

# RAPPORT D'OBSERVATIONS DEFINITIVES ET SA REPONSE

## CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL (CHI) DE POISSY SAINT-GERMAIN-EN-LAYE

(78)

Exercices 2016 et suivants

Observations délibérées le 25 janvier 2023

## TABLE DES MATIÈRES

SYN	THESE	3
PRO	CEDURE	5
OBS	ERVATIONS	6
	LE CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE POISSY-SAIN GERMAIN	
1.1	Le plus gros établissement du GHT Yvelines Nord	
1.2	Un territoire contrasté, marqué par une forte concurrence entre établissements de sante	
1.2.1		ıte,
1.2.2	Un territoire de santé marqué par une forte concurrence entre les établissements	9
1.3	Méthodologie de l'examen de gestion opéré	10
2 I	LA GOUVERNANCE	10
2.1	Les instances fonctionnent de manière régulière, mais certains points nécessitent u remise à plat	
2.1.1	•	
2.1.2		
2.1.3	Les instances représentatives	12
2.1.4	Les pôles	13
2.2	De la réalisation de la fusion à l'instauration du GHT : une structuration récurrente l'offre de soins	de
2.2.1	La réalisation de la fusion	14
2.2.2	Le GHT	14
2.2.3	La modernisation de la fonction achats	15
2.2.4	Un projet médical partagé qui établit un diagnostic sans répartir les filières de soins.	15
3 I	L'ACTIVITÉ DU CHIPS	<b>17</b>
3.1	La baisse tendancielle de l'activité	17
3.2	Une offre de soins fortement concurrencée dans son territoire	20
3.3	L'impact de la crise sanitaire	22
4 I	LA FIABILITÉ DES COMPTES	22
4.1	La certification des comptes sans réserve depuis 2018	
4.2	Des corrections d'écritures au bilan pour fiabiliser les états financiers	
4.3	La mise en place d'un contrôle interne comptable et financier	
4.4	Des améliorations possibles sur le principe d'annualité	
4.4.1	Le rattachement des charges et des produits	
4.4.2	•	
4.4.3	-	
4.4.4		
5 I	LA SITUATION FINANCIÈRE DU CHIPS	
5.1	Un établissement qui aspire à se redresser financièrement	
	Tor aspect a se reseaser interestent entermination	

5.1.1	Un passé de déficits et de plans de retour à l'équilibre	. 26
5.1.2	1 1	•
	immobilier ambitieux	
5.2	Un établissement dont l'horizon de retour à l'équilibre s'éloigne	
5.2.1		
5.2.2	Un résultat chroniquement déficitaire	. 29
5.2.3	La qualité de la prévision budgétaire	. 30
5.2.4	Le budget principal, d'un léger excédent à un déficit marqué	. 30
5.2.5	La dotation non affectée déficitaire	. 37
5.3	Financer à la fois la dette passée et la rénovation de l'outil de production excède capacités de l'établissement	
5.3.1	Le terrain de Chambourcy : une charge durable pour l'établissement	. 38
5.3.2	Un endettement important	. 39
5.3.3	Un établissement durablement en alerte financière	. 42
5.3.4	La reprise des investissements de renouvellement de l'outil de production	. 43
5.3.5	Un financement propre insuffisant à couvrir la charge de la dette passée l'investissement	
5.3.6	Le COPERMO 2021	. 48
6 I	LES RESSOURCES HUMAINES	. 48
6.1	La baisse des effectifs médicaux partiellement compensée par des effectifs de praticion contractuels et intérimaires	
6.2	Des spécialités sous tension	. 51
6.3	L'activité libérale des médecins et les médecins libéraux participant au service public	: 52
6.4	Les heures supplémentaires du personnel non médical excèdent fréquemment les plafo réglementaires	
6.5	Quelques soignants en cumul irrégulier d'activité entre établissements	. 55
ANN	EXES	. 56

\$3/2230094/JFU 2/75

#### **SYNTHESE**

La chambre régionale des comptes Île-de-France a contrôlé les comptes et la gestion du centre hospitalier intercommunal de Poissy-Saint-Germain (CHIPS).

Principal établissement de santé du nord des Yvelines, le CHIPS résulte du regroupement en 1997 des établissements de Poissy et de Saint-Germain. Sortant à peine en 2016, au début de la période sous revue, d'une fusion longue et difficile, le CHIPS avait retrouvé un fonctionnement institutionnel régulier, consacré par un retour de son budget consolidé à l'équilibre. Il présente néanmoins des vulnérabilités tant internes qu'externes.

Sur le plan interne, le CHIPS pâtit encore du passé : le projet avorté de site unique, qui a laissé une dette importante, et surtout improductive, et le retard dans l'organisation des soins, lié à un processus de fusion laborieux, ont engendré un déficit d'investissement.

Sur le plan externe, le CHIPS est confronté à un environnement fortement concurrentiel du fait de la densité d'établissements sanitaires publics et privés dans sa zone d'attractivité. La concurrence s'exerce à la fois sur la patientèle, la demande de soins et l'offre de personnels médicaux. De ce fait, le positionnement de l'activité du CHIPS est plutôt défavorable, les spécialités rémunératrices étant fortement disputées.

Près de vingt ans après le regroupement, la fusion a été opérée par l'organisation claire et cohérente de l'offre des soins des deux sites, puis dépassée par la constitution du groupement hospitalier de territoire (GHT). Cette dernière n'est néanmoins pas dépourvue d'ambiguïtés, la question de la gradation des soins et de l'organisation des filières se posant désormais à l'échelle du territoire.

Surtout, rompant avec l'immobilisme antérieur, le CHIPS s'est lancé en 2015 dans un projet ambitieux d'investissement et de redressement financier, accompagné par la tutelle à travers un plan de comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO) mixte.

Le volet investissement du COPERMO permet au CHIPS de financer la reconstruction d'une partie de ses bâtiments que sa faible capacité d'autofinancement nette ne permettait pas d'assurer et que son niveau d'endettement ne pouvait couvrir. La première phase de ce projet est achevée depuis 2020 et le CHIPS a engagé en 2021 la deuxième phase.

Le volet performance du COPERMO dessine une trajectoire de redressement financier qui n'a cependant pu être tenue principalement en raison de la stagnation des recettes, surtout des recettes d'activité. En effet, sur le volet des dépenses, le CHIPS a engagé de notables efforts si bien que la diminution des emplois permanents atteint, voire dépasse, les objectifs du COPERMO.

Cette diminution est pour partie voulue, résultant de restitutions d'emplois, mais aussi pour partie subie en raison de pénuries de personnel dans certaines spécialités. Face à ces tensions, le CHIPS dispose de marges de manœuvre limitées : l'intérim a fortement augmenté et le recours aux heures supplémentaires bute sur les plafonds réglementaires, voire les dépasse de manière relativement fréquente.

Le CHIPS demeure par ailleurs financièrement fragile et dépendant du soutien de la tutelle. Il dispose d'un outil de production rénové, porteur de recettes d'activités, mais les tensions en matière de recrutement des personnels médicaux et soignants limitent le développement de son offre de soins

S3/2230094/JFU 3/75

# RECOMMANDATIONS DE REGULARITE ET DE PERFORMANCE

La chambre adresse les recommandations<sup>1</sup> reprises dans la présente section.

## Deux recommandations de régularité :

maximum	Renouveler les contrats de pôle pour une durée de quatre ans (art. R. 6146-8 du code de la santé publique). À défaut, que chaque pôle soit couvert en permanence par un contrat en 14
•	Élaborer un projet d'établissement (art. L. 6143-2 du code de ablique)

\$3/2230094/JFU 4/75

<sup>1</sup> Les recommandations de régularité sont des rappels aux droit. Les recommandations de performance visent à améliorer la gestion de l'organisme/collectivité/établissement.

#### **PROCEDURE**

La chambre régionale des comptes Île-de-France a procédé au contrôle des comptes et de la gestion du centre hospitalier intercommunal de Poissy-Saint-Germain. Les différentes étapes de la procédure sont présentées en annexe n° 1.

La chambre régionale des comptes Île-de-France, délibérant en sa 7<sup>ème</sup> section a adopté le présent rapport d'observations définitives.

\$3/2230094/JFU 5/75

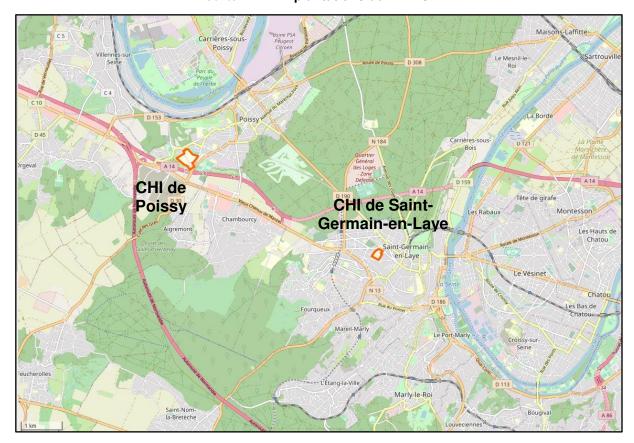
« La société a le droit de demander compte à tout agent public de son administration » Article 15 de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen

#### **OBSERVATIONS**

## 1 LE CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE POISSY-SAINT-GERMAIN

#### 1.1 Le plus gros établissement du GHT Yvelines Nord

Le centre hospitalier intercommunal de Poissy-Saint-Germain-en-Laye (CHIPS) est issu du regroupement, le 1<sup>er</sup> mai 1997, des établissements hospitaliers situés dans ces communes. Les deux sites ont été maintenus, celui de Poissy regroupant désormais principalement les activités d'aigu et d'hospitalisation conventionnelle, celui de Saint-Germain-en-Laye, essentiellement les consultations et l'ambulatoire.

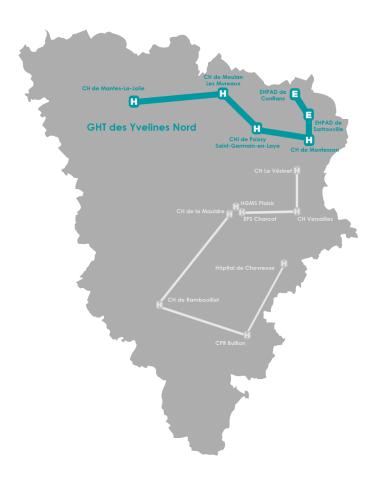


Carte n° 1: Implantations du CHIPS

Source : Openstreetmap.

S3/2230094/JFU 6/75

En 2021, le CHIPS déclarait 441 lits et 71 places en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO)<sup>2</sup> et emploie 2 936 équivalents temps plein (ET (dont 289 ETP médicaux). Il comporte deux EHPAD et un SSIAD, et prend en charge l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire de la Maison centrale de Poissy. Ses services de soin sont organisés en huit pôles (femme-mère-enfant ; urgences-SMUR-réanimation ; chirurgie-anesthésie-blocs opératoires ; médecine interne et cardiovasculaire ; neurologie-rééducation ; oncologie médicale et infectiologie ; psychiatrie (trois secteurs adultes et un secteur infanto-juvénile) ; logistique et médico-technique). Ces activités de soins s'appuient sur un important plateau technique (dont scanner et IRM). Le CHIPS abrite une grosse maternité de niveau III ( 4 432 accouchements en 2021).Le CHIPS est l'établissement support du GHT Yvelines Nord, qui comprend aussi le CH François Quesnay de Mantes-la-Jolie (CHFQ), le CHI de Meulan-Les-Mureaux (CHIMM) et le CH Théophile Roussel de Montesson (psychiatrie uniquement), et cinq établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)..



Carte n° 2 : Les GHT des Yvelines

Source : GHT Yvelines Nord.

Le CHIPS, plus gros des trois établissements, réalise environ les deux tiers des séjours du GHT. Chacun des trois établissements connaît, dès avant 2020, une érosion de son activité mais, plus prononcée pour le CHIMM, le plus petit des trois hôpitaux.

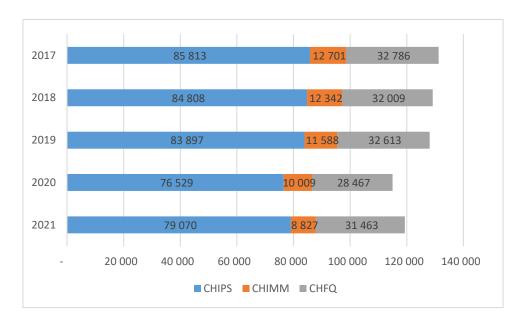
S3/2230094/JFU 7/75

-

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Source SAE : 298 lits et 32 places de médecine, 53 lits et 30 places de chirurgie, 90 lits et 9 places d'obstérique.

Graphique n° 1 : Poids relatif de chaque établissement dans le GHT

Source: PMSI du GHT, calculs de la chambre



#### Un territoire contrasté, marqué une forte concurrence entre par établissements de santé

### Un territoire plutôt aisé, urbanisé et vieillissant dans la zone d'attractivité immédiate, davantage hétérogène au-delà

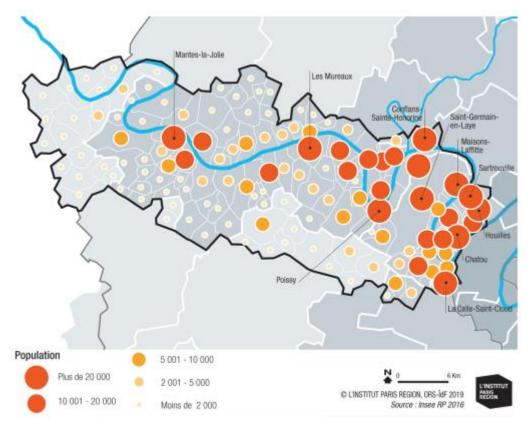
Le GHT Nord-Yvelines couvre le territoire de santé éponyme, lequel regroupe 806 663<sup>3</sup> habitants répartis sur 130 communes. La population y augmente faiblement depuis les années 70 et a connu une croissance annuelle de 0,35 % entre 1999 et 2016, soit un rythme proche de zéro. Les projections à l'horizon 2030 ne montrent pas d'inflexion, la croissance annuelle attendue étant comprise entre 0,34 % et 0,5 %<sup>4</sup>. Cette légère croissance démographique repose uniquement sur une fécondité de 2,2 enfants par femme en âge de procréer (15-49 ans), un peu supérieure aux moyennes nationale (1.92) et régionale (2), qui compense un solde migratoire négatif. Les familles avec enfants sont surreprésentées au regard de la moyenne régionale, ainsi que les personnes âgées, à l'inverse des adultes de moins de 40 ans. Ce sont ces catégories qui ont connu la croissance la plus dynamique au cours des vingt dernières années, en particulier les plus de 75 % qui augmentent de plus de 3 % par an. Le territoire connaît donc un vieillissement notable qui devrait se poursuivre à l'horizon 2030.

La répartition de la population suit un fort gradient est-ouest, et le contraste est marqué entre l'est qui concentre la plupart des grandes villes et constitue la proche banlieue parisienne, et l'ouest plus rural et périurbain. Le CHI de Poissy-Saint-Germain se situe au cœur de la zone la plus urbanisée des Yvelines Nord.

S3/2230094/JFU 8/75

<sup>3</sup> Données INSEE 2016

<sup>4</sup> Projections de l'Institut Paris Région



Carte n° 3: Le gradient est-ouest de population du nord des Yvelines

Source: GHT Yvelines Nord.

L'inégalité spatiale se double d'une inégalité de revenus : si le territoire est dans son ensemble plus riche que la moyenne régionale, quoique moins que les Yvelines Sud, l'autre territoire de santé du département, les ménages les plus riches se concentrent dans la partie ouest.

L'état de santé de la population présente des indicateurs favorables. L'espérance de vie est supérieure à la moyenne régionale et les affections longues durées (ALD) globalement moins fréquentes pour les moins de 65 ans. Les plus de 65 ans sont en revanche davantage touchés par les cancers et les maladies cardio-vasculaires. Le taux de mortalité n'en reste pas moins relativement faible compte tenu de l'importance de cette population âgée (en 2019, 630/100 000 habitants, contre 733 pour la France entière et 650 pour la région Île-de-France).

#### 1.2.2 Un territoire de santé marqué par une forte concurrence entre les établissements

L'offre de santé hospitalière est abondante, avec dix établissements accueillant une activité de court séjour (médecine, chirurgie et obstétrique), dont les trois établissements publics regroupés au sein du GHT. Ces derniers assurent l'accueil des urgences, conjointement avec trois cliniques privées. Enfin, cinq maternités couvrent le territoire, les plus techniques étant publiques (maternité de niveau III au CHIPS et de niveau IIB au CH de Mantes-la-Jolie).

S3/2230094/JFU 9/75

En termes d'offre de médecine de ville, le territoire compte environ 60 médecins généralistes libéraux et 33 médecins spécialistes pour 100 000 habitants, taux qui ne sont pas significativement en-dessous des moyennes nationales et régionales. Ces médecins sont cependant très concentrés dans l'est du territoire, si bien que le nord et l'ouest font partie des zones déficitaires au sens du schéma régional d'organisation des soins (SROS) ambulatoire. Le contraste est plus marqué encore pour les médecins spécialistes libéraux de premier recours (gynécologues, pédiatres, psychiatres, ophtalmologues). Par conséquent la zone de chalandise du GHI de Poissy-Saint-Germain est plutôt bien dotée en offre de médecine de ville. Le risque de déficit se pose davantage à court et moyen terme, car plus de la moitié des médecins généralistes actifs a plus de 55 ans.

#### 1.3 Méthodologie de l'examen de gestion opéré

La période sur laquelle porte le contrôle est fortement marquée par la crise sanitaire de 2020-2021, qui est venu rompre les tendances antérieures. Le recul temporel est encore insuffisant pour distinguer ce qui relève de perturbations conjoncturelles de ce qui tient à des inflexions structurelles..



Le CHIPS, établissement support du GHT Yvelines Nord, est le plus important établissement du territoire éponyme plutôt aisé et vieillissant, fortement doté en offre de soins, et donc particulièrement concurrentiel.

#### 2 LA GOUVERNANCE

# 2.1 Les instances fonctionnent de manière régulière, mais certains points nécessitent une remise à plat

#### 2.1.1 Le conseil de surveillance

Le conseil de surveillance représente les parties prenantes internes et externes de l'hôpital ; il se prononce sur la stratégie de l'établissement et exerce à son égard le contrôle permanent de sa gestion.

Sa composition est régulière et n'appelle pas d'observations particulières. Un arrêté relatif à la composition du conseil de surveillance est régulièrement mis à jour. Conformément aux articles L. 6143-5 et L. 6143-6 du code de la santé publique (CSP), il est composé de 3 collèges, respectivement des collectivités territoriales, du personnel médical et non médical, et de personnalités qualifiées et le nombre de membres de chacun des collèges est identique soit un total de 15 membres sur l'ensemble de la période. Le maire de Saint-Germain représente la commune du siège de l'établissement et le maire de Poissy représente la commune qui adresse le plus de patients au cours du dernier exercice connu.

S3/2230094/JFU 10/75

Aux termes des articles R. 6143-8 et R. 6143-11 du CSP, « le conseil de surveillance se réunit au moins quatre fois par an », rythme qui n'a pu être respecté en 2016 et 2017. En effet, trois réunions successives entre octobre 2017 et février 2018 n'ont pu réunir le quorum de la moitié des membres présents du fait de l'absence de représentant des collectivités territoriales et de membres de la direction. L'article R. 6143-10 du code précité prévoit qu'une seconde réunion est réputée valable sans condition de quorum, mais elle doit se tenir dans un délai compris entre 3 et 8 jours après la première séance. C'est ce qui fut fait le 13 juin 2018, réunion qui a permis l'approbation des comptes rendus des réunions du 16 octobre 2017, 11 décembre 2017 et 13 février 2018, de sorte que le conseil de surveillance s'est réuni à la fréquence requise cette année-là. Le nombre de réunion est à nouveau irrégulier en 2020 en raison de la crise sanitaire.

Tableau n° 1 : Nombre minimal de réunions obligatoires des conseils de surveillance de 2016 à 2020

	2016		2017		2018		2019		2020	
Nombre de réunions	3		5		5		5		3	
Nombre de réunions valides	3		3		3	3			3	
Date et nombre de	février	8	février	8	Février	5	mars	8	Juin	9
présents	Juillet	8	mars	8	Mai	9	juin	8	octobre	7
	Décembre	9	juin	11	Juin	5	octobre	9	décembre	10
			octobre	6	Juin	7	octobre	8		
			décembre	7	octobre	10	décembre	9		
					décembre	6				

Source : comptes rendus des conseils de surveillance

Les ordres du jour des conseils de surveillance ont bien pour objet les enjeux stratégiques et financiers de l'établissement, comme le prévoient les textes. Toutefois le rapport annuel d'activité n'a pas été présenté en 2017 et 2018.

Conformément à l'article R. 6145-46 du CSP, le conseil de surveillance a délibéré sur les comptes financiers en vue de son approbation avant le 30 juin de l'année suivante<sup>5</sup>. Ce calendrier a néanmoins été percuté en 2020 : un premier compte financier provisoire 2019 a été présenté en conseil de surveillance et c'est seulement en octobre qu'il a fait l'objet d'une délibération.

#### 2.1.2 Le directoire

Le directoire est l'instance collégiale qui appuie et conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement et le lieu d'échange des points de vue des gestionnaires, médicaux et soignants. Il est présidé par le directeur de l'établissement, le président de la commission médicale d'établissement en est le vice-président, et le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques en est membre de droit.

La composition du directoire est conforme à la réglementation jusqu'en avril 2021. À compter de cette date, le directoire aurait du passer de sept à neuf membres, conformément à l'article L. 6143-7-5<sup>6</sup> du CSP modifié par la loi n° 2021-502 du 26 avril 2021. La dernière décision de nomination d'avril 2021 ne prend cependant pas cette évolution en compte et en reste à sept membres. Il conviendrait donc d'en actualiser la composition.

S3/2230094/JFU 11/75

<sup>5</sup> En 2016 le compte n'a été présenté que le 1er juillet mais le retard peut être tenu pour négligeable.

<sup>&</sup>lt;sup>6</sup> Article L. 6143-7-5 Modifié par LOI n° 2021-502 du 26 avril 2021 : le directoire est composé de membres du personnel de l'établissement, dont une majorité de membres du personnel médical, pharmaceutique, maïeutique et odontologique. Il comporte neuf membres et onze dans les centres hospitaliers universitaires : - le directeur, président du directoire ; - le président de la commission médicale d'établissement, vice-président. ...]

Conformément à l'article D. 6143-35-5 du CSP, le directoire se réunit au moins huit fois par an. En début de période, il se réunissait régulièrement, puis réduit ses séances à une par mois en moyenne à partir de 2018. Le nombre de réunions respecte donc la fréquence réglementaire sur toute la période.

Tableau n° 2 : Le nombre minimal de réunions obligatoires du directoire de 2016 à 2020

Instances	Nb réunions obligatoires	2016	2017	2018	2019	2020
Directoire	<u>8</u> 7	20 dont 7 élargi	16 dont 10 élargi	11 dont 7 élargi	8 dont 5 élargi	9 dont 2 commun et 1 élargi

Source: Comptes rendus des directoires

Au cours de la période sous revue, le directoire a traité des sujets qui lui sont dévolus par l'article L. 6143-7-4 du CSP, ainsi que de thématiques particulières sur la période en lien avec l'évolution de l'établissement, comme la création du GHT, le projet immobilier de l'établissement ou encore la crise sanitaire 2020-2021.

Outre les directoires de droit commun, l'établissement organise des directoires élargis comprenant des membres invités. Cependant les comptes-rendus de directoire ne distinguent pas entre les membres permanents et les membres invités ni ne précise la fonction de ceux-ci. Or la composition du directoire en tant qu'instance décisionnelle est limitative : il s'agit donc de s'assurer que seuls les membres de droit ont pris part aux décisions.

La pratique des directoires élargis a pris fin en janvier 2020. Leur succèdent à partir de septembre 2020 des directoires communs réunissant les membres des trois directoires des établissements en direction commune. Depuis lors sont organisés alternativement et selon les thématiques des directoires classiques ou des directoires communs.

Or, si la loi du 24 juillet 2019 habilite le gouvernement à autoriser par ordonnance la fusion des directoires d'un GHT (ou leur remplacement par le comité stratégique du GHT), l'ordonnance n° 2021-291 du 17 mars 2021 prise en application de ladite loi n'ouvre finalement pas cette possibilité. La pratique a donc anticipé un texte qui n'est pas venu. Pour sécuriser cette pratique, la chambre invite *a minima* à ce que les comptes-rendus distinguent les membres des directoires (les membres de la direction commune étant bien sûr membres de chacun des trois directoires) et garantissent expressément qu'une décision relative à un établissement a été adoptée par le directoire de cet établissement et par lui seul.

#### 2.1.3 Les instances représentatives

Parmi les différentes instances représentatives, la commission médicale d'établissement (CME) et le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) se réunissent à la fréquence requise, à l'exception de l'année 2020 durant laquelle la crise sanitaire a perturbé le fonctionnement régulier de l'ensemble des instances. CME et CHSCT ont néanmoins continué de se réunir occasionnellement, contrairement à la commission d'organisation de la permanence des soins (COPS) et à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT).

Ces deux dernières commissions, déjà antérieurement à la crise sanitaire de 2020, ne se réunissaient pas toujours suffisamment. La COPS doit ainsi chaque année donner son avis concernant l'organisation de la permanence des soins arrêtée annuellement par le directeur d'établissement. Toutefois, la CSIRMT a quant à elle repris son fonctionnement en 2021 et un calendrier prévisionnel a été établi.

S3/2230094/JFU 12/75

<sup>&</sup>lt;sup>7</sup> Art. D. 6143-35-5 du Code de Santé Publique

Tableau n° 3 : Nombre de réunions des instances

Instances	Nombre réunions obligatoires	2016	2017	2018	2019	2020
Commission médicale d'établissement	<u>4</u> 8	9	8	7	6	2
Commission d'organisation de la permanence des soins	<u>1</u> 9	2	1	1	0	0
Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques	310	2	4	1	3	0
Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail	<u>4<sup>11</sup></u>	5	5	11	5	3

### 2.1.4 Les pôles

Conformément à l'article L. 6146-1 du CSP, le CHIPS a structuré sa gouvernance interne en pôles cliniques et médicotechniques. Le nombre de pôles a fluctué entre 8 et 9 de 2014 à 2017, et le périmètre de certains d'entre eux a évolué. En 2017 les pôles sont fixés à 8<sup>12</sup>, avec la disparition du pôle administratif (lequel n'est pas obligatoire), sans modification ultérieure : l'organisation est donc mature, après avoir été réellement investie et éprouvée.

Chacun de ces pôles dispose sur la période d'un contrat de pôle, contresigné par l'ensemble des parties requises. Toutefois ces contrats sont standardisés d'un pôle à l'autre et ne changent quasiment pas entre 2014 et 2018 : seuls les chiffres d'activité sont différenciés par pôle. Il s'agit en réalité davantage d'une charte de fonctionnement commune à tous les pôles.

Les dispositions « précisant les objectifs et les moyens du pôle » résident dans l'annexe au contrat de pôle : les objectifs sont précis, spécifiques à chaque pôle, assortis d'indicateurs qui permettent d'en évaluer la réalisation (article R. 6146-8 du code précité). Ils évoluent d'une année sur l'autre en fonction des priorités de l'établissement. Ainsi en 2014 et 2015, ils sont fréquemment qualitatifs, formulés en termes de gestion des risques et de qualité des soins en vue de la certification par la HAS. Celle-ci obtenue, les objectifs de 2019 sont davantage axés sur le redressement financier, dans la lignée du COPERMO alors en cours. Y figure également la mise en place du projet médical partagé. En revanche les contrats de pôle restent nettement plus laconiques quant aux moyens alloués et procèdent davantage au recensement des contraintes et obstacles à l'atteinte des objectifs tels que les problèmes d'attractivité, d'effectifs (en particulier médicaux) et/ou de concurrence : cette approche de type SWOT<sup>13</sup> complète utilement les objectifs mais ne constitue pas un engagement sur les moyens.

S3/2230094/JFU 13/75

<sup>&</sup>lt;sup>8</sup> Art. R. 6144-6 du CSP: Le président de la commission médicale d'établissement veille au bon fonctionnement de la commission. Pour l'accomplissement de ses missions, la commission médicale d'établissement établit son règlement intérieur dans le respect de ses compétences. Elle y définit librement son organisation interne sous réserve des dispositions qui suivent. La commission se réunit au moins quatre fois par an sur convocation de son président qui en fixe l'ordre du jour.

<sup>&</sup>lt;sup>9</sup> Article 5 de l'arrêté du 30 avril 2003.
<sup>10</sup> Article R. 6146-14 du Code de la santé : La commission se réunit au moins trois fois par an. Elle se dote d'un règlement intérieur et d'un bureau. Elle est convoquée par son président. Cette convocation est de droit à la demande du président du directoire, de la moitié au moins des membres de la commission ou du directeur général de l'agence régionale de santé. L'ordre du jour est fixé par le président de la commission

<sup>&</sup>lt;sup>11</sup> Article L. 4614-7 du code du travail : Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail se réunit au moins tous les trimestres à l'initiative de l'employeur, plus fréquemment en cas de besoin, notamment dans les branches d'activité présentant des risques particuliers.

<sup>12</sup> À savoir : chirurgie - anesthésie - réanimation - endoscopie ; femme mère enfant ; gériatrie ; logistiques médico-techniques ; médecine interne - cardiovasculaire et médecine d'urgence ; neurologie et rééducation ; oncologie médicale et infectiologie ; psychiatrie.

<sup>&</sup>lt;sup>13</sup> Matrice d'analyse d'un projet ou d'une situation en forces, faiblesses, opportunités et menaces (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats).

La gouvernance polaire apparaît donc intégrée à la vie institutionnelle de l'établissement et constitue un échelon de pilotage effectif. Toutefois la durée de ces contrats de pôle devrait être remise à plat. En effet le code de la santé publique prévoit que les contrats de pôle sont conclus pour quatre ans. Or le CHIPS renouvelle les contrats de pôle chaque année jusqu'en 2019, mais aucun contrat de pôle n'a été communiqué au-delà. Par conséquent les contrats de pôle de 2019 courraient jusqu'en 2023 s'ils ne stipulaient pas leur durée annuelle, ce en contradiction avec la réglementation. Il conviendrait d'aligner la durée des contrats à quatre ans, et d'en actualiser annuellement l'annexe au besoin.

Recommandation régularité 1 : Renouveler les contrats de pôle pour une durée de quatre ans maximum (art. R 6146-8 du code de la santé publique). À défaut, s'assurer que chaque pôle soit couvert en permanence par un contrat en vigueur.

## 2.2 De la réalisation de la fusion à l'instauration du GHT : une structuration récurrente de l'offre de soins

#### 2.2.1 La réalisation de la fusion

Le CHIPS résulte du regroupement des centres hospitaliers de Poissy et de Saint-Germain. Si la fusion s'est juridiquement opérée au 1<sup>er</sup> mai 1997, les deux sites ont subsisté de longues années, obérant le développement de l'établissement. Ainsi que le détaillait le précédent rapport de la chambre en 2013, les équipes demeuraient séparées, voire concurrentes, ce qui rendait complexe l'élaboration des projets stratégiques et a ralenti la nécessaire réorganisation de l'établissement.

Celui-ci a entrepris de reconstruire l'hôpital sur un site unique. Une parcelle avait ainsi été acquise à Chambourcy mais le projet a été interrompu faute d'approbation par la tutelle et donc de financements. Les coûts de ce projet avorté ont néanmoins continué de peser sur les finances de l'établissement.

En 2013, le CHIPS adopte enfin son projet d'établissement qui, aux termes de l'article L. 6143-2 du CSP, se compose du projet médical qui en constitue le cœur, du projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotechnique et du projet social. L'ensemble, complété d'un projet culturel et de communication, du schéma directeur immobilier et d'un schéma directeur des systèmes d'information, a été adopté pour la période 2013-2017. La perspective d'un site unique étant désormais écartée, le projet d'établissement résout la question de la répartition des activités entre les deux sites en dédiant le site de Poissy aux activités d'aigu et d'hospitalisation conventionnelle, et celui de Saint-Germain aux activités de consultation et d'ambulatoire. Les comptes-rendus des différentes instances ne font plus état de dissensions, signe que cette réorganisation suscite l'adhésion des équipes. La fusion aura donc mis une quinzaine d'année à trouver sa traduction opérationnelle.

#### 2.2.2 Le GHT

Enfin doté d'un projet d'établissement, le CHIPS devait en 2016 mettre en place le GHT Yvelines Nord dont il constituait le support. La convention de GHT, signée le 1<sup>er</sup> juillet 2016 et approuvée par l'agence régionale de santé (ARS), conformément aux dispositions du décret du 27 avril 2016 relatif aux GHT, « détermine [...] les compétences déléguées à l'établissement support du groupement, fixe la durée de ces délégations et les modalités de leur reconduction expresse, définit les objectifs à atteindre et les modalités de l'établissement délégant sur l'établissement support du groupement ». Ces modalités s'avèrent précises pour les systèmes d'information et les achats, moins pour les instituts et écoles de formation paramédicale.

S3/2230094/JFU 14/75

La mutualisation inclut donc les compétences obligatoires des GHT (fonction achat, information médicale, systèmes d'information, écoles de formation, pharmacie et plateaux médico-techniques) mais ne s'étend pas à d'autres. En effet, elle s'est opérée par le biais d'une direction commune, d'abord entre le CHIPS et le centre hospitalier de Mantes depuis le 25 juin 2015, qui préexistait au GHT, puis étendue au centre hospitalier de Meulan-les-Mureaux à partir du 24 octobre 2018.

Enfin, en tant qu'établissement support, le CHIPS a satisfait à l'obligation faite au GHT<sup>14</sup> de conclure une convention avec un CHU, en l'occurrence l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), seul CHU francilien.

#### 2.2.3 La modernisation de la fonction achats

Les achats, l'une des compétences obligatoirement mutualisées au sein du GHT, avaient fait l'objet d'un rapport spécifique de la chambre en 2015, lequel émettait un certain nombre de recommandations. Désormais gérés au sein d'un pôle dédié, la fonction achat a été nettement modernisée et sécurisée.

Ainsi une stratégie achat précise et opérationnelle a été élaborée et déclinée en indicateurs mesurables, documentés et suivis, constituant un tableau de bord. Les processus d'achats ont été décrits et modélisés et leur traduction comptable cartographiée. Cette réingénierie s'est répercutée sur le système d'information dont les interfaces et l'urbanisation ont été revues, et les référentiels synchronisés afin d'assurer la cohérence des données. Articulé à la cartographie des processus, un contrôle interne abouti et tracé est désormais en vigueur.

La maturité croissante du CHIPS en matière d'achat s'apprécie également au regard de la réflexion menée et de la planification stratégique : en mesure d'identifier ses vulnérabilités, le CHIPS planifie désormais de rapprocher la direction des achats des services prescripteurs et a lancé des groupes de travail à cet effet. Les recommandations émises par la chambre ont donc été suivies<sup>15</sup>.

## 2.2.4 Un projet médical partagé qui établit un diagnostic sans répartir les filières de soins

Le projet médical partagé (PMP), qui constitue le socle du GHT, a été arrêté avant la date butoir du 1<sup>er</sup> juillet 2017, de même que le projet de soins partagé (PSP). Ce document, dense et fourni, témoigne d'un fort investissement dans son élaboration et la qualité du travail préparatoire mené mérite d'être soulignée. Le PMP part d'une réflexion sur les besoins de santé du territoire et procède pour chacune des filières à un diagnostic fin et étayé qui croise de nombreuses sources : éléments des certifications HAS, recensement des événements indésirables graves (EIG), travaux des comissions des relations avec les usagers et de la qualité de prise en charge (CRUQPC), accréditation du comité français d'accréditation (COFRAC), données d'activité et de démographie médicale... Les filières de soins s'assignent des objectifs et définissent fréquemment des indicateurs de mise en œuvre. Elles s'efforcent d'identifier des bonnes pratiques, des prises en charges particulières qui pourraient être généralisées. L'élaboration du PMP a d'ailleurs grandement absorbé les instances et tout particulièrement la CME en 2016 et 2017.

S3/2230094/JFU 15/75

-

<sup>&</sup>lt;sup>14</sup> Article L. 6132-1III du code de la santé publique

<sup>&</sup>lt;sup>15</sup> Sur les neuf recommandations émises, sept ont été totalement mises en œuvre, une partiellement mise en œuvre et une se trouve en cours de mise en œuvre.

Cependant, le diagnostic posé ne débouche pas dans toutes les filières sur une gradation de l'offre au sein du GHT, avec une déclinaison précise par établissement pour chaque filière comme le requiert le décret du 27 avril 2016 précité 16. Cette gradation est aisée lorsque la filière est déjà structurée. Ainsi, la maternité du CHIMM est de niveau I, celle du CH de Mantes-la-Jolie de niveau IIB et celle du CHIPS de niveau III, la classification la plus élevée : la gradation existe déjà et la structuration de la filière s'impose naturellement. Il en va de même par exemple pour la psychiatrie, fortement structurée réglementairement, et pour l'oncologie-hématologie qui bénéficiait déjà d'un schéma directeur clair.

Lorsque le diagnostic effectué permet d'identifier des insuffisances d'offre de premier recours, à l'instar de la pédiatrie, le PMP projette sans ambages de la développer. En revanche le PMP ne parvient pas à dégager des principes de répartition entre établissements lorsque l'offre est redondante, alors même que la démographie médicale peut parfois être spécifiquement identifiée comme une vulnérabilité pour la filière. Sont alors envisagées des « coordinations » et « mutualisations », des équipes et activités multisites qui ne mécontentent aucune des parties mais risquent de s'avérer lourdes et contraignantes à gérer à terme. Souvent une forme de *statu quo* prévaut.

Ce premier PMP pose donc plus de questions que de lignes directrices. Il identifie des problématiques, des priorités et des risques, prévoit des travaux de recensement des actes et compétences de chaque site : il prépare le terrain à une réelle gradation de l'offre de soins qui est renvoyée à une version ultérieure. Aux termes du décret précité, cette gradation n'est certes exigible qu'à terme (un terme au demeurant non défini), de sorte que le PMP n'y contrevient pas. Mais le travail de structuration à mener demeure important.

Or l'activité de chacun des trois établissements du GHT exerce déjà ses effets sur la structuration de l'offre de soins. En effet, le CHIPS est quasi systématiquement l'établissement qui réalise la plus forte proportion de séjours lourds (sévérité 3 ou 4) au sein du GHT, proportion parfois écrasante.

Sur la période 2017-2019 correspondant au début de la mise en œuvre du PMP, plus le CHIPS capte la demande de soins lourds sur un domaine, plus il a eu tendance à renforcer encore sa position, ou à tout le moins la maintenir. En d'autres termes, la structuration des filières de soins risque de se faire par défaut et cristallisation des tendances à l'œuvre, plutôt que par une stratégie partagée.

De manière révélatrice, si les instances ont consacré beaucoup de temps à l'élaboration du PMP, en revanche aucune analyse du département d'information médicale (DIM) concernant les impacts en termes d'activité pour le CHIPS n'y a été présentée. De même, l'importante restructuration immobilière en cours (cf. infra) emporte des décisions sur le maintien ou le développement de certaines activités au CHIPS. Or elle est menée sans lien avec le PMP qui ne l'évoque qu'à peine : là encore la structuration des filières risque de s'opérer en dehors de la concertation au sein du GHT.

La nécessité d'organiser les filières de soins est reconnue par le CHIPS et les deux autres établissements, mais elle s'opère à ce jour hors du PMP. La direction commune souhaite en effet aller vers des pôles inter-établissement, dont trois<sup>17</sup> sont aujourd'hui validés. Trois spécialités disposent également de chefferies de service<sup>18</sup> communes à deux établissements.

S3/2230094/JFU 16/75

<sup>&</sup>lt;sup>16</sup> Le PMP « devra comprendre à terme [...] l'organisation par filière d'une offre de soins graduée ; les principes d'organisation des activités, au sein de chacune des filières, avec leur déclinaison par établissement ».

<sup>&</sup>lt;sup>17</sup> Urgences adulte et SMUR ; pathologies uro-digestives et nutrition ; santé publique

<sup>&</sup>lt;sup>18</sup> En cardiologie, chirurgie digestive, gynécologie-obstétrique et anesthésie-réanimation

Ce premier PMP couvre une période de cinq ans, soit 2017-2022. Les travaux ont été engagés en 2021 pour élaborer le prochain projet, qui sera un projet médico-soignant joignant PMP et PSP, ce qui correspond aux recommandations de l'ARS. Ces travaux sont concomitants au renouvellement de plusieurs instances (CME du CHIPS et du CH de Mantes-la-Jolie, commission médicale de territoire), qui ont réitéré leur soutien au processus.

La convention de GHT et le PMP-PSP ne se substituent pas au projet d'établissement dans ses différentes composantes. Seuls sont substitués les documents relatifs à des domaines mutualisés, à l'instar du Schéma Directeur des Systèmes d'Information qui couvre la période 2020-2026. Or le CHIPS ne dispose plus de projet d'établissement valide depuis l'échéance du précédent projet en 2017. Si l'on peut estimer qu'une partie importante du projet médical est malgré tout couverte par le PMP, en revanche le projet social doit permettre d'articuler la mise en œuvre du PMP aux moyens humains et à la politique de ressources humaines de l'établissement.

En réponse aux observations provisoires de la chambre, l'établissement considère que le risque existe d'un découplement entre l'évolution du CHIPS et la concertation avec le GHT, au vu de l'intégration croissante des établissements soumis à une direction commune. Pour autant, l'obligation règlementaire de disposer d'un projet d'établissement n'est toujours pas remplie.

La validation à venir du projet médico-soignant pourrait être l'occasion de relancer le projet d'établissement en concordance de calendrier. La direction du CHIPS, qui est commune aux trois hôpitaux du GHT, s'est proposé en juin 2021 d'aller à l'horizon 2022-2023 vers un projet d'établissement commun à ces trois établissements pour la plupart de ses composantes.

Recommandation régularité 2 : Élaborer un projet d'établissement (art. L. 6143-2 du code de la santé publique).

,	
CONCLUSION INTERMÉDIAIRE	
CONCLUSION IN I ERIVIEDIAIRE	

La fusion qui a donné naissance au CHIPS date de plus de vingt ans mais ce n'est qu'en 2013, à l'orée de la période sous revue, qu'elle a été surmontée, puis dépassée par l'instauration d'une direction commune avec le CHIMM et le CHFQ, qui a préfiguré le GHT. Désormais doté d'un projet d'établissement, le CHIPS dispose d'instances de gouvernance fonctionnelles qui, si elles ne se réunissent pas toujours à la fréquence requise, ont investi leur champ de compétence. La question de la répartition des activités, enfin clarifiée au niveau du CHIPS entre le site de Poissy et de Saint-Germain, se pose à nouveau à l'échelle du GHT qui, pour le moment, n'a pas tranché la gradation de l'offre de soins entre ses membres.

### 3 L'ACTIVITÉ DU CHIPS

#### 3.1 La baisse tendancielle de l'activité

Nettement dynamique jusqu'en 2016, l'activité du CHIPS atteint cette année-là un point haut avec près de 87 000 séjours et séances, puis connaît ensuite une lente érosion d'environ 1 % par an qui se reflète dans les recettes d'activité. En 2020, en raison de la crise sanitaire, le CHIPS voit, à l'instar de l'ensemble des établissements de santé, son activité chuter de 9 %. En 2021, année toujours marquée par la crise sanitaire, font état de 79 070 séjours et séances : environ la moitié de la perte d'activité de 2020 a été recouvrée.

La structure de cette activité se modifie : la baisse d'activité provient principalement des séjours d'hospitalisation complète, surtout en chirurgie, alors que l'ambulatoire se maintient.

S3/2230094/JFU 17/75

Le virage ambulatoire se traduit de manière différente selon les grandes catégories de soins. La chirurgie bénéficie d'un taux d'ambulatoire appréciable : l'établissement se situe dans la tranche légèrement inférieure aux médianes nationale et régionale. <sup>19</sup> Cependant, en parallèle, la sévérité des séjours en hospitalisation complète stagne, notamment pour les séjours les plus lourds dont le CHIPS capte une moindre proportion. La situation se présente à l'inverse pour la médecine dont le taux d'ambulatoire demeure faible, mais est porté par le basculement des séjours de faible sévérité : la proportion des séjours d'hospitalisation complète de sévérité moyenne et forte s'accroît. La même dynamique s'observe en obstétrique.

En termes de spécialités, ce sont surtout la neurologie, la rhumatologie, la gynécologie hors obstétrique et l'endocrinologie qui portent la dynamique.

La part de chirurgie ambulatoire est particulièrement portée par le site de Saint-Germain, qui atteint un taux de 88,8 %, largement au-dessus des médianes nationales.

L'évolution de la durée moyenne de séjour<sup>20</sup> (DMS) vient corroborer ce constat puisqu'elle diminue en chirurgie du fait de sévérités moindres et augmente légèrement en médecine et obstétrique.

Tableau n° 4 : Durées moyennes de séjour (hospitalisations complètes)

En jours	2016	2017	2018	2019	2020
DMS HC	5,50	5,56	5,48	5,54	5,51
chirurgie	5,42	5,44	5,24	5,08	5,04
médecine	5,74	5,80	5,71	5,83	5,81
obstétrique	4,57	4,69	4,72	4,77	4,71

Source : PMSI de l'établissement, calculs de la chambre

La DMS a nettement diminué concernant les séjours de sévérité 1 et 2, les plus nombreux, grâce à l'importante réduction des séjours exceptionnellement longs, ce qui témoigne d'un travail engagé pour réduire les situations de « bed-blocking »<sup>21</sup>. Pour la sévérité 2, parallèlement à cette réduction, la masse des séjours<sup>22</sup> devient en revanche plus hétérogène en termes de durée. À l'inverse, la diminution de DMS pour les séjours de sévérité 3 doit peu à la réduction des séjours hors normes et tient essentiellement à une légère diminution de DMS de l'ensemble des séjours. Enfin les séjours de sévérité 4 voient leur DMS augmenter en raison de l'accroissement et l'allongement des séjours exceptionnellement longs.

S3/2230094/JFU 18/75

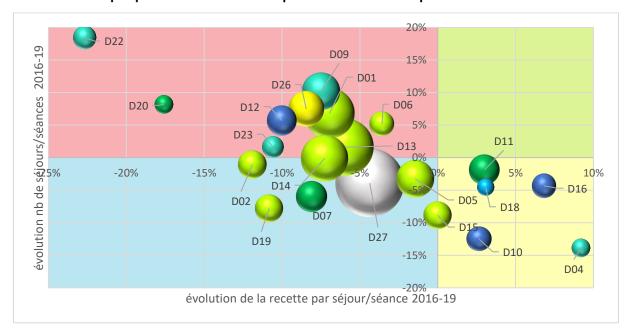
<sup>19</sup> Cf l'outil VISUCHIR de Scansanté

<sup>&</sup>lt;sup>20</sup> En hospitalisation complète. Par construction la durée moyenne de séjour en ambulatoire est de zéro.

<sup>&</sup>lt;sup>21</sup> Le bed-blocking (blocage de lits) correspond à des lits occupés par des patients dont l'état sanitaire ne nécessite plus de soins hospitaliers mais qui demeurent hospitalisés pour des raisons non sanitaires, généralement en raison de l'absence de solution de sortie ou d'aval.

<sup>&</sup>lt;sup>22</sup> C'est-à-dire ceux compris entre le 1<sup>er</sup> et le 3<sup>ème</sup> quartile de la distribution des DMS

L'approche par spécialité confirme le positionnement peu favorable du casemix de l'établissement, qui ne comprend aucun secteur à la fois en croissance et dynamique tarifaire. Les spécialités en croissance voient leur tarif par séjour diminuer de 7,5 % en moyenne. La recette seule ne permet pas de déterminer si ces activités sont rentables ou non (en l'absence d'éléments sur les coûts), mais elles sont en tout état de cause moins rémunératrices qu'avant. Ce profil d'activité est fréquent parmi les hôpitaux publics même si les recettes du CHIPS présentent la particularité de n'être tirées par aucune locomotive. En effet, les activités du CHIPS sont toutes soit en recul de recettes, soit en recul d'activité, soit les deux à la fois. La marge de manœuvre réside dans l'augmentation du nombre de séjours et la réduction de leur durée moyenne afin de compenser l'effet-prix. Or, d'une part, les DMS du CHIPS sont légèrement inférieures à la moyenne<sup>23</sup>, voire nettement inférieures dans certaines spécialités. Ce levier ne peut être actionné qu'à la marge. D'autre part, les spécialités qui connaissent une croissance soutenue sont aussi tendanciellement celles dont les recettes par séjour se contractent le plus, si bien que la compensation par le nombre de séjours est incomplète. L'établissement subit en effet une forte concurrence, notamment privée, sur les spécialités rémunératrices.



Graphique n° 2 : Évolution du positionnement des spécialités au CHIPS

Source : PMSI de l'établissement, calculs de la chambre

S3/2230094/JFU 19/75

<sup>&</sup>lt;sup>23</sup> IP

#### Légende

DA	libellé domaine d'activité	IPDMS[1]
D01	Digestif	moins de 0,8
D02	Orthopédie traumatologie	0,8 à 0,85
D03	Traumatismes multiples ou complexes graves	0,85 à 0,9
D04	Rhumatologie	0,9 à 0,95
D05	Système nerveux (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	0,95 à 1
D06	Cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels	1 à 1,05
D07	Cardio-vasculaire (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	
D09	Pneumologie	
D10	ORL, Stomatologie	
D11	Ophtalmologie	
D12	Gynécologie – sein	
D13	Obstétrique	
D14	Nouveau-nés et période périnatale	
D15	Uro-néphrologie et génital	
D16	Hématologie	
D17	Chimiothérapie, radiothérapie, hors séances	
D18	Maladies infectieuses (dont VIH)	
D19	Endocrinologie	
D20	Tissu cutané et tissu sous-cutané	
D21	Brûlures	
D22	Psychiatrie	
D23	Toxicologie, Intoxications, Alcool	
D24	Douleurs chroniques, Soins palliatifs	
D25	Transplant. d'organes	
D26	Activités inter spécialités, suivi thérapeutique d'affections connues	
D27	Séances	

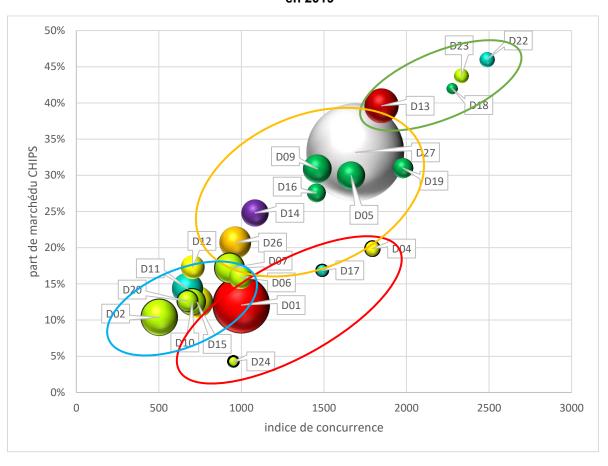
#### 3.2 Une offre de soins fortement concurrencée dans son territoire

L'offre de soins, tant publique que privée, est importante dans la zone d'attractivité de l'établissement, si bien que le CHIPS ne capte qu'un quart de la demande de soins sur son territoire<sup>24</sup>. La concurrence est particulièrement vive en chirurgie, avec de nombreux acteurs privés lucratifs, comprenant aussi bien de grosses cliniques généralistes que des cliniques dédiées à quelques spécialités, si bien qu'avec 13 % de parts de marché, le CHIPS fait quasiment jeu égal avec ses deux concurrents immédiats. La prédominance du CHIPS sur sa zone est plus nette en médecine, avec 29 % de part de marché, la concurrence se répartissant entre autres établissements publics, établissements privés lucratifs et privés non lucratifs. Enfin, avec 42 % des parts de marché sur le territoire de soins, le CHIPS domine largement l'obstétrique, et ses concurrents directs se situent loin derrière. Notons que la part de séjours réalisés par les deux autres centres hospitaliers du GHT sur cette zone est anecdotique.

Ces constats demeurent valables lorsqu'on élargit la focale pour inclure l'ensemble des communes pour lesquelles le CHIPS détient au moins 1 % de parts de marché.

S3/2230094/JFU 20/75

<sup>&</sup>lt;sup>24</sup> A été retenu ici le territoire de soins tel que défini pour la permanence des soins. La liste des communes qui le compose figure en annexe n° 10.



Graphique n° 3 : Situation concurrentielle<sup>25</sup> des spécialités du CHIPS sur le territoire de soins en 2019

Source : données Diamant, calculs de la chambre (légende : Cf. supra)

S'il n'y a aucune spécialité<sup>26</sup> dans laquelle le CHIPS serait distancé, quatre groupes se dégagent : pour un petit nombre d'entre elles (cercle vert), le CHIPS est nettement prédominant. À l'exception de l'obstétrique (D13), il s'agit de spécialités à faible effectif, pour lesquels le CHIPS réalise peu de séjours lourds<sup>27</sup>. L'obstétrique quant à elle manifeste le rôle de maternité de niveau III de l'établissement qui assume les deux tiers des séjours lourds.

Un deuxième groupe (cercle orange) comprend les spécialités pour lequelles le CHIPS est le principal offreur de soins, mais se voit concurrencé par quelques acteurs plus petits. Là encore, à l'exception de la néonatologie (D14), les séjours réalisés par le CHIPS ne sont pas significativement plus lourds.

Un troisième groupe (cercle bleu) regroupe huit spécialités à effectif conséquent. De nombreux concurrents sont présents sans qu'aucun prédomine nettement, le CHIPS n'étant parfois pas le premier sur sa zone. Les établissements concurrents, notamment privés, se concentrent davantage sur les séjours de faible sévérité, d'où l'excédent de séjours lourds au sein du casemix du CHIPS.

S3/2230094/JFU 21/75

<sup>&</sup>lt;sup>25</sup> L'indice de concurrence utilisé est l'indice de Herfindahl – Hirschmann, couramment employé par les pouvoirs publics (Autorité de la concurrence, Commission européenne, lois anti-trusts américaines, etc.). Il est calculé en sommant le carré de la part de marché, exprimée en points de pourcentage, de l'ensemble des concurrents (multiplié par 10 000 pour plus de lisibilité). Un score de 10 000 correspond à un monopole, un score de 5 000 à un duopole parfait. La concurrence est considérée comme dispersée en deçà de 1 000, et comme concentrée au-delà de 2 000.

<sup>&</sup>lt;sup>26</sup> Correspondant ici aux domaines d'activité des nomenclatures de l'ATIH

<sup>&</sup>lt;sup>27</sup> Séjours de sévérité 3 et 4 (médecine et chirurgie), ou C et D (obstétrique)

Enfin, dans le dernier groupe (cercle rouge) le CHIPS subit une concurrence plus concentrée. Le cas du domaine digestif (D01), important pourvoyeur d'activité, se détache dans la mesure où les concurrents préemptent les faibles sévérités. Le même phénomène se constate à un moindre degré pour la rhumatologie (D04). Parmi les spécialités de ces deux derniers groupes figurent d'ailleurs celles qui ont connu l'évolution tarifaire la plus favorable.

#### 3.3 L'impact de la crise sanitaire

À l'instar de l'ensemble des établissements de santé, la crise sanitaire a entraîné une contraction de l'activité du CHIPS d'un peu moins de 9 % en 2020, taux dans la moyenne des hôpitaux publics. La réduction ou le report d'activité dépasse 30 % en orthopédie, pour les spécialités oto-rhino-laryngologie (ORL) et en endocrinologie, 35 % en dermatologie et pour la chimio-radiothérapie (hors séances) et atteignant 40 % en ophtalmologie et rhumatologie. De même, la réduction d'activité a particulièrement frappé les séjours les plus sévères<sup>28</sup>, presque 40 % moins nombreux que l'année précédente. À l'inverse, l'obstétrique et la néonatologie ne furent, assez logiquement, que peu affectées en 2020, et l'activité de séances s'est même maintenue.

Les infections et inflammations respiratoires<sup>29</sup>, au sein desquelles sont comptabilisées les séjours COVID, sont ainsi passées de 198 séjours en 2019 à 1 110 en 2020, et ont provoqué un surcroît de 133 décès, soit un peu plus que le surcroît de décès enregistré globalement pour le CHIPS en 2020 (117).



L'activité MCO du CHIPS, en déclin modéré mais constant tout au long de la période après avoir atteint une acmé en 2016, pâtit d'un environnement fortement concurrentiel qui lui laisse un positionnement peu favorable en termes de recettes. Il s'efforce d'y parer par la réduction des DMS et l'augmentation des séjours mais il dispose de marges de manœuvre limitées.

### 4 LA FIABILITÉ DES COMPTES

Le budget du CHIPS est composé d'un budget principal pour l'activité hospitalière, constituant environ 90 % des recettes et de sept budgets annexes (voir annexe).

#### 4.1 La certification des comptes sans réserve depuis 2018

La loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST) de juillet 2009 introduit l'obligation de certification des comptes des établissements publics de santé les plus importants<sup>30</sup>. Cette obligation s'est appliquée par vagues successives à partir de 2014, pour concerner tous les établissements dès l'exercice 2017.

Concerné par cette obligation, le CHIPS s'est engagé dans une démarche de fiabilisation des comptes, afin de candidater à la première vague nationale de certification des établissements publics de santé en 2014.

S3/2230094/JFU 22/75

0

<sup>&</sup>lt;sup>28</sup> Sévérités 4 ou D

<sup>&</sup>lt;sup>29</sup> Racine de GHM 04M07

<sup>30</sup> À savoir ceux « dont le total des produits du compte de résultat principal, constaté lors de l'approbation du compte financier, est égal ou supérieur à 100 millions d'euros pendant trois exercices consécutifs » aux termes du décret d'application n 2013-1238 du 23 décembre 2013.

Dans son précédent rapport de 2013, malgré l'amélioration de la fiabilité des comptes, la chambre relevait l'absence de procédures sur l'ensemble des opérations extracomptables, des méthodes peu documentées d'imputation des charges indirectes pour le remboursement des charges des budgets annexes au budget principal, ainsi que pour les provisions pour créances douteuses, et l'insuffisance des provisions CET pour le personnel médical.

Retenu pour la première vague de certification en 2014<sup>31</sup>, le CHIPS conclut un premier marché avec le commissaire aux comptes (CAC) en 2014 pour une durée de six ans. En 2019, un nouveau marché a été validé par le conseil de surveillance avec le même prestataire pour un montant de 616 500 € TTC (soit un coût annuel de 102 750 € TTC).

Le CAC a examiné les processus de contrôle interne des principaux cycles de l'établissement<sup>32</sup>, et certifié les comptes de l'établissement de l'exercice 2016 et 2017 avec réserve sur le cycle des recettes. Depuis, les exercices 2018 et 2019 ont été certifiées sans réserve.

### 4.2 Des corrections d'écritures au bilan pour fiabiliser les états financiers

Les changements de méthode induits par la fiabilisation ont conduit l'établissement à réaliser des écritures correctives au bilan entre 2016 et 2019.

Ces opérations de régularisation ont permis d'ajuster les provisions CET et de la caisse nationale des retraites des agents des collectivités locales (CNRACL), pour un montant de 3,4 M€, et de supprimer une provision pour renouvellement des immobilisations constituées en 2011, pour un montant de 10,5 M€<sup>33</sup>. Elles ont également permis de modifier la méthode de comptabilisation des amortissements, pour 9,5 M€, et de réévaluer le terrain de Chambourcy, pour 1,2 M€. (voir annexe).

En 2016, le montant des corrections s'élève à - 2,6 M€ impactant ainsi les capitaux propres de l'établissement à hauteur de 8 %. Pour 2017, le montant des corrections, de - 10,2 M€ impacte les capitaux propres de 31 %. Enfin, l'impact des corrections d'erreur est moindre pour 2018 (- 0,3 %) et 2019 (- 6 %) (voir annexe).

Le total de ces écritures correctives s'élève à 15,2 M€, venant diminuer d'autant les capitaux propres. Parallèlement, ces derniers ont été abondés par une subvention d'investissement pour financer le bâtiment médico-technique par le FMESPP à hauteur de 10,5 M€, si bien qu'ils ne baissent que de 1,3 M€ sur la période, passant ainsi de 33,8 M€ à 32,5 M€. Les écritures correctives étant directement entrées dans le bilan, l'impact sur le résultat est évidemment nul.

S3/2230094/JFU 23/75

<sup>&</sup>lt;sup>31</sup> Arrêté du 23 décembre 2013 fixant la liste des établissements publics de santé soumis à la certification des comptes pour les comptes de l'exercice 2014. Le CHIPS fait partie des trois établissements publics de santé franciliens retenus.

Les cycles examinés comprennent les recettes, les immobilisations, le personnel, les stocks, les provisions, les capitaux propres, la trésorerie et, en plus en 2016 un audit informatique.
 En 2011, après l'arrêt du projet de reconstruction du site de Chambourcy, l'ARS a accordé un soutien financier au CHI en vue

<sup>&</sup>lt;sup>33</sup> En 2011, après l'arrêt du projet de reconstruction du site de Chambourcy, l'ARS a accordé un soutien financier au CHI en vue du financement d'investissements structurants et de mise aux normes de sécurité. Les travaux d'investissements structurants et mises aux normes sécurité sont bien inscrits dans le plan d'investissement global de l'établissement. Le projet initial demeure même si au regard du projet global d'investissement il a été décalé dans le temps. Par prudence, en l'absence d'instruction de l'ARS, et en attente des décisions de financement du nouveau projet, la provision avait été maintenue. En 2016, le PGFP validé par le COPERMO n'a pas prévu de reprise de ces provisions, considérant que ces provisions avaient un caractère de subvention d'exploitation, l'établissement les a reprises par correction de bilan. Cette position a été validée par l'ARS en mars 2017.

### 4.3 La mise en place d'un contrôle interne comptable et financier

La certification des comptes a conduit l'établissement d'une part, à revoir ses méthodes d'évaluation, notamment des immobilisations et des amortissements, de certaines provisions ou encore de la comptabilisation de ses stocks et d'autre part à mettre en place un contrôle interne comptable et financier, institué par une charte du contrôle interne et financier et centré pour le moment sur la qualité comptable.

La démarche de contrôle interne est bien documentée, et prévoit les indispensables jalons que constituent la cartographie des risques et les plans d'action lesquels ont été élaborés. Le contenu des dossiers permanents et du dossier de clôture est défini, de même que la responsabilité de son alimentation.

Le déploiement et le suivi du contrôle interne incombe à un réseau de référents aux missions assez large. Le pilotage en est placé directement sous l'autorité du directeur du CH, ce qui constitue le positionnement adéquat, et une comitologie est instaurée au niveau de l'établissement.

La démarche de contrôle interne s'est particulièrement focalisée sur les recettes de T2A, puisque la réserve des certifications 2016 et 2017 portait sur les insuffisances de la valorisation des produits de l'activité hospitalière relatifs aux séjours. Le commissaire aux comptes relevait notamment l'absence de cartographie des risques, la nécessité de renforcer la formation des acteurs du codage, et enfin avait relevé des dysfonctionnements des systèmes d'information.

L'établissement a donc élaboré et mis en œuvre en 2016 un « Plan d'Assurance Qualité (PAQ) » des recettes T2A, et des actions de sensibilisation ont été réalisées auprès des médecins pour harmoniser les trames de compte rendu d'hospitalisation (CRH<sup>34</sup>). Malgré la levée de la réserve en 2018, cette démarche s'est poursuivie.

Les derniers audits de l'assurance maladie et du CAC permettent de constater une amélioration du codage. La démarche de contrôle interne sur la problématique cruciale des recettes d'activité, impulsée par la certification, a donc porté ses fruits.

### 4.4 Des améliorations possibles sur le principe d'annualité

Le rattachement des produits et des charges constatés d'avance à l'exercice où ils sont consommés garantit le principe d'indépendance des exercices. *A contrario*, les recettes et dépenses à classer, les reports de charges et les produits sur exercices antérieurs peuvent nuire au principe d'annualité<sup>35</sup>.

#### 4.4.1 Le rattachement des charges et des produits

Le rattachement des charges engagées non mandatées concerne les commandes passées en fin d'exercice ayant donné lieu à service fait mais dont la facture n'est pas parvenue avant la clôture<sup>36</sup>. L'absence d'exhaustivité du rattachement majore indûment le résultat. De plus, le bilan est également faussé par la sous-évaluation des comptes de la classe 4.

S3/2230094/JFU 24/75

<sup>&</sup>lt;sup>34</sup> CRH : Le compte rendu d'hospitalisation contient les éléments nécessaires à la continuité des soins et l'information nécessaire au codage des séjours

<sup>35</sup> Les montants détaillés des différents comptes concernés se trouvent en annexe xxx.

<sup>&</sup>lt;sup>36</sup> Le taux de rattachement est calculé en rapportant le solde créditeur du compte 408 « fournisseurs- factures non-parvenues » au total des soldes débiteurs des comptes de charges 60,61 et 62.

Le taux de rattachement acceptable correspond à un douzième des dépenses sur factures de l'année soit 5 à 10 % de leur montant. Si le taux constaté au CHIPS se situait en-deçà de cette fourchette en 2016 et 2017, il est remonté au cours de la période, signe de l'amélioration des procédures comptables.

Il en va de même pour les recettes qui, selon l'instruction de la M21, doivent être rattachées à l'exercice en cours dès lors qu'elles correspondent à un droit acquis avant le 31 décembre de l'exercice.

Les rattachements de produits sont réalisés conformément à la réglementation. Ils concernent pour l'essentiel des produits de l'activité à recevoir.

#### 4.4.2 Les charges et produits constatés d'avance

Les charges constatées d'avance correspondent à des charges payées sur un exercice mais qui relèvent, entièrement ou partiellement, de l'exercice suivant, comme par exemple les dépenses d'énergie, les polices d'assurance. La même logique s'applique aux produits constatés d'avance. Or si l'établissement comptabilise ces produits, il n'a enregistré jusqu'en 2019 aucune charge constatée d'avance, ce qui a pu dégrader la fiabilité de ses comptes.

#### 4.4.3 Les reports de charges et produits

Les reports de charges et de produits correspondent à des charges et produits qui n'ont pu être rattachés à l'exercice, ainsi qu'à la réémission de titres sur exercices clos. Selon l'instruction de la M21, les reports de charges (compte 672) permettent de répondre à une insuffisance de crédits limitatifs disponibles et doivent rester exceptionnels.

Le tableau de bord des indicateurs financiers des établissements publics de santé<sup>37</sup> (Ministère de la santé, février 2003) préconise un taux inférieur à 0,2 %. Déjà légèrement supérieur en 2016, à 0,25 %, ce taux progresse sur la période pour atteindre 0,73 % en 2019. Le recours au report de charges ne devient dès lors plus si exceptionnel.

Les produits sur exercices antérieurs, quant à eux, progressent de 38 % entre 2016 et 2019, notamment pour les produits sur exercices antérieurs à la charge de l'assurance maladie, ce qui traduit pour partie les effets du plan d'amélioration du codage, qui permet de valoriser des produits d'activité des exercices antérieurs jusqu'à douze mois suivant le fait générateur. En revanche, les titres annulés sur exercice clos ne sont réémis que pour la moitié d'entre eux : quoique le volume de titres annulés ait diminué de 12 % sur la période, ce taux pourrait être amélioré.

#### 4.4.4 Les recettes et les dépenses à classer

Les recettes et les dépenses à classer ou à régulariser retracent les flux comptables liés à l'encaissement de recettes perçues préalablement à l'émission du titre, ou réciproquement de dépenses réglées sans mandatement préalable.

S3/2230094/JFU 25/75

<sup>37</sup> Ministère de la santé Février 2003

En particulier les dépenses à classer doivent être soldés le plus rapidement possible, et en tout état de cause, en clôture d'exercice. Si le volume de dépenses à classer du CHIPS demeure négligeable, en revanche celui des recettes à classer excède systématiquement le seuil de 0,2 %, parfois largement, comme en 2019 (0,55 %). En réponse aux observations de la chambre, l'établissement indique que la réduction des recettes à classer est un des objectifs de l'établissement, qui l'a intégré dans la convention de services comptables et financiers fin 2022.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE	•

Au-delà de la performance que constitue sa certification de ses comptes sans réserve de 2018, le CHIPS s'est engagé dans une démarche de fiabilisation et de mise en place d'un dispositif de contrôle interne, qui a réellement amélioré la qualité de ses comptes. Les marges de progrès résident désormais dans l'indépendance des exercices et des budgets.

### 5 LA SITUATION FINANCIÈRE DU CHIPS

### 5.1 Un établissement qui aspire à se redresser financièrement

#### 5.1.1 Un passé de déficits et de plans de retour à l'équilibre

La situation financière du CHIPS est préoccupante depuis la fusion, ainsi que la chambre l'a retracé dans ses rapports successifs. Le précédent rapport pointait des finances dégradées, caractérisées par un déficit récurrent tournant autour de 10 M€ par an, pour un budget de 260 M€ en dépenses (et donc 250 M€ en recettes), et par un endettement d'environ 100 M€, encours qui générait une charge de la dette conséquente. La situation financière s'améliorait néanmoins en toute fin de la période sous revue : en insuffisance d'autofinancement hors aides jusqu'en 2010, le CHIPS retrouvait une CAF nette, quoique faible, et un résultat d'exploitation positif en 2011.

Du fait de sa situation financière structurellement dégradée, le CHIPS a été presque constamment accompagné par les dispositifs de l'ARS : il a intégré un contrat de retour à l'équilibre financier en 2008, puis un plan de retour à l'équilibre financier à leur création en 2008, lequel PREF a été prolongé en 2012 par avenant au CPOM. L'année 2012 est également marquée par le passage de l'établissement en COPERMO performance.

#### Le COPERMO

Instauré en décembre 2012, le comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins, couramment appelé COPERMO, remplissait essentiellement deux fonctions à l'égard des établissements de santé :

- Le COPERMO performance définit, conjointement avec les ARS, la trajectoire de retour à l'équilibre des établissements les plus en difficulté financière ;
- Le COPERMO investissements sélectionne les projets d'investissement d'ampleur exceptionnel ou ceux pour lesquels un financement par l'État est sollicité.

A la suite de la consultation des acteurs du système de la santé dénommée « Ségur de la santé » en juillet 2020, le COPERMO est désormais remplacé par le Conseil national d'investissement en santé et ses déclinaisons régionales.

S3/2230094/JFU 26/75

Depuis 2004, l'horizon du retour à l'équilibre est constamment reculé. En dépit des efforts consentis par le CHIPS pour diminuer ses charges courantes et regagner de la marge brute, l'objectif d'équilibre financier, fixé pour 2013 dans le PGFP 2012-2016, a été reporté à 2014. Néanmoins, dès 2015, et quoique son budget principal dégage un excédent conséquent de 2,7 M€, le CHIPS renoue avec un léger déficit à hauteur de 80 000 euros du budget consolidé<sup>38</sup>.

## 5.1.2 Un COPERMO mixte performance et investissement destiné à porter un projet immobilier ambitieux

En octobre 2014, un plan de retour à l'équilibre financier (PREF) initial est validé dans le cadre d'un COPERMO performance. Le PREF prévoit un retour à l'équilibre en 2017, assuré conjointement par une maîtrise de la masse salariale, grâce à la restitution de 150 ETP non médicaux et de 15 ETP médicaux, et une diminution de certains éléments de rémunération comme les CET ou les heures supplémentaires, soit une économie de 7,8 M€, et par une augmentation de l'activité soutenue par l'optimisation du codage, qui apporterait 3,4 M€ de recettes supplémentaires.

Ce recours au COPERMO est reconduit et renforcé en octobre 2015 : le CHIPS passe en COPERMO mixte performance et investissement. Il expose en effet que l'absence de réalisation du projet immobilier ne pourra que dégrader plus encore la situation financière sous l'angle de l'attractivité pour les patients, autant que pour les professionnels, voire de la disponibilité de certaines spécialités.

Il s'agit, ce faisant, de dépasser l'échec du site unique de Chambourcy, qui a retardé les opérations de maintien et de rénovation de l'existant, et de résorber le retard d'investissement lié aux difficultés financières du CHIPS.

Le schéma directeur immobilier porte ainsi un projet évalué en 2014 à 170 M€ divisé en deux tranches. La première tranche, qualifiée « d'urgente et nécessaire », évaluée à 87,4 M€ TTC, comprend trois opérations : la création d'un bâtiment attenant au bâtiment principal de Poissy (71,2 M€) ; la mise aux normes de la sécurité incendie (14,1 M€) ; la restructuration du laboratoire d'anatomie et cytologie pathologique (2,1 M€).

Pour réaliser ce projet, l'ARS accorde une aide nationale de 37,5 M€, complétée par une aide régionale de 3 M€. Ce soutien est versé sous forme d'aide en capital, à hauteur de 75 %, et sous forme d'emprunt aidé, à hauteur de 25 %.

Parallèlement, lors du passage de l'établissement en COPERMO performance en avril 2015, des marges d'efficience complémentaire sont demandées par la tutelle, l'établissement bénéficiant d'une mission de l'agence nationale d'appui à la petrformance (ANAP) pour l'aider à les identifier. Sont ainsi ajoutés :

- 0,9 M€ de mesures liées à l'organisation du bloc opératoire et du circuit du médicament par l'ANAP ;
- 1,5 M€ de mesures d'optimisation des services ;
- 1,1 M€ de prévisions d'augmentation de l'activité justifiées par la croissance démographique et l'alourdissement du poids moyen du cas traité (correspondant à des patients plus sévèrement atteints ou atteints de comorbidités) :
- 0,1 M€ de mesures complémentaires.

S3/2230094/JFU 27/75

<sup>&</sup>lt;sup>38</sup> Budget agrégeant tous les budgets de l'établissement.

Enfin, à la croisée des COPERMO performance et investissement, le retour sur investissement du nouveau bâtiment est porté à 5,3 M€, intégrant notamment une économie de 42 ETP, grâce à l'organisation en plateaux d'hospitalisation. Le CHIPS attend également du nouveau bâtiment une augmentation des produits d'activité de 0,29 % pendant trois ans à compter de sa mise en service prévue en 2019, en raison de l'effet d'attractivité attendu, mais aussi des recettes supplémentaires liées aux chambres individuelles plus nombreuses.

La nouvelle aile de Poissy a finalement été mise en service le 30 novembre 2020. La livraison initialement prévue pour fin 2019 a été différée du fait la situation sanitaire exceptionnelle.

Ce plan, qui prévoit 15,3 M€ de gains d'efficience à fin 2019 (17,8 M€ à horizon 2022), est basé essentiellement sur des économies de charges permettant la restitution de 207 ETP. Ces gains reposent toutefois sur des augmentations de l'activité, pour 4,5 M€. Cet objectif apparaît de prime abord raisonnable par rapport à d'autres projets de redressement financier, comme par exemple les trajectoires de retour à l'équilibre de la précédente période sous revue. L'établissement, suivant en cela la recommandation émise alors par la chambre, ne recourt plus à des perspectives de développement irréalistes pour garantir le redressement financier. Néanmoins l'augmentation d'activité attendue demeure conséquente au regard de l'importante densité hospitalière de la zone d'attractivité, très concurrentielle. L'ensemble de ces mesures visait à atteindre un taux de marge brute cible hors aide de 5,2 % des produits en 2016, de 6,6 % en 2019 et de 8 % en 2022. Ce taux a été 1,6% en 2019 et 3,6% en 2020.

#### 5.2 Un établissement dont l'horizon de retour à l'équilibre s'éloigne

### 5.2.1 La budgétisation de plus en plus éloignée de la cible

La trajectoire retenue lors du COPERMO de 2015 s'avère rapidement trop ambitieuse et l'établissement peine à atteindre les cibles fixées. De 2016 à 2020 se répète un schéma budgétaire qui traduit la difficulté à mettre en œuvre le COPERMO. Le CHIPS présente ainsi un premier état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD qui s'écarte de la cible du COPERMO et qui, pour cette raison, est refusé par l'ARS. Cet EPRD présente ainsi un déficit de plus de 2 M€ pour le budget principal en 2017, d'encore 1,9 M€ en 2018 et qui s'amplifie jusqu'à 8,4 M€ en 2020.

Un second EPRD est élaboré sur la base de la réévaluation des produits de l'activité et du développement d'activités, et d'économies supplémentaires (par exemple, sur les achats, les systèmes d'information et la pharmacie en 2016, sur l'identification de gains liés à la mutualisation au sein du GHT en 2017). Néanmoins, même cet EPRD révisé et validé se rapproche de moins en moins des objectifs de marge brute fixés en COPERMO.

Tableau n° 5 : Écart entre le prévisionnel COPERMO et les EPRD du budget H

En M€	2015	2016	2017	2018	2019
COPERMO PGFP résultat H	- 1,8	1,8	2,1	2,2	3,9
Écart entre le COPERMO et l'EPRD 2016	4,51	- 0,8	- 1,4	- 1,3	- 1,1
Écart entre le COPERMO et l'EPRD 2017		0	- 1,28	- 4,19	- 5,89
Écart entre le COPERMO et l'EPRD 2018			- 5,28	- 4,19	- 5,11
Écart entre le COPERMO et l'EPRD 2019				- 4,85	- 9,7

Source : retraitement CRC des EPRD PGFP

S3/2230094/JFU 28/75

En projection pluriannuelle, malgré un résultat du budget principal proche de l'équilibre pour la période 2017-2019 et prévu à l'équilibre en 2020, celui-ci reste à des niveaux inférieurs aux cibles COPERMO, alors même que l'établissement s'engage à maîtriser les charges de personnel afin d'atteindre un taux de marge brute proche de 8 % conforme à l'objectif du COPERMO. Ces nouvelles mesures d'efficience correspondent à un objectif de restitution d'un équivalent de 50 postes non médicaux.

Dès 2017, les plans globaux de financement pluriannuel (PGFP) successifs prévoient une impasse de trésorerie à compter de 2020, due au prélèvement sur le fonds de roulement nécessaire au financement de l'investissement. Elle est évaluée à 10,8 M€, puis 13,5 M€ en 2020, ce qui nécessite la reconduction indispensable des 10 M€ de crédits de trésorerie actuels et le CHIPS a d'ailleurs reçu une aide en trésorerie de 1 M€ de l'ARS en 2020. Ce n'est qu'à ce prix que les PGFP sont conformes aux objectifs COPERMO. De même, la CAF prévisionnelle, inférieure à la trajectoire du COPERMO, implique le recours à des emprunts complémentaires pour financer l'investissement. L'ARS, malgré l'approbation de ces PGFP, émet d'importantes réserves sur l'évolution de sa situation financière en fin de période.

#### 5.2.2 Un résultat chroniquement déficitaire

De même que les prévisions budgétaires du budget H s'éloignent progressivement de la trajectoire définie en COPERMO, en termes d'exécution et de manière consolidée, le CHIPS peine au cours de la période à atteindre l'équilibre. Alors qu'il était quasiment à l'équilibre en 2015, avec un résultat consolidé déficitaire à hauteur de 80 000 € seulement, ce déficit se creuse à nouveau en 2016, à 480 000 €. Si le résultat renoue avec les excédents en 2017 (+ 0,92 M€), il rechute lourdement dans le déficit en 2018 (- 5,66 M€) et doit son léger excédent en 2019 (+ 0,30 M€) à des opérations de cession d'actif.

Tableau n° 6 : Le résultat par budget

En M€	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Budget principal	2,71	1,92	1,15	- 2,11	- 6,72	- 1,25
Unité de Soins de Longue Durée (USLD)	- 0,57	- 0,45	- 0,3	- 0,57	- 0,9	- 1,19
École et Institut de Formation des Professionnels Paramédicaux et de Sages-Femmes (IFSI)	0,13	0,22	0,27	0,17	0,38	0,23
Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD)	- 1,01	- 0,98	- 1,12	- 1,12	- 0,75	- 0,13
Service de Soins à Domicile pour Personnes Âgées (SIDPA)	- 0,02	- 0,03	- 0,12	- 0,22	- 0,04	0,02
Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)				0,08	0,31	0,28
Dotation non Affectée (DNA)	- 1,32	- 1,17	1,05	- 1,88	8,01	6,44
Groupements hospitaliers territoriaux (GHT)			0	0	0	0
Résultat budgets annexes	- 2,79	- 2,41	- 0,23	- 3,55	7,02	5,6
Résultat consolidé	-0,08	-0 ,48	0,92	- 5,66	0,3	4,4

Source : Comptes de gestion

L'équilibre financier demeure précaire. Le déficit chronique est imputable principalement aux budgets annexes en début de période, en particulier la DNA anormalement déficitaire. Le budget H, cible du COPERMO, demeure excédentaire jusqu'en 2017 grâce aux efforts déployés. En revanche, à partir de 2018, il est le principal facteur de déficit, la situation antérieure s'inversant même en 2019 puisque ce sont alors exclusivement les excédents des budgets annexes qui couvrent le résultat fortement dégradé du budget principal.

S3/2230094/JFU 29/75

La situation financière du CHIPS opère un retournement notable en 2020 qui, certes, doit beaucoup à la cession d'une partie du site de Saint-Germain, pour 8,5 M€ (sur un montant global pluriannuel de 43,7 M€). Cependant, le déficit du budget H se réduit. En réponse à la chute d'activité engendrée par la crise sanitaire, l'assurance maladie a créé une garantie financière couvrant les mois de mars à décembre 2020, qui assure le versement de recettes correspondant à l'activité 2019. Ce mécanisme a été reconduit pour toute l'année 2021. S'y ajoutent les aides exceptionnelles attribuées pour compenser les surcoûts liés aux contraintes sanitaires, ainsi que les revalorisations décidées dans le cadre des accords professionnels dit Ségur.

#### 5.2.3 La qualité de la prévision budgétaire

Si la trajectoire financière réelle s'éloigne de plus en plus des prévisions pluriannuelles, en revanche les EPRD annuels témoignent d'une relative sincérité budgétaire. Les charges sont budgétées de manière sincère, voire prudente certaines années : leur taux d'exécution excède de moins de 1 % les montants budgétés en 2016 et 2017. Elles sont même sous-réalisées en 2018 et 2019. En revanche, les produits, qui en 2016 et 2017 sont réalisés avec un décalage là encore inférieur à 1 %, accusent une nette surévaluation en 2018 et surtout 2019 (près de 5 %). L'année 2020 voit autant les produits que les charges en sur-exécution respective de 2,5 % et 2 %, en lien avec l'impact (évidemment difficile à anticiper) de la crise sanitaire.

en M€ 2016 2017 2018 2019 2020 Produits prévisionnels 278,09 279,64 299,04 277,65 292,31 Produits réalisés 277,57 279,50 273,92 284,90 299,38 Taux d'exécution en % 99,82 100,67 97,95 95,27 102,42 Dépenses prévisionnelles 276,62 276,14 283,90 289.43 288.88 278,05 279,57 284,60 294,99 Dépenses réalisées 278,59 Taux d'exécutionen % 100.89 98.48 98,33 102,11

Tableau n° 7 : Exécution budgétaire tous budgets confondus

Source: EPRD, comptes financiers

100,52

#### Le budget principal, d'un léger excédent à un déficit marqué 5.2.4

Compte tenu de la prégnance de cet objectif de retour à l'équilibre, la stratégie financière de l'établissement s'efforce d'engager les mesures d'économies prescrites par le COPERMO sans obérer le potentiel d'activité présent, en termes de ressources en soignants mais aussi et surtout futur, en termes d'investissements nécessaires à la mise à niveau de l'outil de production de soins.

Le budget principal, à savoir le budget H, représente environ 90 % des montants consolidés, tant en recettes qu'en dépenses.

Après trois années successives d'excédent en début de période, le budget principal présente un déficit en 2018 de 2.11 M€, et en 2019 de 6.72 M€, représentant respectivement 0.8 % et 2.7 % des recettes.

S3/2230094/JFU 30/75

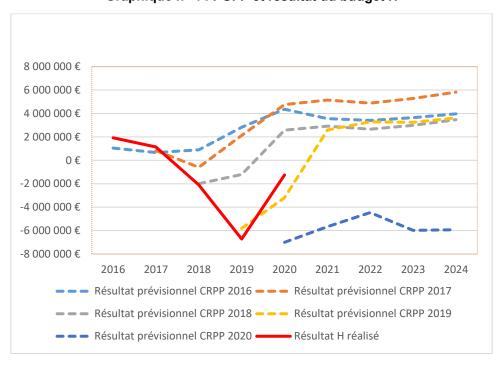
Tableau n° 8: Recettes et charges du budget principal

	2016	2017	2018	2019	2020	Évolution moyenne 2016/2019 en %	Évolution 2019/2020 en %
titre 1 charges relatives au personnel	165,24	165,79	167,33	169,13	179,20	0,8	6,0
titre 2 charges à caractère médical	47,97	49,78	47,12	47,71	46,93	- 0,2	- 1,6
titre 3 charges à caractère hôtelier et général	21,85	22,17	22,96	23,70	25,19	2,7	6,3
titre 4 amortissements, provisions, charges financières exceptionnelles	19,20	16,79	17,02	18,27	16,76	- 1,6	- 8,2
Total charges	254,26	254,54	254,42	258,80	268,08	0,6	3,6
Évolution annuelle en %		0,1	0,0	1,7	3,6		
titre 1 produits de l'assurance maladie	200,27	198,30	198,89	200,73	221,56	0,1	10,4
titre 2 produits de l'activité hospitalière	20,99	21,62	21,65	20,61	17,56	- 0,6	- 14,8
titre 3 autres produits	34,92	35,76	31,77	30,74	27,70	- 4,2	- 9,9
Total produits	256,18	255,68	252,31	252,08	266,82	- 0,5	5,8
Évolution annuelle en %		- 0,2	- 1,3	- 0,1	5,8		
Résultats	1,92	1,15	- 2,11	- 6,72	- 1,25		
Résultats hors aides (AC dédiées au projet d'investissement de l'établissement)	1,83	0,95	- 2,39	- 7,10	- 1,73		

Source : retraitement Comptes de gestion

Le résultat du budget principal s'éloigne ainsi de la trajectoire arrêtée dans les documents budgétaires annuels et pluriannuels. Par conséquent, puisque chaque PGFP repart du dernier résultat comptable, au fil des PGFP l'ajustement nécessaire apparaît de plus en plus brutal. Seul le redressement plus net que prévu de 2020, lié notamment au soutien financier durant la crise sanitaire, paraît enrayer ce décalage croissant.

Graphique n° 4 : PGFP et résultat du budget H

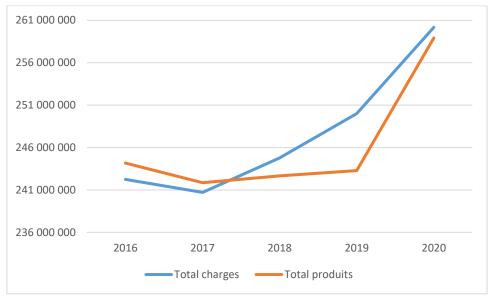


Source : CRPP et comptes de gestion

S3/2230094/JFU 31/75

Après retraitement<sup>39</sup>, il apparaît que, de 2016 à 2019, les produits stagnent, enregistrant une diminution moyenne de 0,1 % annuellement. Or, dès 2017, le rythme de progression des charges s'infléchit nettement et accuse une dynamique annuelle de 1,1 % que l'évolution des produits ne peut absorber.

Graphique n° 5 : Évolution des charges et des produits de 2016 à 2020 (hors rétrocession de médicament)



Source : comptes de gestion

#### 5.2.4.1 Les recettes en baisse, reflet de la diminution de l'activité

Les recettes se composent en moyenne entre 2016 et 2019 pour 79 % de produits de l'assurance maladie (titre 1), 8 % de produits de l'activité hospitalière (titre 2), et 13 % d'autres produits (titre 3).

Les recettes baissent en moyenne, entre 2016 et 2019, de 0,5 % par an. La dynamique des recettes du titre 1 et 2 reste faible, voire négative. Parallèlement, le GHI est soumis aux fluctuations conjoncturelles du titre 3 comprenant notamment des recettes exceptionnelles et reprises sur amortissement, dépréciations et provisions.

Tableau n° 9: La dynamique des recettes

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Évolution moyenne 2016/2019 en %	Évolution 2019/2020 en %
titre 1 produits de l'assurance maladie	200,50	200,27	198,30	198,89	200,73	221,56	0,1	10,4
Évolution annuelle en %		- 0,1	- 1,0	0,3	0,9	10,4		
titre 2 produits de l'activité hospitalière	22,46	20,99	21,62	21,65	20,61	17,56	- 0,6	- 14,8
Évolution annuelle en %		- 6,6	3,0	0,2	-4 ,8	- 14,8		
titre 3 autres produits	34,33	34,92	35,76	31,77	30,74	27,70	- 4,2	- 9,9
Évolution annuelle en %		1,7	2,4	- 11,2	- 3,3	- 9,9		
Total produits	257,29	256,18	255,68	252,31	252,08	266,82	- 0,5	5,8
Évolution annuelle en %		- 0,4	- 0,2	- 1,3	- 0,1	5,8		

Source : comptes financiers de l'établissement

S3/2230094/JFU 32/75

2

<sup>&</sup>lt;sup>39</sup> Notamment pour neutraliser l'effet des achats de médicaments rétrocédés.

La part des produits de la tarification, représentant en moyenne 64 % des produits de titre 1, baisse en moyenne de 0,9 % par an entre 2016 et 2019. Cette évolution moyenne est surtout marquée par une baisse moyenne de la tarification des séjours de 1,9 %, avec un décrochage en 2017 (- 3 %) et en 2019 (- 2 %). Pour 2020, elle revient à un montant équivalent à 2018.

La répartition des produits de la tarification à l'activité par pôle permet de constater une baisse, entre 2016 et 2019, des produits du pôle médecine interne et cardiologie (- 14 %), du pôle chirurgie (- 6 %) et du pôle mère enfant (- 4 %). Cette baisse s'explique, d'une part, par la diminution du nombre de séjours (- 3 %), et notamment en hospitalisation complète (9 %).

Tableau n° 10 : Les produits de l'assurance maladie (titre 1)

En M€	2016	2017	2018	2019	2020	Évolution moyenne 2016/2019 en %	Évolution 2019/2020 en %
Produits de la tarification à l'activité	130,44	127,78	127,64	127,07	129,51	- 0,9	1,9
Dont pdts de la tarification des séjours	121,59	117,95	117,17	114,72	117,26	- 1,9	2,2
Dont pdts des médicaments et dispositifs médicaux facturés en sus	8,86	9,83	10,47	12,35	12,25	11,7	- 0,8
Produits forfaitaires	53,10	53,35	53,25	54,25	71,65	0,7	32,1
Dont missions d'intérêt général et aide à la contractualisation (MIGAC)	12,98	13,21	13,38	13,62	30,38	1,6	123,0
Dont dotations annuelles de financement (DAF)	28,47	27,49	27,48	27,40	27,65	- 1,3	0,9
Produits faisant l'objet d'une tarification spécifique	16,43	16,02	17,31	18,08	18,84	3,2	4,2
Dont consultations externes	14,57	13,17	14,20	14,62	15,49	0,1	6,0
Produits autres (notamment exercices antérieurs)	0,29	1,16	0,69	1,34	1,57	7,6	
Total titre 1	200,27	198,30	198,89	200,73	221,56	0,1	10,4
Évolution annuelle en %		- 1,0	0,3	0,9	10		

Source : comptes financiers de l'établissement

Les produits forfaitaires correspondant aux soutiens versés par l'ARS, notamment les MIGAC, progressent de 0,7 % sur la même période. L'établissement n'a pas fait l'objet d'un soutien spécifique de retour à l'équilibre. Il convient toutefois de noter qu'au regard du contexte de la crise sanitaire, l'ARS a apporté un soutien financier complémentaire de 16,8 M€ pour compenser la perte d'activité et faire face à des charges liées au COVID (achat de test, prime du personnel liée à la crise...). Enfin une aide sous forme de dotations d'aide à la contractualisation pour un montant globale de 9,5 M€ est versée annuellement dans le cadre du projet d'investissement de reconstruction depuis 2016.

Les produits faisant l'objet d'une tarification spécifique, représentant en moyenne 8,5 % des produits du titre 1, progressent en moyenne de 3,2 % par an entre 2016 et 2019. Ils concernent essentiellement les consultations externes.

Enfin, les autres produits progressent en moyenne de plus de 65 % sur la période, mais représentent moins de 1 % des produits du titre 1. Ils concernent les produits des exercices antérieurs, au demeurant très fluctuants selon les années.

Le titre 2 retrace essentiellement les produits restant à la charge des patients ou des organes complémentaires. La baisse moyenne de 0,6 % entre 2016 et 2019 tient beaucoup à la diminution des séjours en hospitalisation complète soumis au prix de journée.

S3/2230094/JFU 33/75

Les autres produits du titre 3, représentant en moyenne 13 % des recettes, baissent en moyenne entre 2016 et 2019 de 4,2 %. Cette évolution concerne notamment les produits des rétrocessions de médicaments à partir de 2018. Cette baisse s'explique en partie par la possibilité de délivrer par les officines de ville des médicaments auparavant délivrés uniquement en centre hospitalier. Elle est compensée par une diminution équivalente des achats de ces médicaments. Hors rétrocession, la diminution des produits de titre 4 se limite à 1,4 % par an en moyenne.

La stagnation des produits jusqu'en 2019 doit donc beaucoup à une activité déclinante, qui exerce principalement son impact sur les recettes de titre 1, à raison d'une diminution des recettes de tarification des séjours de près de 7 M€, mais également, de manière plus marginale, sur le titre 2. Si l'année 2020 rompt cette dynamique déclinante, le caractère exceptionnel des produits destinés à compenser les surcoûts et la perte d'activité ne permet pas de savoir si la tendance est destinée à s'inverser durablement.

#### **5.2.4.2** Une maîtrise partielle des charges

Les charges se composent en moyenne entre 2016 et 2019 pour 68 % de charges de personnel, 15 % de charges à caractère médical, 9 % de charges à caractère hôtelier et général et de 7 % de charges diverses.

Évolution Évolution moyenne 2015 2016 2017 2018 2019 2020 En M€ 2019/2020 2016/2019 en % <u>en</u>% Titre 1 charges relatives au personnel 165.79 167.33 169.13 179.20 163.84 165.24 0,8 6,0 Évolution annuelle en % 0,9 0,3 0,9 1,1 6.0 47,71 46,93 Titre 2 charges à caractère médical 47.54 47,97 49,78 47,12 - 0,2 - 1,6 - 1,6 0,9 3,8 - 5,3 1,3 Évolution annuelle en % 25,19 Titre 3 charges à caractère hôtelier et général 21,56 21,85 22,17 22,96 23,70 2,7 6,3 Évolution annuelle en % 1,4 1,5 3,5 3,2 6,3 Titre 4 amortissements, provisions, charges 19,20 16,79 17,02 18,27 16,76 21.63 - 1.6 - 8.2 financières exceptionnelles - 12,5 - 8.2 - 11,3 1,3 7,4 Évolution annuelle en % 254,54 268,08 **Total charges** 254,58 254,26 254,42 258,80 0,6 3,6 Évolution annuelle en % - 0,1 0,1 1,7 3,6

Tableau n° 11 : La dynamique des charges

Source : retraitement Comptes de gestion

Si, facialement, les charges semblent connaître une évolution modérée, contrairement aux produits, elles progressent, une fois retraitées des achats de médicaments rétrocédés, en moyenne entre 2016 et 2019, de 1,1 % par an.

Les charges à caractère médical, deuxième poste de dépense, qui évoluent principalement en corrélation avec l'activité de l'établissement, baissent en moyenne de - 0,2 % entre 2016 et 2019. La chute d'activité liée à la crise sanitaire avec la déprogrammation massive d'interventions entraîne une diminution marquée en 2020.

Le second déterminant des charges à caractère médical correspond à des achats de médicaments non délivrés dans les officines de ville, mais directement distribués par la pharmacie de l'établissement. La variation de ces achats de médicament reste conjoncturelle, car de nouveaux médicaments peuvent être mis sur le marché et uniquement délivrés par les officines hospitalières ou, *a contrario*, la réglementation peut ouvrir aux officines de ville la distribution de certains médicaments

S3/2230094/JFU 34/75

Les charges à caractère hôtelier et général progressent de 2,7 % en moyenne entre 2016 et 2019. Si l'évolution de ces charges reste contenue en 2016 (+ 1,4 %) et 2017(+ 1,5 %), elles progressent de façon plus significative en 2018 (+ 3,5 %) et 2019 (+ 3,2 %). La hausse de 1,5 M€ constatée au cours de ces deux années s'explique essentiellement par la progression de la contribution GHT (passant de 178 499 € en 2017 à 645 842 € en 2019), l'impact des réformes de 2018 et 2019 des transports sanitaires (la charge afférente passant de 1,8 M€ en 2017 à 2,3 M€ en 2019), et la hausse des admissions en non- valeur (de 130 570 € en 2017 à 439 372 € en 2019), au demeurant compensées par une provision.

La nouvelle et forte hausse (+ 6,3 %) de ces charges en 2020 traduit une partie des surcoûts des crises sanitaires : hausses de consommations mais aussi prestations supplémentaires de contrôle d'accès aux sites.

L'oscillation des charges d'amortissement, provision, charges financières et exceptionnelles sur la période doit beaucoup aux changements de méthode. Ainsi, la diminution des dotations aux amortissements s'explique tant par l'apurement de l'actif en 2017 à la suite de la certification des comptes, qu'à la mise en œuvre des méthodes d'amortissement par composants et au prorata temporis sur les immobilisations de l'année et les acquisitions antérieures. De même, après avoir diminué en 2017, les provisions pour risques et charges accusent une hausse de 1,25 M€ en 2019, en raison notamment de nouvelles méthodes d'évaluation en coût moyen des provisions pour CET du personnel médical.

Enfin, la progression des charges exceptionnelles intègre une partie de la contribution relative au FIPHFP<sup>40</sup> et le paiement d'indus pour 332 000 € dans le cadre de contrôle externe de l'activité par l'assurance maladie.

Les charges de personnel représentent de loin le premier poste de dépenses, totalisant deux tiers des charges totales.

Ces charges demeurent globalement contenues. Concernant le personnel permanent<sup>41</sup>, si l'on considère la seule rémunération hors charges sociales, elle augmente de 0,85 % en moyenne annuelle, aussi bien pour les personnels non médicaux que médicaux. Les facteurs d'évolution divergent néanmoins : les ETPR de PNM ont diminué régulièrement, de 2 903,8 au 31/12/2016 à 2 831,5 au 31/12/2019, d'où une réduction en volume de près de 2,3 M€. Mais le renchérissement du coût par ETP atteint 4,5 M€ sur la période.

S3/2230094/JFU 35/75

\_

<sup>&</sup>lt;sup>40</sup> Le **fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique** (FIPHFP) est un organisme français créé par le décret n° 2006-501 du 3 mai 2006¹. Cette création découle de la loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Le **FIPHFP** a le statut d'établissement public administratif avec une gestion confiée à la Caisse des dépôts et consignations<sup>2</sup>. Les sommes collectées (sur le même principe que l'Agefiph pour le secteur privé) proviennent des contributions des employeurs publics qui ne satisfont pas à l'obligation d'emploi de 6 % de travailleurs handicapés (ou assimilés). Le fonds finance en contrepartie des aides destinées à favoriser l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique.

<sup>&</sup>lt;sup>41</sup>Titulaires, stagiaires, CDI, CDD et vacataires pour le personnel non médical ; praticiens hospitaliers, praticiens associés, praticiens contractuels et autres pour le personnel médical, mais hors intérim, internes et étudiants— données bilans sociaux

2 000 000 € 1 600 000 € 1 200 000 € 800 000 € 400 000 € 0€ -400 000 € -800 000 € -1 200 000 € 2016-17 2017-18 2018-19 PNM effet volume PNM effet prix PM effet volume PM effet prix evol

Graphique n° 6 : Décomposition de l'évolution de la rémunération du personnel permanent

Source : retraitement des comptes financiers

Cette modération répond aux objectifs du COPERMO. Dès 2016, la maîtrise des charges de personnel a pu être réalisée grâce à une redéfinition des organisations et des effectifs cibles par service. Une baisse des effectifs rémunérés de 103,39 ETP pour les personnels non médicaux et 14,32 ETP pour les personnels médicaux au 31/12/2016 par rapport aux effectifs au 31/12/2013 est constatée.

L'engagement au COPERMO de restitution des effectifs à hauteur de 167 ETP par rapport aux effectifs moyens rémunérés de 2013 a été atteint sur l'année 2018. Les effectifs 2019 sont inférieurs de près de 221 ETP par rapport à 2013, référence du plan de retour à l'équilibre préalable au COPERMO. Toutefois, si l'établissement a pu opérer ces restitutions de postes, il a vu parallèlement ses dépenses d'heures supplémentaires et d'intérim nettement croître sur certaines spécialités en tension.

En effet, dès 2016, l'établissement recourt davantage au personnel intérimaire, à la fois pour le personnel médical et non médical. Les charges de personnel externe progressent ainsi de 21 % entre 2016 et 2019. Quant aux heures supplémentaires, elles augmentent de 14 % sur la même période.

L'année 2020 est marquée par des effets prix très importants. La masse salariale progresse de 11,1 M€, dont :

- 4,3 M€ de prime Covid compensée en produits pour le financement de cette prime ;
- 2,5 M€ de dépenses pour la première phase des mesures salariales du Ségur (2,23 M€ de complément de traitement indiciaire et 0,24 M€ en revalorisation de l'IESPE42 pour le personnel médical);
- 0,7 M€ de majoration des heures supplémentaires du personnel non médical pour les 1ère et 2ème vagues.

Les besoins de renforts en personnel sanitaire se traduisent également par une augmentation du recours aux personnels contractuels : la hausse est de 4 % pour le personnel non médical, et 17 % pour le personnel médical.

S3/2230094/JFU 36/75

\_

<sup>&</sup>lt;sup>42</sup> L'indemnité d'engagement de service public exclusif (IESPE) est versée aux praticiens hospitaliers à temps plein et également, maintenant, à ceux en période probatoire, qui s'engagent, pour une période de trois ans renouvelables, à ne pas exercer une activité libérale (exercice de leur activité doit exclusivement se faire à l'hôpital ou en EHPAD).

#### 5.2.5 La dotation non affectée déficitaire

La dotation non affectée regroupe les charges et produits de l'hôpital non dédiés à une activité identifiable, mais concernant l'établissement dans son ensemble, tel que le patrimoine non hospitalier. Elle est normalement à l'équilibre, voire excédentaire.

Or le budget A présente un déficit chronique de 1,8 M€, qui est principalement imputable au résultat d'exploitation et financier, lequel enregistre un déficit moyen de 1 M€. Les résultats excédentaires 2017 et 2019 s'expliquent uniquement par des opérations exceptionnelles de cession d'actifs. En 2017, l'établissement cède la maison de retraite bon repos à Saint-Germain-en-Laye pour un montant de 3 M€, et en 2019, une partie du site de Saint-Germain pour un montant de 10,2 M€. En 2020, le résultat excédentaire de 6,43 M€ s'explique également par une partie de la cession des actifs immobiliers du nord du site de Saint-Germain pour un montant de 8,77 M€.

Tableau n° 12 : Le résultat net du budget de la dotation non affectée

En €	2016	2017	2018	2019	2020	Commentaire
Charges d'exploitation	2 701 535	2 677 084	2 629 367	2 545 996	2 606 488	gestion de la crèche et
Produits d'exploitation	2 433 973	1 671 887	1 611 833	1 468 452	1 345 110	des mises à disposition de personnels à la BIH 78
Résultat d'exploitation	- 267 562	- 1 005 197	- 1 017 534	- 1 077 544	- 1 261 377	
Charges financières	915 235	888 499	860 940	839 322	822 505	remboursement des intérêts du prêt relatif à
Produits financiers	0	0	0	0	0	l'achat du terrain de Chambourcy
Résultat financier	- 915 235	- 888 499	- 860 940	- 839 322	- 822 505	
Charges exceptionnelles	0	146 869	11 097	340 726	259 636	
Produits exceptionnels	11 224	3 091 613	7 313	10 267 936	8 778 572	cession d'actif
Résultat exceptionnel	11 224	2 944 745	- 3 784	9 927 210	8 518 936	
Total charges	3 616 769	3 712 452	3 501 403	3 726 044	3 688 629	
Total produits	2 445 197	4 763 500	1 619 146	11 736 388	10 123 682	
Résultat net comptable	- 1 171 572	1 051 049	- 1 882 257	8 010 344	6 435 054	

Source : retraitement CRC comptes de gestion

Le résultat d'exploitation concerne essentiellement des dépenses de personnels destinées à l'exploitation de la crèche de l'hôpital, en progression du fait de l'augmentation des personnels employés (35 ETPR en début de période à 41,5 ETPR en 2019) et de mises à disposition de personnels auprès de la BIH78, pour environ 25 ETPR. À cela s'ajoute le remboursement des charges communes de l'hôpital, des charges diverses de fonctionnement et des dotations aux amortissements.

La seconde source du déficit (propre au budget A) réside dans le remboursement des charges d'intérêts du prêt pour l'achat du terrain de Chambourcy.

S3/2230094/JFU 37/75

# 5.3 Financer à la fois la dette passée et la rénovation de l'outil de production excède les capacités de l'établissement

#### 5.3.1 Le terrain de Chambourcy : une charge durable pour l'établissement

En 2009, l'établissement a signé un compromis portant sur un terrain nu de neuf hectares, achat réalisé en 2010 auprès du promoteur immobilier SOPIC, pour un coût de 20,5 M€<sup>43</sup>. Cette acquisition avait pour objectif de regrouper les établissements de Poissy et de Saint-Germain sur un seul site. La chambre renvoie à son précédent rapport, publié le 7 janvier 2014, à ce sujet. L'établissement a contracté deux emprunts auprès de Dexia Crédit local en 2008 couvrant la quasi-totalité du coût d'acquisition. Entré en phase toxique, l'un de ces emprunts a été renégocié et désensibilisé en 2010 en deux emprunts. Le projet de reconstruction d'un établissement unique a été toutefois arrêté par l'ARS en janvier 2011 au motif de l'incapacité de la structure à faire face aux investissements et de la faiblesse du projet médical.

Le terrain acquis était grevé de deux contraintes : d'une part, une partie du terrain n'est pas constructible comme le précise l'acte de vente, et le PLU de la ville de Chambourcy autorise des constructions exclusivement à vocation sanitaire sur la partie constructible. D'autre part, l'acte stipulait un pacte de préférence<sup>44</sup> avec la SOPIC durant 10 ans. De ce fait le CHIPS n'a pu vendre le terrain jusqu'alors.

Le pacte de préférence étant échu depuis 2020, le CHIPS a entrepris des démarches pour céder la parcelle et identifié deux acquéreurs potentiels. Il souhaite vendre le terrain au minimum pour son prix d'acquisition et consacrer le produit à améliorer sa trésorerie et résorber l'impasse sus-mentionnée, dans le cadre du plan de redressement.

Si le CHIPS parvient à recouvrer l'investissement initial, voire à réaliser une plus-value, l'opération ne s'en est pas moins avérée coûteuse pour ses finances. En effet, les emprunts qui ont financé l'achat de ce terrain<sup>45</sup> ont été conclus à un taux d'intérêt rétrospectivement élevé compte tenu de la faible inflation prévalant sur la période sous revue, et emportent une charge d'intérêt de 0,8 à 0,9 M€ sur la période.

Tableau n° 13: La quote-part des frais financiers du terrain de Chambourcy

Établissement. crédit	n° contrat	Montant origine en €	Taux d'intérêt en %	Niveau de risque (charte "Gissler") Date de signature		Date de début	Date de fin
Dexia crédit local	263004	40 000 000,00	5,11	1D	24/10/2008	31/10/2008	01/10/2038
Dexia crédit local	MPH273612EUR	13 000 000,00	4,57 <sup>46</sup>	1B	17/12/2010	01/10/2011	01/10/2038
Dexia crédit local	MPH273623EUR	12 892 389,88	4,955	1A	17/12/2010	01/10/2011	01/10/2038
						2016	912 257,00
						2017	879 231,00
	Cha	rge d'intérêt inscri	ite au budget	A en €		2018	832 139,00
						2019	809 014,00
						2020	

Source : rapport 2019 du CAC et tableau de calcul de l'actif et de l'emprunt du terrain de Chambourcy

<sup>46</sup> Jusqu'en 2031, taux variable ensuite.

S3/2230094/JFU 38/75

<sup>&</sup>lt;sup>43</sup> Frais de notaire déduits

<sup>&</sup>lt;sup>44</sup> Un pacte de préférence est, en droit civil, un contrat par lequel une partie s'engage à ne pas conclure un contrat déterminé (ici, une vente) avec un tiers avant d'avoir proposé prioritairement au bénéficiaire du pacte de préférence de conclure ledit contrat aux mêmes conditions.

 $<sup>^{45}</sup>$  L'encours de ces trois emprunts, qui se monte à 65,9 millions d'euros (après la restructuration) est consacré à 52,5 % à l'acquisition du terrain de Chambourcy (rapport du CAC 2019).

Ainsi, le financement de cette acquisition aura engendré, de 2009 à 2021, pour plus de 12 M€ de charge d'intérêt (13 M€ en montant corrigé de l'inflation), et devrait coûter à l'établissement encore environ 7,65 M€ (6,71 M€ en valeur actualisée sous l'hypothèse d'une inflation à 2 % par an) de 2022 à l'échéance de l'emprunt, en 2038. Il s'agit ici d'un coût net : puisque le terrain est inutilisé et ne porte aucune activité, il n'a aucune rentabilité propre, il ne crée pas de valeur qui compense et justifie le coût de l'emprunt. En théorie, l'établissement pourrait rembourser par anticipation ces prêts après la vente du terrain. Cependant, compte tenu du taux d'intérêt élevé au regard des taux en vigueur au début de l'année 2022, l'indemnité de remboursement anticipé, qui intègre le capital restant dû et les flux d'intérêt actualisés, serait vraisemblablement dissuasive, ainsi que le CHIPS l'a lui-même constaté.

À ce coût direct, s'ajoute une somme amplement supérieure correspondant aux ressources humaines consacrées en vain à ce projet et surtout le retard pris dans l'investissement, la reconstruction/rénovation de l'outil de production et la réflexion sur le positionnement de l'établissement qui ont engendré une perte sèche d'activité en dix ans, de l'abandon du projet de Chambourcy à la mise en service du nouveau bâtiment. Ainsi, si l'on considère que les emprunts, au lieu de financer l'achat du terrain, avaient permis de financer le nouveau bâtiment de Poissy pour un montant équivalent, en d'autres termes que le projet du nouveau bâtiment avait été lancé en 2009 plutôt qu'en 2015, et mis en service en 2013 plutôt qu'en 2019 (date initiale de livraison), cet investissement aurait rapporté l'équivalent en 2022 de près de 20 M€ supplémentaires (corrigés de l'inflation), au taux de retour sur investissement retenu dans le COPERMO de 7,61 %. Il s'agit ici naturellement d'une hypothèse simplificatrice à seule fin de donner un ordre de grandeur. En d'autres termes, le CHIPS a financièrement durablement pâti de ce projet avorté, qui explique une part importante des déficits constatés sur la période.

#### **5.3.2** Un endettement important

Le CHIPS a, au 1<sup>er</sup> janvier 2022, 24 contrats d'emprunts en cours, souscrits auprès de cinq banques différentes. L'encours de la dette a brutalement crû, à partir de 2018, pour financer les projets d'investissement portés au COPERMO, dont la construction du nouveau bâtiment.

Tableau n° 14 : Encours de dette

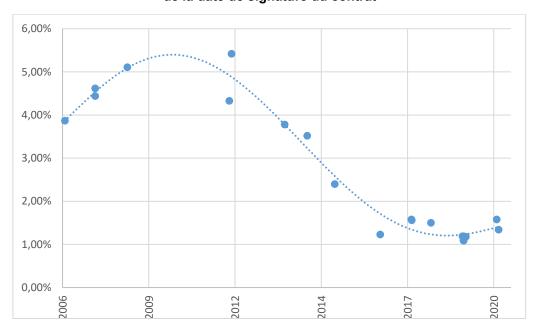
	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Dettes financières	77 972 019	81 175 821	93 291 370	113 866 655	115 927 538	116 689 888

Source: comptes de gestion, PGFP 2020 pour 2021

S3/2230094/JFU 39/75

La grande majorité de ces emprunts ne présente pas de risque intrinsèque. Vingt d'entre eux ont été souscrits à taux fixe et il n'y a aucun emprunt à amortissement in fine. Tous les emprunts sauf deux sont cotés 1A sur la charte dite de Gissler, c'est-à-dire qu'ils ne présentent pas de risque de taux (formule d'intérêt en euros, sans multiplicateur). Deux emprunts souscrits auprès de la société de financement local (SFIL) (dont une partie destinée à financer le terrain de Chambourcy) et représentant, au 1er janvier 2022, 15 % de l'encours sont cotés respectivement 1B et 1D<sup>47</sup>: ces emprunts souscrits initialement auprès de DEXIA pour financer le projet avorté de site unique, comportaient des formules d'intérêts complexes qui sont entrées en phase dite toxique48; ils ont donc été renégociés pour les désensibiliser et réduire le risque qu'ils portent. Ils présentent en réalité un risque de taux très faible aujourd'hui : le taux d'intérêt de ces deux emprunts est en effet fixe durant les 20 premières années de l'emprunt, et ce n'est qu'à partir de 2031 que la formule de calcul d'intérêt qui justifie le classement respectivement dans les catégories 1B et 1D. En d'autres termes, si le taux d'intérêt futur est susceptible de croître (potentiellement jusqu'à des niveaux très élevés), il ne s'appliquera qu'à un volume de capital restant dû réduit. La dette du CHIPS ne présente donc que très peu de risques.

Pour autant, l'impact de la crise bancaire et de la crise des emprunts toxiques de 2008-2012 demeure encore sensible, du fait que les taux d'intérêts accordés durant cette période étaient élevés.



Graphique n° 7 : Taux d'intérêt des emprunts à taux fixe en fonction de la date de signature du contrat

Source : tableau d'amortissement des emprunts, calculs de la chambre

L'impact est d'autant plus sensible que les emprunts à taux fixe élevé représentent encore une fraction conséquente du capital restant dû : 20 % de celui-ci porte un intérêt supérieur à 4,5 %.

S3/2230094/JFU 40/75

<sup>&</sup>lt;sup>47</sup> La charte Gissler cote les emprunts sur une double échelle, de 1 à 5 pour l'indice sous-jacent et de A à E pour le taux d'intérêt. Un emprunt 1A est un emprunt à taux fixe ou taux variable simple, taux construit sur un indice de la zone euro. Un emprunt 1B est un emprunt à barrière simple sans multiplicateur construit sur un indice de la zone euro. Un emprunt 1D correspond à un taux avec multiplicateur jusqu'à 3 (ou jusqu'à 5 si capé) construit sur un indice de la zone euro.

<sup>&</sup>lt;sup>48</sup> C'est-à-dire qu'à la suite de l'évolution des sous-jacents la formule de calcul de l'intérêt aboutit à des taux d'intérêts élevés, voire très élevés, qui alourdissent considérablement la charge de la dette voire s'avèrent insoutenables pour l'emprunteur.

100% cumul du capital restant dû au 1/1/22 90% 80% 70% 60% 50% 40% 30% 20% 10% 0% 1,0% 2,0% 2,5% 3,0% 3,5% 4,0% 4,5% 5,0% 0,0% 0,5% 1,5% 5,5% taux d'intérêt des emprunts à taux fixe

Graphique n° 8 : Encours de l'emprunt en fonction du taux d'intérêt pour les emprunts à taux fixe

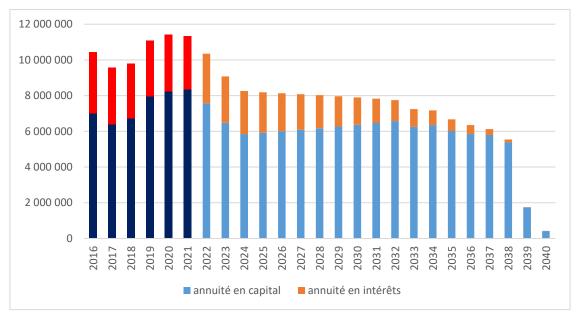
Source : tableau d'amortissement des emprunts, calculs de la chambre

Le CHIPS conclut majoritairement des emprunts longs, la durée standard s'élevant à 20 ans, et à amortissement constant pour la plupart. Ce profil de la dette marque une rupture avec la précédente période sous revue (2006-2011), durant laquelle un volume important d'emprunts de courte durée et/ou à amortissement progressif générait une charge de la dette problématique. De ce point de vue également, la dette actuelle de l'établissement est plus soutenable que précédemment.

En réponse aux observations provisoires de la chambre, l'établissement indique ne pas avoir engagé de renégociation des prêts contractés en 2009 en raison d'indemnités de remboursement anticipé prohibitives.

Le service de la dette a atteint son pic en 2020 et 2021, mais restera élevé : le remboursement en capital absorbera environ 6 M€ par an pour les quinze prochaines années. Le CHIPS devra donc dégager une CAF équivalente pour simplement assurer le service de la dette sans fragiliser sa situation financière.

S3/2230094/JFU 41/75



Graphique n° 9 : Profil d'extinction de l'encours de dette actuel

Source : tableau d'amortissement des emprunts, calculs de la chambre

Dans la mesure où le PGFP anticipe une CAF de 6,1 M€ en moyenne sur la période 2022-2026, les marges de l'établissement pour financer ne serait-ce que l'investissement courant sont minimes via l'autofinancement et limitées par emprunts nouveaux. Or ce même PGFP prévoit de souscrire, sur cette période, 7 M€ d'emprunts nouveaux par an. Ce montant est en nette diminution par rapport aux années précédentes (15,5 M€ par an sur la période 2017-2021), mais il apparaît difficilement soutenable sans aide.

#### Un établissement durablement en alerte financière

En tout état de cause, la souscription de nouveaux emprunts par le CHIPS est soumise à autorisation de l'ARS aux termes de l'article D. 6145-70 du CSP. Le recours à l'emprunt est restreint aux établissements excédant deux des trois seuils suivants :

- un ratio d'indépendance financière<sup>49</sup> supérieur à 50 %;
- une durée apparente de la dette<sup>50</sup> supérieure à 10 ans ;
- un encours de dette<sup>51</sup> supérieur à 30 %.

En concordance avec l'évolution de sa situation financière, le CHIPS retrouve, dès 2017, ce régime d'autorisation préalable qui était déjà le sien lors du précédent contrôle. La légère amélioration de ces ratios en 2020 doit essentiellement au soutien financier reçu durant la crise sanitaire pour compenser la perte d'activité

S3/2230094/JFU 42/75

<sup>&</sup>lt;sup>49</sup> Part de la dette dans les capitaux permanents. En toute rigueur il s'agit d'un ratio de dépendance financière

<sup>50</sup> Nombre d'années nécessaires au remboursement complet de la dette si la capacité d'autofinancement y est consacrée en totalité 51 Dette rapportée au total des produits toutes activités confondues

Tableau n° 15 : Évolution constatée des ratios conditionnant la limitation du recours à l'emprunt

Ratio	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Cible
Taux d'indépendance financière en %	61	61	69	71	71	66	50
Durée apparente de la dette	7,2 ans	7,7 ans	14,3 ans	37,7 ans	IAF	19,9 ans	10 ans
Dettes/Produits en %	30	28	29	33	40	39	30

Source : comptes de gestion et rapports financiers

Les projections financières de l'établissement ne prévoient pas de sortie du régime d'autorisation à moyen terme, en lien avec la seconde phase du projet d'investissement. Il convient toutefois de rappeler qu'en dépit d'une durée apparente de la dette légèrement inférieure à 5 ans, le ratio d'indépendance financière atteignait 90 % en 2011. Toujours défavorable et préoccupante, la situation actuelle traduit néanmoins une amélioration relative.

Tableau n° 16 : Évolution prévisionnelle des ratios conditionnant la limitation du recours à l'emprunt

Ratio	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Taux d'indépendance financière en %	63	62	63	65	68	71
Durée apparente de la dette	29,1	17,4	19,4	20,9	19,1	18,6
Dettes/Produits en %	41	38	41	41	42	41

Source: PGFP 2020, retraitement CRC

Ce projet d'investissement de long terme justifie la poursuite de l'endettement malgré la persistance d'une situation financière précaire. Ainsi, l'ARS autorise-t-elle, en 2019, la hausse du plafond d'emprunt par rapport à la trajectoire arrêtée en COPERMO, malgré l'avis négatif de la direction régionale des finances publiques (DRFiP) au motif que « le plan de financement n'est pas soutenable », en raison du « caractère prioritaire des opérations d'investissement prévues dans le cadre du COPERMO » et de l'importance de ce projet immobilier pour le redressement futur de l'établissement.

## 5.3.4 La reprise des investissements de renouvellement de l'outil de production

La précédente période sous revue se caractérisait par un outil de production vieillissant, nécessitant de nombreuses mises en conformité alors que du fait de ses difficultés financières, le CHIPS reportait les investissements nécessaires. Cette situation de sous-investissement a précisément justifié le recours au COPERMO investissement, dont les financements ont permis la reprise de l'investissement et le renouvellement des immobilisations. Cet effort correspond aussi à la hausse des dépenses de matériel.

S3/2230094/JFU 43/75

50 000 000 € 45 000 000 € Immobilisations en cours 40 000 000 € 35 000 000 € 30 000 000 € ■ Installations techniques 25 000 000 € matériel et outillage industriel et autres 20 000 000 € immobilisations 15 000 000 € Terrains et constructions 10 000 000 € 5 000 000 € 0 € 2016 2 0 1 7 2018 2019 2020

Graphique n° 10 : L'effort d'investissement

Source : retraitement CRC des comptes de gestion

Par conséquent, le taux de vétusté des immobilisations<sup>52</sup> (plus de 80 % en début de période), révélateur d'immobilisations vieillissantes à renouveler rapidement, est nettement redescendu.

Tableau n° 17 : Le taux de vétusté des équipements et des bâtiments (en %)

	2016	2017	2018	2019	2020
Installations techniques matériel et outillage	83	78	73	68	60
Installations générales agencement aménagements	100	100	92	74	nc
Matériel de transport	86	90	81	80	nc
Matériel de bureau	88	86	87	73	nc
Matériel informatique	76	83	83	87	nc
Mobilier	95	96	97	97	nc
Autres immobilisations corporelles	100	100	100	99	nc
Taux de vétusté des équipements	84	82	79	75	67
Taux de vétusté des bâtiments <sup>53</sup>	76	79	72	61	60

Source : retraitement CRC des comptes de gestion

La diminution de 15 points du taux de vétusté des bâtiments donne la mesure de l'effort d'investissement car les durées d'amortissement en sont longues, mais la baisse équivalente du taux de vétusté des installations techniques apparaît tout aussi significative du renouvellement de l'outil de production. Est qualifié de jeune toutefois un patrimoine présentant un taux de vétusté de moins de 40 %, dont les immobilisations du CHIPS de quelque nature qu'elles soient sont encore éloignées : l'effort d'investissement doit se poursuivre.

<sup>53</sup> Intégration des encours au compte 23 des bâtiments

S3/2230094/JFU 44/75

<sup>&</sup>lt;sup>52</sup> Qui correspond à la part moyenne des immobilisations déià amortie

Tableau n° 18 : Le rythme apparent de renouvellement des immobilisations propres (en années)

	2016	2017	2018	2019
Rythme apparent de renouvellement des immobilisations (immobilisations corporelles propres / investissement d'équipement de l'année)	57	45	29	14
Total constructions	184	96	60	16
Total installations techniques et industrielles	21	14	9	7
Total autres immo. corporelles	38	41	20	41
Intensité de l'investissement en % des produits	0,08	- 6,43	7,39	9,97

Source : retraitement CRC des Comptes de gestion

Le rythme apparent de renouvellement des immobilisations doit être comparé aux durées d'amortissement de ces dernières : les bâtiments sont généralement amortis sur 30 à 50 ans (et leurs composantes internes<sup>54</sup> sur des durées inférieures), les installations techniques sur 5 à 10 ans et les autres immobilisations corporelles sur 3 à 7 ans en fonction de leur nature. La situation de sous-investissement initiale est patente, mais le rajeunissement du patrimoine n'est manifeste que pour les constructions ; les installations techniques et industrielles rejoignant simplement, pour l'heure, un niveau acceptable de vétusté.

Parallèlement, l'accroissement du patrimoine du CHIPS entraînera à l'avenir un net accroissement des charges relatives aux dotations aux amortissements qui, d'un montant compris entre 8,4 M€ et 9 M€ de 2016 à 2019, passent déjà à près de 35 M€ en 2020 à la suite de l'entrée dans l'actif des premières immobilisations liées au nouveau bâtiment. S'il s'agit de charges calculées et non décaissées, qui n'exerce pas d'impact donc sur la trésorerie et abonderont sa capacité d'autofinancement, un tel montant viendra dégrader d'autant le résultat.

## 5.3.5 Un financement propre insuffisant à couvrir la charge de la dette passée et l'investissement

Pour assurer cette reprise de l'investissement, l'établissement peut de moins en moins compter sur l'autofinancement. En effet, le taux de marge brute n'a cessé de diminuer jusqu'en 2019, s'éloignant de plus de plus de la trajectoire définie en COPERMO en termes de redressement de la marge brute. Si l'objectif COPERMO est respecté en 2016, la trajectoire devait amener progressivement le CHIPS vers un taux de marge brute non aidée de 8 %, désormais illusoire.

\$3/2230094/JFU 45/75

\_

<sup>&</sup>lt;sup>54</sup> En cas d'amortissement par composantes

Tableau n° 19: Le taux de marge brute du budget principal

En M€	2016	2017	2018	2019	2020	Var annuelle moyenne en %
= Produits d'exploitation	237,36	236,96	234,11	234,00	250,68	1,4
- Sous-traitance médicale et médico-sociale	3,70	3,78	4,60	4,66	4,44	4,7
= Production propre	233,67	233,19	229,51	229,34	246,24	1,3
- Achats	46,57	47,80	43,01	43,80	43,14	- 1,9
- Services extérieurs	8,17	7,61	8,96	8,89	9,65	4,3
- Autres services extérieurs	8,63	9,57	9,66	10,02	10,41	4,8
- Impôts et taxes (hors taxes sur personnel)	0,07	0,02	0,11	0,07	0,08	4,1
= Valeur ajoutée	170,23	168,19	167,76	166,55	182,96	1,8
+ Autres subventions	0,58	0,48	0,48	0,47	0,47	- 5,0
- Charges totales de personnel	162,84	163,82	165,19	167,10	177,63	2,2
+ Remboursement de frais budgets annexes	4,62	4,73	4,73	3,98	4,41	- 1,2
= Résultat économique brut	12,59	9,57	7,78	3,90	10,20	-5,1
+ Autres produits de gestion	1,76	1,29	1,25	1,39	0,75	- 19,1
- Autres charges de gestion	0,22	0,38	1,07	1,29	1,29	55,2
= Marge brute d'exploitation	14,13	10,48	7,96	4,01	9,66	- 9,1
Taux de marge brute des produits en %	5,95	4,42	3,40	1,71	3,85	
AC investissement	95 290	190 580	285 870	381 160	476 450	
Taux de marge brute des produits hors aides en %	5,91	4,35	3,28	1,55	3,67	

Source : retraitement CRC des comptes de gestion

La légère diminution des produits d'exploitation et la stagnation de la production propre sont compensées par une notable maîtrise des achats, ce qui, malgré la progression du recours aux services extérieurs, permet de maintenir une valeur ajoutée constante. Ce solde intermédiaire de gestion possède néanmoins une portée limitée dans le secteur sanitaire, dont les facteurs de production sont principalement humains. Or, les charges de personnel progressent de plus de 2 % par an en moyenne.

L'établissement a atteint la cible du PREF initial de 2014, à savoir la restitution de 150 ETP en personnel non médical et 15 ETP en personnel médical en 2017. Cependant, parallèlement, les dépenses d'intérim médical ont fortement crû.

Dès lors que sont déduits de cette marge brute les frais financiers (dont la charge de la dette) pour obtenir la capacité d'autofinancement brute, celle-ci demeure structurellement faible, et même négative en 2019. Or la CAF brute doit permettre de faire face aux investissements passés et futurs, c'est-à-dire permettre de couvrir l'annuité d'emprunt en capital et dégager de l'autofinancement.

S3/2230094/JFU 46/75

Tableau n° 20 : Le financement de l'investissement (en €)

	2016	2017	2018	2019	2020
Insuffisance d'autofinancement	0,00	0,00	0,00	1 632 185,48	0,00
Titre 1 - Remboursement des dettes financières	7 038 876,11	6 408 513,88	6 724 800,75	7 975 856,02	8 245 177,02
Titre 2 - Immobilisations	5 305 597,30	13 251 320,64	28 406 445,82	43 025 177,83	31 863 599,68
Titre 3 - Autres emplois	478,34	475,00	100 127,40	10 852,65	5 240,00
Total des emplois	12 344 951,75	19 660 309,52	35 231 373,97	52 644 071,98	40 114 016,70
Capacité d'autofinancement	9 740 732,33	5 620 633,48	2 397 479,50	0,00	5 852 708,62
Titre 1 - Emprunts	3 408 211,17	9 705 477,70	16 904 559,35	30 602 403,25	11 003 027,10
Titre 2 - Dotations et subventions	365 241,28	512 530,81	10 843 756,18	6 297 885,45	12 837 154,82
Titre 3 - Autres ressources	3 050,00	3 130 398,83	15 908,83	10 264 499,00	8 938 131,45
Total des ressources	13 517 234,78	18 969 040,82	30 161 703,86	47 164 787,70	38 631 021,99
Apport au (prélèvement sur le) fonds de roulement	1 172 283,03	- 691 268,70	- 5 069 670,11	- 5 479 284,28	- 1 482 994,71

Source : retraitement CRC des comptes financiers

Ce schéma idéal ne s'observe qu'en 2016, soit avant la reprise de l'investissement : encore l'autofinancement dégagé est-il minime. À partir de 2017 la CAF brute suffit de moins en moins à couvrir l'annuité en capital de la dette, d'où une CAF nette négative. Si les investissements sont principalement financés par emprunts, les subventions, pour l'essentiel dans le cadre de l'aide apportée via le COPERMO investissement, en prennent une part importante qui atteint près de 40 %.

Le complément s'opère par prélèvement sur un fonds de roulement encore confortable en début de période. En effet, le haut de bilan s'accroît par accroissement concomitant des emplois stables (les investissements nouveaux) et des ressources stables (les emprunts). Néanmoins comme les premiers croissent un peu plus que les seconds, le fonds de roulement tend à se contracter.

Tableau n° 21 : Bilan fonctionnel

	2017	2018	2019	2020
Actif	•			
actif immobilisé	80 600 351	100 195 545	134 439 592	156 963 528
fonds de roulement	42 726 930	37 657 260	32 177 974	30 694 979
Passif	•			
fonds propres	31 536 857	35 999 199	42 656 643	60 114 360
dettes à long terme	80 363 183	90 542 941	113 169 488	115 927 338

Source : retraitement CRC des comptes de gestion

Les projections du PGFP ne prévoient pas d'inflexion majeure : sur toute la durée de projection, soit jusqu'en 2026, il est anticipé que la CAF nette demeure négative. La capacité d'emprunt du CHIPS demeure très limitée, et sera déjà totalement mobilisée : l'établissement dépendra donc encore plusieurs années d'aides extérieures pour investir.

S3/2230094/JFU 47/75

### **5.3.6 Le COPERMO 2021**

Le constat de son incapacité durable à financer son investissement au-delà de l'investissement courant a conduit le CHIPS à présenter un nouveau dossier en COPERMO en juillet 2021, cette fois uniquement au titre du COPERMO investissement, sans le coupler à un COPERMO performance.

La deuxième phase du projet d'investissement comprend la rénovation et la réhabilitation du bâtiment historique du site hospitalier de Poissy ; des opérations de rénovation, regroupement ou relocalisation de certaines activités médicales (psychiatrie, bloc opératoire, pédiatrie et dialyse et médico-techniques (stérilisation et laboratoires), pour un montant de 88,7 M€. Le CHIPS prévoit également 20 M€ d'investissement dans le matériel, principalement le matériel médical, afin d'en améliorer le taux de vétusté et de poursuivre le rattrapage.

Le dossier de COPERMO procède au chiffrage du financement prévisionnel et détaille le volume non encore financé. Le CHIPS reconnaît ainsi sans fard l'insuffisance de son autofinancement à moyen terme, tout comme le besoin de reconstituer le fonds de roulement sur lequel il a beaucoup été prélevé. Il souligne surtout qu'en raison des économies déjà réalisées, le principal levier devient (ou redevient) les recettes d'activité, tout en alertant sur l'importante hausse nécessaire pour absorber les coûts en hausse, en particulier les coûts de personnel soignant.

Par rapport à la situation qui prévalait avant le COPERMO de 2015, le CHIPS se trouve néanmoins mieux outillé, puisque l'aide massive à l'investissement consentie dans le cadre des COPERMO lui a permis de renouveler et moderniser son outil de production. Le CHIPS a également amélioré son pilotage financier, qui faisait l'objet de nombreuses observations du précédent rapport : là encore le COPERMO, par le chiffrage, la justification et le suivi des mesures qu'il implique, a pu favoriser ce pilotage plus fin, qui répond désormais aux recommandations précédemment émises par la chambre.



Grevé d'une dette conséquente et surtout improductive, le CHIPS peine, malgré ses efforts de restitution d'ETP, à sortir de déficits chroniques. Il demeure dépendant de l'aide de la tutelle pour investir et le restera longtemps. Néanmoins, pour défavorable que paraisse sa situation, elle traduit une amélioration par rapport au passé, dans la mesure où les ambitieux investissements réalisés et à venir laissent augurer des recettes futures.

### 6 LES RESSOURCES HUMAINES

# 6.1 La baisse des effectifs médicaux partiellement compensée par des effectifs de praticiens contractuels et intérimaires

En corrélation avec la rémunération, le nombre de personnel médical progresse passant ainsi de 431,55 ETP en 2016 à 458,4 ETP en 2020. Entre 2016 et 2020, l'établissement dispose de plus de 26 ETP supplémentaires.

Les ETP du personnel médical permanent baissent (- 18 ETP), notamment pour les emplois de praticiens hospitaliers, alors que le nombre d'ETP non permanent progresse de 45 ETP sur la même période. Il s'agit essentiellement de l'arrivée de praticiens contractuels en CDD et d'internes. Enfin, l'établissement fait appel à de l'intérim médical de manière croissante correspondant à plus de 8 ETP pour l'année 2020.

S3/2230094/JFU 48/75

Tableau n° 22 : Évolution du personnel médical en ETP

En ETP	CF 2016	CF 2017	CF 2018	CF 2019	CF 2020	Évolution en ETP 2016/2020
Praticiens enseignants et hospitaliers titulaires	4,18	4,46	4,35	4,5	4,01	- 0,17
PH temps plein (ou médecins temps plein ) et temps partiel	188,82	186,99	183,89	180,49	171,64	- 17,18
Attachés et attachés associés en triennal et en CDI	23,56	21,7	21,52	22,22	22,77	- 0,79
Praticiens contractuels en CDI	0	0				0
total Permanents	216,56	213,15	209,76	207,21	198,42	- 18
Praticiens enseignants et hospitaliers non titulaires et temporaire	2,99	2,61	2,72	2,49	2,33	- 0,66
Praticiens contractuels en CDD	19,06	21,53	25,63	35,3	35,79	16,73
Assistants et assistants associés	30,12	31,15	35,27	35,33	35,12	5
Autres praticiens à recrutement contractuel	26,39	21,18	18,99	19,43	26,1	- 0,29
Praticiens PHC (pour les contrats < 3 mois)	0	0	0	0		0
Attachés et attachés associés en CDD		0,75	1	0,75		0
Internes	105,22	103,21	113,98	109,67	123,66	18,44
Étudiants	27,06	29,43	25,14	25,74	28,88	1,82
Intérim médical	4,15	6,13	7,2	8,09	8,1	3,95
Total autres	214,99	215,99	229,92	236,8	259,98	45
Total PM	431,55	429,14	439,68	444,01	458,4	26,85

Source : retraitement des comptes financiers

Les charges de personnel médical répercutent cette évolution. La rémunération du personnel médical pèse pour 24 % de la rémunération totale, et se décompose en rémunération des praticiens hospitaliers titulaires pour 59 % en moyenne, des praticiens contractuels pour 18 %, des internes et étudiants pour 12 %, le reste étant dévolu à la rémunération de la permanence des soins et du temps de travail additionnel.

Deux tendances majeures émergent sur la période : d'une part la forte dynamique (+ 35 %) de la rémunération des praticiens contractuels, et le doublement de celle du personnel intérimaire médical, tandis que la rémunération des praticiens hospitaliers décroît doucement.

Tableau n° 23 : La rémunération du personnel

En M€	2016	2017	2018	2019	2020	Évolution 2016-2019 en %	Évolution moyenne 2016-2019 en %
Rémunérations du personnel non médical	86,84	88,45	88,76	89,72	91,74	3	1
Praticiens hospitaliers	16,68	16,26	16,41	15,94	15,79	- 4	- 1
Praticiens hospitaliers contractuels	4,58	4,63	5,26	6,18	7,19	35	10
Internes et étudiants	3,41	3,16	3,49	3,29	4,32	- 4	- 1
Autres rémunérations (y c. permanence des soins et tps de travail additionnel)	3,26	3,44	3,32	3,26	2,33	0	0
- Atténuations de charges	0,21	0,19	0,29	0,27	0,29	31	9
Rémunérations du personnel médical	27,72	27,31	28,18	28,40	29,34	2	1
en % des rémunérations totales	24	24	24	24	24		
(PH contractuels + internes) / Rémunérations PM en %	29	29	31	33	39		
Autres rémunérations / Rémunérations PM en %	12	13	12	11	8		
Personnel médical extérieur à l'établissement	0,95	1,76	2,50	2,62	nc	174	40
Personnel intérimaire médical	0,95	1,51	2,09	2,23	nc	134	33
Personnel médical affecté à l'établissement		0,25	0,41	0,38	nc		-

Source : retraitement CRC des comptes de gestion

La réduction du personnel médical permanent entre dans le cadre des objectifs du COPERMO, mais elle est surtout subie par l'établissement.

S3/2230094/JFU 49/75

La rotation du personnel médical se maintient à un niveau élevé, dépassant 16 % en moyenne entre 2015 et 2019. Elle s'explique pour les deux tiers par les départs à la retraire.

Tableau n° 24 : La rotation du personnel médical

	2015	2016	2017	2018	2019
Rotation du personnel médical (en %)	18,2	16,1	16,2	18,1	15,5
Femmes	19,6	15,5	13,6	19,4	15,1
Hommes	16,7	16,7	19	16,6	16,1

Source : bilans sociaux

Pour compenser ces départs, l'établissement peine à recruter des praticiens hospitaliers. Il manque ainsi chroniquement 12 à 20 praticiens hospitaliers à temps complet ou partiel, et certains postes sont vacants depuis plusieurs années. L'établissement se reporte alors sur des praticiens attachés et contractuels.

Tableau n° 25 : Le nombre d'entrées de personnel médical par statut

	2016	2017	2018	2019	2020	Répartition en %
Assistant	15	9	22	15	16	19
Chef clinique ASS H	3	3	3	1	1	3
Clinicien		3		5	10	4
Contractuel	13	14	14	11	23	18
Attaché	30	28	31	28	39	39
PH partiel	1	3	5		4	3
PHTP	9	8	16	13	12	14
PU-PH/MCU-PH	1			1		0
Total	72	68	91	74	105	100

Source : retraitement du tableau des entrées des PM 2016 à 2020

Ces recrutements ne suffisent pas à répondre au besoin, d'où le recours toujours croissant à l'intérim médical, ainsi qu'au temps de travail additionnel, qui représentent, cumulés, plus de 17 ETP en 2019.

Tableau n° 26 : L'intérim médical et le temps additionnel (en ETP)

	2015	2016	2017	2018	2019
Intérim médical	2,08	3,92	6,9	7,2	8,09
Temps additionnel réalisé	7,41	5,73	6,80	7,61	9,18
Total	9,49	9,65	13,70	14,81	17,27

Source: retraitement des bilans sociaux

S3/2230094/JFU 50/75

### 6.2 Des spécialités sous tension

Les praticiens exercent une spécialité médicale pour 61 % d'entre eux, une spécialité chirurgicale pour 22 %, et d'autres disciplines pour 18 %<sup>55</sup>. Le nombre de praticiens exerçant une spécialité chirurgicale a diminué sur la période, ce qui s'est traduit par la contraction des séjours de chirurgie: chirurgie orthopédique et traumatologique (- 18 %), gynécologie-obstétrique (- 28 %). Seules la médecine interne (+ 56 %), à un moindre degré la gériatrie (+ 7 %) et la pédiatrie (+ 6 %) voient leurs effectifs croître, de même que des spécialités transverses, telles que l'anatomo-cytopathologie (+ 14 %) et la pharmacie (+ 18 %).

Les bilans sociaux 2016 à 2018 recensent trois spécialités en tension : la médecine d'urgence, l'anesthésie et la radiologie. S'y ajoute la psychiatrie à partir de 2019.

L'analyse des dépenses d'intérim médical par service permet de constater un besoin essentiellement aux urgences et en anesthésie, qui à elles deux concentrent la quasi- totalité (respectivement 66 % et 25 %) des coûts d'intérim.

L'analyse du temps de travail additionnel par service ajoute l'imagerie. Ces trois services totalisent 75% des plages de TTA réalisées.

Le temps de travail additionnel est indemnisé à chaque fin de quadrimestre, conformément à la réglementation. Cependant l'analyse de la paie montre que certains médecins<sup>56</sup> sont rémunérés mensuellement au titre du TTA. Au demeurant l'établissement ne dispose pas d'un tableau de suivi quadrimestriel et les plannings prévisionnels ne distinguent pas le temps additionnel à réaliser par le médecin des plages normales.

Confronté à une forte concurrence entre établissements pour la ressource médicale, le CHIPS se montre soucieux de son attractivité et fait preuve d'une réflexion riche et constante pour la maintenir. À chaque CME, un point est fait sur les emplois médicaux : les mutations entrantes et sortantes, les recrutements de praticiens contractuels et le renouvellement de leurs contrats. Les postes vacants font l'objet d'un suivi bisannuel en CME, et leur impact est chiffré dans les contrats de pôle qui régulièrement anticipent des baisses d'activité en raison d'effectifs médicaux insuffisants.

Surtout, le CHIPS nourrit une intense réflexion sur la question et crée régulièrement des comités ou groupes de travail ad hoc. Une commission « stratégie et effectifs médicaux complémentaires » à la CME a ainsi été créée en 2016 pour définir les stratégies de recrutement médical en lien avec le projet médical et le PMP du GHT et valider les effectifs et les candidatures, tout comme avait été mis en place un comité de pilotage « qualité de vie au travail et risques psycho-sociaux ».

Suivent en 2018 la création d'un groupe de travail « attractivité », composé de représentants médicaux et non médicaux du CHIPS et du CH de Mantes, ainsi qu'une commission de pilotage des consultations externes, ou encore d'un groupe de travail « attractivité et innovation », et un autre groupe de travail en anesthésie en 2019, piloté par un médecin extérieur à l'établissement.

Seuls les travaux de ce dernier groupe de travail ont fait l'objet d'une restitution ultérieure devant la CME, alors que ceux des autres ne sont jamais exposés. La réflexion autour des thématiques d'attractivité pourrait donc être mieux valorisée.

\$3/2230094/JFU 51/75

-

<sup>55</sup> Retraitement de la SAE

<sup>&</sup>lt;sup>56</sup> Au sein des urgences, du SMUR et de l'imagerie

Néanmoins, la réflexion menée infuse au sein de l'établissement, au vu du caractère abouti des propositions émises au fil des instances, et récapitulées dans le plan d'attractivité présenté à l'occasion du COPERMO 2021.

Le CHIPS développe également une démarche originale centrée autour de la capitalisation du savoir par les agents. La recherche est ainsi encouragée pour les personnels médicaux, mais aussi paramédicaux, et diverses formes de capitalisation de l'expérience (ateliers d'analyse des pratiques professionnelles, par exemple) sont organisées à destination des soignants.

Parallèlement à ce volet managérial, le CHIPS travaille sur le volet financier pour rester « concurrentiel avec le secteur privé » (COPERMO 2021), la rémunération constituant un facteur majeur d'attractivité pour le personnel médical. Le personnel médical se voit ainsi proposer d'exercer sur les différents établissements du GHT pour bénéficier de la prime territoriale, de disposer de plages d'activité d'intérêt général interne et externe<sup>57</sup>, de conclure des contrats de clinicien ou d'être recruté sur des postes bénéficiant de la prime d'engagement hospitalière, de passer à temps partiel, afin de pouvoir exercer une partie de leur activité en intérim, plus rémunérateur... Le CHIPS évoque à ce sujet une « optimisation du statut » : ainsi le CHIPS ne voit pas d'inconvénient à embaucher en intérim les médecins qui exercent par ailleurs à temps partiel dans l'établissement. Si légalement les personnels médicaux en question dépendent bien de deux employeurs différents pour des temps de travail distincts, et si le CHIPS avance que cette pratique permet de conserver sa ressource médicale, l'effet d'aubaine ne peut être écarté.

En outre, la pratique n'est efficace que si le CHIPS est le seul à le pratiquer<sup>58</sup> : que les établissements publics environnants viennent à la copier ne pourra qu'accroître la concurrence pour cette ressource médicale et la renchérir. Le CHIPS différencie toutefois clairement cette pratique d'une concurrence qualifiée de déloyale, consistant à s'affranchir du cadre réglementaire en matière de rémunération médicale. L'établissement a ainsi saisi l'ARS à deux reprises, en 2017 et 2018, afin que celle-ci rappelle la réglementation à l'ensemble des établissements.

## 6.3 L'activité libérale des médecins et les médecins libéraux participant au service public

Les articles L. 6154-2 et suivants du CSP ouvrent la possibilité aux praticiens hospitaliers d'effectuer, sur une partie de leur service, des consultations libérales. Cette activité libérale permet à l'établissement de conserver certains spécialistes, elle est explicitement identifiée comme facteur d'attractivité par l'établissement.

L'activité libérale concerne un nombre réduit de médecins, qui va d'ailleurs décroissant sur la période : de 22 en 2016, ils ne sont plus que 17 en 2019, et 15 en 2020, sur les quelque 400 praticiens hospitaliers de l'établissement.

Les médecins concernés ont conclu un contrat d'activité libérale, sur la base du contrat-type proposé à l'article R. 6154-4 du CSP. La majorité de ces contrats ne fixe toutefois pas les plages consacrées à l'activité libérale : cette mention pourrait être systématiquement ajoutée dans les contrats à venir, ce d'autant que les tableaux de service mentionnent bien les plages d'activité libérale et que ces dernières ne varient pas.

S3/2230094/JFU 52/75

<sup>&</sup>lt;sup>57</sup> Au sens de l'article R. 6152-30 du code de la santé publique

<sup>&</sup>lt;sup>58</sup> C'est un cas de dilemme du prisonnier.

Conformément à la réglementation, une commission d'activité libérale (CAL) a été mise en place pour en contrôler l'exercice. Sa composition est régulière et elle produit un compte-rendu annuel, y compris en 2020. La CAL remplit ses fonctions : elle contrôle par exemple le respect de la limite de 20 % de la durée de service consacrée à l'activité libérale ou encore suit les délais respectifs d'obtention du rendez-vous en libéral et en public.

Toutefois, elle hésite à signaler les difficultés. Ainsi, alors que la prise de rendez-vous ne doit pas être plus rapide en libéral que dans le secteur public<sup>59</sup>, la CAL relève en 2017 que l'écart entre les délais de rendez-vous publics et les délais de rendez-vous privés peut aller jusqu'à 102 jours. Si en 2018 la CAL a pris le soin de réaliser à nouveau une enquête à l'été sur les délais de rendez-vous, deux membres avancent cette fois-ci que la période de réalisation de l'enquête est « de nature à biaiser les résultats ». Renouvelée en 2019, l'enquête adopte une méthodologie différente : la CAL conclut alors qu'elle doit être reconduite en 2020, afin d'analyser les variations, mais n'envisage toujours aucune mesure. Elle considère au demeurant devoir faire preuve de souplesse, afin d'attirer et conserver la ressource médicale. Enfin, en 2020 la différence de délai est mise sur le compte de la crise sanitaire.

Les contrats des praticiens libéraux participant au service public ont été contrôlés et sont réguliers. On notera une certaine porosité avec la catégorie précédente : pour les spécialités en tension, le CHIPS invite ses anciens praticiens hospitaliers exerçant une activité libérale, partis s'établir en libéral, à revenir exercer à l'hôpital sous cette modalité.

# 6.4 Les heures supplémentaires du personnel non médical excèdent fréquemment les plafonds réglementaires

Conformément au décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail, le quota d'heures supplémentaires autorisé est plafonné à 15 heures par agent et par mois (180 heures par an). Il est porté à 18 heures par mois (220 heures par an) pour certaines catégories de personnels : infirmiers spécialisés, cadres de santé, sagesfemmes, personnels d'encadrement technique et ouvrier, manipulateurs radio. Ce n'est qu'en cas de crise sanitaire que les établissements de santé sont autorisés, par décision du ministre de la santé, à titre exceptionnel et pour une durée limitée, à dépasser les bornes horaires fixées par le cycle de travail, ce qui fut le cas en 2020-2021.

Mais, dès avant la crise sanitaire de 2020-2021, le nombre d'heures supplémentaires rémunérées au CHIPS avait quasiment doublé, de 35 783 heures en 2016 à 66 601 heures en 2019. Plusieurs cas de dépassement des plafonds, parfois très conséquents, se sont produits. Sur les 2 123 agents ayant effectué au moins une heure supplémentaire entre 2016 et 2019, 54 % ont excédé à au moins une reprise le plafond mensuel applicable à leur fonction. Une minorité d'agents, principalement des infirmiers anesthésistes et infirmiers de bloc opératoire, dépasse constamment les plafonds, allant parfois jusqu'au double de la quotité réglementaire.

Tableau n° 27 : Dépassement des plafonds d'heures supplémentaires

	2016	2017	2018	2019
nb d'agents en dépassement	7	19	17	25
écart moyen	49	30	42	38
quotité maximale	480	344	354	372

Source : fichiers de paie

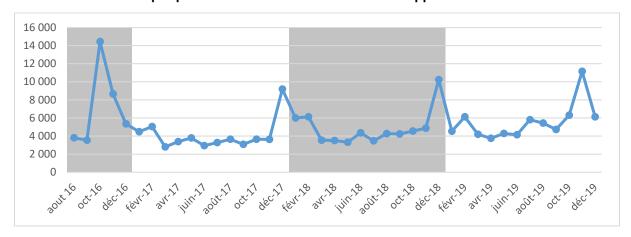
S3/2230094/JFU 53/75

\_

<sup>&</sup>lt;sup>59</sup> L'article L. 6154-2 dispose que « [l'activité libérale] est organisée de manière à garantir l'information des patients et la neutralité de leur orientation entre activité libérale et activité publique ».

Les tensions et la pénurie sur certaines professions et spécialités soignantes amènent donc l'établissement à commettre dans certains cas des irrégularités, qui pourraient engager sa responsabilité, en cas d'erreur médicale ou de faute commise par un agent en dépassement, a fortiori si ces dépassements sont fréquents ou importants.

Le paiement des heures supplémentaires atteint chaque année un pic sur un mois donné, au dernier trimestre. En réponse aux observations provisoires de la Chambre, l'établissement indique que ce pic peut correspondre aux remplacements de l'été et des congés scolaires , mais peut aussi traduire soit des régularisations tardives sur l'ensemble de l'année dans la rémunération des heures supplémentaires. La chambre note que ces paiements sont effectués avec un grand retard.



Graphique n° 11 : Saisonnalité des heures supplémentaires

Source : fichiers de paie

Pour être valablement rémunérées, les heures supplémentaires doivent avoir été demandées par l'employeur et donner lieu à une vérification du service fait. En d'autres termes, elles ne sauraient être forfaitisées, sinon elles constitueraient un complément irrégulier de rémunération. Or, 14 agents présentent, sur au moins une année, un montant d'heures supplémentaires rémunérées strictement identique chaque mois. Parmi eux figurent de nombreux infirmiers cadres de santé, mais en revanche aucun infirmier de bloc opératoire diplômé d'État (IBODE) ou infirmier anesthésiste diplômé d'État (IADE).

L'établissement fait valoir que lorsque le nombre d'heures supplémentaires réalisées par mois dépasse le plafond, il indemnise à hauteur du plafond autorisé pour ledit mois et reporte les heures supplémentaires à indemniser sur les mois suivants. Une partie majoritaire de ces volumes d'heures supplémentaires identiques correspond au plafond ou à des volumes horaires correspondant à des gardes, mais une partie seulement : pour d'autres agents, le montant laisse soupçonner une forfaitisation, qui équivaudrait à une prime déguisée. En outre, les agents concernés ne sont pas tous soignants (à priori fortement sollicités pour réaliser des heures supplémentaires dans les services en tension) : la quasi-totalité des agents du service de sécurité incendie effectue des heures supplémentaires, le plus souvent à hauteur du plafond autorisé chaque mois.

S3/2230094/JFU 54/75

## 6.5 Quelques soignants en cumul irrégulier d'activité entre établissements

En raison de la forte concurrence pour la ressource paramédicale et de la pénurie qui en résulte, les établissements de santé, tant publics que privés, ont recours à des soignants intérimaires, qui peuvent exercer par ailleurs à temps plein dans un autre établissement. La densité d'établissements dans sa zone d'attractivité et la croissance des rémunérations offertes en intérim rendent cette question d'autant plus sensible pour le CHIPS. À l'occasion de l'examen de la gestion de trois cliniques environnantes ont ainsi été identifiés 19 agents du CHIPS ayant travaillé au moins une journée dans l'une d'entre elles. Deux agents ont même travaillé pour deux cliniques.

S'il est permis aux agents publics d'exercer une activité extérieure, ils doivent pour ce faire obtenir préalablement à sa réalisation une autorisation de cumul d'activité, ce qui permet notamment à leur employeur de s'assurer du respect des volumes horaires. Or, le CHIPS n'a reçu, et a fortiori accordé, de demande de cumul d'activité pour aucun de ces agents. Il n'incombe pas aux établissements de santé privés qui embauchent des agents publics comme vacataires de s'assurer de l'existence d'une autorisation de cumul d'activité délivrée par l'employeur public à leurs vacataires, et pas davantage aux sociétés d'intérim auxquelles ces établissements ont recours. Cette situation place donc les deux établissements employeurs en risque, car aucun n'a de contrôle sur le volume horaire réalisé par l'agent concerné, et peut voir sa responsabilité engagée en cas d'erreur médicale alors même qu'aucune obligation légale de contrôle des temps de travail ne pèse sur eux.

## CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

La gestion des ressources humaines, notamment médicales, du CHIPS est marquée par la problématique d'attractivité, voire de pénurie dans certaines spécialités cruciales. Pour y parer, le recours aux heures supplémentaires atteint ses limites puisque les plafonds réglementaires sont déjà régulièrement dépassés. Par conséquent, le CHIPS recourt de manière subie à des formes d'emploi non permanent, comme l'intérim médical, y compris pour certains personnels non médicaux qui cumulent irrégulièrement plusieurs emplois. De manière choisie, le CHIPS développe différentes formes de contrats, dont certains (contrats d'activité libérale, de cliniciens, etc.) constituent des leviers d'attractivité. Il se montre en effet proactif sur le sujet et mène une réflexion originale et dynamique, quoiqu'insuffisamment suivie.

\$3/2230094/JFU 55/75

## **ANNEXES**

Annexe n° 1.	Déroulement de la procédure	.57
Annexe n° 2.	La répartition des recettes par budget pour 2019	.58
Annexe n° 3.	L'impact des corrections d'erreur sur les capitaux propres	.59
Annexe n° 4.	Les écritures correctives de la certification	.61
Annexe n° 5.	La répartition des produits de la T2A par pôle en M€ de 2016 à 2019	.63
Annexe n° 6.	La répartition des séjours par pôles	.64
Annexe n° 7.	L'évolution des produits de l'assurance maladie (titre1) de 2016 à 2020	.65
Annexe n° 8.	L'évolution des autres produits (titre 3)	.66
Annexe n° 9.	Liste des communes du territoire de soins n°78-03	.67
Annexe n° 10	. Répartition des parts de marché sur le territoire de soins	.68
Annexe n° 11	. Répartition des séjours par type de prise en charge et catégorie MCO	.69
Annexe n° 12	. Effectif au 31/12 selon la spécialité exercée de 2016 à 2019	.70
Annexe n° 13	. Agents dépassant le plafond annuel d'heures supplémentaires	.71
Annexe n° 14	. Agents présentant un nombre d'heures supplémentaires identique d'un m sur l'autre	ois .73
Annexe n° 15	. Glossaire des sigles	.74

S3/2230094/JFU 56/75

## Annexe n° 1. Déroulement de la procédure

Le contrôle des comptes et de la gestion du centre hospitalier intercommunal de Poissy Saint-Germain (CHIPS) a porté sur les exercices 2016 et suivants. Durant cette période, les ordonnateurs étaient les suivants :

Actuel : Mme Isabelle Leclerc depuis le 3 avril 2018

BAP (Page 1) and a Bap (Page 1)

Directeur par intérim : M. Sylvain Groseil du 1er septembre 2017 au 2 avril 2018

Prédécesseur : M. Mickael Galy du 4 novembre 2013 au 31 août 2017

Le tableau ci-dessous retrace les différentes étapes de la procédure définie par le code des juridictions financières aux articles L. 243-1 à L. 243-6, R. 243-1 à R. 243-23 et par le recueil des normes professionnelles des chambres régionales et territoriales des comptes :

Ministère public	Nombre			Date		
Avis de compétence						
Instruction		Date		Destinataire/Interlocuteur		
Envoi de la lettre d'ouverture de contrôle		19/05/2021	M. Olive, pr M. Groseil,	rc, ordonnatrice en fonction résident du conseil de surveillance ancien ordonnateur par intérim acien ordonnateur		
Information de l'ouverture du co	ntrôle	19/05/2021	ARS DDFiP 78			
Entretien de début de contrôle		02/06/2021				
Entretien de fin d'instruction		23/06/2022 24/06/2022	M. Galy Mme Lecle	rc et M. Groseil		
Lettre de changement de rappo	rteure	19/07/2022 16/01/2023	M. Olive, pr M. Groseil,	rc, ordonnatrice en fonction ésident du conseil de surveillance ancien ordonnateur par intérim icien ordonnateur		
Délibéré concerna	nt le :	Date du	ı délibéré			
Rapport d'instruction à fin d'obs provisoires	ervations	20/07	7/2022			
Rapport d'instruction à fin d'obse définitives	rvations	25/01	1/2023			
Document	Nombre	Date	•	Destinataire		
Envoi du rapport d'observations provisoires	4	26/10/2	1022 Mm	Galy Groseil e Petter e Leclerc		
Envoi d'extraits du rapport d'observations provisoires						
Réponses reçues au rapport	N	lombre		Date		
d'observations provisoire	4			2/2022 2/2022		
Envoi du rapport d'observations définitives	4		21/0	03/2023		
Envoi d'extraits du rapport d'observations définitives						
Réponses reçues au rapport	N	lombre		Date		
d'observations définitives		3		14/2023 14/2023		

S3/2230094/JFU 57/75

Annexe n° 2. La répartition des recettes par budget pour 2019

En M€	2019	Répartition en %
Budget principal	247,38	88
Unité de soins de longue durée (USLD)	6,82	2
École et institut de formation des professionnels paramédicaux et de sages-femmes (IFSI)	4,44	2
Établissement d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD)	5,42	2
Service de soins à domicile pour personnes âgées (SIDPA )	1,06	0
Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)	1,65	1
Dotation non affectée (DNA)	11,74	4
Groupements hospitaliers territoriaux (GHT)	1,56	1
Total des produits	280,07	100

Source : Compte de gestion

S3/2230094/JFU 58/75

## Annexe n° 3. L'impact des corrections d'erreur sur les capitaux propres

### Impact des corrections sur les comptes de capitaux propres 2016

Capitaux propres (ressources financières de l'hôpital passif du bilan)	Solde 31/12/2015	Variation 2016	Corrections d' erreurs	Solde 31/12/2016	Variation en %	
Apport cpt 102	73 435 156	339 883		73 775 039	0	
Réserve cpte106	33 655 172	0		33 655 172	0	
Report excédentaire cpte 110	7 366 054	- 1 208 470		6 157 585	- 16	
Report déficitaire cpte 119	-102 046 699	1 128 771	7 838 018	- 93 079 910	-9	
Résultat exercice cpte 12	- 79 699	- 403 712		- 483 411	507	
Subventions investissement cpte 13	9 804 861	- 111 323		9 693 538	- 1	
Provisions réglementées cpte 14	11 736 369	493 638	- 10 500 000	1 730 007	- 85	
Droits à l'affectant cpte 229	0	674 200		674 200	#DIV/0!	
Total	33 871 214	912 987	- 2 661 982	32 122 219	- 5	
Impact des corrections sur les comptes de capitaux propres 2016						

### Impact des corrections sur les comptes de capitaux propres 2017

Capitaux propres (ressources financières de l'hôpital passif du bilan)	Solde 31/12/2016	Variation 2017	Corrections d' erreurs	Solde 31/12/2017	Variation en %	
Apport cpt 102	73 775 039	191 126		73 966 165	0	
Réserve cpte106	33 655 172	0	- 10 254 468	23 400 704	- 30	
Report excédentaire cpte 110	6 157 585	- 1 668 966		4 488 619	- 27	
Report déficitaire cpte 119	- 93 079 910	1 185 555	- 22 220	- 91 916 575	- 1	
Résultat exercice cpte 12	- 483 411	1 400 855		917 444	- 290	
Subventions investissement cpte 13	9 693 538	192 096		9 885 634	2	
Provisions réglementées cpte 14	1 730 007	6 263		1 736 270	0	
Droits à l'affectant cpte 229	674 200	0		674 200		
Total	32 122 219	1 306 929	- 10 276 688	23 152 460	- 28	
Impact des corrections sur les comptes de capitaux propres 2017						

#### Impact des corrections sur les comptes de capitaux propres 2018

Capitaux propres (ressources financières de l'hôpital passif du bilan)	Solde 31/12/2017	Variation 2018	Corrections d' erreurs	Solde 31/12/2018	Variation en %	
Apport cpt 102	73 966 165	- 47 017		73 919 148	0	
Réserve cpte106	23 400 704	- 2 495	44 631	23 442 840	0	
Report excédentaire cpte 110	4 488 619	1 360 576		5 849 195	30	
Report déficitaire cpte 119	- 91 916 575	- 443 132	- 79 250	- 92 438 957	1	
Résultat exercice cpte 12	917 444	- 6 572 833		- 5 655 388	- 716	
Subventions investissement cpte 13	9 885 634	10 600 272	- 45 578	20 440 328	107	
Provisions réglementées cpte 14	1 736 270	85 240		1 821 510	5	
Droits à l'affectant cpte 229	674 200	0		674 200		
Total	23 152 460	4 980 612	- 80 197	28 052 875	21	
Impact des corrections sur les comptes de capitaux propres 2018						

\$3/2230094/JFU 59/75

## Impact des corrections sur les comptes de capitaux propres 2019

CAPITAUX PROPRES (ressources financières de l'hôpital passif du bilan)	Solde 31/12/2018	Variation 2019	Corrections d' erreurs	Solde 31/12/2019	Variation en %	
Apport cpt 102	73 919 148	2 981 693	- 31 693	76 869 148	4%	
Réserve cpte106	23 442 840	- 31 694		23 411 146	0%	
Report excédentaire cpte 110	5 849 195	- 1 559 275		4 289 920	- 27%	
Report déficitaire cpte 119	- 92 438 957	- 4 096 113	- 2 165 782	- 98 700 853	7%	
Résultat exercice cpte 12	- 5 655 388	5 957 024		301 635	- 105%	
Subventions investissement cpte 13	20 440 328	3 059 171		23 499 499	15%	
Provisions réglementées cpte 14	1 821 510	375 356		2 196 866	21%	
Droits à l'affectant cpte 229	674 400	- 200		674 200		
Total	28 053 075	6 685 961	- 2 197 475	32 541 561	16%	
Impact des corrections sur les comptes de capitaux propres 2019						

S3/2230094/JFU 60/75

## Annexe nº 4. Les écritures correctives de la certification

## Écritures correctives 2016

			Contre-partie des écritures/Impacts financiers				
Compte d'origine	Intitulé du compte	Objet de la modification	Réserve excédent affecté à l'investissement c/106820	Report déficitaire cpte 119	Report excédentaire cpte 110	Total	
c/142	Provisions	Suppression provision pour renouvellement des immobilisations		10 500 000		10 500 000	
c/1531	Provisions	Ajustement provisions CET		- 514 634		- 514 634	
c/158	Provisions	Ajustement provision CNRACL		- 931 947		- 931 947	
c/29111	Dépréciation de terrains	Réévaluation de terrains de Chambourcy		- 1 215 401		- 1 215 401	
		TOTAL	0	7 838 018	0	7 838 018	

Source : rapport du commissaire aux comptes et rapport financier de l'établissement pour 2016

## Écritures correctives 2017

			Contre-partie des écritures/Impacts finance					
Compte d'origine	Intitulé du compte	Objet de la modification	Réserve excédent affecté à l'investissement c/106820	Report déficitaire cpte 119	Report excédentaire cpte 110	Total		
c/21	Immobilisation	Ajustement inventaire	- 724 609			- 724 609		
c/28	Amortissements	Correction immobilisations et amortissements (amortissement par composants et au prorata temporis	- 9 513 409			- 9 513 409		
c/14	Provisions	Ajustement des provisions		- 22 220		- 22 220		
c/21	Immobilisation	Modification du coefficient de récupération de TVA		- 16 450		- 16 450		
		TOTAL	- 10 238 018	- 38 670	0	- 10 276 688		

Source : rapport du commissaire aux comptes et rapport financier de l'établissement pour 2017

## Écritures correctives 2018

			Contre-part	ie des écritures/Impacts financiers				
Compte d'origine	Intitulé du compte	Objet de la modification	Réserve excédent affecté à l'investissement c/106820	Report déficitaire cpte 119	Report excédentaire cpte 110	Total		
c/28	Amortissements	Correction immobilisations et amortissements	44 631			44 631		
c/139	Subvention d'investissement	Ajustement	- 45 578			- 45 578		
c/14	Provisions	Ajustement des provisions		- 79 250		- 79 250		
		TOTAL	- 947	- 79 250	0	- 80 197		

Source : rapport du commissaire aux comptes et rapport financier de l'établissement pour 2018

S3/2230094/JFU 61/75

## Écritures correctives 2019

			Contre-partie des écritures/Impacts financiers						
Compte d'origine	Intitulé du compte			Report déficitaire cpte 119	Report excédentaire cpte 110	Total			
c/28	Amortissements	Correction immobilisations et amortissements	- 31 693			- 31 693			
c/1531	Provisions	Ajustement provisions CET		- 2 068 453		- 2 068 453			
c/158	Provisions	Ajustement provision CNRACL		71 680		7 680			
c/491	Dépréciation des comptes de redevables	Ajustement provision pour dépréciation des comptes de redevables		- 169 009		- 169 009			
		TOTAL	- 31 693	- 2 165 782	0	- 2 197 475			

Source : rapport du commissaire aux comptes et rapport financier de l'établissement pour 2019

S3/2230094/JFU 62/75

Annexe n° 5. La répartition des produits de la T2A par pôle en M€ de 2016 à 2019

	2016	2017	2018	2019	Évolution 2016-2019 en %
Total	130,05	127,7	125,6	123,12	- 5
Évolution annuelle <b>en</b> %	1	- 2	- 2	- 2	
Femme mère enfant	38,41	37,45	36,76	36,98	- 4
Évolution annuelle <b>en</b> %	1	- 2	- 2	1	
Médecine interne & Cardiologie	30,15	28,41	26,46	26,05	- 14
Évolution annuelle <b>en</b>	- 3	- 6	- 7	- 2	
Chirurgie	28,19	26,98	26,96	26,63	- 6
Évolution annuelle <b>en</b>	0	- 4	0	- 1	
Oncologie infectiologie	18,08	19,41	18,87	17,72	- 2
Évolution annuelle <b>en</b> %	4	7	- 3	- 6	
Neurologie Rééducation	5,88	5,94	6,1	5,47	- 7
Évolution annuelle <b>en</b> %	4	1	3	- 10	
Médico-technique (Radiothérapie)	4,64	4,72	4,83	4,73	2
Évolution annuelle <b>en</b> %	20	2	2	- 2	
Gériatrie	4,57	4,65	5,49	5,4	18
Évolution annuelle <b>en</b> %	6	2	18	- 2	
Psychiatrie (Sismothérapie)	0,13	0,14	0,13	0,14	8
Évolution annuelle en %	- 13	8	- 7	8	

S3/2230094/JFU 63/75

Annexe n° 6. La répartition des séjours par pôles

	2016	2017	2018	2019	Évolution 2016-2019 en %
Total nombre de séjours	86 660	85 812	85 442	84 050	- 3
Évolution annuelle en %		- 0,98	- 0,43	- 1,63	
dont hospitalisation complète	30 498	29 252	28 670	27 711	- 9
Évolution annuelle en %		- 4,09	- 1,99	- 3,34	
Séjours par pôle	2016	2017	2018	2019	Évolution 2017-2019
Femme mère enfant		17 594	17 732	17 471	- 1
Évolution annuelle en %			1 %	- 1	
Médecine interne & Cardiologie		22 257	20 776	21 170	- 5
Évolution annuelle en %			- 7	2	
Chirurgie		8 164	8 413	8 140	0
Évolution annuelle en %			3	- 3	
Oncologie infectiologie		11 904	11 853	11 108	- 7
Évolution annuelle en %			0	- 6	
Neurologie Rééducation		2 878	2 961	2 795	- 3
Évolution annuelle en %			3	- 6	
Médico-technique (Radiothérapie)		21 557	22 163	21 810	1
Évolution annuelle en %			3	- 2	
Gériatrie		1 219	1 330	1 358	11
Évolution annuelle en %			9 %	2 %	
Psychiatrie (Sismothérapie)		239	214	198	- 17
Évolution annuelle en %			- 10	- 7	

S3/2230094/JFU 64/75

Annexe n° 7. L'évolution des produits de l'assurance maladie (titre1) de 2016 à 2020

En M€	2016	2017	2018	2019	2020	Évolution moyenne 2016/2019 (en %)	Évolution 2019/2020 (en %)
Produits de la tarification à l'activité	130,44	127,78	127,64	127,07	129,51	-0,9	1,9
Dont pdts de la tarification des séjours	121,59	117,95	117,17	114,72	117,26	- 1,9	2,2
Dont pdts des médicaments et dispositifs médicaux facturés en sus	8,86	9,83	10,47	12,35	12,25	11,7	-0,8
Produits forfaitaires	53,10	53,35	53,25	54,25	71,65	0,7	32,1
Dont missions d'intérêt général et aide à la contractualisation (MIGAC)	12,98	13,21	13,38	13,62	30,38	1,6	123,0
Dont dotations annuelles de financement (DAF)	28,47	27,49	27,48	27,40	27,65	-1,3	0,9
Produits faisant l'objet d'une tarification spécifique	16,43	16,02	17,31	18,08	18,84	3,2	4,2
Dont consultations externes	14,57	13,17	14,20	14,62	15,49	0,1	6,0
Produits autres (notamment produits exercices antérieurs)	0,29	1,16	0,69	1,34	1,57	7,6	
Total titre 1	200,27	198,30	198,89	200,73	221,56	0,1	10,4
Évolution annuelle en %	,	-1,0	0,3	0,9	10		

## Évolution des produits relatifs à l'activité hospitalière (titre 2)

En M€	2016	2017	2018	2019	Évolution moyenne 2016/2019 (en %)
Total titre 2 produits de l'activité hospitalière	20,99	21,62	21,65	20,61	- 0,6
H7321 - Hospitalisation complète	10,15	11,40	10,16	9,32	- 2,8
MCO	8,59	10,33	9,14	8,37	- 0,9
SSR	0,46	0,44	0,26	0,25	- 18,4
Psychiatrie	1,03	0,58	0,71	0,65	- 14,6
Autres (TM forfaitaire)	0,07	0,05	0,05	0,06	- 4,1
H7322 - Hospitalisation incomplète	0,66	0,77	0,94	0,98	14,4
H7324 - Produits tarif°. Spécifique	3,66	3,47	3,65	3,58	- 0,7
H7327 - Forfaits Journaliers	3,14	3,04	3,30	3,07	- 0,7
H733 - Étrangers non assurés	2,35	1,94	2,46	2,53	2,5
H734 - Malades d'autres établissement	0,91	0,88	1,08	1,07	5,5
H735 - Produits à la charge de l'État, collectivités territoriales	0,12	0,11	0,06	0,05	- 23,3

Source : rapport financier de l'établissement

\$3/2230094/JFU 65/75

Annexe n° 8. L'évolution des autres produits (titre 3)

Compte de résultat principal (en M€)	2016	2017	2018	2019	Évolution moyenne 2016/2019 (en %)
Total titre 3 Autres produits	34,92	35,76	31,77	30,74	- 4,2
Total hors rétrocessions	22,91	21,94	22,12	21,94	- 1,4
Variation de stocks (stock final)	2,38	2,63	2,59	2,57	2,6
Rabais, remises, ristournes (avoirs)	0,09	0,16	0,06	0,11	4,9
Remboursement rémunérations et charges sociales	2,40	1,96	2,14	2,03	- 5,5
Ventes (hors H7071 et H7087)	4,39	4,38	4,58	5,20	5,8
Rétrocession de médicaments	12,01	13,83	9,65	8,80	- 9,9
H7087 - Remboursement frais CR Annexes	4,62	4,73	4,73	3,98	- 4,9
H74 - Subventions	0,58	0,48	0,48	0,49	<i>- 5,5</i>
H75 - Autres produits de gestion courante	1,76	1,29	1,25	1,39	- 7,4
dont H7543 - Co-utilisation équipement Lourds	1,16	0,62	0,70	0,80	- 11,4
H76 - Produits financiers	0,00	0,00	0,00	0,00	- 100,0
H77 - Produits exceptionnels	2,10	2,16	1,64	1,62	- 8,3
H78 - Reprises sur provisions	4,59	4,15	4,65	4,56	- 0,2
H79 - Transferts de charges	0,00	0,00	0,00	0,00	
Évolution annuelle en %	2	2	- 11	- 3	

S3/2230094/JFU 66/75

## Annexe n° 9. Liste des communes du territoire de soins n°78-03

**Achères** 

Aigrement

Andrésy

Bailly

Bougival

Carrières-sous-Poissy

Chambourcy

Chanteloup-les-Vignes

Chatou

Chavenay

Conflans-Sainte-

Honorine

Crespières

Croissy-sur-Seine

Davron

Fourqueux

Houilles

La Celle-Saint-Cloud

Le Mesnil-le-Roi

Le Pecq

Le Port-Marly

Le Vésinet

Les Alluets-le-Roi

L'Étang-la-Ville

Louveciennes

Maisons-Laffitte

Mareil-Marly

Marly-le-Roi

Maurecourt

Medan

Montesson

Morainvilliers

Noisy-le-Roi

Orgeval

**Poissy** 

Rennemoulin

Saint-Germain-en-Laye

Saint-Nom-la-Bretèche

Sartrouville

Triel-sur-Seine

Verneuil-sur-Seine

Vernouillet

Villennes-sur-Seine

\$3/2230094/JFU 67/75

## Annexe n° 10. Répartition des parts de marché sur le territoire de soins

Ne figurent que les établissements captant plus de 1 % de la demande de soins.

Chirurgie		Médecine	)	Obstétriqu	Obstétrique		
Établissement	Établissement Part de marché en Établ		Part de marché en %	Établissement	Part de marché en %		
CHI Poissy St-	,,,	CHI Poissy St-	,,	CHI Poissy St-	,,,		
Germain	13	Germain	29	Germain	42		
SA Centre hosp privé		SA Centre hosp privé		CMC privé de			
de L'Europe	12	de L'Europe	13	Saint-Germain	8		
SA Clinique Saint-		Assistance Publique-		Assistance Publique-			
Louis	10	Hôpitaux de Paris	11	Hôpitaux de Paris	6		
Assistance Publique-		MGEN action		centre hospitalier de			
Hôpitaux de Paris	8	sanitaire et sociale	7	Versailles	6		
CMC privé de Saint-				SA clinique Saint			
Germain	5	Fondation Curie	6	Louis	6		
Clinique du plateau		centre hospitalier de		CH Victor Dupouy			
Bezons	4	Versailles	4	Argenteuil	5		
		CH Victor Dupouy		centre hospitalier			
Clinique les Martinets	3	Argenteuil	4	René Dubos Pontoise	4		
Association hôpital		CMC privé de Saint-		association hôpital			
Foch	3	Germain	3	Foch	4		
Centre hospitalier de		Association hôpital		SAS hôpital Privé de			
Versailles	3	Foch	2	Parly II	3		
SAS hôpital prive de		Centre hospitalier					
Parly II	3	René Dubos pontoise	2	CASH de Nanterre	3		
SAS centre							
hospitalier privé	_	SA clinique Saint-	_	Centre hospitalier des	_		
Montgarde	2	Louis	2	quatre Villes	2		
0. 11.				CH intercomm			
Sa clinique Ste Marie	2			Meulan-les Mureaux	2		
SAS hôpital prive de							
Versailles	2						
SAS Centre							
chirurgical A. Paré	2						
CH Victor Dupouy							
Argenteuil	2						
CH intercomm	_						
Meulan-les Mureaux	2						

Les établissements publics figurent en bleu, les établissements privés lucratifs en rouge et les privés non lucratifs en jaune.

S3/2230094/JFU 68/75

## Annexe n° 11. Répartition des séjours par type de prise en charge et catégorie MCO

	2016	2017	2018	2019	2020	Évol 2016- 2019 (en %)
séjours d'hospitalisation						
complète	30 498	29 252	28 670	27 711	24 057	- 9,1
dont chirurgie	4 561	4 313	4 148	3 924	2 911	- 14,0
dont médecine	20 775	20 023	19 781	19 064	16 625	- 8,2
dont obstétrique	5 161	4 916	4 741	4 723	4 521	- 8,5
séjours ambulatoires	14 747	14 680	15 071	13 971	9 741	- 5,3
dont chirurgie	5 106	5 053	5 439	5 321	3 485	4,2
dont médecine	7 975	8 179	8 030	6 953	4 894	- 12,8
dont obstétrique	1 666	1 448	1 602	1 697	1 362	1,9
Séances	41 415	41 892	41 701	42 368	42 738	2,3
Total	86 660	85 824	85 442	84 050	76 536	- 3,0

S3/2230094/JFU 69/75

Annexe n° 12. Effectif au 31/12 selon la spécialité exercée de 2016 à 2019

	2016	2017	2018	2019	Évolution 2016-2019 en %	Répartition moyenne en %
SPÉCIALITES MÉDICALES y compris MÉDECINE GÉNÉRALE	249	253	249	236	- 5	61
Médecine générale (y compris urgentistes, hors gériatrie)	43	42	45	41	- 5	
Anatomie et cytologie pathologiques	7	8	8	8	14	
Anesthésie – Réanimation	17	14	15	13	- 24	
Cardiologie et maladies vasculaires	23	22	20	17	- 26	
Dermatologie – Vénérologie	10	9	9	8	- 20	
Endocrinologie et maladies métaboliques	6	5	5	4	- 33	
Gastro entérologie et hépatologie	11	10	10	10	- 9	
Génétique	0	0	0	0	0	
Gériatrie	14	18	13	15	7	
Hématologie	0	0	0	0	0	
Médecine Interne	9	10	14	14	56	
Médecine nucléaire	1	1	0	0	- 100	
Médecine physique et de réadaptation	6	6	9	9	50	
Néphrologie	5	3	4	3	- 40	
Neurologie	10	12	11	9	- 10	
Pédiatrie	35	35	36	37	6	
Pneumologie	5	5	5	4	- 20	
Radiologie	16	21	15	16	0	
Oncologie médicale	11	11	8	9	- 18	
Oncologie radiothérapique	0	0	0	0	0	
Réanimation médicale	9	8	10	9	0	
Rhumatologie	0	0	0	0	0	
Autres spécialités médicales	11	13	12	10	- 9	
SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES	96	94	80	81	- 16	22
Chirurgie générale	13	12	10	10	- 23	22
Chirurgie digestive	0	0	0	0	0	
Chirurgie vasculaire	0	0	0	0	0	
Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	4	4	4	4	0	
Chirurgie orthopédique et traumatologique	11	12	10	9	- 18	
Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	0	1	10	1	- 10	
Chirurgie thoracique et cardiaque	0	0	0	0	0	
Gynécologie – Obstétrique	40	38	29	29	- 28	
Neuro-chirurgie	0	0	0	0	0	
Chirurgie infantile	0	0	0	0	0	
Ophtalmologie	16	16	14	16	0	
Oto-Rhino-laryngologie	12	11	12	12	0	
Chirurgie urologique	0	0	0	0	0	
Autres spécialités chirurgicales	0	0	0	0	0	
AUTRES DISCIPLINES	76	70	73	73	- 4	18
Médecins spécialisés en biologie médicale	15	15	15	16	7	10
Psychiatrie	36	28	30	28	- 22	
Odontologie	2	20	2	20	0	
Pharmaciens spécialisés en biologie médicale	0	0	0	0	0	
Pharmaciens (hors biologie médicale)	11	12	13			
Santé publique (y compris DIM)				13	18	
Médecins du travail	3	4	3	3	0	
IVICUCUITO UU ITAVAIT	0	9	10	0 11	22	
Autres	9					

Source : retraitement SAE

S3/2230094/JFU 70/75

Annexe n° 13. Agents dépassant le plafond annuel d'heures supplémentaires

Année	GRADE	service	Nb heures	plafond
Aillice	GNADE	Service	sup	piaiona
2016	INF. ANESTH. GRD 4 ISGS	6120 ANESTHÉS SG	240	220
2016	INF. BLOC. OP GRD 3 ISGS	6101 BLOC CENTRAL SG	232	220
2016	INF. ANESTH. GRD 4 ISGS	6110 ANESTHÉS PY	480	220
2016	INF. ANESTH. GRD 3 ISGS	6120 ANESTHÉS SG	222	220
2016	INF. ANESTH. GRD 3 ISGS	6110 ANESTHÉS PY	232	220
2017	ADJOINT ADM HOSP PPAL 2CL	0310 INFORMATION MÉDICALE	229	220
2017	INF. BLOC. OP GRD 3 ISGS	6100 BLOC CENTRAL PY	240	220
2017	INF. ANESTH. GRD 4 ISGS	6110 ANESTHÉS PY	240	220
2017	AIDE-SOIGNANT CN	5150 PSY SECT. 6	260	220
2017	INF. ANESTH. GRD 4 ISGS	6110 ANESTHÉS PY	232	220
2017	INF. ANESTH. GRD 3 ISGS	6120 ANESTHÉS SG	228	220
2017	INF. ANESTH. GRD 4 ISGS	6110 ANESTHÉS PY	344	220
2017	INF. BLOC. OP GRD 3 ISGS	6100 BLOC CENTRAL PY	260	220
2017	INF. S.G(D.E) GRD 1 ISGS	6100 BLOC CENTRAL PY	245	220
2017	INF. ANESTH. GRD 3 ISGS	6110 ANESTHÉS PY	244	220
2017	INFIRMIER CADSUP.SANTÉ	5410 CHIR PLURIDI SG	325	220
2017	INF. S.G(D.E) GRD 2 ISGS	0342 CRÊCHE PY	225	220
2017	TECH. SUP. HOSP. 2 CL	0465 INGÉNIERIE BIOMÉDICALE	250,98	220
2018	INF. BLOC. OP GRD 3 ISGS	6100 BLOC CENTRAL PY	240	220
2018	AIDE-SOIGNANT CN	0443 POOL DE NUIT	278	220
2018	AGENT ENTRETIEN QUALIFIÉ	0462 CENTRAL COURSES	354	220
2018	INF. ANESTH. GRD 4 ISGS	6110 ANESTHÉS PY	236	220
2018	SAGE-FEMME 1ER GRADE	5002 GHR	266	220
2018	AIDE-SOIGNANT CE	5008 EXPLO OBS DAN	231	220
2018	INF. ANESTH. GRD 4 ISGS	6110 ANESTHÉS PY	272	220
2018	INF. ANESTH. GRD 3 ISGS	6120 ANESTHÉS SG	316	220
2018	INF. ANESTH. GRD 3 ISGS	6110 ANESTHÉS PY	304	220
2018	INF. S.G(D.E) GRD 1 ISGS	5251 SURV CONTINUE SG	274	220
2018	INF. S.G(D.E) GRD 1 ISGS	5200 ACC URGENCES PY	252	220
2019	INF. BLOC. OP GRD 3 ISGS	6100 BLOC CENTRAL PY	242	220
2019	AIDE-SOIGNANT CN	5002 GHR	240	220
2019	INF. ANESTH. GRD 4 ISGS	6110 ANESTHÉS PY	228	220
2019	TECH. SUP. HOSP. 2 CL	0400 D.R.H.	228	220
2019	INF. ANESTH. GRD 4 ISGS	6110 ANESTHÉS PY	324	220
2019	INF. ANESTH. GRD 4 ISGS	6110 ANESTHÉS PY	240	220
2019	INF. S.G(D.E) GRD 2 ISGS	5210 SMUR PY	240	220
2019	INF. S.G(D.E) GRD 1 ISGS	0420 FORMATION CONTINUE	228	220
2019	INF. S.G(D.E) GRD 1 ISGS	5210 SMUR PY	276	220
2019	A.S AUX PUÉRICULT CN	5001 MATER RDC	228	220

S3/2230094/JFU 71/75

2019	INF. ANESTH. GRD 3 ISGS	6110 ANESTHÉS PY	252	220
2019	INF. ANESTH. GRD 3 ISGS	6110 ANESTHÉS PY	229	220
2019	INF. S.G(D.E) GRD 1 ISGS	0442 POOL	250	220
2019	I.B.O.D.E CL.NOR (CE)	6100 BLOC CENTRAL PY	276	220
2019	A.S AUXILIAIRE PUÉR.	5001 MATER RDC	228	220
2019	INF. ANESTH. GRD 4 ISGS	6120 ANESTHÉS SG	240	220
2019	INF. S.G(D.E) GRD 1 ISGS	5200 ACC URGENCES PY	324	220
2019	INFIR BLOC OPÉRATOIRE	6100 BLOC CENTRAL PY	236	220
2019	INF. S.G(D.E) GRD 1 ISGS	5210 SMUR PY	264	220
2019	INF. S.G(D.E) GRD 1 ISGS	5535 HÉMODIALYSE	372	220
2019	MANIP. Électro CL.NOR (CE)	6050 SÉANCES RADIOTHÉRAPIE	326,21	220
2019	INF. S.G(D.E) GRD 1 ISGS	6101 BLOC CENTRAL SG	244	220
2016	PUÉR. CAD.SANTÉ PARA.	5030 NÉONATOLOGIE	213,6	180
2016	PUÉR. CAD.SANTÉ PARA.	5033 RÉANIMATION NÉONATALE	185,4	180
2017	A.S AUX PUÉRICULT CS	5002 GHR	192	180
2017	OUVRIER PROF QUALIFIÉ	0462 CENTRAL COURSES	194,5	180
2017	TECH. SUP. HOSP. 2 CL	0465 INGENIERIE BIOMÉDICALE	205,64	180
2017	TECHNICIEN LABO CL.NOR	6206 MICROBIOLOGIE	187,8	180
2017	OUVRIER PROF QUALIFIÉ	0492 SÉCURITÉ INCENDIE	189	180
2017	AIDE-SOIGNANT	6100 BLOC CENTRAL PY	211	180
2018	AGT SERV HOSP QUAL CL.NOR	5134 PSY5 HOSP JOUR PY	218	180
2018	AIDE-SOIGNANT CN	5002 GHR	204	180
	agent de service puis AIDE- SOIGNANT à compter d'octobre			
2018	2019	6101 BLOC CENTRAL SG	192,5	180
2018	ASSIST. MÉDIC-ADM CL.NOR	5060 GYNÉCOLOGIE HOSP PY	195	180
2018	ADJOINT ADM HOSP 1CL	6001 RADIOLOGIE STANDARD PY	185	180
2018	TECH. SUP. HOSP. 2 CL	0465 INGENIERIE BIOMEDICALE	195,89	180
2019	AGT SVC HOSP QUAL CL SUP	5000 MATER 6	204	180
2019	A.S AUX PUÉRICULT CS	5280 ACCUEIL URGENCES PED	204	180
2019	AIDE-SOIGNANT CN	5610 CANCEROLOGIE SG	217,5	180
	l .		,	

\$3/2230094/JFU 72/75

Annexe n° 14. Agents présentant un nombre d'heures supplémentaires identique d'un mois sur l'autre

				2016	ŝ			2017						2018											2019																
grade	s e rvi ce	8	9	10	11	12	1	2	3	4 !	5 6	5 7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9 :	.0 1	1 1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	0496 ESPACES VERTS	10	10	10	10	10	10	10 1	0	10	)			10																7,5	7,5									8	
INF.CAD.SANTé.PA RA.	0443 POOL DE NUIT	10	10	80	10	10	10	10 1	0 1	0 10	) 10	10	10	10	10	10	11	11	11	11	11	11	11	11	11 :	11 1	.1 1	.1 5	5	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
INF.CSUP SANTÉ PARA.	0400 D.R.H.	15	15	139	30	15	15	15 1	5 1	5 15	5 15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15 1	15 1	.5 1	5 1	5	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
INF.CAD.SANTé.PA		4		35					0	4		10					41														11										11
INF.CSUP SANTé	0440 DIRECTION DES SOINS		15				15																								15										15
MANIP.ELECTRORA	0443 POOL DE NUIT						10																				Ť														11
	5410 CHIR PLURIDI SG																170														15										
OUVRIER PROF	0492 SECURITE	12	12	15			15							15			15								15 3						15		15	15	15	15	15	15	15	15	15
OUVRIER PROF	0492 SECURITE			48	12		15										27								15 3			0 1			15										15
	0492 SECURITE INCENDIE			48			15	15				15					15						27	15	15 3	15 1	.5 1	.5 1	5		15										15
TECH.LAB. CSUP SANTÉ PAR.	0400 D.R.H.	2	2	16	22	2	2	2 2	2 2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2 :	2 2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	11,67	2
AGENT ENTRETIEN QUALIFIÉ	0492 SECURITE INCENDIE												12			15	15	15		15	15		27	15	1	15 1	.5 1	.5		15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
AGENT ENTRETIEN QUALIFIÉ	0492 SECURITE INCENDIE																			15	15		27	15	:	12 1	.5 1	.5 1	5	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
INF.CAD.SANTé.PA RA.	0443 POOL DE NUIT	10	10	70	10	10	10	10 1	0 1	0 10	) 10	10	20																												

S3/2230094/JFU 73/75

## Annexe n° 15. Glossaire des sigles

ALD Affection de longue durée

ANAP Agence nationale d'appui à la petrformance des établissements de santé médico-sociaux

AP-HP Assistance publique hôpItaux de Paris

ARS Agence régionale de santé

ATIH Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

CAC Commissaire aux comptes
CAF Capacité d'autofinancement
CAL Commission d'activité libérale
CDD Contrat à durée déterminée
CDI Contrat à durée indéterminée

CET

CHFQ Centre hospitalier François Quesnay de Mantes-la-Jolie
CHIMM Centre hospitalier intercommunal de Meulan-les-Mureaux
CHIPS Centre hospitalier intercommunal de Poissy-Saint-Germain
CHSCT Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail

CME Commission médicale d'établissement

Compte épargne-temps

CNRACL Caisse nationale des retraites des agents des collectivités locales

COFRAC Comité français d'accréditation

COPERMO Comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins

COPS Commission d'organisation de la permanence des Soins

CRH Compte-rendu d'hospitalisation

CRUQPC Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge

CSAPA Centre de soins d'Aaccompagnement et de prévention en addictologie CSIRMT Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

CSP Code de la santé publique

DIM Département d'Information médicale

DMS Durée moyenne de séjour DNA Dotation non affectée

DRFiP Direction régionale des finances publiques

EHPAD Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EIG Événement indésirable grave

EPRD État prévisionnel des recettes et des dépenses

ETP Équivalent temps plein

FIPHFP Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique

GHT Groupement hospitalier de territoire

HAS Haute autorité de santé

HPST Loi Hôpital, patients, santé, territoires IADE Infirmier anesthésiste diplômé d'État

IAF Institut- d'analyse financière

IBODE Infirmier de bloc opératoire diplômé d'État

IESPE Indemnité d'engagement de service public exclusif

IFSI Institut de formation aux soins infirmiers

IPDMS Indice de performance de la durée moyenne de séjour

S3/2220365/SH 74/75

MCO Médecine-chirurgie-obstétrique

MCU Maître de conférence des universités

MIGAC Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation

ORL Oto-rhino-laryngologie
PAQ Plan d'assurance qualité

PGFP Plan global de financement pluriannuel

PH Praticien hospitalier

PH/MCU Praticien hospitalier / Maître de conférence des universités

PHTP Praticien hospitalier temps plein

PLU Plan local d'urbanisme PMP Projet médical partagé PNM Personnel non médical

PREF Plan de retour à l'équilibre financier

PSP Projet de soins partagé

SDIPA Service de soins à domicile pour personnes âgées

SFIL Société de financement local

SROS Schéma Régional d'Organisation Sociale et Médico-Sociale

SSIAD Service de soins infirmiers à domicile

SWOT Forces-faiblesses-Opportunités-Menaces (Strengths, weaknesses, opportunities, threats)

TTA Temps de travail additionnel USLD Unité de soins de longue durée

S3/2220365/SH 75/75

## REPONSE DU CENTRE HOSPITALIER (\*)

(\*) Cette réponse jointe au rapport engage la seule responsabilité de son auteur, conformément aux dispositions de l'article L.243-5 du Code des juridictions financières.







Direction générale Tél: 01.39.27.50.01

Courriel: directiongenerale@ght-yvelinesnord.fr

Chambre Régionale des Comptes d'Ile-de-France G/0215 Le 21/04/2023 ARRIVÉE AU GREFFE Poissy, le 21 avril 2023

Monsieur Thierry VUGHT
Président
Chambre Régionale des Comptes IDF
6, Cours des Roches
BP 187
77315 Marne-la-Vallée Cedex 02

Références: DP/JGM/2023-33

<u>Objet</u>: réponse à la notification du rapport d'observations définitives relatif au contrôle des comptes et de la gestion du Centre Hospitalier Intercommunal de Poissy-Saint-Germain-en-Lay (CHIPS)

Monsieur le président,

Je vous remercie pour la transmission du rapport définitif du contrôle exercé sur la gestion du Centre hospitalier intercommunal de Poissy Saint-Germain-en-Laye sur les années 2016 et suivantes.

Je me permets de relever que certaines des observations faites par l'établissement en décembre dernier sur le rapport provisoire n'ont pas été prises en compte, ou prises en compte partiellement dans le rapport définitif.

Ainsi le rapport souligne **page 17 la dynamique d'activité jusqu'en 2016 de l'établissement**. Il faut noter que ce point haut est notamment dû à deux effets importants :

- ✓ la comptabilisation à partir de 2016 des séjours bi-site : du fait que le CHI comporte deux sites géographiques d'hospitalisation MCO à cette période, l'établissement pouvait comptabiliser deux séjours d'hospitalisation complète un à Poissy, un à Saint-Germain-en-Laye en cas de transfert entre les deux sites. Ce changement de comptabilisation générait près d'un millier de séjours par an qui n'ont plus été valorisés à partir du déménagement des services d'hospitalisation complète MCO du site de Saint-Germain-en-Laye sur le site de Poissy à partir du 1er trimestre 2021.
- ✓ une forte activité du centre de radiothérapie en 2016 (+ 2670 séances réalisées par rapport à 2015).

Page 19 du rapport définitif, il est noté à l'identique du rapport provisoire, que l'établissement n'aurait « aucune activité locomotive ». L'établissement avait noté que cette remarque paraissait inadaptée, au regard par exemple de l'activité d'obstétrique qui est une des forces de l'établissement et dont le dynamisme a été renforcé par l'installation dans des locaux entièrement neufs, dans la nouvelle aile de l'établissement ouverte en décembre 2020, ainsi que l'activité de radiothérapie en plein essor.



Il est relevé dans le même paragraphe une diminution des tarifs de 7,5% pour les spécialités en croissance, nous ne comprenons pas cette observation.

Enfin page 52 du rapport définitif, la chambre évoque l'absence d'information sur les plages choisies dans les contrats d'activité libérale des PH et recommande d'apporter cette précision dans les futurs contrats. Il est à noter qu'un tableau précisant les plages choisies pour exercer l'activité dans la semaine fait partie des éléments transmis à l'ARS lors de la transmission du contrat.

Nous sollicitons donc l'ajout de ces mentions ou la modification de celles portées dans le rapport sur ces sujets.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le président, l'expression de mes respectueuses et sincères salutations.

La Directrice générale

**Diane PETTER** 



« La société a le droit de demander compte à tout agent public de son administration » Article 15 de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoven

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

## Chambre régionale des comptes Île-de-France

6, Cours des Roches BP 187 NOISIEL 77315 MARNE-LA-VALLÉE CEDEX 2

Tél.: 01 64 80 88 88

www.ccomptes.fr/fr/crc-ile-de-france