-Sébastien, remontait à la construction initiale du site (1987) et aux réaménagements liés à la transformation en centre de SSR (avec le transfert de la maternité rue de Paris, en 2010). Ce constat s'applique également à la SCI Nantes Est, dont le patrimoine remonte aux livraisons initiale (2004) et à la première extension (2016). À noter que pour la SCI Sud Loire, la composition des biens diffère, les constructions y sont minoritaires.

Les deux sociétés immobilières ne présentent pas une situation financière particulièrement florissante. Leur rentabilité est très limitée et a même été quasi inexistante pendant une partie de la période sous revue. Leur endettement est également élevé au regard des standards du secteur. Les analyses sectorielles montrent que les taux de rendement des actifs immobiliers de santé hors Paris avoisinent 5,3 % pour le MCO et 4,5 % pour les SSR³⁰. En l'espèce, les taux des SCI Nantes Est et Sud Loire ont toujours été sous ces seuils.

La chambre note aussi qu'aucun dividende n'est versé aux actionnaires depuis 2015. Il a même été procédé à recapitalisation de la SCI Nantes Est en 2018 par l'actionnaire Foncière HGO.

La chambre note que la structure faîtière (ici HGO ou VYV Care) ne s'est pas portée caution solidaire pour le paiement des loyers des sociétés cliniques en contrepartie d'une commission. Par contre, la Foncière HGO, Harmonie mutuelle et VYV Care se sont portées cautions solidaires de la SCI Nantes Est vis-à-vis des banques, mais sans exiger de frais de cautionnement.

5.1.2.2.4 La régularisation fin 2019 des dettes liées au loyer pour la SAS

Les réorganisations juridiques de la clinique Jules Verne en 2016 et les travaux d'extension ont généré l'émission d'avoirs vis-à-vis de l'UG pour 2,07 M€ et de la SAS pour 1,00 M€, du fait de la rétroactivité sur les facturations émises, et de nouvelles facturations.

Or, la SAS n'a pu assurer le règlement de l'intégralité des loyers ; ses difficultés de trésorerie étant accentuées par l'insuffisance des fonds propres. Le comité de surveillance de la Foncière HGO du 10 novembre 2017 a donc autorisé la SCI Nantes Est à accorder au GIE Jules Verne un délai de paiement pour le retard de loyer, dans l'attente de la reconstitution de ses fonds propres. Puis, une recapitalisation de la SAS Jules Verne a été décidée par le comité de surveillance de la société mère (SAS HGO) le 29 janvier 2018. Par suite, le CA de l'UG et le Comité de surveillance de la SAS ont, le 28 mars 2018, approuvé l'échéancier de remboursement suivant : un premier versement de 0,10 M€ le 15 mai 2018, puis des versements mensuels de 0,24 M€, lesquels s'ajoutent au versement du loyer mensuel de 0,51 M€. Le total du retard de loyer du GIE Jules Verne vis-à-vis de la SCI Nantes Est, qui intégrait bien les retards de loyer de la SAS comme de l'UG, s'est ainsi soldé fin 2019, la SCI ayant ainsi récupéré l'intégralité de sa créance, sachant que la dette du GIE s'élevait au 28 février 2018 à 4,64 M€.

Cet aménagement de dettes n'appelle pas d'observation particulière.

³⁰ Cf. l'étude XERFI *Le marché immobilier de santé*, parue le 1^{er} janvier 2019, et l'étude sectorielle de Cushman Wakefield publiée le 4 janvier 2018 ; <http://www.cushmanwakefield.fr/fr-fr/news/2018/01/marketbeat-sante-france-2017>.

5.1.2.2.5 Conclusion : un taux d'effort immobilier de la clinique dans la fourchette haute du secteur mais qui ne permet pas de caractériser une remontée de rentabilité

Tableau n° 7 : Coût de revient de l'immobilier³¹

structure / année	SAS			UG			total JV		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018
charges immo nettes	2,39	2,63	2,63	4,83	4,93	4,93	7,22	7,56	7,56
CA	25,79	26,13	27,86	47,76	47,55	47,98	73,55	73,68	75,84
produits T2A	24,02	24,51	26,42	42,60	42,67	42,95	66,62	67,17	69,37
nb RSA MCO + RHA SSR PMSI	0,03	0,03	0,03	0,02	0,02	0,02	0,05	0,05	0,06
charges immo pour 1 € T2A	0,10 €	0,11 €	0,10 €	0,11 €	0,12 €	0,11 €	0,11 €	0,11 €	0,11 €
coût revient immo / séjour	79 €	85 €	80 €	220 €	219 €	220 €	138 €	141 €	137 €
taux d'effort locatif ³²	9,3%	10,1%	9,5%	10,1%	10,4%	10,3%	9,8%	10,3%	10,0%
taux d'effort locatif moyen CTC*		9,7%	10,5%						
taux de couverture du loyer ³³	256%	535%	212%	121%	112%	117%	147%	155%	139%

Source : CRC d'après les balances de la clinique et les données ePMSI ; *CTC Conseil pour l'Observatoire des cliniques MCO, édition 2019 (décembre 2019), avec des données confidentielles issues de l'exemplaire communiqué par le cabinet à la FHP MCO, et des données correspondant au groupe 3 (EBL 20-30 M€ de CA)

In fine, la chambre relève que le coût de revient de l'immobilier s'établit pour la clinique à 11 centimes pour 1 € de T2A généré annuellement. Là encore, la clinique se retrouve dans la fourchette haute du secteur, pour lequel le taux d'effort (loyer/CA) est compris entre 6 et 12 % pour les cliniques mais que son positionnement est cohérent avec l'importance des bâtiments neufs au sein des locaux. La comparaison avec les chiffrages de l'Observatoire des cliniques MCO de décembre 2019 ne fait pas non plus ressortir d'anomalie.

Eu égard à tous ces constats (taux d'effort locatif, abandon de loyer et recapitalisations en cascade), la chambre souligne qu'après avoir effectué un contrôle approfondi, au-delà des seules entités cliniques, aux sociétés immobilières, elle n'a pas décelé de remontée anormale de *cash-flow* par le groupe par le biais des charges immobilières.

5.1.2.3 D'autres charges (hors prélèvements obligatoires) plutôt maîtrisées

La clinique Jules Verne poursuit sa politique d'optimisation des achats avec la participation notamment au groupements d'achat mutualiste et à la centrale d'achats de l'hospitalisation publique et privée. Depuis la constitution de HGO, elle bénéficie de l'appui des deux acheteurs du groupe pour ses achats.

³¹ Formule de calcul : charges nettes liées à l'immobilier / activité (nombre de séjours). Soit, pour les premières : charges brutes [c/6125 (crédit-bail immobilier) + c/6132 (location immobilière) + c/614 (charges locatives, part immobilière) + c/6152 (entretien et réparation immobilier) + c/616 (assurances : part défaut seul le c/6162 dommage construction ; déterminer la part du 6161 multirisques à affecter) + 63512 taxe foncière + c/661 (charges financières, pour la part des emprunts liés à l'immobilier) + c/681 (dotations aux amortissements, dépréciations et provisions, pour la part liée à l'immobilier) +] – recettes en atténuation [c/777 (amortissement des subventions pour la part immobilière) + c/7811 (reprises sur amortissements, dépréciations et provisions, pour la part liée à l'immobilier)].

³² Calcul du taux d'effort = charges immobilières nettes / CA.

³³ Calcul du taux de couverture = charges immobilières nettes / EBE hors loyer.

L'alimentation constitue le premier poste (environ un tiers du total chaque année). Jusqu'en 2016, le GIE refacturait à chaque entité du groupe en fonction du nombre de repas servis pour les patients (décompte effectué par service), selon leur durée de séjours et du nombre de repas servis dans le cadre de la restauration collective, sur la base d'une refacturation trimestrielle en fonction du montant de la masse salariale (imputation directe pour les services cliniques, selon une clé pour ceux en commun). En mars 2016, le service de restauration a été externalisé auprès de SODEXO. Depuis cette date, la baisse des charges de restauration observée, inscrite dans les objectifs du plan de retour à l'équilibre, s'est confirmée.

5.1.2.4 Des impositions directes et indirectes assez significatives

L'essentiel des impôts et taxes directs est lié aux rémunérations des personnels et est réglé par le GIE employeur. A raison de sa composante commerciale, la clinique est redevable de la contribution économique territoriale (CET), notant que le bail originel (art. 4-8) comme le bail signé en 2016 (art. 4-5) prévoient que cette imposition incombe aux preneurs (alors que la taxe foncière échoie au bailleur, qui la répercutent dans le loyer). Depuis 2016, le GIE assure là encore la refacturation de cet élément au profit de la SAS (c.-à-d. en termes de facilités de trésorerie).

5.1.2.5 Des charges liées à l'appartenance au groupe HGO non qualifiables d'anormales

Sur la période contrôlée, l'appartenance au groupe se traduit par l'adhésion au GIE MGO/HGO, pour les postes de charges d'affaires générales (stratégie, finances, achats notamment) et les charges liées au SI.

Contrairement à ce qui est observé dans les groupes capitalistiques et lucratifs nationaux, HGO n'a pas mis en place de gestion centralisée de la trésorerie, à même de lui permettre de faire remonter chaque semaine les flux de trésorerie à son niveau. Le GIE du groupe ne réalise pas de marge et réaffecte ses coûts à l'euro, de sorte que son résultat soit à zéro.

Le règlement intérieur du GIE, établi au titre de l'article 39 des statuts, prévoit que les frais soient facturés aux membres sur la base d'un prévisionnel de consommation, ajusté en fin d'exercice en fonction de l'utilisation réelle desdites prestations, mais également une « *facturation en fonction de clés de répartition, déterminées selon les catégories de coûts identifiées à l'article 3 du contrat constitutif, afin que chaque membre porte le coût correspondant au service qu'il a consommé* »³⁴. La chambre note cependant que l'article des statuts visés ici ne comporte pas strictement les éléments de coûts en question mais vise les services mutualisés (introduites par « notamment », ce qui laisse à penser que d'autres peuvent exister).

³⁴ Cf. article 7-1 du RI « contribution financière » : « *Le GIE ne poursuit aucun but lucratif. Les modalités du financement nécessaire à la couverture des frais exposés pour le fonctionnement du GIE sont déterminées, pour chaque exercice suivant, en même temps que la répartition des frais imputables à chaque membre adhérent. [...] La facturation de la prestation de services apportée aux membres et aux non-membres est effectuée en fonction de clés de répartition, déterminées selon les catégories de coûts identifiées à l'article 3 du contrat constitutif, afin que chaque membre porte le coût correspondant au service qu'il a consommé.* »

Le GIE MGO facture mensuellement un acompte à chaque structure, équivalent à 1/12^{ème} de la facturation N-1, ou 1/12^{ème} du budget si des variations significatives sont envisagées. La facture correspondant au mois de décembre vient en régularisation. À l'occasion du contrôle sur place, aucune facture de régularisation n'a été retrouvée dans les services, ce qui illustre à nouveau la clôture complexe des comptes de l'exercice.

Jusqu'en 2015, le GIE MGO a porté tous les investissements informatiques des cliniques des Pays de la Loire, ce qui explique les montants à l'actif. Ce n'est plus le cas depuis 2016, les investissements en question apparaissent au bilan des entités cliniques.

Prima facie, le poids des charges refacturées par les GIE du groupe ne s'est pas alourdi entre 2016 et 2018, diminuant même de 8 % tous postes confondus (de 2,36 M€ à 2,16 M€). Pour autant, même cette évolution doit être analysée au regard du changement lié aux refacturations entre les UG, SAS et le GIE Jules Verne sur la période.

5.1.3 Une structure des coûts qui ne permet pas d'équilibrer l'exploitation

5.1.3.1 Un niveau d'excédent brut d'exploitation continument insuffisant

Sur toute la période sous revue, l'excédent brut d'exploitation dégagé par la SAS et l'UG n'a jamais atteint un niveau suffisant pour couvrir les charges calculées. Plus inquiétant, même en faisant abstraction du poids de l'immobilier, le taux d'EBE / CA ne permet pas de soutenir un cycle d'investissement lourd sans aide extérieure. Si la situation de l'UG semble plus favorable hors loyers, ceci n'est dû qu'à l'accompagnement financier de l'ARS.

Tableau n° 8 : Ratios de rentabilité de l'exploitation de la SAS et de l'UG

ratios		SAS			UG		
		2016	2017	2018	2016	2017	2018
données CJV	EBE / CA	-5,1%	-7,4%	-4,5%	-1,1%	-0,4%	-0,8%
	EBE hors loyers immobiliers / CA	3,6%	1,9%	4,5%	8,4%	9,2%	8,7%
	REX / CA	-6,6%	-10,0%	-7,6%	-1,8%	-1,0%	-2,2%
XERFI	EBE / CA	6,0%	5,8%	5,7%			
Observatoire des cliniques MCO	EBE / CA		6,6%	6,4%			
	EBE hors loyers immobiliers / CA		7,0%	6,8%			
	REX / CA		3,3%	3,0%			

Source : CRC d'après : les balances de la clinique ; les rapports XERFI « Les cliniques de court séjour » (décembre 2018) et « Les cliniques les GHT à l'horizon 2022 » (avril 2019), avec des données 2018 estimatives ; CTC Conseil pour l'Observatoire des cliniques MCO, édition 2019 (décembre 2019), avec des données confidentielles issues de l'exemplaire communiqué par le cabinet à la FHP MCO, et des données correspondant au groupe 3 de l'échantillon (EBL de 20 à 30 M€ de CA)

En effet, la neutralisation des aides perçues de l'ARS montre une dégradation continue de la situation financière de l'UG, alors même qu'elle présentait un taux d'EBE déjà négatif avant tout retraitement. L'amélioration de son excédent d'exploitation en 2017 n'a en réalité été que faciale et résultait du triplement du volume des aides sur cet exercice. Même à raisonner de manière contrefactuelle et considérer que les aides perçues au titre du différentiel de charges des établissements privés n'en soient pas, l'EBE de l'UG n'en aurait pas moins encore atteint plus de - 0,71 M€ en 2018.

Tableau n° 9 : Evolution des aides ARS et du taux d'EBE retraité

<i>Aides ARS</i>	<i>2016</i>	<i>2017</i>	<i>2018</i>
Aide etb privés ex-DG - Différentiel de charges	159 000	150 617	372 833
Restructuration (symphonie)			15 000
Restructuration et soutien Ets		500 000	300 000
soutien SSR			11 977
Surcoût charges de structure retraitement comptable 2003	73 370		
Total général	232 370	662 719	708 502
EBE	-506 636	-166 604	-377 316
EBE hors aides	-739 006	-829 323	-1 085 818
<i>taux d'EBE hors aides</i>	<i>-1,5%</i>	<i>-1,7%</i>	<i>-2,3%</i>
<i>taux d'EBE hors loyers hors aides</i>	<i>7,9%</i>	<i>7,8%</i>	<i>7,3%</i>

Source : CRC d'après les données de la clinique et les données ARS

La chambre note qu'à raison des mouvements de trésorerie infra-annuels, les aides versées à l'UG bénéficient aussi en creux à la SAS.

5.1.3.2 Une comparaison entre les données de la comptabilité analytique et celles de l'étude nationale de coûts de l'ATIH³⁵ qui laisse sans réponse claire les déterminants du déséquilibre général

Pour pouvoir saisir expliquer le déséquilibre général de la structure d'exploitation, une comparaison a été construite entre les valorisations économiques 2018 des GHS de la SAS et de l'UG et les coûts totaux reconstitués par spécialité.

Attention, cette méthode d'analyse ne prétend pas déterminer le taux de marge réel de chaque entité à partir du coût complet reconstitué de ses séjours³⁶. Elle repose en effet sur l'hypothèse simplificatrice de la continuité de la fonction de coût nonobstant l'augmentation du volume d'activité. Si elle laisse pendante la question de l'optimum technique ou économique, elle n'en est pas pour autant invalidée. En effet, les économies d'échelle générées dans les domaines activités à forts volumes sont vraisemblablement contrebalancées par des effets de paliers (i.e. changement de structure).

Cet étalonnage de la clinique vise plus globalement à mettre en lumière une activité qui serait manifestement, par construction tarifaire, déficitaire ou au contraire excédentaire.

Analysée non par section analytique (cf. partie sur la comptabilité analytique) mais par domaine d'activité, la situation des deux versants de la clinique apparaît là encore en décalage avec une reconstitution du différentiel charges / produits GHS³⁷ sur la base des coûts moyens de l'ENC, surtout pour la SAS :

- si les coûts de la clinique correspondaient aux coûts moyens de l'ENC, l'ensemble Jules Verne connaîtrait un delta positif de 3 M€ environ ;
- cette marge trouverait alors son origine exclusivement dans la SAS ;

³⁵ Les études nationales de coûts à méthodologie commune (ENC) sont des enquêtes menées par l'ATIH dans les établissements de santé.

La participation à une campagne d'enquête engage l'établissement pour 3 ans, depuis la formation dispensée à la fin de l'année précédant le recueil, jusqu'à la validation des données transmises à la fin de l'année suivant le recueil.

³⁶ Calcul = [coût ENC 2017 par séjour] * [quantum de séjours PMSI en 2018].

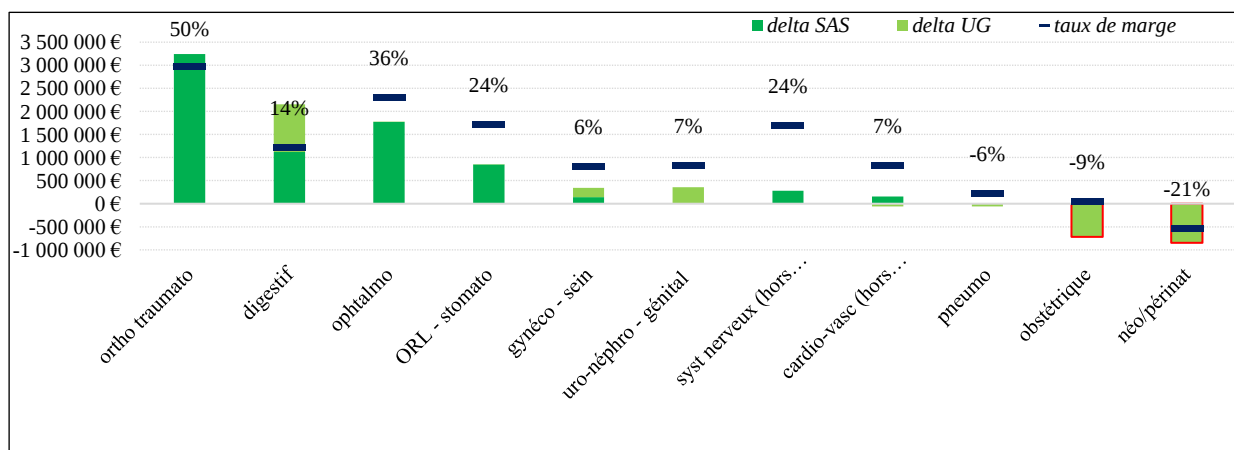
³⁷ Cette reconstitution s'appuie sur le coût complet calculé par l'ENC, lequel vise à faire ressortir toute la chaîne de prise en charge et inclue tous les éléments payés *in fine* par l'Assurance maladie. Elle suppose d'en soustraire les éléments qui ne correspondraient pas à des charges portées par l'établissement de santé, soit ici les urgences, les honoraires et les prestations facturées en sus des GHS (médicaments ou DMI).

- seule l'UG connaîtrait des domaines d'activité avec des coûts moyens supérieurs aux valorisations économiques de ces séjours.

En l'espèce, toutes les spécialités chirurgicales ressortent comme des centres de profits substantiels :

- quatre domaines d'activités présentent un différentiel supérieur à 0,5 M€ ; le seul cumul des trois premiers (orthopédie-traumatologie, digestif et ophtalmologie) avoisinerait 7 M€ ;
- cinq autres domaines d'activité (avec un CA GHS supérieur à 1 M€) présentent un taux de marge potentiel (i.e. coût complet reconstitué / valorisation économique) positif ;
- seuls trois domaines (pneumologie, obstétrique et néonatalogie afficheraient un différentiel coûts / produits négatif (à hauteur de -1,6 M€ cumulé).

Graphique n° 12 : Différentiel coûts moyens ENCC / valorisations économiques des GHS par spécialité pour la clinique Jules Verne



Source : CRC d'après les données PMSI et ENCC

5.1.3.3 Conclusion : un déséquilibre de l'exploitation qui ne trouve pas son origine dans la pression tarifaire récente

Tableau n° 10 : Équilibre économique de l'exploitation de la clinique en 2018

périmètre analysé		UG		SAS		cumul	
		total	écart coût / produit	total	écart coût / produit	total	écart coût / produit
ENC : soins / GHS & annexes (HC/ambu)	montant GHS	35,17		24,75		59,92	
	coût théorique borne basse	35,01	0,16	16,87	7,88	51,88	8,04
	coût théorique moyen	37,49	-2,33	19,32	5,44	56,81	3,11
	coût théorique borne haute	35,93	-0,77	21,76	2,99	61,74	-1,82
Global : soins + hôtellerie	prod exploi° (c/70 à 75)	49,35		28,10			
	charges exploi° (c/ 60 à 65)	-49,30	-0,37	-29,33	-1,24		

Source : CRC d'après les données de la clinique (comptes) et les données de l'ENC MCO 2017 pour le coût théorique moyen, calculé avec structure (immobilier et charges financières), mais hors urgences, honoraires et produits en sus, pour les GHM présentant un taux de fiabilité ERE bon ou correct

Il ressort de cet étalonnage que la rentabilité de la SAS devrait être assurée si ses coûts rejoignent ceux observés pour l'ENC et ce, même à se situer dans la fourchette haute des établissements de l'étude. Pour l'UG, la situation serait plus contrastée : légèrement excédentaire si ces coûts approchaient les coûts moyens, elle serait par contre déficitaire si ces coûts approchaient la fourchette haute.

Au vu de tous les éléments décrits précédemment, tant sur les variations tarifaires que sur les centres de coûts, le déséquilibre de l'exploitation de la clinique n'apparaît pas structurellement corrélatif du contexte tarifaire, quand bien même soit-il de plus en plus tendu. Il résulte d'abord de marges de gestion historiquement favorables, à raison d'un financeur mutualiste généreux, ce qui a entraîné une forte inertie dans les mécanismes de correction. Ceci affecte les centres de coûts principaux. Il résulte ensuite du décalage entre un basculement ambulatoire largement réalisé, et sa traduction dans les organisations. Les héritages présentant une faible marge correctrice de court terme (i.e. contraintes immobilières, éclatement juridique) agissent ici comme des amplificateurs de déséquilibre et non comme leurs générateurs.

5.1.4 Une capacité d'autofinancement durablement fragilisée

5.1.4.1 Une CAF dégradée de longue date en miroir de l'exploitation

La capacité d'autofinancement (CAF) des deux entités cliniques Jules Verne s'est nettement dégradée depuis 2014, mais avec une temporalité décalée : la SAS n'a connu une CAF négative qu'en 2016, alors que la partie ESPIC le creux avait démarré un an plus tôt.

Cette détérioration de l'autofinancement est essentiellement liée à l'amplitude du déséquilibre de l'exploitation. Les dotations aux amortissements ou aux provisions sont en effet restées globalement stables.

Tableau n° 11 : Évolution de la capacité d'autofinancement (CAF), en euros

item	SAS Jules Verne			UG Jules Verne		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018
Résultat net	-1 201 652	-2 078 277	-1 497 436	-745 884	-388 592	-806 068
Dotations amo immo°	1 079 026	1 077 164	1 103 794	704 922	694 866	746 908
Dotations provisions R&C	44 527	-90 215	-75 492	71 056	-1 725	8 986
Dotations dépréciat° actif circulant	-3 529	-3 986	1 189	46 760	-72 150	49 114
Produits cessions d'actifs immobilisés	0	-18 458	-1 000	-100	0	0
VNC actifs immobilisés cédés	7 723	69 272	2 219	0	0	0
QP subventions invest. virées au résultat	0	-37 332	-70 330	-175 757	-175 757	-175 634
Capacité d'autofinancement brute	-73 905	-1 081 832	-537 056	-99 003	56 642	-176 693
<i>Taux de CAF brute</i>	<i>-0,3%</i>	<i>-4,0%</i>	<i>-1,9%</i>	<i>-0,3%</i>	<i>-4,0%</i>	<i>-1,9%</i>
<i>Taux de CAF nette</i>	<i>-7,0%</i>	<i>-2,7%</i>	<i>-0,9%</i>	<i>-7,0%</i>	<i>-2,7%</i>	<i>-0,9%</i>

Source : CRC d'après les données de la clinique

Eu égard à l'extension 2020, et aux investissements nouveaux de la clinique, le niveau des dotations aux amortissements devrait croître en conséquence.

5.2 Une SAS et une UG peu endettées mais pour qui seule l'appartenance à l'univers mutualiste garantit la capacité d'investir dans la durée

5.2.1 Une structure bilancielle insatisfaisante à terme

Les deux sociétés cliniques ont en commun de ne pas porter pas leur immobilier, ce qui réduit d'autant leur besoin de financement pour des investissements lourds et donc leur niveau d'endettement, surtout au regard des standards observés pour les établissements publics de santé.

Leur GIE n'est quant à lui, par construction, que leur caisse de résonance : l'essentiel de son bilan résulte, en encours comme en dettes, de leurs besoins d'exploitation.

Tableau n° 12 : Bilan fonctionnel des deux entités cliniques (en M€)

		SAS			UG			GIE		
		2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018
emplois	stables	15,04	15,43	16,47	16,47	17,10	17,74	0,66	1,31	
	dont immobilisations corporelles	14,35	14,76	15,81	15,27	15,90	16,54	0,09	0,32	
	actif circulant	6,55	6,40	7,45	17,17	14,47	13,39	14,45	15,23	9,57
	dont exploitation	4,63	5,54	6,26	8,12	8,34	9,12	13,04	14,84	9,35
	dont hors exploitation	1,78	0,75	1,14	7,07	4,24	4,20	0,50	0,19	0,18
	dont trésorerie active	0,14	0,11	0,05	1,97	1,88	0,07	0,92	0,20	0,04
	total	21,59	21,82	23,93	33,63	31,57	31,13	14,45	15,88	10,88
ressources	stables	12,60	11,16	15,32	24,24	24,24	23,99	0,00	0,03	0,19
	dont capitaux permanents	10,57	9,49	13,92	23,14	23,27	23,09	0,00	0,03	0,19
	dont capitaux (fonds) propres	0,12	-1,95	1,55	5,91	5,52	4,71			
	dont dettes financières	2,02	1,67	1,39	1,10	0,97	0,90			
	passif circulant	8,99	10,66	8,61	9,40	7,33	7,14	14,45	15,85	10,69
	dont exploitation	6,83	8,21	6,47	8,99	6,56	5,41	13,62	15,50	10,46
	dont hors exploitation	0,21	0,23	1,11	0,40	0,77	0,46	0,83	0,35	0,23
	dont trésorerie passive	1,95	2,23	1,03	0,01	0,00	1,26			
	total	21,59	21,82	23,93	33,63	31,57	31,13	14,45	15,88	10,88
FDR net global		-2,44	-4,27	-1,16	7,77	7,14	6,25	0,00	-0,63	-1,12
BFR		-0,62	-2,15	-0,18	5,81	5,25	7,44	-0,91	-0,82	-1,17
trésorerie nette		-1,82	-2,12	-0,98	1,96	1,88	-1,18	0,92	0,20	0,04

Source : CRC d'après les balances des comptes

Comme pour la majorité des cliniques relevant de l'échelle tarifaire « ex OQN » contrôlées en FIJ 2017, le besoin de fonds de roulement de la SAS est structurellement négatif. En effet, cette dernière perçoit les versements T2A directement de l'AM (sur la base du bordereau S3404 et non du PMSI) en flux bihebdomadaires, voire trihebdomadaires, bien avant qu'elle n'ait à régler ses propres dettes fournisseurs.

À l'opposé, la structure du bilan de l'UG se rapproche de celle observée dans les EPS, eux aussi financés selon l'échelle tarifaire « ex dotation globale », avec des versements T2A mensualisés (sur la base des déclarations PMSI) et des crédits de fin de campagne tardifs.

Nonobstant cette différence de nature, les modes de financement actuels des deux entités cliniques présentent des risques significatifs, que ce soit à court comme à long terme.

Tableau n° 13 : Évolution des principaux ratios bilanciaux

ratios en % ou nombre de jours de CA		SAS			UG		
		2016	2017	2018	2016	2017	2018
Jules Verne	taux d'endettement ³⁸	1625%	-108%	74%	16%	16%	17%
	ratio d'indépendance financière ³⁹	1%	-14%	12%	28%	26%	22%
	taux de couverture de l'actif net ⁴⁰	3%	-33%	41%	211%	197%	172%
	taux de couverture des capitaux investis ⁴¹	3%	-62%	43%	75%	74%	50%
	ratio de structure ⁴²	70%	62%	85%	141%	136%	130%
	ratio de solvabilité générale ⁴³	4%	-11%	20%	67%	80%	70%
	ratio de liquidité générale ⁴⁴	73%	60%	87%	183%	197%	188%
	ratio de liquidité immédiate ⁴⁵	2%	1%	1%	21%	26%	1%
XERFI	taux d'endettement	42%	45%	43%			
	couverture de l'actif net	90%	90%	90%			
	couverture des capitaux investis	80%	80%	80%			

Source : CRC d'après : les données de la clinique ; les rapports XERFI « Les cliniques de court séjour » (décembre 2018) et « Les cliniques les GHT à l'horizon 2022 » (avril 2019), avec des données 2018 estimatives

La situation peut être qualifiée de très dangereuse pour la SAS. En dépit d'un modèle commercial permettant théoriquement de générer un *cash-flow* récurrent, son niveau de BFR est resté très en deçà de celui des EBL comparables et a même été quasiment nul en 2018. Or, à raison d'un fonds de roulement parallèlement très dégradé, et dans des proportions plus importantes, la trésorerie de la SAS est restée négative. Cela aurait été intenable sans apport extérieur, au rythme auquel la SAS consommait son *cash-flow*. En effet, les créances clients sont en soi difficilement mobilisables et la société ne dispose pas de réserves pour faire face à des incidents significatifs de paiement ou de recouvrement (p. ex. facturation 2018). La liquidité de la société n'a été tenue que par des mécanismes de perfusion directs et indirects du groupe et de la mutualité, qu'il s'agisse de facilités de trésorerie intragroupe (via le GIE, l'UG ou la SCI) ou d'apport en capital. Sans la mobilisation forte de la mutualité en fin de période, avec un apport en capital de près de 5 M€ en 2018, la société aurait été dissoute, au vu de capitaux propres inférieurs à la moitié du capital social au 31 décembre, pour la 3^{ème} année consécutive.

Telle n'est pas tout à fait la situation de l'UG, qui n'en reste pas moins dangereuse. L'apport de fonds propres dont elle a bénéficié lors de sa création (pour 6,7 M€) l'avait pourtant préservé d'un tarissement trop rapide de ses ressources stables, malgré ses déficits répétés. De plus, le modèle de financement ex DG, avec des versements T2A mensuels et assez stables, l'a paradoxalement mis à l'abri d'un *cash-flow* erratique, surtout lors des difficultés de facturation 2018. Il n'en reste pas moins que son mode de financement est instable à terme. Ses capitaux permanents financent en effet non seulement les emplois stables mais aussi une partie de l'actif circulant. L'évolution défavorable de ses FDR et BFR la menace d'une prise en tenaille. Alors que le premier a fondu de 20% entre 2016 et 2018, le second a lui augmenté de 25 %, d'où un effondrement de la trésorerie, désormais négative, en fin de période.

³⁸ Taux d'endettement = dettes à caractère financier / fonds propres.

³⁹ Ratio d'indépendance financière = fonds propres / (capitaux permanents + dettes financières).

⁴⁰ Couverture de l'actif net = fonds propres / actif immobilisé net.

⁴¹ Couverture des capitaux investis = fonds propres / (actif immobilisé net + BFR).

⁴² Ratio de structure = capitaux permanents / emplois stables ; supérieur à 1, cela signifie que les capitaux permanents financent non seulement les immobilisations mais aussi une partie de l'actif circulant.

⁴³ Ratio de solvabilité générale = capitaux propres / dettes totales ; capacité à faire face à l'ensemble des dettes par ses propres moyens.

⁴⁴ Ratio de liquidité générale = actif circulant / passif circulant ; capacité d'une entité à rembourser les dettes à court terme.

⁴⁵ Ratio de liquidité immédiate = disponibilités (trésorerie active) / dettes à court terme (actif circulant) ; capacité à faire face à ses dettes à court terme instantanément, ce qui dépend de la nature de l'activité (très élevé dans la distribution, faible dans l'industrie).

5.2.2 Emplois : deux entités disposant de biens immobilisés plutôt récents, mais aussi d'un volume significatif d'actif circulant du fait des flux intragroupe

5.2.2.1 Un modèle qui ne fait pas porter les investissements les plus lourds sur la SAS et l'UG Jules Verne ou sur leurs GCS et GIE

5.2.2.1.1 Des investissements immobiliers stratégiques portés par la foncière du groupe

En début de période sous revue, la clinique a connu un investissement de 11 M€ en faveur du parcours patient et du développement de l'offre de soins, avec la construction d'une nouvelle aile de 7 000 m² (circuit court ambulatoire, service de médecine et extension du bloc opératoire) et la restructuration de 3 000 m² de l'existant (modernisation du service de néonatalogie, repositionnement du laboratoire PMA et réorganisation du plateau de consultation dans une logique de filière de soins).

5.2.2.1.2 Des niveaux d'investissements de maintenance et de renouvellement rendus possibles grâce à l'accompagnement de la mutualité

Au cours de la période sous revue, les investissements matériels ont surtout concerné le matériel médical, à près de 87 % en moyenne pour la SAS et 63 % pour l'UG. C'est la SAS qui a concentré les dépenses les plus importantes (avec près de 62 % du total des deux entités), ce qui s'explique par le fait qu'elle était le principal bénéficiaire des extensions architecturales.

Pour l'UG, les investissements majeurs réalisés de 2016 à 2018 ont également concerné le matériel médical. Au-delà de son renouvellement, les montants 2016 ont été le double du niveau moyen annuel à raison de la mise en œuvre du projet médical. L'ouverture de l'extension de la 4^{ème} aile a permis la restructuration d'espaces et notamment l'unité d'Assistance Médicale à la Procréation, avec un laboratoire redimensionné.

Pour les financer, l'UG a bénéficié en 2016 d'un accompagnement du Fonds national de solidarité et d'action mutualistes (FNSAM, art. L. 421-1 à L. 421-3 du code de la mutualité), pour un montant total de 2,06 M€, pour moitié accordé sous forme d'une subvention d'équipement (amortie sur six années) et pour moitié sous forme de prêt. Sans ces abondements, elle n'aurait pu faire face à ces investissements.

5.2.2.2 Un actif immobilisé surestimé d'abord constitués d'équipements métiers

5.2.2.2.1 Un accroissement des biens qui résulte des extensions capacitaires successives

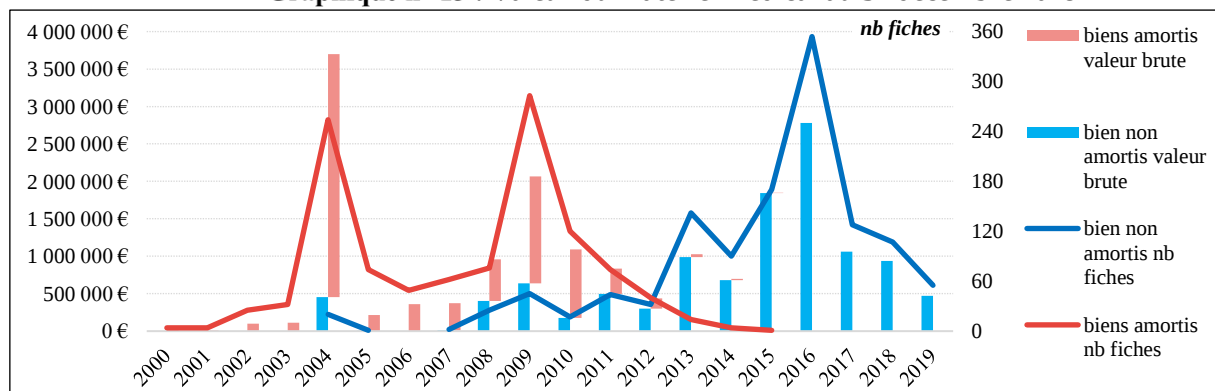
La valeur brute cumulée des actifs immobilisés corporels et incorporels de la SAS, de l'UG et du GIE s'est accru de 13 % au long de la période sous revue, en raison des investissements précités, passant de 35,51 M€ (et 8,13 M€ net) en 2016 à 35,52 M€ (et 8,78 M€ net) fin 2018. Attention cependant, comme il a été indiqué précédemment, de nombreuses immobilisations complètement amorties font toujours parties des immobilisations alors qu'elles ne sont plus utilisées. Le total des immobilisations et des amortissements présentés au bilan est donc surestimé.

5.2.2.2.2 Des biens d'abord constitués du matériel médical, d'obsolescence relative

Considérant les extensions d'activités susmentionnées extensions, mais aussi la réorganisation des vacations des praticiens et l'obsolescence technologique, les équipements médicaux constituent logiquement le premier poste d'actifs immobilisés pour les entités cliniques, notamment (79 % pour la SAS 60 % pour l'UG pour les biens non amortis), alors que ce sont les logiciels qui représentent les deux tiers des biens du GIE.

L'analyse des registres d'immobilisations montre que si près de 300 fiches portent sur des matériels médicaux antérieurs à la fusion de 2004, et sans doute plus utilisés, près de 1 000 fiches renvoient elles à une mise en service entre 2004 et 2010. En effet, le matériel complémentaire dont la clinique a eu besoin pour accompagner la croissance de l'activité précitée ne conduit pas systématiquement à mettre au rebut le matériel existant, qui peut être utilisé comme matériel d'appoint.

Graphique n° 13 : Valeur du matériel médical au 31 décembre 2018



Source : CRC d'après les registres d'immobilisation de la clinique ; nota : courbes et histogrammes cumulés

5.2.2.3 Un volume d'actifs de court terme significatif pour les deux entités cliniques à raison des créances patients et surtout des flux intragroupe

L'importance de l'actif circulant au sein des entités Jules Verne est quelque peu trompeuse. Leur multiplicité et leur volume n'est que faciale puisqu'elle résulte pour une part significative des flux croisés intragroupe. Ceci est surtout visible en 2016, année de reconfiguration des liens entre les entités composant la clinique (création de l'UG, transfert du bail au GIE, etc.) : ces flux évoluant donc sous l'effet des changements des refacturations et des régularisations de fin d'exercice.

5.2.3 Ressources : deux entités cliniques, deux statuts juridiques, deux situations finalement complémentaires

5.2.3.1 Des ressources stables fragilisées, au point d'appeler une remise à flot et un accompagnement soutenu de la mutualité

Au cours de la période sous revue, et dans un contexte de déficit continu, la stabilité du niveau de capitaux permanents de l'UG, voire leur rebond pour la SAS ne s'explique que par les abondements significatifs dont elles ont bénéficié de la mutualité, que ce soit par le biais du groupe HGO ou des mutuelles fondatrices.

5.2.3.1.1 Deux entités recapitalisées du fait de fonds propres réduits à néant par les déficits successifs

À sa création en 2016, l'UG ne disposait pas de capital mais a bénéficié d'un apport de fonds propres à hauteur de 6,7 M€. Par la suite, l'union a bénéficié d'un financement FNSAM pour un montant total de 2 M€, pour 50 % sous forme de subvention (1 M€ repris au rythme de l'amortissement (-0,2 M€ par an sur six ans) et 50 % sous forme de prêt.

5.2.3.1.2 Des provisions pour risques et charges de faible ampleur

Si le personnel de la clinique est salarié du GIE JV, les engagements au regard des indemnités de départ en retraite sont portés par les membres du GIE, conformément à la doctrine comptable. Cependant, ceux-ci n'ont pas opté pour la comptabilisation en provision de ses engagements en IDR. La SAS dispose cependant d'un engagement hors bilan vis-à-vis de ses salariés MAD d'un montant de 1,28 M€ au 31 décembre 2018. Pour la provision relative à la médaille du travail, chaque entité constate une provision sur les salariés du GIE affectés. Les autres provisions, conjoncturelles (p. ex. contrôles AM, litiges) n'appellent pas d'observation particulière.

5.2.3.1.3 Un niveau d'endettement limité pour les entités SAS et UG, à raison de l'absence de tout investissement immobilier

Tableau n° 14 : Ratios d'endettement des entités cliniques

	SAS			UG		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018
dettes financières (M€)	2,02	1,67	1,39	1,10	0,97	0,90
taux d'endettement	1625%	-108%	74%	16%	16%	17%
endettement net ⁴⁶ (M€)	3,84	3,79	2,37	-0,86	-0,92	2,09
taux d'endettement net ⁴⁷	3084%	-244%	126%	-13%	-15%	40%
capacité de remboursement ⁴⁸	-294%	-195%	-190%	171%	550%	-553%
capacité de remboursement retraité (EBE hors aides)				117%	110%	-192%

Source : CRC d'après les balances des comptes

⁴⁶ Endettement net = dettes financières + trésorerie passive - trésorerie active

⁴⁷ Taux d'endettement net = endettement net / capitaux propres

⁴⁸ Capacité de remboursement = endettement net / EBE

Eu égard à la taille de la clinique Jules Verne, les dettes financières de moyen et long termes sont peu nombreuses (moins de 2,30 M€ cumulés fin 2018 pour la SAS et l'UG) mais cohérentes avec l'absence de portage de l'immobilier.

Les dettes financières ont eu pour objet essentiel l'achat de matériels spécifiques, et sont donc plus importantes pour le versant SAS. Pour financer leurs investissements 2015 et 2016 de matériel médical, la SAS a contracté un emprunt de 2 M€ quand l'UG a pu compter sur le prêt de 1,03 M€ de la mutualité (FNSAM, *op. cit.*). Les emprunts contractés les années passées sont remboursés conformément aux échéanciers de remboursement. Il n'y a pas eu de nouvel emprunt entre 2017 et 2019.

Pour autant, les deux entités n'affichent un niveau soutenable d'endettement qu'à raison des apports dont elles ont bénéficié, et non pour des raisons structurelles, dès lors qu'elles ne dégagent pas d'excédent d'exploitation le permettant de rembourser seules leurs emprunts sur le long cours.

En miroir de créances liées aux flux intragroupe, les différentes entités composant la clinique Jules Verne affichent des dettes réciproques nombreuses.

5.2.4 De fortes tensions de trésorerie, surtout pour la SAS

Tableau n° 15 : Evolution des fonds de roulement et besoin en fonds de roulement (en M€)

	SAS			UG			GIE		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018
FDR net global	-2,44	-4,27	-1,16	7,77	7,14	6,25	0,00	-0,63	-1,12
FDR en nb jours CA	-35	-60	-15	59	55	48	0	-4	-8
BFR exploitation	-2,2	-2,67	-0,21	-0,86	1,78	3,7	-0,58	-0,66	-1,11
BFR hors exploitation	1,58	0,52	0,03	6,67	3,47	3,74	-0,33	-0,16	-0,05
BFR	-0,62	-2,15	-0,18	5,81	5,25	7,44	-0,91	-0,82	-1,17
BFR en nb jours CA	-9	-30	-2	44	40	57	-5	-6	-8
Trésorerie nette	-1,82	-2,12	-0,98	1,96	1,88	-1,18	0,92	0,20	0,04

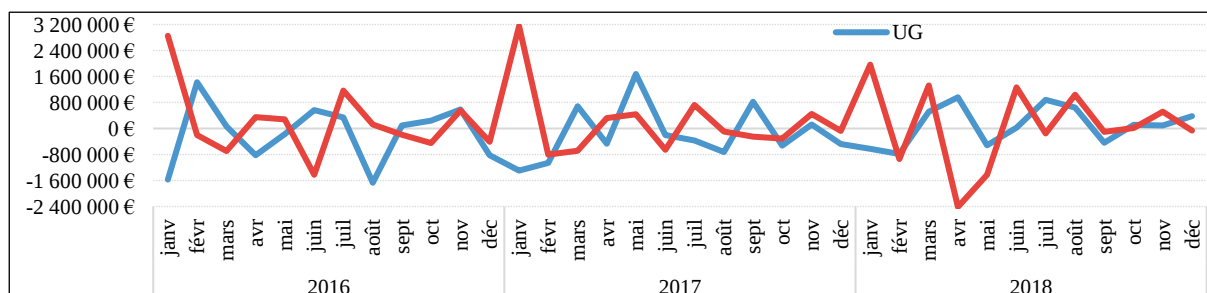
Source : CRC d'après les balances des comptes

La trésorerie nette de la SAS s'est dégradée dès 2016 (passant de - 1,27 M€ en 2015 à - 1,82 M€ sur cet exercice, soit - 0,48 M€) et ce phénomène s'est poursuivi en 2017 (où elle a atteint - 2,12 M€). Le redressement 2018 (+ 1,14 M€) est lié aux abondements divers dont a bénéficié la société. Pour la société, les dépenses d'investissements n'ont pas été couvertes par les flux générés par l'activité mais par contractualisation d'un emprunt (2 M€) ainsi que grâce à l'avance de trésorerie accordée par HGO en 2017 (2,3 M€) avant recapitalisation à hauteur de 5 M€.

L'amélioration de la trésorerie nette de l'UG en 2016 s'explique principalement par une amélioration des disponibilités bancaires. Au cours de ce même exercice, l'union s'est vu accorder en 2016 une aide financière de la FNSAM de 2,07 M€. Par la suite, elle s'est continûment dégradée et, comme cela a été indiqué précédemment, ses capitaux permanents financent non seulement les emplois stables mais aussi une partie de l'actif circulant.

La chambre note que les trésoreries de la SAS et de l'UG se complètent. Plus exactement, la seconde est positive quand la première ne l'est pas, ce qui lui confère un rôle essentiel dans la liquidité générale du GIE.

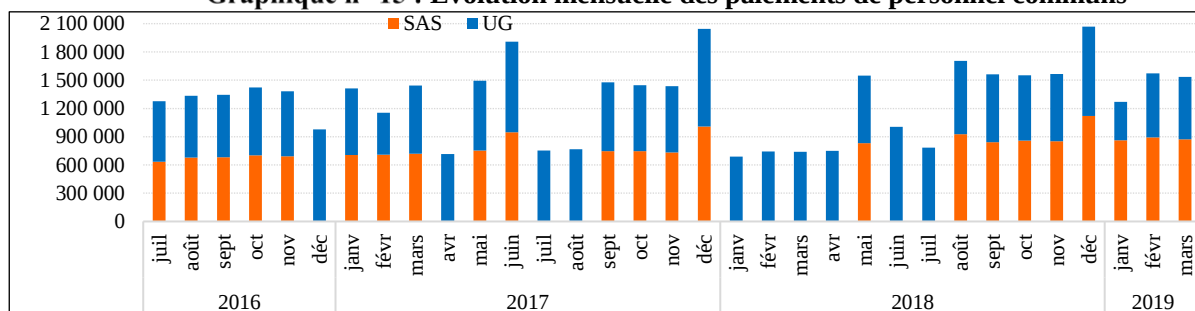
Graphique n° 14 : Etat mensuel du solde du c/512 (banques) SAS, UG de 2016 à 2018



Source : CRC d'après les données comptables de la clinique

D'ailleurs, la chambre relève qu'en 2017 et plus encore en 2018, la SAS a bénéficié de facilités infra-annuelles de la part du GIE en matière de refacturations des MAD.

Graphique n° 15 : Evolution mensuelle des paiements de personnel communs



Source : CRC d'après les données des grands livres

Trois mois ont été payés en décalage la première année et six mois la seconde, soit l'équivalent de 1,77 M€ et 2,72 M€ sur la base de charges mensuelles équivalant au strict douzième du total annuel. Ceci est à mettre dans un contexte de ralentissement de la chaîne de facturation par la même SAS, ce qui a aussi eu pour corollaire l'absence de versement des redevances par les médecins libéraux. Cela a signifié en creux que la trésorerie de l'UG soutenait indirectement la SAS.

Par suite, la chambre constate que les financements publics et de Sécurité sociale dont l'UG a bénéficiés sur la même période ont contribué à empêcher une entité commerciale de faire défaut.

5.3 Conclusion : la clinique Jules Verne, un centre de pertes plus que de profits pour HGO et la mutualité

Sur toute la période sous revue, ni la SAS ni l'UG n'ont présenté de résultat net positif ; ceci, en dépit des aides et subventions (y c. mutualité FNSAM). Par conséquent, pour sa composante commerciale SAS, aucun dividende n'a été versé à ses actionnaires.

Tableau n° 16 : Évolution de la rentabilité de la clinique

		SAS			UG		
		2016	2017	2018	2016	2017	2018
Jules Verne	taux d'EBE hors aides	-5,1%	-7,4%	-4,5%	-1,5%	-1,7%	-2,3%
	taux de résultat	-4,7%	-8,0%	-5,4%	-1,6%	-0,8%	-1,7%
	rentabilité économique (ROCE ⁴⁹)	-40%	-106%	-48%	-14%	-8%	-14%
	rentabilité financière (ROE ⁵⁰)	-965%	134%	-80%	-11%	-6%	-15%
moyenne XERFI	taux EBE	6,0%	5,8%	5,7%			
	rentabilité économique	13,4%	12,8%	14,0%			
	rentabilité financière	8,4%	9,8%	9,6%			

Source : CRC d'après les données de la clinique et rapports XERFI « Les cliniques de court séjour » (décembre 2018) et « Les cliniques les GHT à l'horizon 2020 » (juillet 2017)

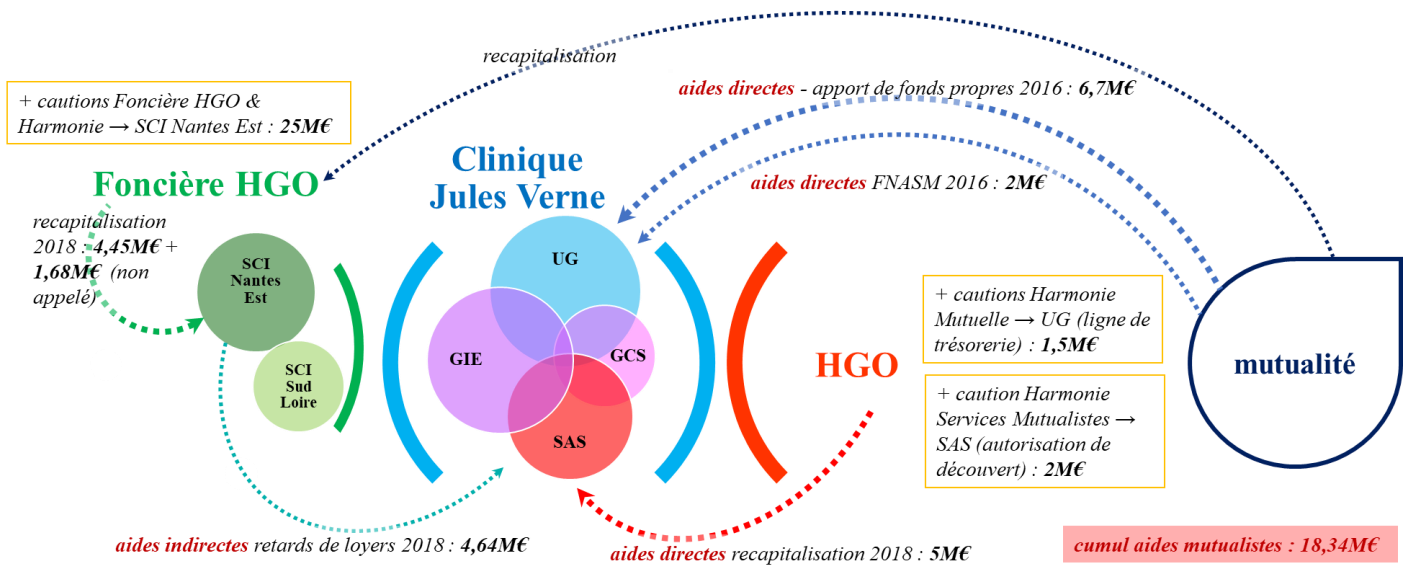
Analysée pour ses deux versants tarifaires, SAS et UG, la rentabilité de la clinique Jules Verne, qu'elle soit économique ou financière, ne s'est jamais manifestée sur toute la période sous revue. En effet, les rares améliorations, conjoncturelles ou relevant d'effet optique, ont été et corrélatives d'un ou de plusieurs dispositifs d'accompagnement de la mutualité.

Par suite, la chambre considère, eu égard aux montants en cause et à la multiplicité des canaux d'aides de la mutualité (18,34M€ depuis 2016), en plus de l'ARS (1,60M€ depuis 2016), que la clinique est en réalité sous perfusion, assimilable même pour sa composante commerciale à un mécanisme de maintien en survie artificielle.

⁴⁹ ROCE = EBE / (immobilisations nettes + BFR).

⁵⁰ ROE = résultat net / capitaux propres.

Schéma n° 2 : Mécanismes d'appui financier de la mutualité à l'endroit de la clinique Jules Verne



Source : CRC d'après les données de la clinique et des entités du groupe HGO et de la Foncière HGO

ANNEXES

Annexe n° 1. Activité : évolution mesurée à partir des données PMSI	86
Annexe n° 2. Activité : basculement ambulatoire et durée de séjour	87
Annexe n° 3. Gestion des ressources humaines	89
Annexe n° 4. Personnels médicaux.....	90
Annexe n° 5. Chaîne d'accueil / facturation / recouvrement	91
Annexe n° 6. Comptabilité analytique	93
Annexe n° 7. Fiabilité des comptes.....	94
Annexe n° 8. Prévision budgétaire.....	96
Annexe n° 9. Situation financière : produits.....	97
Annexe n° 10. Situation financière : charges.....	99
Annexe n° 11. Situation financière : bilan.....	101

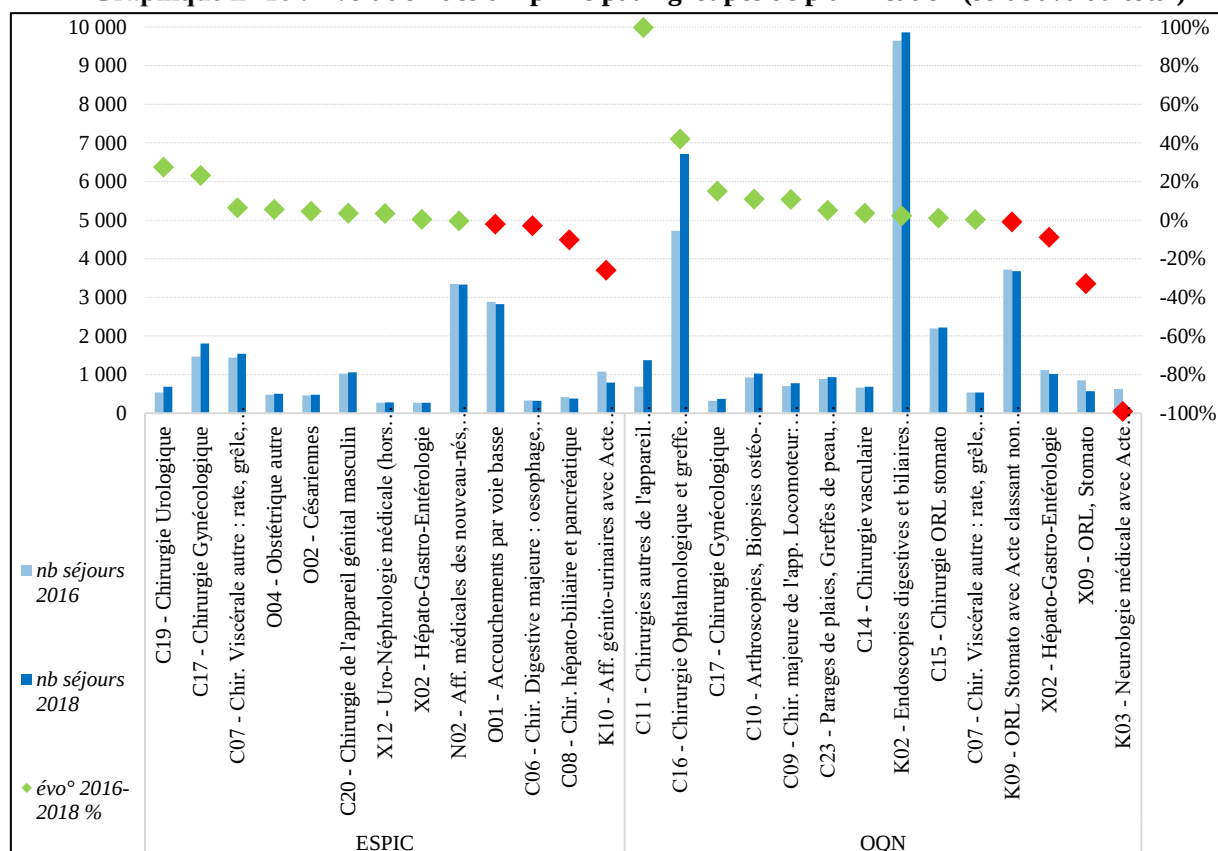
Annexe n° 1. Activité : évolution mesurée à partir des données PMSI

Tableau n° 17 : Evolution des séjours depuis 2016 par catégorie d'actes de soins

CAS	Ensemble	2016	2017	2018	évo
CH - Chirurgie non ambulatoire	ESPIC	3 529	3 434	3 355	-5%
	OQN	4 304	4 023	3 651	-15%
CJ - Chirurgie ambulatoire	ESPIC	2 101	2 622	2 894	38%
	OQN	8 289	9 480	11 959	44%
OM - Obstétrique-mère	ESPIC	3 826	3 800	3 814	0%
	OQN	5	3	1	-80%
ON - Obstétrique-enfant	ESPIC	3 394	3 336	3 383	0%
	OQN	1			-100%
PI - Techniques peu invasives (diagnostiques ou thérapeutiques)	ESPIC	1 304	1 074	1 086	-17%
	OQN	14 516	14 312	14 167	-2%
X0 - Séjours sans acte classant sans nuitée - médecine notamment	ESPIC	253	175	195	-23%
	OQN	1 013	947	893	-12%
XH - Séjours sans acte classant d'au moins une nuit - médecine	ESPIC	1 547	1 577	1 656	7%
	OQN	1 487	1 400	1 171	-21%
Total général		45 569	46 183	48 225	

Source : CRC d'après les données ScanSanté et ePMSI (fiches OVALIDE)

Graphique n° 16 : Évolution des dix principaux groupes de planification (soit 90% du total)



Source : CRC d'après les données ScanSanté et ePMSI (fiches OVALIDE)

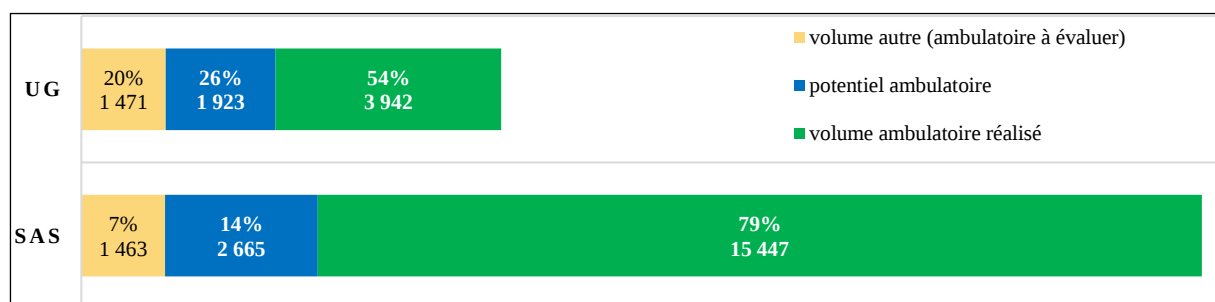
Annexe n° 2. Activité : basculement ambulatoire et durée de séjour

Tableau n° 18 : Evolution de la performance en chirurgie ambulatoire

		2014	2015	2016	2017	2018
Taux de chirurgie ambulatoire (GHM en C + 7 racines) ⁵¹	OQN	61,5%	65,7%	71,0%	74,4%	78,8%
	ESPIC	46,8%	47,3%	48,1%	52,8%	54,9%
Taux d'utilisation des places en chirurgie ambulatoire	ESPIC	110,3	97,6	89,9	88,3	
	OQN	59,9	63,2	87,7	83,0	
<u>indicateur composite de performance</u>	OQN	42,9	46,5	54,4	60,7	62,2
	ESPIC	23,8	23,9	23,9	27,0	26,6

Source : CRC d'après ScanSanté (y c. VISUCHIR) pour l'indicateur de performance et le taux de chirurgie ambulatoire, Hospidiag pour le taux d'utilisation des places

Graphique n° 17 : Potentiel ambulatoire global en séjours évalué à partir des établissements comparables les plus performants (20%)



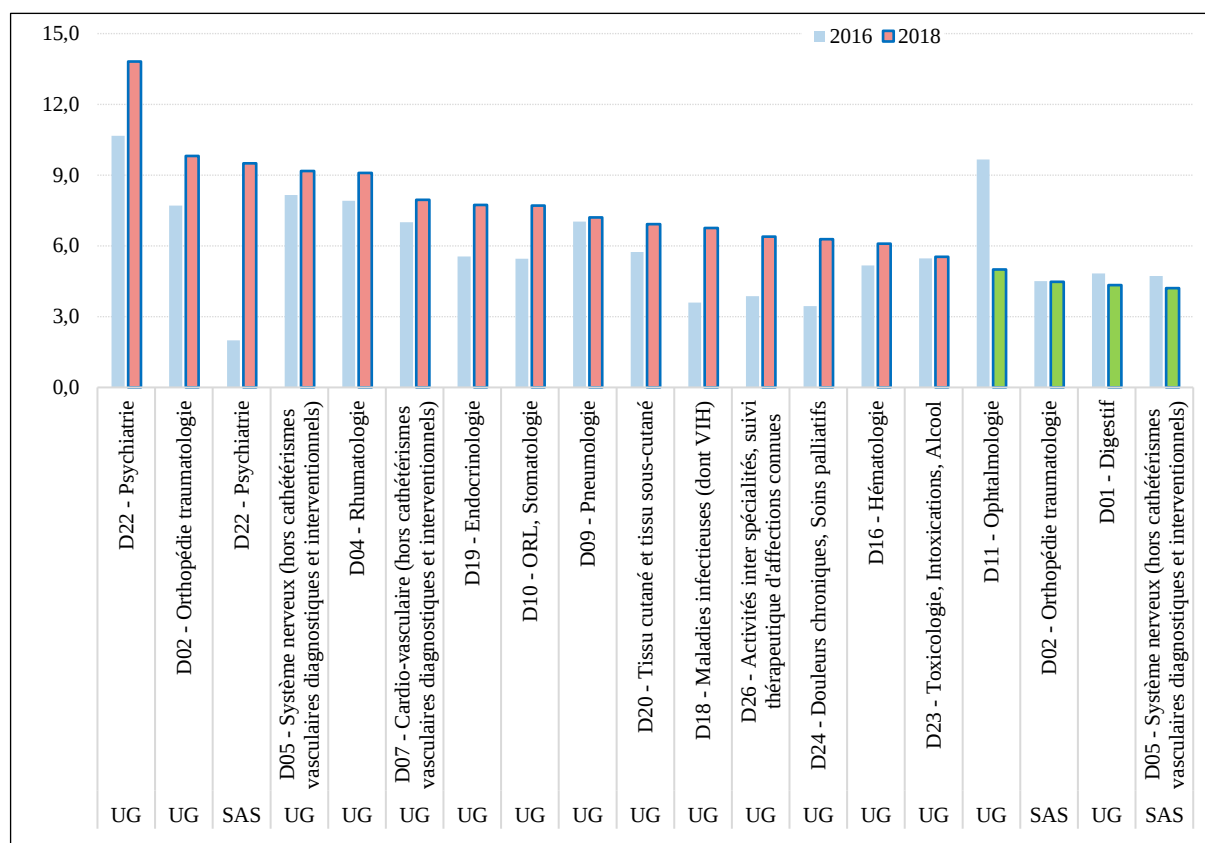
Source : CRC d'après les données PMSI et VISUCHIR

Tableau n° 19 : IP-DMS hors ambulatoire depuis 2015

		Etablissement				Région 2018		Catégorie 2018		Typologie 2018	
		2015	2016	2017	2018	2 ^{ème} décile	8 ^{ème} décile	2 ^{ème} décile	8 ^{ème} décile	2 ^{ème} décile	8 ^{ème} décile
SAS	IP - DMS Médecine	0,803	0,812	0,81	0,824	0,912	1,138	0,799	1,053	0,857	1,09
	IP - DMS Chirurgie	0,943	0,947	0,959	0,989	0,899	1,149	0,834	1,061	0,898	1,032
UG	IP - DMS Médecine	0,837	0,874	0,932	0,945	0,912	1,138	0,848	1,134	0,857	1,09
	IP - DMS Chirurgie	0,834	0,853	0,812	0,855	0,899	1,149	0,854	1,208	0,867	1,08
	IP - DMS Obstétrique	0,984	0,995	0,993	1,004	0,956	1,052	0,852	1,007	0,946	1,062

Source : CRC d'après les données Hospidiag

⁵¹ Calcul = séjours sans nuitée rapportés à l'ensemble des séjours de chaque périmètre.

Graphique n° 18 : Évolution des quinze DMS les plus longues par domaine d'activité

Source : CRC d'après les données de la clinique

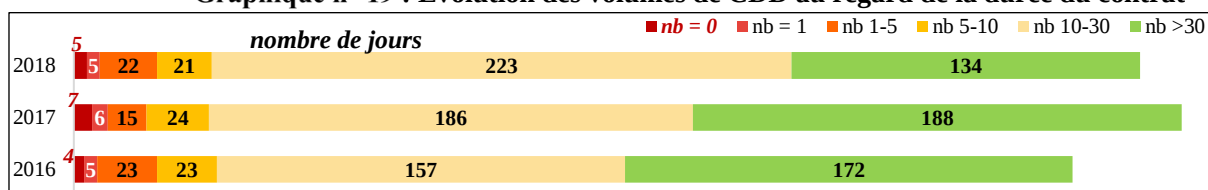
Annexe n° 3. Gestion des ressources humaines

Tableau n° 20 : Evolution de la répartition par type de contrat

contrat	exercice	cadre	employé qualifié	employé non qualifié	total	ETP
CDI	2016	132	530	114	776	701,0
	2017	134	522	109	765	689,2
	2018	137	540	110	787	708,7
CDD	2016	13	88	22	123	110,8
	2017	12	94	21	127	116,5
	2018	10	68	35	113	108,3

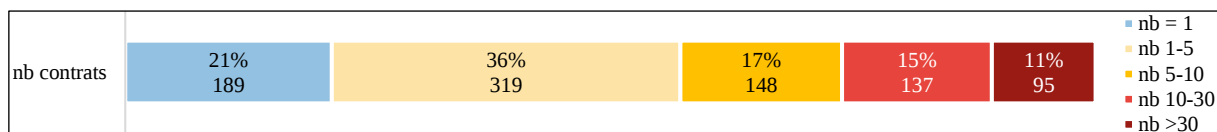
Source : CRC d'après les données du bilan social

Graphique n° 19 : Evolution des volumes de CDD au regard de la durée du contrat



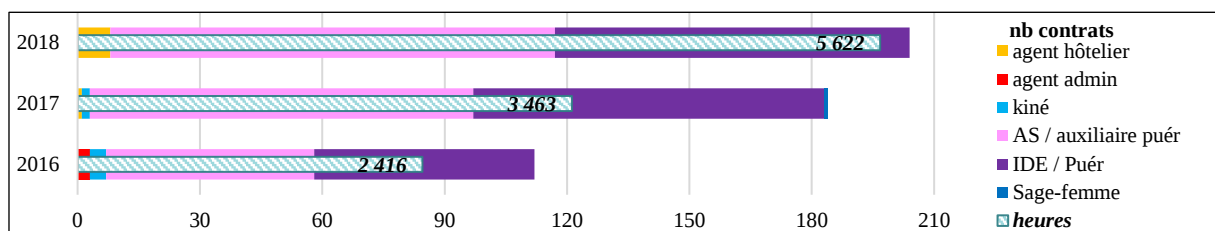
Source : CRC d'après les données de la clinique

Graphique n° 20 : Répartition des CDD par nombre de contrats signés entre 2016 et 2018



Source : CRC d'après les données de la clinique

Graphique n° 21 : Evolution de l'intérim depuis 2016



Source : CRC d'après les données du bilan social

Tableau n° 21 : Evolution de l'absentéisme depuis 2016

absentéisme	2016	2017	2018	évo
nb jours absence maladie	16 848	18 866	19 537	16%
nb jours absence mi-temps thérapeutique	1 920	2 555	2 258	18%
nb jours absence AT-MP	2 506	1 705	1 753	-30%
nb jours absence maternité/paternité	4 580	5 264	5 092	11%
nb jours absence événements famil / enf malades	630	555	629	0%
total	26 484	28 945	29 269	11%

Source : CRC d'après les données du bilan social

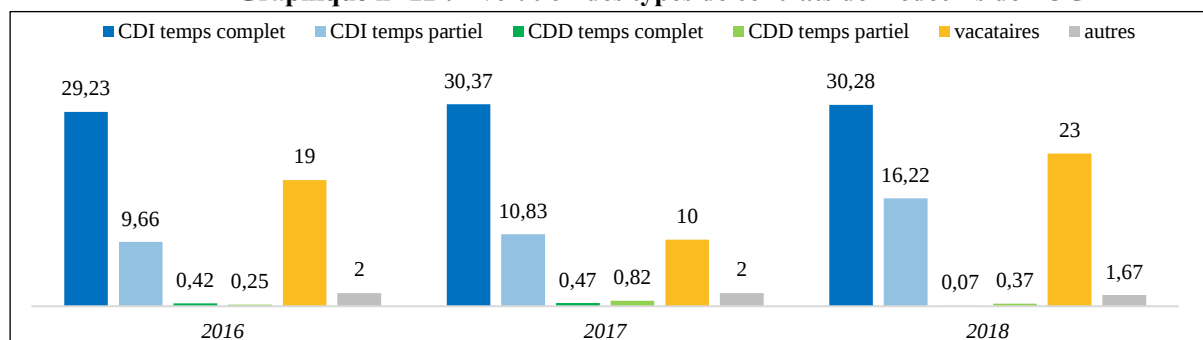
Annexe n° 4. Personnels médicaux

Tableau n° 22 : Evolution des effectifs de médecins en exercice

entité	Spécialité praticien	2016	2017	2018	évo°	% total 2016	% total 2017	% total 2018
UG	anesthésie	15	15	15	0%	23%	21%	21%
	digestif	5	5	5	0%	8%	7%	7%
	gynéco-obs	18	21	18	0%	27%	29%	26%
	vacataire	10	10	11	10%	15%	14%	16%
	urologie	6	7	7	17%	9%	10%	10%
	médecine générale	4	5	5	25%	6%	7%	7%
	pédiatrie	7	8	8	14%	11%	11%	11%
	gériatrie	1	1	1	0%	2%	1%	1%
	total	66	72	70	6%			
SAS	anesthésie	9	10	11	22%	12%	12%	13%
	gastro	12	13	14	17%	16%	16%	16%
	neuro	2	2	2	0%	3%	2%	2%
	ophtalmo	11	12	17	55%	14%	15%	19%
	ORL	7	7	7	0%	9%	9%	8%
	ortho	6	6	6	0%	8%	7%	7%
	plastie	6	6	6	0%	8%	7%	7%
	pneumo	5	5	5	0%	7%	6%	6%
	procto	1	1	1	0%	1%	1%	1%
	radio	5	7	8	60%	7%	9%	9%
	stomato	8	8	7	-13%	11%	10%	8%
	vasculaire	4	4	4	0%	5%	5%	5%
	total	76	81	88	16%			
Total général		142	153	158	11%			

Source : CRC d'après les données d'activité de la clinique (réponse 42 CA) ; à noter que depuis le début de l'année 2019, sept ophtalmologues et un ORL ont démarré une activité sur le site de la clinique.

Graphique n° 22 : Evolution des types de contrats de médecins de l'UG



Source : CRC d'après les données de la clinique (réponse du 05/09/2019)

Annexe n° 5. Chaîne d'accueil / facturation / recouvrement

Tableau n° 23 : Evolution des créances liées aux patients (en milliers d'euros)

	SAS				UG			
	2016	2017	2018	évo°	2016	2017	2018	évo°
créances patients c/4111	2 009	2 202	2 215	10%	1 524	1 648	1 869	23%
créances douteuses c/416	19	17	5	-74%	49	43	26	-47%
provisions c/491	21	20	21	3%	141	69	118	-16%
tx provision	1%	1%	1%		9%	4%	6%	
tx créances douteuses	1%	1%	0%		3%	3%	1%	
délai règlement moyen	28,4	30,8	29,0	2%	40,6	44,0	47,4	17%
créances AMO c/4112					5 738	5 635	6 463	13%
factures séjours à établir c/4181	109	524	687	528%	301	442	418	39%

Source : CRC d'après les données de la clinique

Tableau n° 24 : Evolution 2016-2018 des montants mensuels PMSI de GHS et suppléments

	janv	Fév	mars	avril	mai	juin	juil	août	sept	oct	nov	déc
janv	4%											
fév	-71%	0%										
mars	-14%	30%	-17%									
avril	213%	139%	-14%	0%								
mai	70%	34%	182%	-26%	-19%							
juin	-49%	-26%	163%	228%	-41%	-23%						
juil	-240%	393%	54%	75%	261%	-12%	-28%					
août	-70%	-100%	32%	24%	152%	435%	71%	-4%				
sept	9575%	621%	29%	26%	-36%	232%	314%	-27%	-21%			
oct			-85%	0%		679%	213%	113%	17%	-23%		
nov	2306%	241%	1107%	-406%	14%	363%	329%	609%	186%	132%	-9%	
déc	3833%	11%	-10306%	389%	3031%	1475%	11575%	2722%	151%	494%	562%	-2%

Source : CRC d'après les données OVALIDE - Tableau [1.V.5.EMM] Evolution des montants mensuels par période de transmission par type de prestation ; nota : mois de sortie = entête ; mois de transmission = lignes

Tableau n° 25 : Evolution des traitements de facturation de patients entre juillet 2018 et juin 2019

	Tous dossiers					Dossiers soldés > 1 mois ap sortie				Dossiers soldés jour de sortie		
	mois	nb	montan t M€	délai factu°	délai solde - sortie	nb	délai solde - sortie	% nb total	% montan t total	nb	% nb total	% montan t total
2018	juil	15 196	4,99	15	37	275	143	2%	1%	2 996	20%	2%
	août	12 479	3,74	14	38	203	136	2%	1%	2 473	20%	2%
	sept	17 202	5,04	18	37	337	122	2%	1%	3 421	20%	2%
	oct	20 598	6,18	15	34	482	110	2%	2%	4 190	20%	3%
	nov	18 702	5,72	12	28	361	97	2%	1%	3 985	21%	2%
	déc	15 882	5,13	10	26	316	87	2%	1%	3 220	20%	2%
2019	janv	22 424	5,69	19	42	854	106	4%	2%	4 530	20%	3%
	fév	19 875	5,54	17	36	561	95	3%	1%	3 949	20%	3%
	mars	20 621	6,46	19	33	523	74	3%	2%	4 018	19%	2%
	avril	21 503	5,76	17	34	530	72	2%	1%	4 266	20%	3%
	mai	20 353	5,58	12	32	495	64	2%	1%	4 077	20%	2%
	juin	19 142	5,55	11	30	291	64	2%	1%	3 956	21%	3%

Source : CRC d'après les données de la clinique

Tableau n° 26 : Etat mensuel des rejets de facturations de dossiers de patients

Années	Date sortie	pas de rejet		rejets			total	
		nb factures	montant	nb factures	nb rejets	montant	nb factures	montant
2018	juil	24 185	4 841 015	1 524	792	160 578	25 709	5 001 593
	août	20 945	3 638 442	1 063	420	113 667	22 008	3 752 109
	sept	27 984	4 924 533	3 280	1 030	131 152	31 264	5 055 685
	oct	32 973	6 049 489	1 822	851	149 689	34 795	6 199 178
	nov	30 338	5 582 657	1 587	723	151 516	31 925	5 734 173
	déc	25 893	5 021 405	1 382	569	118 883	27 275	5 140 288
2019	janv	25 994	5 548 517	2 093	924	175 735	28 087	5 724 252
	févr	23 227	5 439 546	1 299	611	136 010	24 526	5 575 556
	mars	32 449	6 133 469	2 442	1 365	351 107	34 891	6 484 576
	avr	24 452	5 659 857	1 598	863	136 336	26 050	5 796 193
	mai	23 185	5 526 871	966	521	87 337	24 151	5 614 208
	juin	30 051	5 454 857	1 527	603	145 808	31 578	5 600 665
Total général		321 676	63 820 658	20 583	9 272	1 857 818	342 259	65 678 476
		94,0%		6,0%				

Source : CRC d'après les données de la clinique

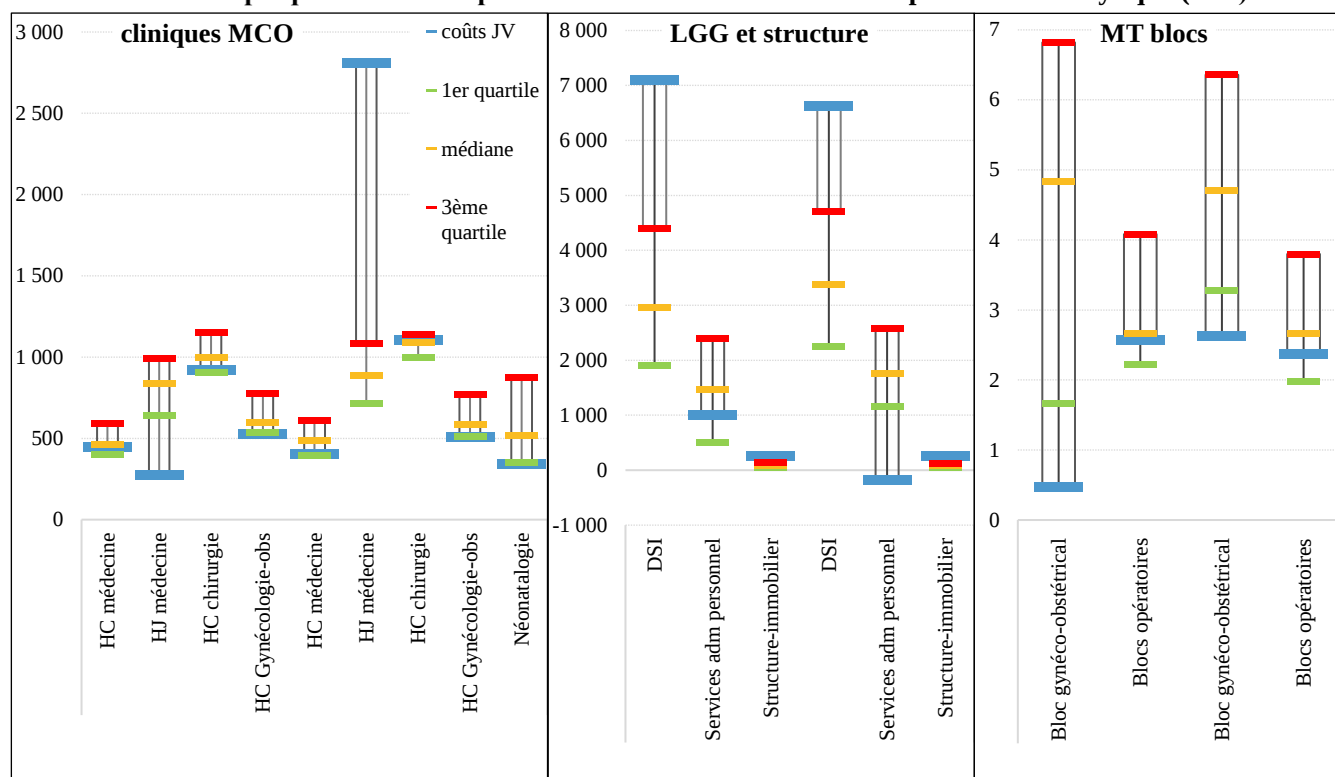
Tableau n° 27 : Part mensuelle des soldes de facturations émises entre juillet 2018 et juin 2019

solde	facture	2018						2019					
		Juil	août	sept	oct	nov	déc	janv	févr	mars	avr	mai	juin
2018	Juil	63,64%											
	août	17,82%	66,20%										
	sept	8,58%	13,05%	59,79%									
	oct	1,23%	5,19%	26,81%	61,40%								
	nov	2,01%	1,23%	4,12%	25,07%	60,96%							
	déc	5,40%	10,70%	2,29%	7,40%	28,21%	65,23%						
	janv	0,37%	1,38%	1,95%	3,61%	7,63%	26,24%	55,46%					
	févr	0,09%	0,15%	0,21%	0,49%	0,53%	1,01%	1,00%	54,84%				
	mars	0,12%	0,68%	0,69%	0,90%	1,23%	5,92%	32,94%	35,21%	51,97%			
	avr	0,09%	0,07%	0,05%	0,02%	0,25%	0,57%	2,43%	4,54%	35,91%	57,94%		
2019	mai	0,00%	0,30%	0,05%	0,07%	0,23%	0,15%	3,08%	1,87%	4,74%	22,71%	59,53%	
	juin	0,08%	0,11%	0,61%	0,23%	0,46%	0,33%	4,32%	2,52%	5,81%	15,32%	31,74%	59,25%
	juil	0,19%	0,35%	3,31%	0,28%	0,32%	0,32%	0,32%	0,41%	0,54%	2,11%	6,37%	31,24%
	août	0,29%	0,53%	0,05%	0,29%	0,15%	0,06%	0,28%	0,27%	0,51%	0,83%	1,31%	6,91%
	sept	0,08%	0,01%	0,04%	0,14%	0,02%	0,04%	0,10%	0,26%	0,27%	0,60%	0,39%	1,61%
	oct	0,00%	0,00%	0,00%	0,09%	0,01%	0,13%	0,06%	0,06%	0,21%	0,46%	0,64%	0,89%
	nov	0,00%	0,02%	0,01%	0,00%	0,00%	0,00%	0,01%	0,01%	0,04%	0,02%	0,03%	0,10%

Source : CRC d'après les données de la clinique

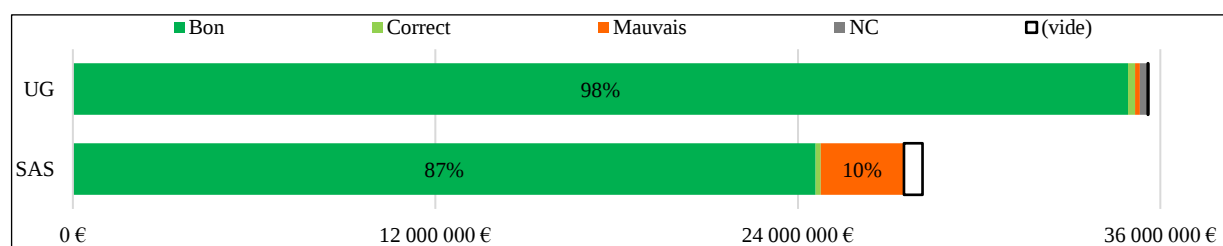
Annexe n° 6. Comptabilité analytique

Graphique n° 23 : Comparaison 2017 des CUO de l'ESPIC par section analytique (en €)



Source : CRC d'après les données ATIH ScanSanté

Graphique n° 24 : Répartition des valorisations économiques de GHS au regard de l'indicateur de fiabilité de l'ENCC calculé par l'ATIH

Source : CRC d'après les données ENCC de taux d'erreur relative d'échantillonnage (ERE)⁵²

⁵² L'erreur relative d'échantillonnage permet d'apprécier la qualité de l'estimation du coût complet. Elle permet de savoir si la dispersion des coûts autour du coût moyen est importante ou non dans l'échantillon. Plus l'ERE est proche de 0%, plus l'estimation du coût complet est de bonne qualité (c'est-à-dire que le coût estimé est proche du « vrai coût », coût que l'on obtiendrait si notre échantillon contenait tous les établissements français). L'ERE n'est pas affichée de manière quantitative (en %) mais en classes, afin de faciliter la lecture de cet indicateur. L'indicateur de fiabilité se base à la fois sur l'ERE, mais également sur le taux de sondage, le nombre de séjours et le nombre d'établissements participant à l'estimation des coûts : plus l'activité est répartie sur un nombre d'établissements important (colonne « Nombre d'établissements réalisant au moins 80% de l'activité ») et plus l'estimation des coûts sera fiable. Comme l'ERE, l'indicateur de fiabilité est affiché en classes afin de faciliter la lecture de cet indicateur (il peut être bon, correct ou mauvais).

Annexe n° 7. Fiabilité des comptes

Tableau n° 28 : Rapprochement de la balance et du registre des immobilisations

c/	GIE		SAS		UG	
	balances	registre	balances	registre	balances	registre
205	729 814	729 814	439 190	439 190	1 179 794	1 179 794
207			204 813			
212					26 325	26 325
214					16 018	16 018
215	166 767	166 767	12 849 754	13 376 901	12 127 797	12 127 797
218	156 219	156 219	2 487 639	2 487 640	4 367 573	4 367 572
Total	1 052 801	1 052 801	15 981 396	16 303 731	17 717 506	17 717 506

Source : CRC d'après les données de la clinique

Tableau n° 29 : Part des biens amortis au sein des immobilisations au 31 décembre 2018 (en M€)

c3	libellé catégorie	SAS				UG					
		bien amortis		non		oui		dont av. 2004		non	
		nb fiches	montant	nb fiches	montant	nb fiches	montant	nb fiches	montant	nb fiches	montant
205	autres concessions					1	0,13	1	0,13		
	logiciels	5	0,03	3	0,00	167	0,77	90	0,20	27	0,24
212	agenc. / aménag. terrains					4	0,02	4	0,02	1	0,00
214	construc° / sol d'autrui					1	0,02	1	0,02		
215	installa° à carac spécifique	2	0,03	2	0,00	887	3,16	844	2,55	5	0,28
	matériel et outillage	41	0,06	160	1,13	644	4,37	211	0,45	457	4,54
	matériel bureau	11	0,03	30	0,04	396	1,24	194	0,43	67	0,28
218	mobilier bureau	8	0,09	26	0,11	406	1,02	289	0,38	220	0,69
	agenc. / aménag. divers	2	0,00	4	0,02	32	0,07	25	0,03	95	1,08
total		69	0,25	225	1,31	2538	10,80	1 659	4,22	872	7,12

Source : CRC d'après le registre des immobilisations

Tableau n° 30 : État des opérations comptables relatives aux produits d'activité liés aux séjours portant la date du 31 décembre 2018

entité	c/3	objet	débit	crédit
SAS	706	GHS + forfaits + produits de santé facturés en sus	369 818	4 699 101
	708	hôtellerie liée aux séjours	12 611	113 811
	total		382 428	4 812 912
UG	706	forfait hospitalier	1 062 921	166 944
	708	hôtellerie liée aux séjours	2 977	1 451 334
	731	GHS + forfaits + produits de santé facturés en sus	20 976	4 847 129
	732	prestations non prises en charge par l'AM	7 622	353 596
	733	Prestations AME	2 467	2 167
	total		1 096 963	6 821 169

Source : CRC d'après les grands livres de l'UG et de la SAS

Tableau n° 31 : Solde des écritures pour factures non parvenues depuis 2016

entité	c/1	2016		2017		2018	
		Nb écritures	solde	Nb écritures	solde	Nb écritures	solde
GIE	c/2	3	41 567				
	c/4	57	-519 776	13	11 423	34	42 526
	c/6	70	478 209	65	-11 423	56	-42 526
	Total	130	0	78	0	90	0
SAS	c/4	26	125 319			32	313 674
	c/6	31	-125 319			53	-313 674
	Total	57	0			85	0
UG	c/4					13	113 930
	c/6					9	-113 930
	Total					22	0

Source : CRC d'après les grands livres

Tableau n° 32 : Etat des dossiers 2018 soldés en 2019

sortie solde	juil	août	sept	oct	nov	déc	total	%	Nb dossiers non clos
janv	18 305	51 817	98 413	223 516	437 734	1 349 045	2 178 830	65,2%	9 068
févr	4 404	5 489	10 762	30 455	30 310	52 130	133 550	4,0%	1 207
mars	5 827	25 631	34 836	55 560	70 457	304 213	496 524	14,9%	1 329
avr	4 552	2 610	2 720	1 047	14 436	29 411	54 776	1,6%	149
mai	148	11 356	2 719	4 449	13 121	7 838	39 631	1,2%	159
juin	3 839	4 154	30 744	14 504	26 435	16 801	96 477	2,9%	309
juil	9 628	13 180	167 346	17 399	18 247	16 417	242 217	7,2%	527
août	14 727	20 042	2 725	18 138	8 708	2 873	67 213	2,0%	350
sept	3 961	487	2 172	8 532	1 109	1 859	18 120	0,5%	179
oct	146	179	226	5 653	510	6 501	13 215	0,4%	73
nov	6	917	322	141	104	0	1 490	0,0%	17
total	65 543	135 862	352 985	379 394	621 171	1 787 088	3 342 043	100%	13 367
Tous dossiers	5 001 593	3 752 109	5 055 685	6 199 178	5 734 173	5 140 288	30 883 026		
%	1,3%	3,6%	7,0%	6,1%	10,8%	34,8%	10,8%		

Source : CRC d'après les données de la clinique

Annexe n° 8. Préviation budgétaire

Tableau n° 33 : Taux d'écart entre les réalisations et les budgets (SAS) / EPRD (UG), en M€

item	valeur	2016		2017		2018	
		ESPIC	SAS	ESPIC	SAS	ESPIC	SAS
produits	prévision	50,48	26,03	50,89	27,82	50,27	28,20
	prévision / réel N-1	45%	2%	25%	4%	1%	6%
	réel N	49,34	26,65	49,60	26,73	49,49	28,35
	réel N / prévision N (%)	-2%	2%	-3%	-4%	-2%	1%
	réel N / N-1 (%)	42%	4%	22%	0%	0%	6%
	prévision	36,87	20,55	37,10	22,42	36,49	22,82
	prévision / réel N-1	44%	4%	24%	6%	2%	6%
	réel N	35,85	21,02	35,75	21,44	35,39	22,87
	réel N / prévision N (%)	-3%	2%	-4%	-4%	-3%	0%
	réel N / N-1 (%)	40%	7%	20%	2%	-1%	7%
charges	prévision	51,19	27,45	50,87	29,18	50,88	29,33
	prévision / réel N-1	41%	3%	23%	3%	2%	0%
	réel N	50,24	28,34	50,10	29,33	50,55	30,47
	réel N / prévision N (%)	-2%	3%	-2%	0%	-1%	4%
	réel N / N-1 (%)	38%	6%	22%	3%	1%	4%
	prévision	22,36	11,18	21,92	11,89	21,89	12,04
	prévision / réel N-1	38%	-5%	24%	0%	0%	-3%
	réel N	21,64	11,88	21,80	12,45	22,15	12,79
	réel N / prévision N (%)	-3%	6%	-1%	5%	1%	6%
	réel N / N-1 (%)	34%	1%	23%	5%	2%	3%
soldes	prévision	-0,72	-1,43	0,02	-1,37	-0,60	-1,13
	prévision / réel N-1	-53%	45%	-105%	-19%	22%	-56%
	réel N	-0,89	-1,69	-0,49	-2,60	-1,06	-2,12
	réel N / prévision N (%)	25%	19%	-2194%	90%	75%	87%
	réel N / N-1 (%)	-41%	73%	9%	53%	114%	-19%
	prévision	-0,50	-0,99	0,24	-0,86	-0,39	-0,68
	prévision / réel N-1	-67%	67%	-187%	-28%	-1%	-67%
	réel N	-0,75	-1,20	-0,39	-2,08	-0,81	-1,50
	réel N / prévision N (%)	48%	21%	-263%	141%	109%	119%
	réel N / N-1 (%)	-51%	103%	42%	73%	107%	-28%

Source : CRC d'après les données de la clinique

Annexe n° 9. Situation financière : produits

Tableau n° 34 : Evolution du chiffre d'affaires par spécialité médicale depuis 2016

spécialité	2016			2017			2018			évolution		
	UG	SAS	cumul	UG	SAS	cumul	UG	SAS	cumul	UG	SAS	cumul
AMP	0,41		0,41	0,43		0,43	0,47		0,47	16%		16%
chir esthétique		0,26	0,26		0,26	0,26		0,31	0,31		19%	19%
chir générale - digest	8,72		8,72	8,27		8,27	7,97		7,97	-9%		-9%
chir plastique	0,01	1,25	1,27	0,00	1,18	1,18	0,00	1,14	1,14	-100%	-9%	-10%
CIVG	0,34		0,34	0,37		0,37	0,35		0,35	4%		4%
gastroentéro		5,01	5,01		4,99	4,99		4,88	4,88		-3%	-3%
gastroentéro ferinject	0,03		0,03	0,00		0,00	0,00		0,00	-100%		-100%
gynéco	3,87	0,45	4,32	4,01	0,41	4,43	4,06	0,52	4,57	5%	16%	6%
maternité	11,97		11,97	11,68		11,68	11,73		11,73	-2%		-2%
médecine polyva	4,67		4,67	5,11		5,11	5,22		5,22	12%		12%
neuro		0,19	0,19		0,03	0,03		0,00	0,00		-100%	-100%
oncogériatrie	0,03		0,03	0,02		0,02	0,04		0,04	27%		27%
ophtalmo		3,63	3,63		4,10	4,10		5,05	5,05		39%	39%
ORL		1,34	1,34		1,27	1,27		1,10	1,10		-18%	-18%
ortho		4,78	4,78		4,74	4,74		5,22	5,22		9%	9%
ortho ferinject	0,04		0,04	0,00		0,00	0,00		0,00	-100%		-100%
pneumo		0,04	0,04		0,05	0,05		0,05	0,05		15%	15%
procto		0,53	0,53		0,52	0,52		0,50	0,50		-6%	-6%
radio bloc		0,01	0,01		0,04	0,04		0,03	0,03		428%	428%
stomato		2,47	2,47		2,51	2,51		2,48	2,48		0%	0%
urologie	5,67		5,67	5,82		5,82	5,51		5,51	-3%		-3%
vasculaire		0,63	0,63		0,67	0,67		0,77	0,77		22%	22%
total	35,75	20,60	56,35	35,71	20,78	56,50	35,35	22,05	57,40	-1%	7%	2%

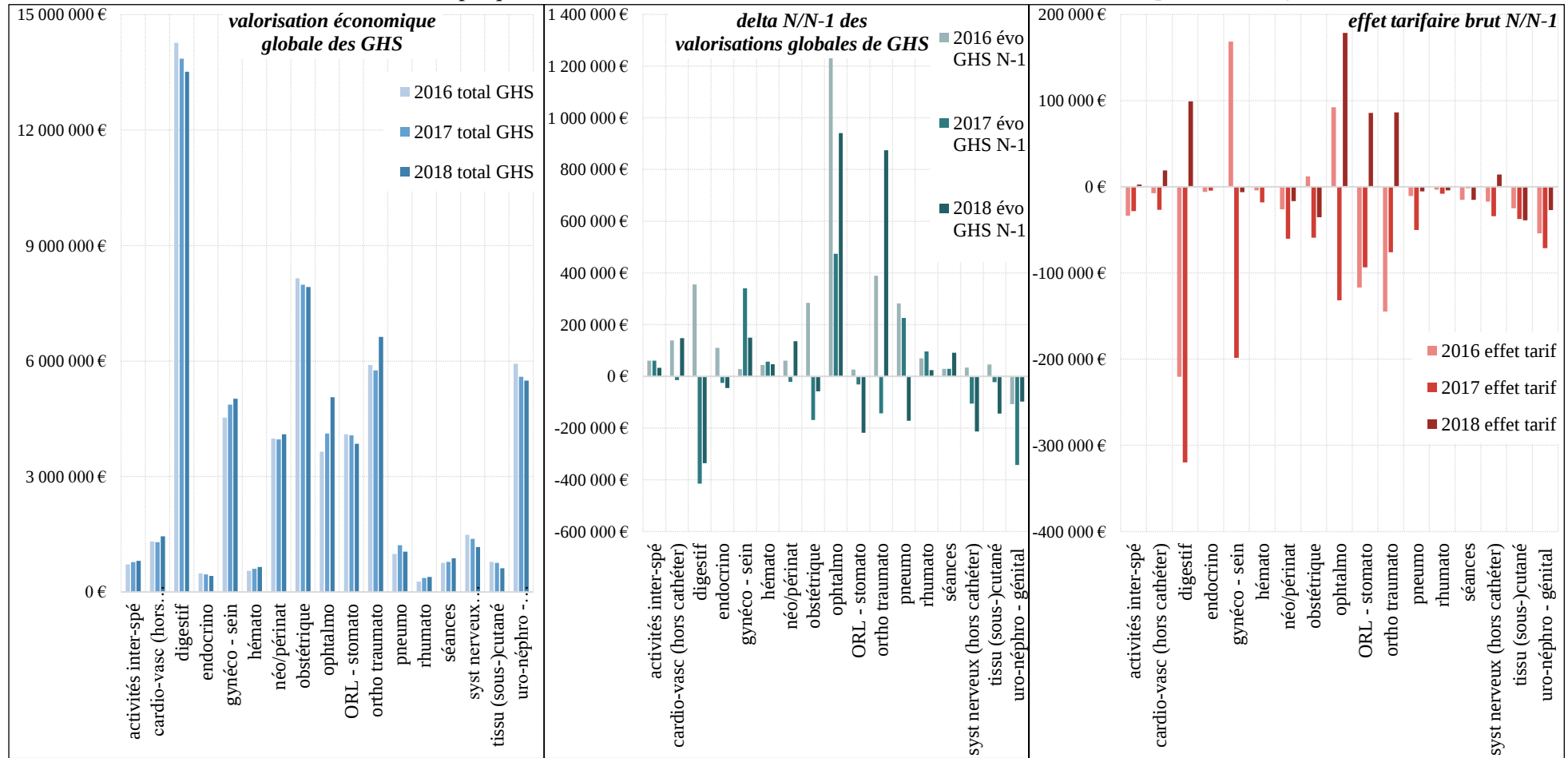
Source : CRC d'après les données de gestion de la clinique

Tableau n° 35 : Impact de l'effet tarif sur les entités cliniques Jules Verne depuis 2016 (en M€)

entité	2016			2017			2018			évo° 2016-2018	
	total GHS	évo GHS N-1	effet tarif	total GHS	évo GHS N-1	effet tarif	total GHS	évo GHS N-1	effet tarif	total GHS	effet tarif
UG	35,10	1,33	-0,15	35,08	-0,02	-0,70	34,71	-0,38	-0,21	-0,40	-1,06
SAS	23,21	1,99	-0,22	23,33	0,12	-0,53	24,81	1,48	0,55	1,60	-0,20
cumul	58,31	3,32	-0,37	58,41	0,10	-1,23	59,51	1,10	0,34	1,20	-1,26

Source : CRC d'après les données PMSI de la clinique et les tarifs publiés par l'ATIH

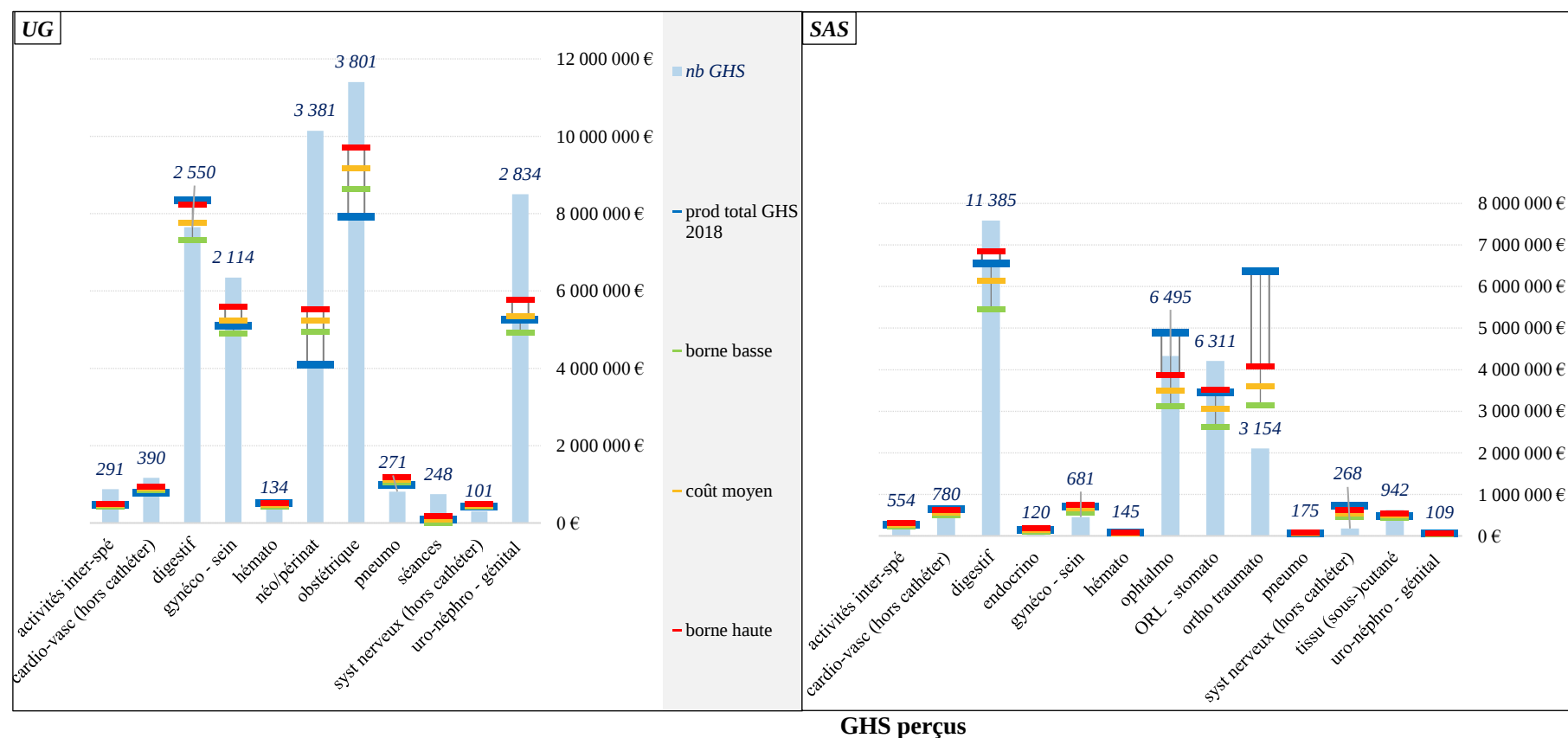
Graphique n° 25 : Évolution de l'effet structure des domaines d'activité avec plus de 100 séjours en 2018 (en M€)



Source : CRC d'après les données PMSI de la clinique e les tarifs publiés par l'ATIH

Annexe n° 10. Situation financière : charges

Graphique n° 26 : Comparaison des coûts théoriques (ENCC) des domaines d'activité majeurs (> 100 séjours) avec les produits



Source : CRC d'après les données PMSI de la clinique et les données de l'ENCC MCO 2017 de l'ATIH pour les coûts théoriques, calculés avec structure (immobilier et charges financières) mais hors urgences et hors charges directes facturées en sus du GHS (médicaments, DM LPP, honoraires médicaux) ; périmètre : tous GHM présentant un taux de fiabilité ERE bon ou correct

Annexe n° 11. Situation financière : bilan

Tableau n° 36 : Evolution des investissements majeurs de la clinique depuis 2016 (en M€)

	SAS				UG			
	2016	2017	2018	évo	2016	2017	2018	évo
informatique	0,05	0,07	0,01	-77%	0,14	0,01	0,00	-98%
matériel médical	1,95	0,70	1,01	-48%	0,91	0,37	0,40	-56%
matériel non médical	0,29	0,06	0,05	-82%	0,18	0,10	0,06	-67%
travaux courants		0,03			0,07	0,18	0,18	155%
Total	2,29	0,86	1,07	-53%	1,30	0,66	0,64	-51%
% médical	85%	81%	94%		71%	56%	63%	

Source : CRC d'après les réponses de la clinique

Tableau n° 37 : Evolution des actifs immobilisés depuis 2015 (en M€)

type immo°		UG				SAS				GIE			
		2015	2016	2017	2018	2015	2016	2017	2018	2015	2016	2017	2018
incorporelles	20	0,65	0,65	0,64	0,64	1,03	1,17	1,18	1,18	4,70	0,00	0,38	0,73
corporelles	21	12,09	14,35	14,76	15,34	14,11	15,26	15,90	16,54	2,69	0,00	0,09	0,32
en cours	23	0,36	0,00		0,47	0,32	0,01	0,00		0,47	0,00	0,06	0,00
participations	26					0,00	0,00	0,00	0,00				
financières autres	27	0,04	0,04	0,02	0,02	0,04	0,03	0,02	0,02	2,54	0,00	0,13	0,26
amortissements	28	-9,05	-10,11	-10,79	-11,87	-12,55	-13,26	-13,94	-14,68	-4,73	0,00	-0,02	-0,18
dépréciations	29	-0,01	-0,01	-0,01	-0,01								
actif net		4,08	4,93	4,63	4,60	2,94	3,21	3,16	3,06	5,67	0,00	0,63	1,13

Source : CRC d'après les données de la clinique (comptes de l'UR pro forma pour 2015)

Tableau n° 38 : Valeur brute (en milliers d'euros) et taux d'amortissement moyen des immobilisations fin 2018

		SAS		UG		GIE		cumul	
		valeur brute	taux amo	valeur brute	taux amo	valeur brute	taux amo	valeur brute	taux amo
2051	autres concessions	439	84%	1 045	93%	730	10%	2 214	72%
2058	logiciels			135	100%			135	100%
2120	agenc - aménag terrains			26	82%			26	82%
2141	construc° sol d'autrui			16	100%			16	100%
2153	installa° carac spécifique	1 380	98%	3 467	100%	21	10%	4 867	99%
2154	matériel et outillage	11 997	68%	8 661	83%	146	0%	20 804	74%
	dont matériel médical	11 298	67%	7 812	79%			19 110	71%
2181	agenc - aménag autres	442	60%	976	54%	9	20%	1 427	56%
2182	matériel transport					27	0%	27	0%
2183	matériel bureau	967	79%	1 523	93%	119	5%	2 609	86%
2184	mobilier	1 079	51%	1 869	79%			2 948	72%
	total	16 304	69%	17 718	87%	1 053	8%	35 074	79%
	% matériel médical	69%		44%				54%	
	total bien non complètement amortis	9 176	42%	6 678	49%	1 053	8%	16 906	43%
	matériel médical non amorti	7 252	40%	3 990	57%			11 242	45%
	% matériel médical	79%		60%				66%	

Source : CRC d'après les données de la clinique



Les publications de la chambre[régionale des comptes
des Pays de la Loire
sont disponibles sur le site :

www.ccomptes.fr/Nos-activites/Chambres-regionales-des-comptes-CRC/Pays-de-la-Loire

Chambre régionale des comptes Pays de Loire

25 rue Paul Bellamy

BP 14119

44041 Nantes cedex 01

Adresse mél. : paysdelaloire@ccomptes.fr