



Rapport d'observations définitives

GROUPE HOSPITALIER DU HAVRE

(Seine-Maritime)

Exercices 2017 à 2021

Observations délibérées le 26 septembre 2023

SOMMAIRE

| | |
|---|-----------|
| SYNTHESE | 1 |
| PRINCIPALES RECOMMANDATIONS..... | 2 |
| OBLIGATIONS DE FAIRE | 2 |
| I. PROCEDURE..... | 2 |
| II. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT..... | 3 |
| A. Présentation générale..... | 3 |
| B. L'établissement sur son territoire | 3 |
| 1. Le territoire de santé du Havre | 3 |
| 2. Le groupement hospitalier de territoire | 4 |
| 3. Les partenariats noués par le GHH | 5 |
| 4. « L'universitarisation » | 6 |
| III. ACTIVITE ET PERFORMANCE | 6 |
| A. La qualité du codage..... | 6 |
| 1. Les résultats des contrôles de l'assurance maladie..... | 6 |
| 2. Le plan d'assurance qualité..... | 7 |
| 3. L'optimisation du codage..... | 7 |
| B. Évolution de l'activité..... | 8 |
| 1. La stratégie menée en matière de capacité de lits et places | 8 |
| 2. L'évolution des principales activités..... | 8 |
| C. L'attractivité du GHH | 10 |
| 1. L'origine de la patientèle..... | 10 |
| 2. Les parts de marché et la concurrence..... | 11 |
| 3. Les actions menées en matière d'attractivité..... | 12 |
| D. Les performances médico-économiques | 13 |
| 1. La gestion des lits..... | 13 |
| 2. Le développement de l'ambulatoire..... | 16 |
| IV. LA FILIERE URGENCES-SOINS NON PROGRAMMES | 18 |
| 1. Organisation générale | 19 |
| 2. Les initiatives prises par le GHH visant à fluidifier les urgences..... | 19 |
| 3. L'impact sur la prise en charge des urgences | 20 |
| 4. Les éléments recueillis lors des passages aux urgences | 20 |
| 5. Les conventions entre le GHH et d'autres structures d'urgence du territoire de santé | 20 |
| 6. Les ressources humaines..... | 20 |
| 7. L'activité..... | 21 |
| 8. L'impact de la réforme du mode de financement des urgences | 21 |
| V. PILOTAGE DES FINANCES ET FIABILITE DES COMPTES..... | 22 |
| A. Le pilotage des finances | 22 |
| 1. La direction des finances..... | 22 |
| 2. La gestion de la facturation..... | 22 |
| 3. Le contrôle de gestion | 23 |
| B. La fiabilité des comptes..... | 24 |
| 1. La certification des comptes | 24 |
| 2. Les écritures comptables..... | 24 |
| 3. Le suivi du patrimoine..... | 25 |
| 4. Les provisions..... | 25 |

| | | |
|--------------|---|-----------|
| VI. | SITUATION FINANCIERE..... | 27 |
| A. | Les résultats..... | 27 |
| B. | Le crédit d'impôt pour la croissance, la compétitivité et l'emploi..... | 28 |
| C. | L'évolution des produits et des charges (budget principal)..... | 29 |
| 1. | Les produits..... | 29 |
| 2. | Les charges..... | 31 |
| D. | Les investissements..... | 34 |
| 1. | Les dépenses d'investissement..... | 35 |
| 2. | Le financement des investissements..... | 36 |
| E. | Le bilan..... | 38 |
| 1. | La trésorerie..... | 38 |
| 2. | Les emprunts..... | 38 |
| VII. | LA COMMANDE PUBLIQUE | 40 |
| A. | L'organisation et la stratégie en matière d'achats..... | 40 |
| 1. | L'organisation et les procédures internes..... | 40 |
| 2. | La mutualisation des achats..... | 41 |
| 3. | Le plan d'action achat de territoire (PAAT)..... | 42 |
| B. | Le respect du code de la commande publique..... | 42 |
| VIII. | LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES..... | 43 |
| A. | Le personnel non médical..... | 43 |
| 1. | L'évolution des effectifs..... | 43 |
| 2. | Les difficultés de recrutement et les moyens mis en œuvre..... | 44 |
| 3. | Le pilotage de la masse salariale..... | 44 |
| 4. | Les dispositifs mis en œuvre dans le cadre de la loi de transformation de la fonction publique..... | 45 |
| 5. | Le temps de travail..... | 46 |
| 6. | L'absentéisme..... | 47 |
| 7. | La politique de remplacement..... | 48 |
| 8. | Les rémunérations..... | 48 |
| B. | Le personnel médical..... | 50 |
| 1. | L'évolution des effectifs..... | 50 |
| 2. | Les difficultés de recrutement et les moyens mis en œuvre..... | 50 |
| 3. | L'organisation et l'indemnisation de la permanence des soins..... | 51 |
| 4. | L'activité libérale..... | 52 |
| | ANNEXE : SIGLES ET ACRONYMES | 54 |

SYNTHESE

Le groupe hospitalier du Havre (GHH) est l'hôpital support du groupement hospitalier de territoire de l'estuaire de la Seine. Couvrant un bassin de population de plus de 450 000 habitants, l'établissement dispose d'une capacité d'accueil de 1 545 lits et places dont 711 en médecine chirurgie obstétrique (MCO). Le GHH se caractérise par un recrutement limité en dehors de sa zone d'influence et une attractivité dominante mais en recul, en raison notamment de la concurrence de plusieurs cliniques privées.

Malgré un net rebond observé en 2021, l'activité est demeurée globalement inférieure aux niveaux constatés en 2019, témoignant d'une incidence toujours prégnante des effets de la crise sanitaire. Sur le plan de la performance médico-économique, des marges de progrès existent en chirurgie, avec des taux d'occupation historiquement faibles et une durée moyenne de séjour élevée, ainsi qu'en chirurgie ambulatoire. Le GHH a également développé des initiatives visant à fluidifier les passages aux urgences, dont le service d'accès aux soins (SAS) depuis le 1^{er} janvier 2021.

La situation financière du GHH apparaît relativement tendue. Les résultats nets ont été positifs sur l'ensemble de la période contrôlée, grâce notamment à la perception d'importantes recettes exceptionnelles au titre des cessions d'actifs et d'un dispositif d'optimisation fiscale juridiquement contestable. Cependant, les résultats courants ont été constamment déficitaires, traduisant une inadéquation des moyens pour couvrir les charges de gestion courante, et ce en dépit de la compensation des pertes de recettes liées à la crise sanitaire et d'une partie importante des surcoûts engendrés par la signature des accords du Ségur de la santé.

La politique d'investissement, financée majoritairement par des fonds propres malgré un autofinancement assez peu élevé, n'a pas empêché la dégradation du taux de vétusté des bâtiments et, dans une moindre mesure, de celui des équipements. Si l'établissement s'est désendetté depuis 2017 en dépit de la conclusion de nouveaux emprunts, environ 8 % du total de l'encours de dette au 31 décembre 2021 était encore composé d'emprunts structurés.

En qualité d'établissement support, le GHH est chargé de la stratégie et du contrôle de gestion des achats et assure la passation des marchés et de leurs avenants pour le compte des établissements parties au groupement. Il a professionnalisé la fonction et mis en place une organisation qui lui a permis de rationaliser ses achats en recourant massivement aux groupements de commandes et aux centrales d'achats.

La gestion des ressources humaines est caractérisée par quelques écarts à la réglementation, notamment en matière de rémunération.

PRINCIPALES RECOMMANDATIONS

1. Poursuivre les efforts entrepris en matière d'attractivité et d'adaptation du capacitaire afin de permettre une meilleure adéquation de l'offre proposée aux besoins réels à couvrir ;
2. poursuivre le développement de la chirurgie ambulatoire dans des structures adaptées ;
3. élaborer une cartographie des risques financiers, budgétaires et comptables par cycle et par processus ;
4. mettre en place un dispositif de recueil et de stockage des consentements, conforme à la réglementation, préalablement à la facturation des chambres individuelles ;
5. mettre à jour les procédures relatives à la fonction « achats » ;
6. élaborer un règlement encadrant le temps de travail additionnel.

OBLIGATIONS DE FAIRE

7. Respecter la réglementation relative au temps de travail ;
8. mettre en conformité les contrats des agents percevant des primes de service ou de technicité ;
9. afficher les honoraires des praticiens exerçant une activité libérale au sein du GHH.

I. PROCEDURE

La chambre régionale des comptes Normandie a inscrit à son programme l'examen de la gestion du groupe hospitalier du Havre (GHH) pour les années 2017 à 2021. Par lettres en date du 5 septembre 2022 et du 21 décembre 2022, le président de la chambre en a informé M. Martin Trelcat, directeur actuel du GHH, ainsi que Mme Zaynab Riet et Mme Valérie Billard, directrices respectivement de janvier 2017 à janvier 2018 et de janvier 2018 à mai 2018.

Les entretiens de fin de contrôle avec les rapporteurs ont eu lieu le 6 mars 2023 pour M. Trelcat et le 7 mars 2023 pour Mme Riet et pour Mme Billard.

Lors de sa séance du 23 mars 2023, la chambre a arrêté ses observations provisoires qui ont été transmises dans leur intégralité à M. Trelcat et, pour les parties qui les concernent, à Mme Riet et à Mme Billard.

Au vu de la réponse reçue, et après avoir entendu le rapporteur, la chambre a arrêté, le 26 septembre 2023, le présent rapport d'observations définitives.

II. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

A. Présentation générale

Le groupe hospitalier du Havre est l'hôpital de référence du groupement hospitalier de territoire de l'estuaire de la Seine.

Depuis janvier 2015, l'établissement est en direction commune avec le centre hospitalier (CH) de la Risle à Pont-Audemer et l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) de Beuzeville. En sa qualité d'hôpital de référence de sa zone de recours, il couvre un bassin de population de plus de 450 000 habitants.

Le GHH est le premier employeur de la ville du Havre avec 4 600 ETP dont 500 médecins, tous statuts confondus. Il est également le troisième établissement de Normandie en termes de capacité, derrière les CHU de Rouen et de Caen.

Disposant d'une capacité d'accueil de 1 545 lits et places dont 711 en médecine chirurgie obstétrique (MCO), 533 en psychiatrie, 147 en soins de suite et réadaptation (SSR), 154 en unité de soins de longue durée (USLD), son activité se répartit sur plusieurs sites : hôpital Flaubert, site historique et siège social, hôpital Jacques Monod et hôpital psychiatrique Pierre Janet.

L'hôpital Flaubert héberge un plateau de consultations de spécialités médicales et chirurgicales, le service de psychopathologie périnatale « *Le P'tit Hans* », un service d'imagerie, le centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD), la permanence d'accès aux soins de santé (PASS), le centre de lutte contre la tuberculose (LAT) et le centre d'enseignement et de soins dentaires (LH dentaire). Il accueille également la résidence de soins de longue durée « *Les Terrasses de Flaubert* ».

L'hôpital Jacques Monod, situé sur la commune de Montivilliers, comprend les unités de court séjour de médecine et chirurgie adulte, le pavillon femme mère-enfant intégrant les services de pédiatrie et de gynécologie-obstétrique, les services d'urgences adultes et enfants et la zone logistique de l'hôpital.

L'hôpital psychiatrique Pierre Janet héberge un service d'urgences psychiatriques (unité d'accueil et de crise) et les unités d'hospitalisation ou de suivi pour enfants, adolescents et adultes.

Des centres médico-psychologiques, des centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel et des hôpitaux de jour sont répartis dans les quartiers de la ville du Havre et sur le territoire jusqu'à Fécamp et Bolbec-Lillebonne. Une maison de l'adolescent complète ce dispositif d'accueil en psychiatrie et santé mentale.

Les activités du GHH sont regroupées au sein de neuf pôles cliniques et médico-techniques et le conseil de surveillance est présidé par la maire de la commune du Havre.

B. L'établissement sur son territoire

1. Le territoire de santé du Havre

La Normandie est découpée en sept territoires de démocratie sanitaire, dont celui du Havre qui se caractérise par des taux de mortalité et morbidité élevés.

La densité médicale de la Seine-Maritime, tant pour les médecins généralistes que spécialistes, se situe en dessous de la moyenne nationale avec respectivement 149 et 178 médecins pour 100 000 habitants contre 153 et 187 médecins au niveau national. Environ 45 000 habitants de l'agglomération havraise n'ont pas de médecin référent.

Le GHH se trouve à proximité de six établissements de santé proposant des activités similaires. L'établissement du Havre est le principal offreur de soins sur son territoire

avec l'hôpital privé de l'estuaire (HPE), qui est son premier concurrent avec, notamment, des parts de marchés équivalentes en chirurgie.

Tableau n° 1 : Liste des principaux établissements à proximité du GHH (2021)

| Etablissement | Distance | Lits et places | | | |
|--|----------|----------------|-----------|-------------|-----|
| | | Médecine | Chirurgie | Obstétrique | SSR |
| Etablissements privés | | | | | |
| Hôpital privé de l'Estuaire (Le Havre) | 7,5 km | 132 | 158 | 20 | 30 |
| Clinique des Ormeaux (Le Havre) | 10 km | 20 | 88 | 0 | 0 |
| Clinique Tous vents (Lillebonne) | 36 km | 5 | 49 | 0 | 0 |
| Etablissements publics | | | | | |
| CH de Saint-Romain | 18,2 km | 0 | 0 | 0 | 20 |
| CH de Fécamp | 34,1 km | 236 | 158 | 39 | 90 |
| CH de Lillebonne | 37,4 km | 60 | 0 | 24 | 0 |

Source : CRC d'après SAE

2. Le groupement hospitalier de territoire

a. Composition, missions et ressources

La région Normandie est découpée en onze groupements hospitaliers de territoire (GHT), dont cinq couvrent une population supérieure à 400 000 habitants. Le GHT de l'Estuaire de la Seine, créé en 2016, associe sept établissements autour du GHH, établissement support, dont l'activité s'étend sur un territoire de 457 000 habitants.

Les instances de pilotage du groupement (comité stratégique, comité territorial des élus locaux, commission médicale, comité des usagers et commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, conférence territoriale de dialogue social) ont été installées par la convention constitutive conformément aux dispositions des articles R. 6132-9 et suivants du code de la santé (CSP).

Le GHH dispose du budget le plus important du groupement et en est le principal contributeur, à hauteur de 68,30 % (rapport financier 2021).

b. Le projet médico-soignant partagé

Le projet médico-soignant partagé (PMSP) a été élaboré par le GHT pour la période 2017-2022.

Ce document identifie seize filières de coopération et des objectifs transversaux (télémédecine, nouvelles technologies et innovations, hospitalisation à domicile, formations communes). Pour chaque filière, un diagnostic est établi et des actions prioritaires à mettre en œuvre sont déclinées, assorties d'indicateurs d'évaluation.

La seconde partie du projet médico-soignant partagé est consacrée aux soins avec quatre axes de travail, eux-mêmes déclinés sous la forme de fiches actions.

Le PMSP a été complété de deux avenants portant sur l'hospitalisation à domicile (HAD) et les personnes en situation de handicap, pour le mettre en cohérence avec les orientations du projet régional de santé (PRS) 2018-2028. Un bilan régulier de la mise en œuvre des actions est présenté en comité stratégique.

Un nouveau PMSP s'appuyant sur les filières précitées, assorti d'un bilan global du PMSP 2017-2021, a été présenté en comité stratégique les 15 juin et 28 septembre 2021 pour une adoption en décembre 2021. Sa mise en œuvre est suivie par la commission

médicale de groupement (CMG), qui remplace le collège médical de GHT à compter du 1^{er} janvier 2022.

c. Les conséquences en termes d'organisation et de mutualisation.

En qualité d'établissement support du GHT, le GHH assure les missions qui lui sont dévolues au titre des dispositions de l'article L. 6132-3 du code de la santé publique¹. Le GHT a également organisé les fonctions relatives aux activités d'imagerie diagnostique et interventionnelle, à la biologie médicale et à la pharmacie. Enfin, il met en œuvre des fonctions mutualisées facultatives comme la gestion d'équipes médicales communes, la mise en place de pôles inter-établissements ou la gestion d'activités administratives, logistiques, techniques ou médico-techniques.

3. Les partenariats noués par le GHH

a. Le groupement de coopération sanitaire « Centre Henri Becquerel – Groupe hospitalier du Havre »

Le groupe hospitalier du Havre collabore depuis de nombreuses années avec le centre Henri Becquerel, centre de référence universitaire en médecine nucléaire, afin de contribuer à la prise en charge du cancer sur le territoire de l'estuaire de la Seine. Le groupement de coopération sanitaire « *Centre Henri Becquerel – Groupe hospitalier du Havre* » (CHB-GHH) a été créé en juin 2014 dans le but de « *consolider la prise en charge diagnostique et thérapeutique en cancérologie des patients du secteur de l'estuaire* ». Dans ce cadre, le GHH exploite un tomographe par émission de positons et a ouvert, depuis janvier 2020, le service de médecine nucléaire - Hôpital Jacques Monod TEP – Scintigraphie.

b. Le groupement de coopération sanitaire « Sant'Estuaire »

Le GHH est également membre du GCS « *Sant'Estuaire* », créé en 2011, qui a pour objectif d'installer un système d'information de santé commun pour les établissements membres (en particulier dans le cadre du GHT), d'assurer l'ingénierie immobilière hospitalière et des fonctions logistiques et hôtelières. Son siège est fixé au GHH et son administrateur est le directeur des achats, de l'hôtellerie et de la logistique de cet établissement.

c. Le groupement de coopération sanitaire GCS « Normand'e-santé »

Le GCS « *Normand'e-santé* » est composé de 58 membres, dont le GHH. Il a été créé en 2017 afin de mettre en œuvre sur le territoire normand des services d'e-santé dont un espace numérique régional de santé. Il contribue, notamment, à définir la stratégie à développer en matière de sécurité et d'interopérabilité des systèmes d'information de santé à l'échelle régionale.

¹ L'article L. 6132-3 du code la santé publique dispose que « l'établissement support désigné par la convention constitutive assure les fonctions suivantes pour le compte des établissements parties au groupement :

1° La stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information hospitalier convergent et interopérable, en particulier la mise en place d'un dossier patient permettant une prise en charge coordonnée des patients au sein des établissements parties au groupement ;

2° La gestion d'un département de l'information médicale de territoire ;

3° La fonction achats ;

4° La coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale du groupement et des plans de formation continue et de développement professionnel continu des personnels des établissements parties au groupement ;

5° La définition d'orientations stratégiques communes pour la gestion prospective des emplois et des compétences, l'attractivité et le recrutement, la rémunération et le temps de travail des personnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques, dans les limites des compétences des établissements parties à l'égard de ces personnels. »

4. « L'universitarisation »

L'augmentation des effectifs médicaux à former a conduit certaines unités de formation et de recherche (UFR) de facultés de médecine à proposer des partenariats « *d'universitarisation* » aux centres hospitaliers.

C'est dans ce cadre qu'une démarche a permis au GHH, en collaboration avec le CHU de Rouen, les facultés de médecine et pharmacie de l'université de Rouen et la communauté urbaine Le Havre Seine Métropole, d'accueillir :

- des professeurs d'université - praticiens hospitaliers (PU-PH) et des maîtres de conférence d'université – praticiens hospitaliers (MCU-PH) nommés au GHH et exerçant au sein de l'établissement la totalité de leur temps hospitalier dans les spécialités de la pédopsychiatrie, de la pneumologie et de l'oncologie ;
- des PU-PH chefs de service au GHH, mis à disposition par le CHU de Rouen sur des temps partiels ou dans le cadre d'équipes de territoire, en ophtalmologie, en anesthésie et en pathologie clinique.

De plus, un centre d'enseignement et de soins dentaires, antenne de la faculté d'odontologie de Lille, a également été installé en 2012.

III. **ACTIVITE ET PERFORMANCE**

A. **La qualité du codage**

1. Les résultats des contrôles de l'assurance maladie

En application de l'article L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale et à la suite d'un contrôle réalisé sur pièces et sur place par les médecins inspecteurs, après avoir été mis en demeure de présenter leurs observations, les établissements de santé sont passibles d'une sanction financière en cas de manquement aux règles de facturation, d'erreur de codage ou d'absence de réalisation d'une prestation facturée.

Le montant de cette sanction, prise par le directeur général de l'agence régionale de santé Normandie (ARS), est fonction du pourcentage des sommes indûment perçues par rapport aux sommes dues et du caractère réitéré des manquements, dans la limite de 5 % des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement.

Comme en 2015², l'établissement a fait l'objet d'un contrôle relatif à la tarification à l'activité en mars 2019 portant sur les séjours codés entre le 1^{er} mars et le 31 décembre 2017. Au terme de la contradiction avec le médecin du département d'information médicale (DIM), sur les 700 séjours codés contrôlés, le nombre de dossiers qui présentent une erreur avec incidence financière représente un taux d'anomalie de 32,6 %, conduisant l'établissement à constituer une provision de 580 000 €.

Interrogé sur l'importance des anomalies ainsi observées, le GHH a précisé que trois erreurs (kétamine hors autorisation de mise sur le marché, hypotension orthostatique et troubles psychiatriques en pédiatrie) représentaient à elles seules 70 % des anomalies de séjours constatées (169 séjours sur les 700 contrôlés³) et que plusieurs actions avaient été mises en œuvre à l'issue du contrôle.

² Ce contrôle, qui avait porté sur des séjours réalisés entre le 1^{er} mars et le 31 décembre 2014, avait conduit l'assurance maladie à estimer que le GHH avait indûment perçu 254 447 € au titre de surfacturations, dont 69 708 € uniquement pour les séjours contigus en raison de plusieurs manquements et erreurs.

³ L'erreur tenant aux troubles psychiatriques en pédiatrie représente à elle seule 53 % des anomalies de séjours (124 séjours sur 148 dossiers contrôlés, soit un taux d'erreur de 84 %).

2. Le plan d'assurance qualité

Conformément à l'article R. 6113-4 du code de la santé publique, le GHH a élaboré un plan d'assurance qualité (PAQ) destiné à garantir l'exhaustivité des données transmises et à fiabiliser les recettes de l'établissement. Le contenu de ce document n'a pas été présenté en commission médicale d'établissement (CME).

Même si des mesures de portée générale y figurent (formations déclinées par spécialité, réunions d'exhaustivité regroupant DIM, cadres de pôle, secrétaires référentes de pôle et chargés de projets de pôle, ce document apparaît perfectible.

Ainsi, le « plan d'actions » associé à l'échelle de cotations figurant en annexe se limite, souvent, à quelques mesures rattachées à des objectifs parfois très généraux, comme par exemple s'assurer d'un codage de qualité, et n'apporte aucune précision concernant le calendrier de mise en œuvre.

Dans ce document, les « *difficultés pouvant être constatées* » tiennent essentiellement à des retards dans la réalisation et l'approbation des comptes rendus d'hospitalisation (CRH) ou opératoires (CRO) et des problèmes de requalification et de correction des modes d'entrée et de sortie aux conséquences importantes en termes de valorisation de l'activité. Or, ces difficultés sont décrites en quelques lignes sans donnée chiffrée ni sectorielle et ne font l'objet d'aucun plan d'actions permettant, par unité fonctionnelle concernée, d'y remédier.

Le médecin DIM indique que la pratique du pré-codage reste exceptionnelle. Il précise également que les conséquences associées aux retards devaient être relativisées dans la mesure où les séjours pourraient très bien être codés sans l'avis des médecins et que, d'ores et déjà, les techniciens de l'information médicale (TIM) « *pré codaient* » avec toutes les autres informations présentes dans le dossier patient⁴, en cas d'absence de compte rendu d'hospitalisation ou de compte rendu opératoire.

La chambre ne partage pas cette appréciation, eu égard aux nombreuses anomalies observées dans le cadre des contrôles réalisés par l'Assurance maladie (cf. point précédent).

Par ailleurs, comme le souligne le plan d'assurance qualité (PAQ), les séjours facturés par erreur ou nécessitant une modification devant être réadressés pour être à nouveau facturés correctement entraînent des retards qui ont aussi des conséquences sur la facturation du forfait journalier hospitalier.

La chambre invite le GHH à compléter son PAQ et lui demande de présenter le document chaque année en CME conformément à ce que prévoit la réglementation.

3. L'optimisation du codage

Dans son précédent rapport, la chambre soulignait que le GHH avait procédé au recodage de certains séjours afin de mieux valoriser son activité, ce qui avait permis à l'établissement de bénéficier de recettes supplémentaires.

Sur ce point, l'établissement s'est contenté de transmettre à la chambre le PAQ précité et d'indiquer qu'aucune opération d'optimisation du codage n'avait été conduite sur la période sous revue.

Une solution d'intelligence artificielle permettant le contrôle, la revalorisation et l'optimisation du codage PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information) à partir d'une analyse sémantique des éléments textuels des dossiers patients informatisés a toutefois été expérimentée à deux reprises sur la base de séjours codés entre 2018 et 2020. Au total, le recours à cette solution a permis à l'établissement de générer 442 000 € de recettes

⁴ En pratique, les TIM posent une marque « *CRH/CRO absent* » sur ces séjours.

supplémentaires pour un coût d'utilisation de 43 659 €, soit près de 400 000 € de recettes nettes.

Toutefois, comme le précise explicitement le PAQ, la mise en place de la garantie de financement (cf. *infra*), qui a permis à l'établissement de compenser les pertes résultant de la baisse d'activité observée en lien avec la crise sanitaire, a rendu peu pertinente l'utilisation de ce type d'outils.

B. Évolution de l'activité⁵

1. La stratégie menée en matière de capacité de lits et places⁶

Au 31 décembre 2021, le GHH comptait 1 545 lits et places, soit un niveau proche de celui observé en 2017 (1 529), dont 711 en MCO⁷ (46,02 %), 533 en psychiatrie (34,50 %), 154 en USLD (9,97 %) et 147 en SSR (9,51 %).

Cette apparente stabilité masque toutefois des évolutions différenciées selon les types de prise en charge.

Sur la période 2017 à 2021, le nombre de lits et places en MCO a diminué d'environ 1 % en dépit de l'agrandissement de plusieurs services dont la médecine interne et infectieuse (+ 8 lits) et l'addictologie (+ 5 lits et places) en raison, selon le GHH, des réductions de capacité décidées en 2019 concernant la chirurgie (- 4 lits en chirurgie orthopédique et - 2 en ORL) et l'obstétrique (- 9) ainsi qu'en 2021 concernant la médecine (- 4 en néphrologie et en rhumatologie et - 2 en dermatologie).

A l'inverse, le nombre de lits et places dans les autres spécialités a progressé de + 3,09 % grâce aux augmentations de capacité décidées en SSR (+ 2 places en pneumologie) et en USLD (+ 11 lits).

Le cas de la psychiatrie apparaît plus contrasté dans la mesure où la progression affichée (+ 2,30 %) ne rend pas compte de l'importante augmentation observée en 2018 à la suite de la reprise du secteur adultes du CHI « *Caux Vallée de Seine* » (+ 19 places) ni de la baisse en 2021 consécutive à la fermeture de l'unité d'accueil des détenus (- 4 lits).

2. L'évolution des principales activités

a. Les activités de MCO

Malgré la diminution de la capacité (- 1,25 %), le nombre de séjours en MCO a augmenté de 0,98 % entre 2017 et 2021, passant de 67 680 à 68 342. Cette progression apparente dissimule néanmoins l'importante baisse d'activité observée en 2020, résultant de la crise sanitaire (fermeture de services, déprogrammation, redéploiements, etc.).

Au total, malgré un rebond de l'activité en 2021⁸ (+ 5,72 % dont + 16,96 % pour la chirurgie, + 8,65 % pour l'obstétrique et + 3,82 % pour la médecine), le nombre de séjours est demeuré inférieur à celui de 2019 (68 342 contre 69 791, soit une diminution de 2,08 %).

⁵ En raison des anomalies et erreurs de remplissage constatées dans la SAE, il a été fait le choix d'utiliser les données d'activité figurant dans les rapports financiers et l'outil Hospi Diag pour la rédaction des développements qui suivent.

⁶ Dans un souci de lisibilité, il a été fait le choix de neutraliser l'exercice 2020 en raison des importantes conséquences associées à la crise sanitaire sur l'organisation des services.

⁷ Les 711 lits et places en MCO se décomposent de la manière suivante : 528 en médecine, 124 en chirurgie et 59 en obstétrique.

⁸ L'année 2021 reste néanmoins impactée par le COVID.

Tableau n° 2 : Évolution du nombre de MCO (par activité)

| | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | Variation |
|--------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Médecine | 53 250 | 53 489 | 55 291 | 52 627 | 54 635 | 2,60 % |
| Chirurgie | 10 083 | 9 913 | 10 186 | 7 790 | 9 111 | -9,64 % |
| Obstétrique | 4 347 | 4 281 | 4 314 | 4 230 | 4 596 | 5,73 % |
| Total | 67 680 | 67 683 | 69 791 | 64 647 | 68 342 | 0,98 % |

Source : CRC d'après rapports financiers

Sur la période 2019 et 2020, les secteurs de la chirurgie et, dans une moindre mesure, de la médecine, ont été les plus touchés par la crise sanitaire (avec respectivement des baisses des séjours de 23,52 % et de 4,82 %). L'obstétrique a connu une baisse moins marquée de ses séjours avec une diminution de 1,95 %, mais a enregistré en 2021 un niveau d'activité supérieur à celui de 2019 (+ 6,54 %).

Toutefois, le nombre d'accouchements, qui s'élevait à 2 993 fin 2021, est en diminution depuis 2019 (- 2,7 %), tendance observée dans la plupart des maternités de la Seine-Maritime (- 2,39 % au niveau départemental).

Enfin, en termes de structure, méritent d'être soulignés :

- le retour à la normale s'agissant des séances (21 796 séances en 2021 contre 21 659 en 2019, soit + 0,63 %), après la nette progression observée entre 2017 et 2019 (+ 10,89 %) ;
- la bascule observée entre l'hospitalisation complète (- 11,89 %) et l'ambulatoire (+ 19,22 % dont + 17,13 % entre 2019 et 2021), illustrant bien le « virage ambulatoire » en cours (cf. *infra*).

Tableau n° 3 : Évolution du nombre de séjours MCO

| | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | Variation |
|--------------|---------------|---------------|---------------------------|---------------|---------------|---------------|
| HC | 34 898 | 34 546 | 34 562 | 29 632 | 30 750 | - 11,89 % |
| Séances | 19 532 | 20 215 | 21 659 | 21 685 | 21 796 | 11,59 % |
| Ambulatoire | 13 250 | 12 922 | 13 486 | 13 414 | 15 796 | 19,22 % |
| Total | 67 680 | 67 683 | 69 707⁹ | 64 731 | 68 342 | 0,98 % |

Source : CRC d'après rapports financiers

b. Les autres activités (hors urgences)

En matière de SSR et toutes activités confondues¹⁰, le nombre de séjours a retrouvé en 2021 un niveau légèrement supérieur à celui observé en 2019 (1 655 séjours contre 1 638, soit une progression de + 1,04 %), en lien avec l'augmentation du capacitaire précitée, tandis que le nombre de journées d'hospitalisation a diminué de 15,83 %, passant de 36 000 à 30 300.

Hors prise en compte de l'exercice 2018, qui avait été marqué par la reprise du secteur adulte du CHI « Caux Vallée de Seine » précitée, la psychiatrie, a connu en 2021 :

⁹ L'écart de 84 séjours s'explique par une coquille dans les rapports financiers qui classent ces derniers tantôt en 2019, tantôt en 2020.

¹⁰ Pour rappel, le GHH propose des soins spécialisés pour les affections de la personne âgée polyopathologique, dépendante ou à risque de dépendance (« SSR gériatriques »), du système nerveux, cardio-vasculaires, respiratoires et de l'appareil locomoteur. Dans le détail, les consultations externes des pôles n° 4, 5 et 6 ont connu en 2021 des niveaux supérieurs à ceux de 2019 (respectivement + 4,30 %, + 25,74 % et + 0,82 %).

- en hospitalisation complète : une légère reprise (+ 2,12 %) après la décreue observée en 2020 (de 100 109 à 94 175 journées réalisées, soit - 5,93 %) ;
- en hospitalisation partielle : un net rebond (+ 86,85 %) après l'effondrement du nombre de venues constaté en 2020 (de 29 818 à 11 625, soit une baisse de 61,01 %).

Les actes et consultations externes (ACE), en forte baisse en 2020 de 17,33 %, n'avaient pas encore retrouvé en 2021 leur niveau de 2019 (215 410 contre 231 637).

Toutefois, les différentes actions déjà mises en place (par exemple la création d'un plateau de consultations et d'actes externes sur le site de Flaubert comprenant également un plateau d'imagerie avec IRM ostéoarticulaire, un centre dentaire et une centrale de prélèvements ; installation des bornes d'admission précitées, dispositif HandiConsult¹¹, etc.) ainsi que celles en cours de développement (ex : optimisation du plateau multidisciplinaire du site de Monod avec l'appui d'un auditeur extérieur, développement des consultations avancées au niveau du GHT à Pont-Audemer, Lillebonne et Fécamp, etc.) devraient permettre un développement rapide de cette activité.

C. L'attractivité du GHH

1. L'origine de la patientèle

Le GHH est un établissement de recours dont l'activité se caractérise par un recrutement limité en dehors de sa zone d'attractivité¹².

Sur la période 2017 à 2021 et en moyenne, les patients accueillis au GHH provenaient à 99,20 % de la région Normandie dont 93 % de la Seine-Maritime.

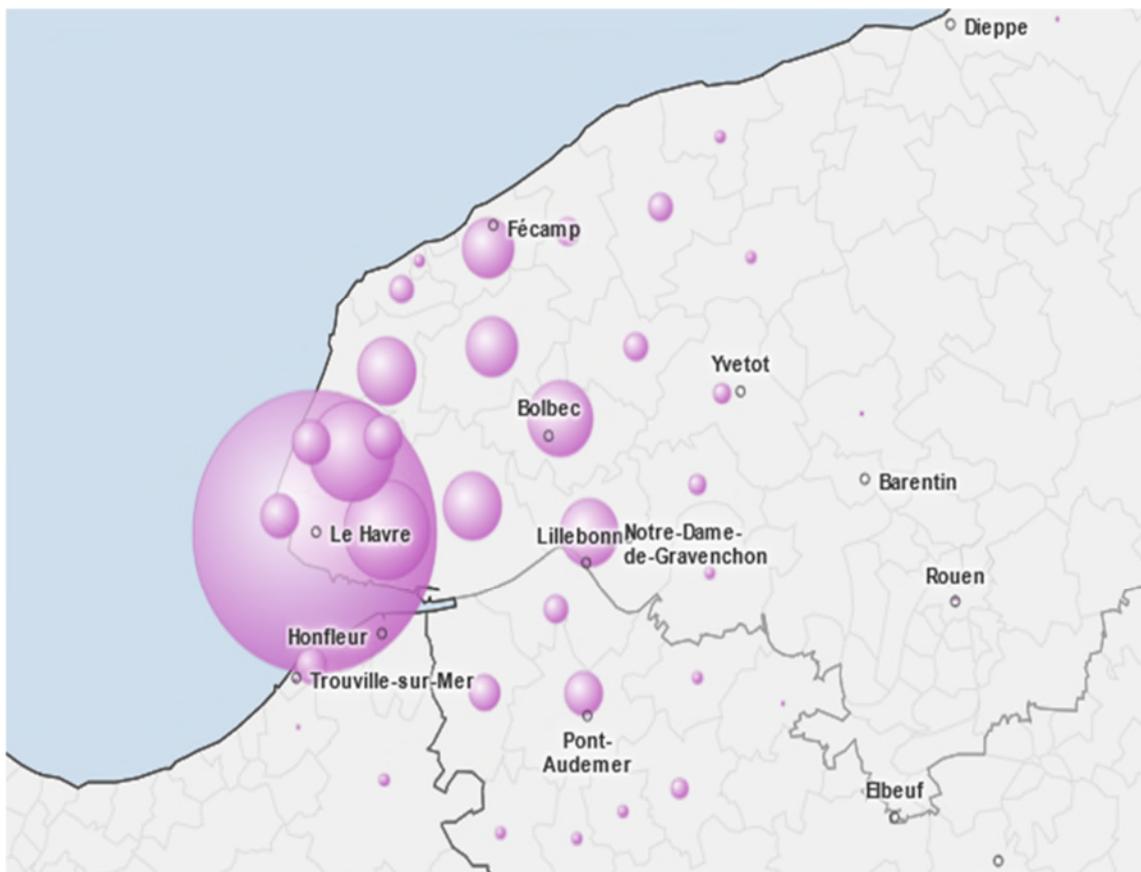
En termes de bassins de population, le territoire de démocratie sanitaire¹³ du Havre tel qu'arrêté par le directeur général de l'ARS en mai 2022 concentre à lui seul près de 91 % des séjours réalisés entre 2017 et 2021.

¹¹ La plateforme Handi'consult est une unité de consultations relatives aux personnes en situation de handicap (physique, sensoriel, cognitif, mental, psychique ou polyhandicapé) se trouvant en rupture de soins et permettant l'accès à plusieurs spécialités (ex : gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.).

¹² La zone d'attractivité d'un établissement est le territoire défini par la liste des codes postaux dans lesquels l'établissement réalise les taux d'hospitalisation (nombre de séjours médicaux / nombre d'habitants) les plus élevés. Ces codes postaux sont classés de manière décroissante. Sont retenues dans la zone d'attractivité, les localités dont le cumul des séjours représente 80 % de l'activité de l'établissement.

¹³ Aux termes de l'article R. 1434-29 du code de la santé publique, les territoires de démocratie sanitaire sont délimités par les directeurs généraux d'ARS, au sien des régions afin de permettre, dans chaque territoire : 1° la mise en cohérence des projets de l'agence régionale de santé, des professionnels et des collectivités territoriales ; 2° la prise en compte de l'expression des acteurs du système de santé et notamment celle des usagers.

Carte n° 1 : Origine géographique des patients du GHH en 2019 (toutes activités)



Source : cartographie Hospi Diag

2. Les parts de marché et la concurrence

a. Au niveau régional

Au niveau régional, si depuis 2018¹⁴, l'établissement a gagné des parts de marché en obstétrique¹⁵ (8,8 % en 2021, en progression de + 12,82 %), il a stagné en médecine¹⁶ (5,6 %) et en chirurgie¹⁷ (3,7 %) et connu une évolution défavorable en chirurgie ambulatoire¹⁸ (2,1 % en 2021, en baisse de - 4,55 % depuis 2018 et - 8,70 % depuis 2019).

La situation de la cancérologie¹⁹ apparaît plus contrastée dans la mesure où la progression affichée depuis 2018 (+ 5,13 %) occulte une baisse continue depuis 2019 (- 8,89 %).

¹⁴ Les données Hospi Diag n'étant disponibles que depuis 2018, il a été fait le choix de limiter l'analyse à la période 2018-2021.

¹⁵ En 2021, le GHH se situait en obstétrique en 4^{ème} position derrière les CHU de Caen (9,5 %) et Rouen (9,1 %) et le CHI Eure-Seine (9,4 %).

¹⁶ En 2021, le GHH se situait en médecine en 3^{ème} position derrière les CHU de Rouen (17 %) et de Caen (9,9 %).

¹⁷ En 2021, le GHH se situait en chirurgie en 5^{ème} position derrière les CHU de Rouen (11,8 %) et Caen (10,4 %), l'hôpital privé Saint-Martin (5,5 %) et la polyclinique du parc (3,8 %), tous deux situés à Caen.

¹⁸ En 2021, le GHH se situait en chirurgie ambulatoire au-delà de la 10^{ème} place derrière la clinique Mathilde (7,5 %), l'hôpital privé Saint-Martin (6,5 %), la polyclinique du parc (5 %), les CHU de Rouen (4,8 %) et Caen (4,4 %) ou encore l'hôpital privé de l'Estuaire (4,2 %).

¹⁹ En 2021, le GHH se situait en cancérologie à la 5^{ème} place derrière les CHU de Rouen (12,3 %) et de Caen (9 %) et les centres de lutte contre le cancer (CLCC) François Baclesse (7,5 %) et Henri Becquerel (6,1 %).

b. Dans la zone d'attractivité

S'agissant de la zone d'attractivité²⁰, la chambre soulignait dans son précédent rapport que le GHH bénéficiait d'une part prépondérante en médecine et en obstétrique, mais que l'établissement était en recul sur l'ensemble des spécialités par rapport à ses principaux concurrents, évolution qui s'est accentuée depuis 2018 à l'exception de l'obstétrique²¹ (77,2 % de part de marché, en progression de + 1,58 %), en raison de l'importante concurrence de plusieurs cliniques dont l'hôpital privé de l'Estuaire (HPE) situé à 7,5 kilomètres du principal site du GHH²².

L'établissement a ainsi perdu des parts de marché en chirurgie²³ (31,6 %, en baisse de - 8,67 %), en chirurgie ambulatoire²⁴ (18,2 %, en baisse de - 6,19 %) et en médecine²⁵ (50,9 % en baisse de - 3,96 %). Le cas de la cancérologie²⁶ apparaît une nouvelle fois spécifique dans la mesure où la progression affichée depuis 2018 (+ 2,75 %) masque une baisse continue depuis 2019 (- 5,57 %).

Sur ces évolutions largement défavorables, l'établissement précise que les chiffres couvrant la période 2020 - 2021 étaient en partie faussés en raison des conséquences engendrées par la crise sanitaire. Cette dernière a conduit à d'importantes déprogrammations en chirurgie et en médecine en lien avec l'ouverture de services destinés aux patients Covid, le GHH ayant été le principal établissement du territoire pour l'accueil des patients infectés aussi bien en soins critiques qu'en unité de médecine.

Le GHH a également mis en avant les difficultés résultant de la lourdeur de la permanence des soins, conduisant à une saturation des plages opératoires et à des tensions sur les lits disponibles en chirurgie et, depuis 2021, les conséquences des fermetures d'urgences de plusieurs cliniques du territoire (HPE et les Ormeaux notamment), qui entraînent des réorientations de patients vers le GHH, pénalisantes pour le développement de l'activité programmée de l'établissement.

3. Les actions menées en matière d'attractivité

Le GHH a néanmoins précisé que plusieurs actions avaient été engagées depuis 2017 afin de permettre à l'établissement de rester « *compétitif* » dans ce contexte concurrentiel :

- en matière d'attractivité médicale : une politique de recrutement dynamique a été mise en place (cf. VIII.B) et le renforcement des partenariats avec le CHU de Rouen et le centre Henri Becquerel afin de favoriser le recrutement de jeunes médecins et d'universitaires ;
- en matière d'innovation : l'accompagnement des projets portés par les services, le soutien à la recherche ou encore la réalisation d'importants investissements afin de moderniser le plateau technique et le cadre hôtelier de l'établissement (cf. VI.C.1) ;

²⁰ Le GHH considère que la zone d'attractivité, qui correspond à un territoire limité et ne recouvre aucun des trois bassins de population de Fécamp, Lillebonne et Pont-Audemer, ne constitue pas la focale d'analyse pertinente. A l'inverse, le territoire de santé englobe l'ensemble des territoires du Groupement Hospitalier de Territoire Estuaire de la Seine et permet d'avoir une focale plus large correspondant davantage à l'activité de recours du GHH sur tout son territoire.

²¹ En 2021, le GHH se situait en obstétrique en 1^{ère} position, loin devant HPE (17,7 %, en diminution de - 0,67 % depuis 2019), le CHI « *Caux Vallée de Seine* » (1,6 %) et le CHU de Rouen (0,6 %).

²² Ce dernier, qui appartient au groupe européen « *Ramsay Santé* », propose une offre de soins globale. Selon la SAE, en 2021, HPE, qui disposait de 132 lits et places en médecine, 158 en chirurgie, 20 en obstétrique et 30 en SSR ainsi que d'un SAU, a enregistré 14 208 séjours, 27 792 séances et 36 906 passages aux urgences.

²³ En 2021, le GHH se situait en chirurgie en 1^{ère} position à quasi égalité avec HPE (31,5 %, en progression de + 10,92 par rapport à 2019) et devant la clinique des Ormeaux (13,7 %, en progression de + 3,01 %) et le CHU de Rouen (8,6 %).

²⁴ En 2021, le GHH se situait en chirurgie ambulatoire en 3^{ème} position derrière HPE (38,6 %, en progression de + 2,8 % depuis 2019) et la clinique des Ormeaux (22 %, soit le même niveau qu'en 2019).

²⁵ En 2021, le GHH se situait en médecine en 1^{ère} position devant HPE (23,9 %, en progression de + 4,82 % depuis 2019), la clinique des Ormeaux (7,4 %, en progression de + 1,37 %) et le CHU de Rouen (4,7 %).

²⁶ En 2021, le GHH se situait en cancérologie en 1^{ère} position devant HPE (24,1 %, en baisse de 0,8 %), la clinique des Ormeaux (15,3 %, soit un niveau proche de celui constaté en 2019) et le CLCC Henri Becquerel (5,6 %, en progression de + 1,3 % depuis 2019).

- en matière de coopérations : le développement des consultations avancées de spécialistes dans les établissements parties au GHT, la mise en place de lignes partagées de permanence de soins, notamment en urologie et en chirurgie thoracique et vasculaire ou encore le déploiement d'une gestion territoriale des lits, sous l'égide du SAMU 76B.

Le GHH a également présenté en 2022 une offre de reprise de la clinique des Ormeaux sous la forme d'une association en groupement de coopération sanitaire (GCS) de droit privé, avec plusieurs praticiens afin notamment d'éviter une fuite de la patientèle vers un nouveau concurrent disposant d'une stratégie de recrutement agressive. Cette proposition a été rejetée par les actionnaires de la clinique.

D. Les performances médico-économiques

1. La gestion des lits

a. Les taux d'occupation²⁷

En préambule, la méthode de calcul des taux d'occupation retenue par l'établissement diffère de l'outil Hospi Diag²⁸ utilisé par la direction générale de l'offre de soins (DGOS).

En effet, alors que le GHH calcule ses taux d'occupation à partir des lits ouverts à hauteur de la maquette, c'est-à-dire en tenant compte des fermetures annuelles, et des séjours réalisés en fonction du service où ils ont été effectués (ainsi un patient de chirurgie pris en charge en médecine apparaîtra dans le taux d'occupation de médecine), Hospi Diag prend en compte l'ensemble des lits exploitables sur une année complète à l'exclusion des fermetures pour cause de travaux ou de désinfection mais pas des fermetures pour congés, jours fériés, vacances et samedi/dimanche ainsi que les journées des séjours au sens du PMSI.

Dans le cadre d'Hospi Diag, l'analyse des taux d'occupation en MCO révèle des niveaux nettement inférieurs aux cibles fixées par la direction générale de l'offre de soins (DGOS).

Tableau n° 4 : Taux d'occupation des lits

| En % | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | Catégorie (2021) | | Typologie (2021) | |
|-------------|------|------|------|------|------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| | | | | | | 2 ^{ème} décile | 8 ^{ème} décile | 2 ^{ème} décile | 8 ^{ème} décile |
| Médecine | 78,6 | 77,8 | 76,7 | 69,9 | 76,2 | 61,4 | 83,8 | 70,4 | 82,4 |
| Chirurgie | 96,5 | 94,5 | 97,4 | 87,5 | 88,4 | 74,1 | 104,8 | 31,4 | 90,4 |
| Obstétrique | 69,8 | 69,7 | 82,3 | 69,4 | 73,5 | 43,2 | 73,1 | 59,5 | 77,1 |

Source : CRC d'après Hospi Diag

En médecine, les taux d'occupation évoluent de 78,6 % en 2017 à 76,2 % en 2021 et sont en moyenne inférieurs de plus de 19 points à l'objectif national (95 %). Le niveau particulièrement bas observé en 2020 s'explique par la baisse du nombre de séjours pendant la crise sanitaire en lien avec les déprogrammations de certains séjours, la diminution du nombre de passages aux urgences et la transformation de nombreuses chambres doubles en chambres individuelles pour accueillir des patients Covid.

²⁷ Comme pour le capacitaire, il a été fait le choix de neutraliser l'exercice 2020 en raison des importantes conséquences associées à la crise sanitaire sur l'organisation des services.

²⁸ Hospi Diag est un outil de mesure, de comparaison, d'analyse et d'évaluation de la performance des établissements de santé (ministère de la santé).

En chirurgie, le taux d'occupation, qui atteignait 97,4 % en 2019, soit + 2,4 points au-dessus de la cible DGOS (95 %), a baissé de 10 points en 2020 et n'a que faiblement progressé en 2021 en dépit du rebond constaté concernant les séjours (cf. *supra*). Cette évolution défavorable est une nouvelle fois liée aux conséquences précédemment évoquées de la crise sanitaire.

L'obstétrique a connu une évolution similaire avec un taux d'occupation qui a chuté en 2020 (- 15,67 %) et qui demeurait en 2021 nettement inférieur à la cible nationale (73,5 % contre 85 %) alors qu'il atteignait 82,3 % en 2019. Il convient toutefois de relever que contrairement à la médecine et à la chirurgie, l'établissement figure toujours parmi les établissements les plus performants de sa catégorie concernant cet indicateur.

Au-delà du non-respect des cibles nationales, ces taux d'occupation dégradés mettent en évidence une utilisation des lits imparfaitement adaptée aux types de pathologies traitées, difficultés qui existaient déjà avant la crise sanitaire.

S'agissant du taux d'occupation « classique » mesuré par le GHH, malgré les nombreuses évolutions du capacitaire décidées entre 2017 et 2021 et le rebond d'activité observé en 2021 (cf. *supra*), ces derniers apparaissent globalement dégradés (77 % en chirurgie, 80 % en obstétrique²⁹, 82 % en psychiatrie, 89 % en médecine et en SSR en moyenne) et en diminution sur la période sous revue (- 8,13 % pour la psychiatrie dont - 6,53 % depuis 2020 ; - 6,41 % en SSR, - 2,31 % en USLD et - 1,29 % en chirurgie), à l'exception de l'obstétrique (+ 7,23 %), qui n'a toutefois pas retrouvé son niveau de 2019 (- 4,03 %).

Tableau n° 5 : Évolution des taux d'occupation

| En % | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | Variation |
|-------------|-------|-------|-------|-------|-------|-----------|
| Médecine | 88,84 | 89,38 | 88,54 | 84,89 | 88,97 | 0,15 % |
| Chirurgie | 77,62 | 76,11 | 77,93 | 76,45 | 76,62 | - 1,29 % |
| Obstétrique | 74,80 | 74,84 | 83,58 | 75,63 | 80,21 | 7,23 % |
| Psychiatrie | 89,29 | 83,88 | 83,91 | 87,76 | 82,03 | - 8,13 % |
| SSR | 95,52 | 94,80 | 95,72 | 89,10 | 89,41 | - 6,40 % |
| USLD | 95,85 | 98,02 | 95,56 | 90,95 | 93,64 | - 2,31 % |

Source : CRC d'après données du GHH

La chambre estime que ces situations illustrent un surdimensionnement de certains services mais également plus globalement un manque d'attractivité de l'établissement.

Le GHH a précisé que plusieurs actions destinées à améliorer les taux d'occupation étaient actuellement en cours de déploiement telles que :

- en chirurgie : la limitation des séjours d'une nuitée au profit de prises en charge en ambulatoire et l'amélioration du recrutement de patients depuis le GHT ;
- en obstétrique : la mise en place des inscriptions en ligne, le renforcement des liens avec les centres de périnatalité du GHT ou encore le développement d'une filière physiologique et d'HAD obstétrique ;
- en psychiatrie : les importants investissements réalisés et à venir visant à regrouper les activités de psychiatrie et de pédopsychiatrie en centre-ville (cf. VI.C.2).

La chambre recommande à l'établissement de poursuivre les efforts entrepris en matière d'attractivité mais aussi d'adaptation de son capacitaire de manière concomitante afin de permettre une meilleure adéquation de l'offre proposée aux besoins réels à couvrir.

²⁹ Hors journées bloc.

b. La durée moyenne de séjours

Selon les données du GHH, la durée moyenne de séjour (DMS)³⁰ en MCO est passée de 3,40 jours en 2017 à 3,24 jours en 2021, soit une diminution de - 4,71 %.

Tableau n° 6 : Évolution de la durée moyenne du séjour

| | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Médecine | 3,24 | 3,28 | 3,12 | 3,07 | 3,10 |
| Chirurgie | 4,03 | 4,01 | 3,88 | 4,46 | 3,93 |
| Obstétrique | 3,92 | 3,94 | 3,91 | 3,42 | 3,43 |
| Total MCO | 3,40 | 3,43 | 3,28 | 3,26 | 3,24 |
| SSR | 43,82 | 42,22 | 47,86 | 50,29 | 33,46 |

Source : CRC d'après données du GHH

Ces résultats s'expliquent essentiellement par l'augmentation du nombre de séjours en ambulatoire, laquelle a pour conséquence une diminution de la DMS globale ayant permis de neutraliser partiellement l'augmentation de la DMS constatée en hospitalisation complète, qui est passée de 5,66 à 5,97 jours.

Quant à la DMS en SSR, elle a d'abord connu une évolution défavorable entre 2018 et 2020, passant de 42,22 à 52,29 jours (+ 19,11 %) avant de nettement diminuer entre 2020 et 2021 (- 33,47 %). Au 31 décembre 2021, elle s'élevait à 33,46 jours, soit un niveau inférieur à la moyenne constatée dans les autres établissements de santé.

L'indice de performance de la durée moyenne de séjour (IP-DMS)³¹ est un indicateur permettant d'apprécier la durée des séjours. Des durées de séjour longues (IP-DMS supérieur à 1) témoignent de difficultés en matière d'adressage des patients (filiales d'aval, HAD, etc.) et organisationnelle (ex : gestion des lits, plateaux techniques, organisation des sorties, etc.).

Tableau n° 7 : Évolution de l'indice de performance de la DMS (hors ambulatoire)

| | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | Catégorie (2021) | | Typologie (2021) | |
|-------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| | | | | | | 2 ^{ème} décile | 8 ^{ème} décile | 2 ^{ème} décile | 8 ^{ème} décile |
| Médecine | 1,007 | 0,981 | 0,941 | 0,946 | 0,957 | 0,954 | 1,344 | 0,929 | 1,059 |
| Chirurgie | 1,063 | 1,054 | 1,017 | 1,061 | 1,032 | 0,962 | 1,336 | 0,852 | 1,062 |
| Obstétrique | 1,05 | 0,987 | 0,972 | 0,924 | 0,951 | 0,912 | 1,028 | 0,943 | 1,057 |

Source : CRC d'après Hospi Diag

³⁰ La durée moyenne de séjours (DMS) représente le nombre moyen de jours que les patients passent au sein de l'établissement. Elle est calculée en divisant le nombre total de journées passées par tous les patients au cours d'une année par le nombre des admissions ou des sorties. Les soins dispensés en ambulatoire ne sont pas pris en compte.

³¹ L'IP-DMS mesure la sur ou la sous-performance des établissements de santé en matière de DMS hors ambulatoire. Il est calculé en rapportant le nombre de journées MCO réalisées en hospitalisation complète au nombre de journées théoriques (case-mix de l'établissement multiplié par la DMS nationale de chacun des GHM). Un IP-DMS supérieure à 1 indique par suite un défaut de performance par rapport à la moyenne nationale.

L'IP-DMS apparaît satisfaisant en obstétrique (0,951 en 2021) et en médecine (0,957 en 2021), avec des niveaux proches des établissements de même typologie les plus performants.

En revanche, et bien qu'en progression de + 1,70 % depuis 2019, cet indicateur est assez dégradé en chirurgie (1,032 en 2021).

Le GHH a également précisé que plusieurs actions avaient déjà été mises en place afin de réduire la DMS : fluidification des filières d'aval notamment avec « les Escales », alimentation du répertoire offre ressources (« ROR »)³², suivi des patients occupant des lits hospitaliers sans justification médicale (« *bed blockers* ») par le service social, protocoles pour la gestion des situations « *hôpital en tensions* », etc. Des actions complémentaires devaient être engagées dès 2023, telles que le déploiement d'un logiciel de gestion des lits au niveau du GHT, la mise en place d'un partenariat avec un hôtel hospitalier, l'amélioration des relations avec l'HAD ou encore l'inscription d'un projet de gestion des lits proactive (« *bed management* ») dans le nouveau projet d'établissement du GHH.

2. Le développement de l'ambulatoire

a. La médecine ambulatoire

De 2017 à 2021, l'activité ambulatoire du GHH a progressé de plus de 22 %, le nombre de résumés standardisés anonymisés (RSA)³³ étant passé de 12 899 en 2017 à 15 764 en 2021 grâce principalement au développement de la médecine ambulatoire (+ 30,79 %).

Tableau n° 8 : Évolution de l'activité ambulatoire

| Nombre de RSA | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | Variation |
|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------|
| Médecine | 8 321 | 8 613 | 9 595 | 10 883 | 30,79 % |
| Chirurgie | 3 863 | 4 231 | 2 995 | 3 866 | 0,08 % |
| Obstétrique | 715 | 618 | 801 | 1 015 | 41,96 % |
| Total | 12 899 | 13 462 | 13 391 | 15 764 | 22,21 % |

Source : CRC d'après Hospi Diag

L'établissement précise que le développement de la médecine ambulatoire faisait partie de ses priorités et que d'ores et déjà il avait été procédé au regroupement de la majorité des hôpitaux de jour (HDJ) dans un seul et même plateau occupant deux ailes du 5^{ème} étage du bâtiment Fontenoy (1,18 M€ d'investissements) ouvert en février 2022. Plusieurs actions ont été conduites, en lien avec l'accompagnement d'un auditeur extérieur, telles que l'optimisation des circuits patients, la redéfinition du capacitaire (cf. *supra*), la formalisation de protocoles définissant les liens avec les plateaux techniques et la pharmacie ou encore la réorganisation des équipes médicales et paramédicales.

Selon les données fournies, le nombre de séjours ambulatoires a ainsi progressé depuis l'ouverture du nouveau plateau en février 2022, passant de 7 387 entrées à fin août 2022 contre 6 113 à la même période 2021 (+ 20,84 %).

³² Ce répertoire permet aux établissements sanitaires et médico-sociaux de décrire leur offre de soins.

³³ Construits à partir des résumés de sortie standardisé (RSS), les RSA sont des documents de nature médicale qui rassemblent de façon anonyme l'ensemble des informations standard relatives à un séjour hospitalier en MCO (ex : GHM et GHS de rattachement, durée du séjour, mois et année de sortie, etc.).

Plusieurs marges de progrès demeurent, à l'image des lits d'ambulatoire forain³⁴. Bien qu'en diminution depuis plusieurs années, ces lits ont été maintenus en cardiologie, gastroentérologie, diabéto-endocrinologie et neurologie sous forme d'hôpitaux de semaine (HDS) en raison, selon la direction, des besoins spécifiques en termes de compétences et d'accès aux plateaux techniques des activités concernées.

En plus d'être contraires à l'article D. 6124-301-1 du code de la santé publique, qui prévoit que les séjours ambulatoires doivent être réalisés au sein d'une unité spécialisée, et de minorer le taux d'activité ambulatoire, ces prises en charge sont source de surcoûts pour l'établissement dans la mesure où l'ambulatoire, qui nécessite par principe moins de moyens humains que l'hospitalisation complète, est moins valorisé financièrement. Elles témoignent en outre de difficultés d'organisation et de capacités ambulatoires insuffisantes.

Sur ce point, le GHH a indiqué que l'ouverture de l'hôpital de jour pluridisciplinaire avait permis de rationaliser une partie de l'ambulatoire forain en rhumatologie, chirurgie et dermatologie et qu'un projet de constitution d'une hospitalisation programmée à durée déterminée (HPDD) attendant au service de neurologie conventionnelle était en préparation avec un objectif d'ouverture courant 2023.

La chambre invite l'établissement à trouver des solutions permettant de transférer ces lits vers le nouveau plateau ambulatoire.

b. La chirurgie ambulatoire

Un constat similaire peut être porté s'agissant de la chirurgie ambulatoire, qui a connu une importante baisse en 2020 (- 29,21 %). Cette baisse d'activité est la conséquence de la crise sanitaire, qui a notamment conduit à la fermeture des unités de chirurgie ambulatoires (UCA) en lien avec les déprogrammations d'activité chirurgicale et la réaffectation d'une partie des effectifs pour prendre en charge les patients Covid³⁵. Au total, malgré un rebond de l'activité en 2021 (+ 29,08 %), le nombre de RSA est demeuré inférieur à celui constaté en 2019 (- 8,63 %).

La chambre rappelle que le développement de la chirurgie ambulatoire constitue un objectif national depuis plusieurs années dans une optique d'amélioration de la prise en charge des patients et de recherche d'efficacité, qui a été décliné en plusieurs sous-objectifs. En particulier, le potentiel de chirurgie ambulatoire pour 18 gestes marqueurs et le taux d'utilisation des places en chirurgie ambulatoire ont été fixés respectivement à 90 et 130 % et le taux cible de chirurgie ambulatoire a été relevé à 70 % dans le cadre de la stratégie nationale de santé 2018-2022.

Au regard de ces indicateurs, le GHH se trouvait en 2021 très en deçà des objectifs fixés par les pouvoirs publics et en retard par rapport aux établissements les plus performants.

Ainsi, le taux de chirurgie ambulatoire, malgré sa progression depuis 2017 (+8,03 %), n'était que de 42,53 % en 2021.

De même, le taux de chirurgie ambulatoire pour les 18 gestes marqueurs a stagné autour de 76 %, soit des niveaux inférieurs à ceux constatés dans les établissements de même typologie les moins performants³⁶.

Quant au taux d'utilisation des places en chirurgie ambulatoire, il est de 70,4 % en 2021 après avoir oscillé entre 70,5 % (2018) et 77,1 % (2019), soit des niveaux supérieurs aux

³⁴ Un séjour d'ambulatoire forain est un séjour comportant un seul résumé d'unité médicale (mono-rum) de 0 jour réalisé dans une unité d'hospitalisation complète (hors prestations inter établissements).

³⁵ Le GHH a également précisé qu'une partie « importante » de l'activité chirurgicale avait été réalisée par les praticiens de l'établissement à HPE et aux Ormeaux entre novembre 2020 et mars 2021, minorant ainsi les données d'activités sur ces deux exercices. Toutefois, les chiffres communiqués témoignent en réalité d'une activité relativement limitée (154 patients pour une valorisation de 74 480 €) sans incidence sur l'activité de l'établissement.

³⁶ Et de même catégorie pour le taux de chirurgie ambulatoire.

établissements les moins performants mais nettement en deçà des cibles fixées au niveau national.

Tableau n° 9 : Évolution des principaux indicateurs de chirurgie ambulatoire

| | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | Catégorie (2021) | | Typologie (2021) | |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| | | | | | | 2 ^{ème} décile | 8 ^{ème} décile | 2 ^{ème} décile | 8 ^{ème} décile |
| Taux chir. ambu. | 39,37 | 39,15 | 41,66 | 38,53 | 42,53 | 66,4 | 82,34 | 76,49 | 89,46 |
| Taux chir. ambu (GHM en C + 7 racines) | 46,1 | 46,55 | 48,7 | 45,22 | 49,32 | 43,97 | 69,86 | 49,46 | 76,54 |
| Taux chir. ambu (18 gestes marqueurs) | 76,32 | 76,87 | 75,49 | 76,43 | 76,08 | 69,96 | 89,85 | 76,83 | 94,14 |
| Taux d'utilisation des places en chir. ambu. | 72,1 | 70,5 | 77,1 | 54,5 | 70,4 | 53,5 | 104 | 60,6 | 119,15 |

Source : Hospiti Diag

Ces importants retards sont confirmés par la faiblesse de l'indice de performance de chirurgie ambulatoire (IPCA)³⁷ du GHH, qui était en 2020³⁸ de 20,3, plaçant l'établissement à la 23^{ème} place des établissements référencés en Normandie, loin derrière la plupart des cliniques dont HPE (4^{ème} avec un score de 38,26) et les deux CHU de la région (le CHU de Caen se classe 8^{ème} avec un score de 36,07 et celui de Rouen 10^{ème} avec un score de 30,52).

Le GHH a précisé que plusieurs actions avaient déjà été mises en œuvre en matière notamment d'amélioration du parcours patient – travaux d'aménagement, remise d'un « passeport ambulatoire »³⁹, préparation pré-opératoire complète, mise en place d'un salon des sorties⁴⁰, généralisation des arrivées débout, automatisation de certaines tâches, etc. – et d'optimisation des organisations – utilisation d'un logiciel de gestion et de suivi des programmes opératoires, temps de travail, etc.

Toutefois, au vu de la faiblesse des principaux indicateurs en matière de chirurgie ambulatoire, la chambre invite le GHH à poursuivre les efforts entrepris afin de développer cette activité en s'aidant au besoin de l'outil Visuchir⁴¹ et à engager une réflexion sur le dimensionnement du capacitaire des unités de chirurgie ambulatoire et des effectifs nécessaires en leur sein.

IV. LA FILIERE URGENCES-SOINS NON PROGRAMMES

Filière à forts enjeux avec plus de 20 millions de passages par an au niveau national, les services des urgences dans les hôpitaux sont confrontés à de graves problèmes

³⁷ Cet indicateur mesure la sous ou la surperformance des établissements de santé en matière de chirurgie ambulatoire. Il est calculé à partir de trois composantes suivantes : le volume ambulatoire, le case-mix avec l'indice d'organisation et le volume ambulatoire dit innovant. Il a été officialisé par l'instruction DGOS du 28 septembre 2015 relative aux objectifs et orientations stratégiques du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire pour la période 2015/2020.

³⁸ Au jour du dépôt du présent rapport, les données 2021 n'étaient toujours pas disponibles.

³⁹ Le passeport ambulatoire est un livret à destination du patient mais également des professionnels de santé intervenant dans le parcours de soins, comportant les principales informations administratives et médicales nécessaires dans le cadre d'une opération de chirurgie ambulatoire programmée.

⁴⁰ Le salon de sortie permet aux patients sortants en attente d'une solution de transport ou d'un résultat d'examen de patienter dans un espace spécialement aménagé sous la surveillance d'un professionnel de santé.

⁴¹ Créé par l'Assurance Maladie et l'ATIH, VISUCHIR est un outil de data-visualisation construit à partir des actes de la classification commune des actes médicaux (CCAM) comportant trois volets (régions, établissements et spécialités) ayant pour finalité commune, par la comparaison des données, de faire évoluer spontanément les pratiques des chirurgiens et des établissements de santé vers les bonnes pratiques professionnelles et organisationnelles. Il constitue, pour les établissements de santé, un tableau de bord de pilotage et de comparaison de leurs pratiques en matière de chirurgie ambulatoire.

d'engorgement accentués par la crise sanitaire. Dans un tel contexte, ce secteur fait l'objet d'une attention particulière avec, notamment depuis 2019, la réforme du mode de financement, l'élaboration d'un pacte de refondation, ou plus récemment la conduite d'une mission flash destinée à affiner le diagnostic des difficultés et proposer des solutions rapides permettant d'améliorer la situation.

À partir de ce constat, la chambre a analysé la filière de prise en charge dans les domaines des finances, des ressources humaines et de l'activité.

1. Organisation générale

Le GHH dispose d'accueils différenciés en urgences adultes, pédiatriques, gynécologiques et psychiatriques. Il existe également un circuit court ambulatoire spécifique, distinct du circuit conventionnel des urgences, permettant une prise en charge rapide de patients sans affection présentant un risque vital et qui s'applique particulièrement à la petite traumatologie.

Le nombre total des urgences suivies d'hospitalisation varie de 19 % en 2018 à plus de 28 % en 2020. Cette dernière année demeure fortement marquée par les affections liées au Covid, avec un nombre de passages en baisse de 20 % par rapport à 2017 (80 000 passages contre 100 000).

Tous les services sont également incités à hospitaliser les patients sans passer par les urgences. Une plateforme d'expertise gériatrique (cf. *supra*) permet également de réaliser des admissions directes en cas de besoin sans passer par les urgences.

Les services d'urgence disposent également de médecins et d'infirmiers d'accueil et d'orientation. Par ailleurs, un accueil administratif permanent est organisé pour les urgences adultes et pédiatriques.

Un logiciel permet de disposer en temps réel du nombre et de l'emplacement des lits disponibles dans l'établissement. Des cadres de santé sont également affectés au sein des urgences. Leur rôle consiste, au-delà des tâches d'organisation générale, à rechercher les lits disponibles en fonction des besoins identifiés.

2. Les initiatives prises par le GHH visant à fluidifier les urgences

Dispositif national prévu par le pacte de refondation des urgences du 9 septembre 2019, le service d'accès aux soins (SAS) a été mis en place au sein du SAMU : il vise à orienter les patients en amont des urgences en proposant des créneaux de consultation en ville ou à l'hôpital. Le GHH fait partie des 22 sites pilotes en France pour préfigurer ce dispositif qui a démarré en janvier 2021. Dans ce cadre, il a bénéficié d'une subvention de 0,280 M€ en 2022 permettant de financer six ETP.

Lorsqu'un patient a un besoin de soins, urgents ou non programmés, il appelle le SAS par le 15. Au sein de la plateforme téléphonique, un assistant de régulation médicale oriente très rapidement l'appel vers la filière d'aide médicale urgente ou vers la filière de médecine générale suivant le besoin.

Le GHH a également mis en place une plateforme gériatrique et a renforcé son équipe mobile d'évaluation gériatrique à domicile (EMEGD) pour proposer une prise en charge à destination des personnes âgées et prévenir le passage aux urgences. Dans ce cadre, le GHH a bénéficié d'une subvention de 0,487 M€ pour la plateforme gériatrique et de 0,1 M€ pour le renforcement de son équipe mobile.

Des créneaux de consultations « semi-urgentes » ont également été libérés dans les spécialités du GHH pour assurer un suivi des patients quelques jours après leur passage aux urgences.

3. L'impact sur la prise en charge des urgences

Ces initiatives récentes n'ont pas encore fait l'objet d'une évaluation, en dehors de la mise en place du SAS. Néanmoins, un premier bilan a été rendu en 2022 s'agissant du centre de réception et de régulation des appels (CRRA) 15, qui révèle que sur 51 000 affaires, près de 48 % des appels réceptionnés par la régulation du SAMU ont été adressés à la médecine de ville et plus de 46 % des appelants ont bénéficié d'un conseil. Au total, moins de 5 % des appels ont mobilisé un équipage SMUR.

S'agissant de l'impact sur le passage aux urgences, le bilan est difficilement exploitable, compte tenu de la situation sanitaire en 2020 et 2021.

4. Les éléments recueillis lors des passages aux urgences

Le GHH suit le temps d'attente recensé dans les rapports de supervision des résumés de passage aux urgences (RPU). Sont ainsi précisés, chaque semaine, le nombre de passages, les moins d'un an, les moins de 18 ans, les plus de 75 ans, l'âge moyen, le taux d'entrées par mutation transfert, le taux d'hospitalisation, le temps de passage, hospitalisation, retour à domicile et la classification clinique de médecine d'urgence (CCMU).

La typologie des patients est mentionnée si elle présente un intérêt dans le cadre de la prise en charge. La provenance des patients est également précisée lors de la saisie initiale du dossier. Enfin, la répartition des actes par grande classification selon les cinq critères et sept catégories de la « *classification clinique de médecine d'urgence* » (CCMU), requise pour la valorisation financière des passages, est tracée dans le logiciel.

Toutefois, la chambre constate que le fait déclencheur ou la motivation du recours aux urgences n'est pas recueilli.

Le GHH n'indique pas si le passage est justifié ou non et ne dispose pas d'études rétrospectives à ce sujet. De la même manière, le GHH n'a pas d'évaluation qualitative sur l'issue d'un passage aux urgences : conformité aux exigences médicales au vu de la situation, autres considérations telles que la capacité d'hospitalisation en aval, la capacité en personnel, le délai d'accès au plateau technique et à une chambre correspondant à l'état du patient, etc.

Par ailleurs, le GHH n'assure pas de suivi des patients non hospitalisés (prescription en sortie, relation avec le médecin traitant, suivi par une infirmière...).

5. Les conventions entre le GHH et d'autres structures d'urgence du territoire de santé

En matière de service d'urgence du territoire, l'objectif est de tendre vers une collaboration complète : protocoles communs, échanges de praticiens, etc.

Quatre sites sont autorisés pour l'accueil des urgences, dotés de SMUR et d'une UHCD : Le Havre, Fécamp, Lillebonne et Pont-Audemer. Le GHH a également une mission de régulation SAMU et de SMUR maritime. Le SAMU entretient des relations avec tous les services d'urgence du territoire.

Le GHH a noué par voie de conventions des relations avec les établissements privés, notamment pour la prise en charge des urgences neuro-vasculaires, psychiatriques et pédiatriques afin de les orienter sur l'établissement public.

6. Les ressources humaines

Le personnel médical des urgences et du SAMU/SMUR est totalement mutualisé. Il l'est plus marginalement pour le personnel non médical.

Le GHH ne recourt pas à l'intérim pour le fonctionnement de son service d'urgences. Des médecins de l'établissement, extérieurs au service des urgences et au

SMUR, participent au tour de garde aux urgences. Tel est le cas en pédiatrie (hors filière néonatale) et la présence d'une équipe de liaison de psychiatrie sur le site Jacques Monod.

On observe sur la période une augmentation sensible du personnel non médical tant pour les urgences que pour le SAMU/SMUR. Cette évolution n'est pas corrélée à celle de l'activité, qui enregistre une baisse sensible entre 2017 et 2021 (cf. *infra*).

Tableau n° 10 : Évolution des effectifs Urgences – SAMU/MUR

| ETPR | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | Variation 2017-2021 |
|-------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|------------------------|
| SAU | | | | | | |
| Médecins | 24,29 | 26,12 | 30,33 | 30,94 | 29,65 | 22,1 % |
| PNM | 122,24 | 125,95 | 131,76 | 132,52 | 137,37 | 12,4 % |
| Sous-total | 146,53 | 152,07 | 162,09 | 163,46 | 167,02 | 14,0 % |
| SMUR-SAMU | | | | | | |
| Médecins | 14,86 | 14,49 | 13,39 | 12,65 | 10,64 | -28,4 % |
| dont SAMU | 5,4 | 5,42 | 5,49 | 4,92 | 4,45 | -17,6 % |
| dont SMUR | 9,46 | 9,07 | 7,9 | 7,73 | 6,19 | -34,6 % |
| PNM | 47,4 | 51,9 | 56,05 | 56,55 | 62,15 | 31,1 % |
| dont SAMU | 14,99 | 16,46 | 17,38 | 18,48 | 21,41 | 42,8 % |
| dont SMUR | 32,41 | 35,44 | 38,67 | 38,07 | 40,74 | 25,7 % |
| Sous-total | 62,26 | 66,39 | 69,44 | 69,2 | 72,79 | 16,9 % |

Source : CRC d'après SAE

7. L'activité

Le nombre total de passages, à savoir externes (73,68 % en moyenne) et suivis d'hospitalisations (35,72 % en moyenne), a globalement diminué entre 2018 et 2020, passant de 91 450 à 75 021, avant de remonter en 2021 à 82 318.

Cette évolution masque toutefois des situations contrastées selon les publics concernés. Alors que les passages aux urgences gynécologiques ont continuellement progressé entre 2019 et 2021, y compris pendant la crise sanitaire, passant de 10 048 à 14 226, soit une augmentation de + 41,58 %, ceux aux urgences adultes ont à l'inverse continuellement diminué sur la même période, passant de 43 930 à 34 532, soit une baisse de - 21,39 %. Quant aux urgences pédiatriques, le nombre de passages a progressé de + 32,58 % en 2021 sans toutefois atteindre le niveau observé en 2019 (33 560 contre 36 891).

En outre, il a pu être relevé que le pourcentage d'entrées en hospitalisation complète en provenance des urgences, qui mesure la contribution des urgences à l'activité traditionnelle, n'avait cessé d'augmenter depuis 2018, passant de 58,09 à 62,87 %, ce qui place le GHH parmi les établissements de même typologie les moins performants (le 8^{ème} décile se situait à 58,10 % en 2021).

L'hôpital attribue cette évolution au virage ambulatoire opéré depuis 2018, qui a eu pour conséquence, selon lui, en baissant le nombre de séjours en hospitalisation complète, d'accroître mécaniquement le pourcentage d'hospitalisation en provenance des urgences.

8. L'impact de la réforme du mode de financement des urgences

La réforme du mode de financement des urgences⁴² est entrée en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2022. L'ordonnateur a indiqué, après avoir rappelé les difficultés de

⁴² Prévues par l'article 64 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020, cette réforme met en place un mode de financement mixte combinant une dotation populationnelle (80 %), des recettes liées à l'activité

l'exercice⁴³, que sur la base d'une comparaison du niveau de recettes moyen observé entre 2019 et 2022, le nouveau modèle de financement avait permis au GHH de générer environ 1,2 M€ de recettes supplémentaires, soit une progression de + 6,80 %, montant qu'il convenait toutefois de mettre en perspective avec l'augmentation des charges constatée sur la même période.

V. PILOTAGE DES FINANCES ET FIABILITE DES COMPTES

A. Le pilotage des finances

1. La direction des finances

Le pilotage des finances est assuré par une direction composée au 31 décembre 2021 de six agents (5,4 ETP).

Outre l'utilisation principale de tableurs et d'outil de requête, la direction des finances a également recours à la société Finance Active pour l'analyse de sa dette.

En matière de contrôle interne⁴⁴, si plusieurs procédures ont été élaborées concernant notamment l'émission, l'annulation ou l'effacement de mandats et qu'une synthèse est présentée annuellement en comité de pilotage par le commissaire aux comptes, le GHH ne dispose pas d'une cartographie de ses risques financiers, budgétaires et comptables par cycle et par processus prévoyant notamment un suivi des actions mises en place afin d'y remédier, observation qui avait déjà été formulée par la chambre lors de son précédent contrôle.

Au vu de cette situation et des anomalies et irrégularités constatées en matière notamment de fiabilité des comptes et de ressources humaines (cf. *infra*), la chambre recommande à nouveau au GHH de se doter d'un tel outil en complément des analyses réalisées par le commissaire aux comptes.

2. La gestion de la facturation

La gestion de la facturation relève d'une cellule de gestion patients (CGP) composée au 31 décembre 2021 de 79 agents (57,78 ETP). Deux autres cellules lui sont rattachées :

- pour les patients hospitalisés : une cellule facturation hospitalière chargée de saisir chaque dossier dans le logiciel de contrôle qualité de la facturation des dossiers « CQFD » puis de procéder à la valorisation et à l'émission des titres, et une cellule « back-office » permettant un suivi centralisé ainsi que l'homogénéisation des pratiques ;

(15 %) et des dotations complémentaires (5 %) prenant en compte d'autres facteurs tels que la qualité du codage (0,6 %) ou des prises en charge (0,6 % également).

S'agissant des recettes liées à l'activité, de nouveaux forfaits et suppléments sont créés pour les passages non programmés non suivis d'hospitalisation dans le même établissement que la structure des urgences autorisée en remplacement des facturations d'ATU et des actes et consultations associés. Afin d'éviter les effets de revenu, un mécanisme de compensation est mis en place pour les établissements concernés par une baisse des recettes.

Enfin, l'article 51 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 substitue au ticket modérateur proportionnel aux tarifs des prestations et des actes réalisés lors d'un passage aux urgences non suivi d'hospitalisation une participation forfaitaire de l'assuré dénommée « forfait patient urgences » (FPU).

⁴³ Ont notamment été évoqués le fait que l'année 2022 constituait un exercice atypique en raison de la mise en place de la garantie de financement (ex. : nouveaux forfaits urgences, ACE, et séjours au sein de l'UHCD) ainsi que la première année d'application de la réforme impliquant nécessairement des modifications d'habitudes pour les soignants et des difficultés d'ordre technique s'agissant des logiciels métiers utilisés.

⁴⁴ Selon le référentiel reconnu au niveau international COSO (Committee Of Sponsoring Organisations), le contrôle interne constitue « un processus, mis en œuvre par la gouvernance, les dirigeants et le personnel d'une [entité], destiné à fournir une assurance raisonnable quant à la réalisation des objectifs suivants : la réalisation et l'optimisation des opérations ; la fiabilité des informations financières ; la conformité aux lois et aux réglementations en vigueur. »

- pour les consultations externes : une cellule facturation externe dont les missions sont identiques à celles dévolues à la cellule facturation hospitalière.

Les activités de SSR, psychiatrie et USLD ainsi que certaines consultations externes (anesthésiologie, néphrologie, gynécologie, imagerie, soins dentaires, médecine physique) font toutefois encore l'objet d'une facturation décentralisée en raison de leurs spécificités de facturation et/ou de prise en charge.

Le taux de rejet de la facturation directe, qui était de 5,56 % en 2019, a connu une évolution favorable en 2020 (5,09 %) et 2021 (3,39 %) même s'il se situait toujours à un niveau supérieur à la cible de 3 % fixée en lien avec le déploiement de la facturation individuelle des établissements de santé (« FIDES »⁴⁵).

Les délais moyens de facturation, globalement stables sur la période sous revue, à l'exception de l'exercice 2020 en raison des difficultés rencontrées à la suite du changement de version de logiciel, demeurent élevés (45,22 jours en hospitalisation et 43,18 jours en consultations externes).

Tout en rappelant que le service de facturation reste tributaire de facteurs externes dont notamment le délai d'obtention des droits AMC des patients, la chambre souligne que l'émission rapide des titres constitue un gage d'efficacité en matière de recouvrement et qu'il existe des marges de progrès en matière de remontée d'informations.

3. Le contrôle de gestion

Le contrôle de gestion⁴⁶ relève directement de la direction des finances et comprend quatre ETP au 31 décembre 2021, dont trois contrôleurs de gestion et un gestionnaire de données formant ensemble la cellule de pilotage de gestion.

Ce service est chargé, en plus de l'élaboration et du suivi des outils relevant de la comptabilité analytique hospitalière et du pilotage médico-économique (ex : tableaux de bord, indicateurs, études médico-économiques, etc.), d'une mission d'appui aux neuf pôles de l'établissement désormais dévolue à quatre chargés de projet ne relevant plus de la direction des finances.

Selon l'établissement, cette nouvelle organisation doit permettre de donner plus de responsabilités aux pôles jugés les plus à même de dégager des pistes d'efficience, tout en permettant à la cellule de pilotage du contrôle de gestion de dégager du temps pour des analyses plus approfondies.

S'agissant des outils, les comptes de résultat analytique (CREA)⁴⁷ n'ont pas été élaborés en 2020 et en 2021 malgré l'obligation prévue par l'article R. 6145-7 du code de la santé publique. L'établissement précise que l'ensemble des personnels étaient alors mobilisés pour faire face à la pandémie de Covid 19. Ces documents ont été élaborés en 2022.

Par ailleurs, et en application de l'article L. 6146-1 du code de la santé publique, la chambre rappelle que les contrats de pôle doivent prévoir les objectifs et les moyens y afférents d'une part, et qu'il incombe au praticien nommé chef d'un pôle d'activité clinique ou médico-technique de mettre en œuvre la politique de l'établissement, d'autre part. Ces dispositions doivent permettre d'atteindre les objectifs fixés au pôle, ce qui implique nécessairement une actualisation annuelle des indicateurs de suivi.

⁴⁵ Ce taux constitue un taux moyen pondéré de l'ensemble des sites du GHH. Dans le détail, le taux de rejet des factures apparaît historiquement plus important sur le site Gustave Flaubert (7,56 % en 2019, 5,46 % en 2020 et 4,30 % en 2021), que sur celui de Jacques Monod (5,38 % en 2019, 5,05 % en 2020 et 3,61 % en 2021).

⁴⁶ Le contrôle de gestion peut être défini dans le cadre hospitalier comme un système de pilotage permettant, sur la base d'objectifs et d'engagements préalablement définis, de mesurer la performance de la gestion et des organisations du point de vue notamment des coûts, de l'efficience et de l'efficacité.

⁴⁷ Les CREA permettent notamment d'apprécier la rentabilité des pôles (ou des services) en comparant les coûts de revient des activités aux recettes qu'elles génèrent et de mesurer la contribution des activités médicales au financement des frais fixes (ex : frais de structure, fonctions logistiques et administratives) de l'établissement.

B. La fiabilité des comptes

1. La certification des comptes

Le GHH est soumis à l'obligation de certification de ses comptes en application de l'article D. 6145-61-7 du code de la santé publique. Sur la période examinée, les comptes de l'établissement ont été certifiés sans réserve.

Le compte rendu de la revue du contrôle interne présenté par le commissaire aux comptes le 15 décembre 2021 au GHH identifie néanmoins neuf « *faiblesses importantes à traiter rapidement par l'établissement* », contre 14 en 2018, rejoignant pour certaines les constats de la chambre dont notamment :

- deux concernant les recettes (absence d'intégration des critères CQFD dans le logiciel CPage et absence de contrôle des régies à enjeux en 2021) ;
- deux pour les ressources humaines (absence de validation des tableaux de service par les médecins, gestion des droits d'option des comptes épargne-temps non conforme à la réglementation) ;
- cinq pour les achats (absence de rattachement des remises de fin d'année, abandon des vérifications des écarts d'inventaire, suivi irrégulier des commandes non réceptionnées, problèmes de rattachement des charges liées à l'activité du laboratoire, retard dans la vérification des factures).

Le GHH a précisé, dans sa réponse aux observations provisoires, que certaines des faiblesses mentionnées (absence de rattachement des remises de fin d'année, gestion des droits d'option des comptes épargne-temps) avaient déjà été corrigées.

Les contrôles opérés au cours de l'instruction ont conduit la chambre à relever d'autres anomalies en complément de celles déjà identifiées par le CAC.

2. Les écritures comptables

Les écritures relatives aux rattachements, reports de charges et produits sur exercices antérieurs à la charge de l'assurance maladie ont été vérifiées et n'appellent pas d'observation, contrairement aux comptes d'attente.

Le solde du c/471 « *Recettes à classer ou à régulariser* » enregistre provisoirement les opérations qui ne peuvent être imputées de façon certaine ou définitive à un compte déterminé au moment où elles doivent être enregistrées, ou qui exigent une information complémentaire ou des formalités particulières.

Or, au 31 décembre 2021, le solde de ce compte s'élevait à 4,75 M€ tous budgets confondus, en hausse de + 2 048,64 % depuis 2017 (dont + 608,34 % entre 2018 et 2019 et + 137,33 % depuis 2019) et représentant 1,15 % du total des produits de gestion (412,12 M€), soit des niveaux significatifs.

Pour l'établissement, ces montants s'expliquent principalement par le manque d'information permettant d'identifier précisément les recettes à classer ainsi que des difficultés d'ordre technique (ex. : « bug » informatique imputable à la CPAM en 2020, nombreux doublons des flux NOEMIE, etc.). Ces sommes ne représenteraient qu'une photographie à un instant donné, les soldes du c/471 étant très fluctuants.

Sans contester ces éléments, la chambre rappelle qu'en vertu de l'instruction budgétaire et comptable M21, les comptes 47 doivent être apurés dès que possible par imputation aux comptes définitifs de façon à ramener le solde de ces comptes à zéro en fin d'exercice. Elle demande à l'établissement de poursuivre le travail entrepris afin d'améliorer l'apurement des soldes des comptes des recettes dans les meilleurs délais afin de ne pas affecter la sincérité de ses données comptables.

3. Le suivi du patrimoine

Alors qu'en application de l'instruction budgétaire et comptable M21, l'ordonnateur doit disposer d'un inventaire physique de ses biens meubles et immeubles⁴⁸ comprenant des informations complémentaires à celles figurant dans les inventaires comptables⁴⁹ (ex. : date d'acquisition, état de vétusté, service détenteur, prix d'achat, coût d'entretien annuel, etc.) pour assurer le suivi de son patrimoine, l'établissement n'a pu fournir que quelques inventaires parcellaires aux contenus très différents selon les directions concernées.

De plus, le GHH a prévu dans son plan d'amortissement des durées d'amortissement nettement supérieures à celles prévues par la M21 (ex. : cinquante ans pour les bâtiments contre vingt à trente préconisés, et trois à sept ans pour les logiciels contre deux et trois ans préconisés).

L'établissement a précisé dans sa réponse à la chambre que, pour les bâtiments, il pratiquait la méthode dite par composants, les durées appliquées s'échelonnent entre 5 ans (aménagements paysagers) et 50 ans (gros œuvre), la durée moyenne pondérée s'établissant à 34 ans. Toutefois, ces durées conduisent de fait à une minoration des charges d'amortissement réglées chaque année.

4. Les provisions

Les provisions constituées chaque année par l'établissement, dont le solde s'élevait fin 2021 à 75,36 M€, appellent les observations suivantes.

Tableau n° 11 : Évolution du solde des provisions au 31/12

| En € | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | Variation |
|---------------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|----------------|
| Provisions réglementées | 40 565 322 | 38 317 385 | 36 235 688 | 34 717 641 | 33 413 200 | -17,63% |
| dont renouvellement des immo. (c/142) | 40 565 322 | 38 317 385 | 36 235 688 | 34 717 641 | 33 413 200 | -17,63% |
| Provisions risques et charges | 20 148 790 | 17 959 631 | 29 381 621 | 31 554 466 | 37 867 350 | 87,94% |
| dont titiges (c/1511) | 0 | 2 116 882 | 2 722 843 | 2 722 843 | 2 072 344 | |
| dont autres risques (c/1518) | 0 | 680 432 | 736 982 | 736 982 | 2 776 691 | |
| dont emprunts risqués (c/152) | 4 376 674 | 136 197 | 166 790 | 1 779 093 | 0 | |
| dont CET médical (1531) | 6 219 828 | 6 168 358 | 7 578 789 | 8 705 238 | 8 360 916 | 34,42% |
| dont CET non médical (1532) | 2 771 682 | 2 791 459 | 4 008 722 | 3 733 549 | 3 816 315 | 37,69% |
| dont autres charges (c/158) | 6 780 606 | 6 066 303 | 14 167 495 | 13 876 760 | 20 841 084 | 207,36% |
| Provisions pour dépréciations | 2 791 303 | 2 403 117 | 3 692 046 | 3 884 680 | 4 079 466 | 46,15% |
| dont immo. (c/29) | 0 | 0 | 0 | 141 693 | 141 693 | |
| dont comptes de tiers (c/49) | 2 791 303 | 2 403 117 | 3 692 046 | 3 742 986 | 3 937 773 | 41,07% |
| Total | 63 505 415 | 58 680 132 | 69 309 355 | 70 156 787 | 75 360 016 | 18,67% |

Source : CRC d'après comptes financiers

a. Les provisions pour renouvellement d'immobilisation (c/142)

Dans son précédent rapport, la chambre avait souligné une reprise de provision de 450 000 € destinée à couvrir les surcoûts liés à la construction de la résidence « *Les Terrasses de Flaubert* » en l'absence d'attribution de crédits par l'ARS, dans le cadre des opérations de fiabilisation des comptes.

En effet, selon l'instruction budgétaire et comptable M21, les provisions pour renouvellement des immobilisations (c/142) ne sont possibles que dans le cadre des dotations

⁴⁸ L'inventaire physique constitue un registre justifiant la réalité physique des biens permettant de connaître précisément l'état des immobilisations. Il est alimenté par chaque service gestionnaire au moment de « l'entrée » du bien dans le patrimoine.

⁴⁹ L'inventaire comptable doit permettre à l'établissement de connaître ses immobilisations sur le volet financier, y compris leurs amortissements.

budgetaires attribuées au titre de l'aide à l'investissement dont bénéficient les établissements. La constitution de telles provisions au moyen des ressources propres de l'établissement est par conséquent prohibée.

Sur la période sous revue, le GHH a procédé à la reprise des provisions constituées à ce titre selon deux méthodes :

- pour la construction de l'unité d'hospitalisation d'office carcérale, en couvrant chaque année l'intégralité des surcoûts annuels ;
- pour les autres opérations⁵⁰, en couvrant chaque année uniquement la proportion correspondant à la part représentée par le total des aides sur les surcoûts totaux sur toute la durée de l'opération.

Cette dernière méthode est appliquée depuis 2017 à la suite de la décision de l'ARS de ne plus verser de crédits régionaux d'un montant annuel de 5,17 M€, d'une part, et à la redéfinition du périmètre des financements alloués depuis 2012, d'autre part. Ce contexte a abouti à une remise en cause du plan prévisionnel de reprise des fonds.

La chambre estime que la provision instituée au titre de l'équipe de réhabilitation psycho-sociale (430 000 €), qui a été maintenue alors que les travaux d'aménagement prévus à ce titre avaient été abandonnés dès 2016, aurait dû faire l'objet d'une reprise.

En effet, l'établissement a indiqué qu'il prévoyait désormais d'installer cette activité sur le nouveau site Flaubert, qui ouvrira en 2023. Un courrier a été adressé au directeur général de l'ARS demandant la réattribution des crédits. En l'absence de confirmation de ce dernier, cette provision apparaît, pour le moment, toujours injustifiée.

b. Les provisions pour litiges (c/1511)

Outre les anomalies en matière d'imputation comptable des provisions concernant les litiges sociaux et patients ainsi que celle relative à l'incendie survenu en 2015 au sein de l'USLD « *Les Terrasses de Flaubert* », la chambre constate que le montant des provisions contentieuses ne correspond pas toujours aux risques à couvrir.

Tableau n° 12 : Évolution des provisions contentieuses

| En € | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|-------------------------|----------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| Solde c/1511 | 0 | 2 116 882 | 2 722 843 | 2 722 843 | 2 072 344 |
| dont SCM CHIN | 0 | 2 072 344 | 2 072 344 | 2 072 344 | 2 072 344 |
| dont ville du Havre | 0 | 44 538 | 650 499 | 650 499 | 0 |
| Litige personnel | 433 210 | 984 166 | 871 666 | 966 765 | 1 368 740 |
| Litige patients | 514 508 | 397 036 | 261 502 | 192 041 | 601 210 |
| Incendie USLD | 0 | 0 | 156 102 | 156 102 | 156 102 |
| Total | 947 718 | 3 498 084 | 4 012 113 | 4 037 751 | 4 198 396 |

Source : CRC d'après comptes financiers

Ainsi, s'agissant du litige opposant l'établissement à la ville du Havre, le GHH a retenu un montant de 650 499 € alors que la requête introductive d'instance de novembre 2019 mentionne un montant de 361 917 € HT, soit 434 400,40 € TTC, solidairement avec une

⁵⁰ Sont concernées les opérations suivantes : construction et équipement du pôle femme mère-enfant, remplacement d'une partie du système d'information, rénovation des locaux et équipements du centre d'enseignement dentaire, acquisition d'une IRM, travaux d'amélioration de l'accessibilité pour les personnes à mobilité réduite, rénovation de locaux et équipement d'une baignoire de balnéothérapie et installation de l'équipe de réhabilitation psycho-sociale (EM2R).

société de démolition, et que le protocole transactionnel signé le 12 janvier 2021 indique une somme de 19 223 €.

Le GHH précise que le montant des provisions contentieuses, qui ne concerne que les affaires présentant un risque moyen ou élevé, est déterminé au regard de la somme réclamée par le requérant, réajustée le cas échéant au vu de la réglementation et de la jurisprudence.

La chambre invite, néanmoins, le GHH à mettre en adéquation le niveau des provisions constituées au titre des litiges avec les risques réels à couvrir.

c. Les autres provisions pour charges (c/158)

Le c/158 « *Autres provisions pour charges* », dont le solde est passé de 6,78 M€ en 2017 à 20,84 M€ en 2021 en lien avec la provision constituée au titre de la reprise partielle du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (« *CICE* »), a enregistré des provisions de nature très diverse dont certaines ne correspondent à aucun des cas prévus par l'instruction budgétaire et comptable M21⁵¹.

Tel est notamment le cas des provisions constituées chaque année au titre des litiges personnels (solde de 924 909 € en moyenne par an) et patients (solde de 393 260 € en moyenne par an) ou encore en 2021 au titre de l'indu concernant la crèche « *Kinoko* »⁵², qui auraient dû être enregistrées respectivement aux c/1511 et 1518. L'établissement s'est engagé à modifier l'imputation de ces provisions dès la clôture de l'exercice 2023.

VI. SITUATION FINANCIERE

L'analyse de la situation financière a porté plus particulièrement sur les résultats, l'évolution des produits et des charges, les investissements et la situation bilancielle. Elle concerne à titre principal le budget H (principal) en raison de son poids dans l'ensemble du budget (environ 94 % des produits et charges consolidés de l'établissement).

A. Les résultats

Les résultats courants, c'est-à-dire la somme du résultat financier et du résultat d'exploitation, ont été constamment déficitaires (- 34,45 M€, soit une moyenne de - 6,89 M€ par an).

S'agissant plus particulièrement de l'exploitation, les déficits tous budgets confondus, qui se sont élevés à - 20,53 M€ cumulés, soit une moyenne de - 4,11 M€ par an, ont représenté jusqu'à 3,33 % du total des produits en 2019 (1,17 % en moyenne sur la période).

Toutefois, les résultats nets du GHH ont été positifs entre 2017 et 2021 (21,76 M€ d'excédent cumulé, soit une moyenne de 4,35 M€ par an).

Ces résultats s'expliquent principalement par l'ampleur des résultats exceptionnels (56,21 M€ d'excédent cumulé, soit une moyenne de 11,24 M€ par an) résultant d'importantes

⁵¹ Selon l'instruction budgétaire et comptable M21, peuvent en principe donner lieu à une provision au c/158 les situations suivantes : remise en état d'un site, désamiantage, élimination des déchets issus des équipements électriques et électroniques, droit individuel à la formation, allocation d'aide au retour à l'emploi, indemnité de précarité, paiement rétroactif des cotisations CNRACL après validation de services, restructuration, frais de démolition d'un immeuble.

⁵² À la suite d'un contrôle réalisé par les services de la CAF de Seine-Maritime en février 2021, le GHH a fait l'objet d'un rappel de 111 509 € au titre d'indus résultant de plusieurs non-conformités à la réglementation en matière de prestations de services concernant la crèche « *Kinoko* » (ex : facturation des repas, absence de déclaration des heures réalisées sur la base des présences effectives, etc.). Il est à noter que ces anomalies sont anciennes puisqu'elles avaient déjà été relevées lors d'un précédent contrôle réalisé en 2015, conduisant la CAF à rejeter la demande de remise de dette sollicitée par le GHH. La chambre avait également souligné au terme de son précédent contrôle l'existence d'irrégularités relevées par la CAF concernant les modalités de facturation (forfaitisation journalière, contractualisation horaire, etc.).

recettes (77,61 M€ cumulés, soit 15,52 M€ en moyenne par an), et notamment des cessions d'actifs (22,05 M€ cumulés, soit une moyenne de 4,41 M€ par an).

Ils proviennent également des opérations de gestion sur exercices antérieurs (12,09 M€ cumulés, soit une moyenne de 2,42 M€ par an) et des reprises sur provisions (9,71 M€ cumulés, soit une moyenne de 1,94 M€).

Enfin, la mise en place du crédit d'impôt pour la croissance, la compétitivité et l'emploi ou CICE (25,56 M€ cumulés dont 4,46 M€ en 2018, 13,44 M€ en 2019 et 6,76 M€ en 2021) a contribué aux résultats nets positifs du GHH sur la période.

B. Le crédit d'impôt pour la croissance, la compétitivité et l'emploi

Le tableau suivant illustre les conséquences du CICE sur les résultats de l'établissement.

Tableau n° 13 : Évolution des résultats du GHH (avec CICE)

| En € | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | Cumul |
|--------------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|---------------------|
| Résultats courants | - 3 746 139 | - 4 505 213 | -15 084 079 | - 5 350 226 | - 5 761 751 | - 34 447 408 |
| dont résultat d'exploitation | - 2 233 975 | - 2 298 334 | -11 348 049 | - 189 810 | - 4 458 243 | - 20 528 411 |
| dont résultat financier | - 1 512 164 | - 2 206 879 | - 3 736 031 | - 5 160 416 | - 1 303 507 | - 13 918 997 |
| Résultats exceptionnels | 10 669 014 | 9 588 583 | 16 621 515 | 6 169 905 | 13 163 666 | 56 212 682 |
| Résultats net | 6 922 875 | 5 083 370 | 1 537 435 | 819 679 | 7 401 915 | 21 765 274 |

Source : CRC d'après comptes financiers

Le CICE était une réduction d'impôt issue du pacte national pour la croissance, la compétitivité et l'emploi instituée par la loi n° 2012-1510 du 29 décembre 2012 de finances rectificative pour 2012 qui avait pour objet, en diminuant le coût du travail des salariés rémunérés jusqu'à 2,5 fois le SMIC, d'améliorer la compétitivité des entreprises. Il a été supprimé par la loi n° 2017-1837 du 30 décembre 2017 de finances pour 2018 à compter du 1^{er} janvier 2019 et remplacé par un dispositif d'allègement de cotisations patronales.

Ainsi que le précise la circulaire n° DGOS/R1/2017/355 du 28 décembre 2017 relative à la campagne tarifaire et budgétaire 2017 des établissements de santé, ce dispositif ne devait concerner, s'agissant du secteur hospitalier, que les établissements du secteur privé lucratif dans la mesure où ils sont soumis à l'impôt sur les sociétés. Cet avantage fiscal a d'ailleurs fait l'objet d'un traitement particulier dans le cadre de l'évaluation des charges des établissements de santé concernés, qui s'est traduit par la minoration des tarifs de l'ensemble des établissements de santé du champ MCO ex-OQN.

De façon analogue à la reprise progressive de cet avantage fiscal opérée pour les établissements privés lucratifs dès la mise en œuvre du CICE en 2013, la DGOS a décidé de reprendre les montants de CICE ayant pu bénéficier à des établissements publics de santé selon des modalités communes définies au niveau national et reposant sur les principes suivants :

- reprise croissante des gains pour les établissements publics selon le même rythme de progression que celui arbitré pour les établissements privés lucratifs, à savoir 13 % des gains au titre de 2013, 38 % des gains au titre de 2014, 88 % des gains au titre de 2015 et 100 % des gains au titre de 2016 et 2017 ;
- lissage sur trois ans afin de ne pas dégrader la trésorerie des établissements concernés ;
- réintégration à compter de l'exercice 2022 des montants prévus au titre des reprises dans les bases des établissements concernés ;

- application d'un débasage en crédits reconductibles.

Dans ce contexte, le GHH a précisé qu'un dossier préparé avec l'appui d'un cabinet d'avocats spécialisé en matière d'optimisation fiscale avait été déposé en décembre 2016 auprès de l'administration fiscale et qu'une provision avait été constituée, dès 2019, compte tenu du risque de reprise sur une partie des montants perçus.

En effet, l'application du barème retenu par la DGOS conduit à un remboursement d'environ 15,81 M€, soit 64,36 % du total des 24,56 M€ perçus, et au maintien en trésorerie d'un indu de 8,75 M€.

Sans le bénéfice du CICE, le résultat net 2018 n'aurait été excédentaire que de 717 356 € et celui de 2019 déficitaire de 3,12 M€, soit 0,86 % du total des produits de l'établissement après neutralisation des montants provisionnés au titre de ce dispositif.

Tableau n° 14 : Résultats nets (retraitement CICE)

| En € | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | Cumul |
|--------------------------------|------------------|------------------|--------------------|----------------|------------------|-------------------|
| Résultat net | 6 922 875 | 5 083 370 | 1 537 435 | 819 679 | 7 401 915 | 21 765 274 |
| - CICE perçu | 0 | 4 366 014 | 13 435 833 | 0 | 6 756 285 | 24 558 132 |
| + Provision n | 0 | 0 | 8 778 140 | 0 | 6 756 285 | 15 534 425 |
| = résultat net retraité | 6 922 875 | 717 356 | - 3 120 258 | 819 679 | 7 401 915 | 12 741 567 |
| Écarts | 0 | 4 366 014 | 4 657 693 | 0 | 0 | 9 023 707 |

Source : CRC d'après données du GHH

La section 1 du chapitre consacré au CICE issu du Bulletin officiel des finances publiques (BOFIP n° BOI-BIC-RICI-10-150-10) ne mentionne pas les établissements publics de santé au titre des potentiels bénéficiaires du dispositif.

Dans ces conditions, la chambre considère que le GHH n'était pas éligible au CICE, et qu'il a lieu de reprendre l'intégralité des sommes perçues à compter du 10 octobre 2018.

C. L'évolution des produits et des charges (budget principal)

1. Les produits

De 2017 à 2021, les produits du budget principal ont évolué de 338,64 M€ à 390,01 M€, soit une progression de + 15,17 %.

Entre 2020 et 2021, l'augmentation est de + 10,34 % (36,54 M€) en raison notamment de la compensation par l'État des surcoûts et des pertes de recettes liés à la crise sanitaire et, selon l'établissement, d'une partie des revalorisations salariales accordées dans le cadre du « Ségur de la santé » (5 M€ de reste à charge selon les estimations du GHH).

Tableau n° 15 : Évolution des produits (budget H)

| En € | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | Variation |
|--|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|----------------|
| Titre 1 - Produits versés par l'Assurance maladie | 246 386 450 | 254 713 895 | 258 605 801 | 281 882 587 | 303 288 833 | 23,09 % |
| Titre 2 - Autres produits de l'activité hospitalière | 23 232 525 | 23 151 808 | 22 612 664 | 19 606 995 | 21 165 206 | - 8,90 % |
| Titre 3 - Autres produits | 69 023 823 | 74 836 341 | 67 037 135 | 51 975 994 | 65 556 719 | - 5,02 % |
| Total | 338 642 797 | 352 702 044 | 348 255 600 | 353 465 576 | 390 010 758 | 15,17 % |

Source : CRC d'après comptes financiers

a. Les produits versés par l'assurance maladie

Les produits du titre 1, qui ont représenté en moyenne 75,35 % du total des produits de l'établissement sur la période sous revue, sont passés de 246,39 M€ en 2017 à 303,28 M€ en 2021, soit une progression de + 23,09 %, dont + 17,28 % depuis 2019.

Tableau n° 16 : Évolution détaillée des produits versés par l'assurance maladie (retraitement DMA)

| En € | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | Variation |
|-----------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|----------------|
| Activité | 136 830 006 | 141 915 834 | 144 177 471 | 147 691 319 | 155 235 646 | 13,45 % |
| MO et DMI | 11 936 506 | 12 935 264 | 13 292 890 | 14 857 494 | 16 442 625 | 37,75 % |
| Sous-total activité | 148 766 512 | 154 851 098 | 157 470 361 | 162 548 813 | 171 678 271 | 15,40 % |
| Forfait, DAF, MIGAC | 85 099 283 | 87 744 315 | 88 604 028 | 107 309 966 | 118 792 044 | 39,59 % |
| FIR | 11 025 655 | 10 768 482 | 12 531 412 | 12 023 808 | 12 818 518 | 16,26 % |
| Tensions budgétaires | 1 495 000 | 1 350 000 | 0 | 0 | 0 | |
| Sous-total dotations | 97 619 938 | 99 862 797 | 101 135 440 | 119 333 774 | 131 610 562 | 34,82 % |
| Total | 246 386 450 | 254 713 895 | 258 605 801 | 281 882 587 | 303 288 833 | 23,09 % |

Source : CRC d'après rapports financiers

Les produits liés à l'activité, qui comprennent également les molécules onéreuses (MO) et les dispositifs médicaux implantables (DMI), ont continuellement progressé entre 2017 et 2021, passant de 148,77 M€ à 171,68 M€ (+ 15,40 %), alors que l'activité n'avait pas retrouvé son niveau de 2019 malgré le rebond observé en 2021 (cf. *supra*).

Cette situation, apparemment paradoxale, s'explique principalement par la mise en place de la garantie de financement⁵³ (108,44 M€ en 2020 et 140,44 M€ en 2021⁵⁴), qui a permis à l'établissement d'éviter une perte de recettes cumulée de 18,68 M€, dont 12,23 M€ au titre de 2020 et 6,36 M€ au titre de 2021.

Concernant les dotations versées par l'ARS, méritent plus particulièrement d'être soulignées les importantes progressions :

- depuis 2017, des dotations annuelles de financement (de 63,14 M€ à 72,07 M€, soit + 14,05 %), en raison principalement des compensations accordées au titre du « *Ségur* » et, pour la psychiatrie, du transfert du secteur adultes du CHI « *Caux Vallée de Seine* » et de l'attribution de crédits supplémentaires, dans le cadre du protocole *ad hoc* et du contrat territorial de santé mentale conclus avec les tutelles ;
- depuis 2019, des enveloppes relatives aux missions d'intérêt général et aides à la contractualisation (MIGAC) en lien avec la perception de crédits destinés à financer une

⁵³ Afin de faire face à l'épidémie de covid-19, un mécanisme de garantie de financement a été mis en place en vue de sécuriser les recettes des établissements de santé pour l'ensemble des activités réalisées dans les champs MCO (y compris HAD), PSY et SSR dont le niveau était déterminé en tenant compte du volume d'activité et des recettes perçues par les établissements en 2019. Couvrant initialement les soins réalisés sur la période allant de mars à décembre 2020 en application d'un arrêté du 6 mai 2020, le dispositif a été reconduit pour l'ensemble des exercices 2021 (arrêtés des 13 avril et 17 août 2021) et 2022 (arrêtés des 10 mai et 24 août 2022), mais pas en 2023. Toutefois, la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023 a prévu la possibilité pour l'ensemble des établissements de santé mentionnés à l'article L. 6111-1 du code de la santé publique de bénéficier, à titre transitoire et par dérogation aux articles L. 162-22-1, L. 162-22-6 et L. 162-23-1 du code de la sécurité sociale, d'un « *mécanisme de soutien de leurs recettes* » versées par les régimes obligatoires d'assurance maladie, qui est dans les faits très proche dans son principe de la garantie de financement. Selon l'établissement, le montant versé en 2022 ne représente toutefois que 70 % du total qu'aurait perçu le GHH en cas de reconduction de la garantie de financement.

⁵⁴ Ces données ne correspondent pas à celles mentionnées dans le rapport financier 2021, lequel indique que la garantie de financement s'est élevée à 140,54 M€ en 2021 et à 132,5 M€ en 2020. Au-delà des ajustements réalisés depuis la publication du rapport, il convient de relever que les données du tableau fourni par le GHH sont exprimées en valeur nette s'agissant de l'exercice 2020 du dégel du coefficient prudentiel 2019, contrairement à celles du rapport financier.

partie des mesures issues du « *Séjour* » et la compensation des surcoûts engendrés par la crise sanitaire (34,21 M€ en 2021, soit + 106,38 %).

Ces dernières ont toutefois baissé entre 2020 et 2021, passant de 35,51 M€ à 34,21 M€ en raison d'une moindre compensation des effets de la crise sanitaire mais également d'un effet de périmètre résultant de la suppression de la MIG SMUR dans le cadre de la réforme du financement des urgences (cf. *supra*).

Cette réforme a conduit à une importante augmentation des forfaits annuels (+ 174,49 % dont + 120,44 % entre 2020 et 2021), qui sont passés de 4,98 M€ en 2018 à 13,69 M€ en 2021.

b. Les autres produits

Les produits à la charge des patients et des organismes complémentaires (titre 2), qui comprennent notamment les recettes liées à la facturation du ticket modérateur, du forfait journalier et des prestations de soins délivrées aux patients étrangers et aux patients provenant d'autres établissements, ont connu une évolution défavorable entre 2017 et 2021 (- 8,90 %) qui, observée dès 2017 en raison notamment de la baisse de certains tarifs journaliers de prestation⁵⁵ et du nombre de journées d'hospitalisation complète, a été nettement accentuée par la crise sanitaire (- 13,29 % entre 2019 et 2020).

Malgré la reprise de l'activité en 2021 qui a permis de générer des recettes supplémentaires, le niveau des produits du titre 2 demeurait au 31 décembre toujours inférieur à celui de 2019. Toutefois, la mise en place de la tarification nationale journalière des prestations, qui repose sur une nomenclature simplifiée et unifiée en remplacement des TJP propres à chaque établissement à compter du 1^{er} janvier 2022 pour les champs MCO et PSY, devrait permettre à l'établissement de générer un supplément de recettes d'environ 1,33 M€.

Enfin, les « *autres produits* » (titre 3), qui ont représenté en moyenne 18,47 % du total des produits du budget principal, ont connu une évolution similaire avec une baisse de - 10,42 % entre 2018 et 2019 qui a été très nettement accentuée par la crise sanitaire (- 22,47 % entre 2019 et 2020). Malgré le rebond observé en 2021 (+ 26,13 %), le niveau des recettes du titre 3 demeurait au 31 décembre 2021 inférieur à celui de 2019.

Sur la facturation des chambres individuelles (1,80 M€ fin 2021, en progression de + 45,62 % depuis 2019), la chambre relève que le recueil du consentement des patients n'est pas systématisé – les pratiques sont présentées comme « *hétérogènes* » d'un service à l'autre – et que les formulaires complétés ne sont pas conservés par l'établissement.

Or l'instruction n° DGOS/R1/2015/36 du 6 février 2015 interdit aux établissements de santé de facturer une majoration au titre du régime individuel dès lors que seules des chambres individuelles restent à disposition ou que l'isolement relève d'une prescription médicale, d'une obligation réglementaire liée aux conditions techniques de fonctionnement ou d'une nécessité médicale, restrictions qui impliquent nécessairement une volonté expresse des patients de bénéficier d'une chambre seule en dehors de ces situations.

Afin de se prémunir de tout risque contentieux, la chambre recommande au GHH de mettre en place un dispositif de recueil et de stockage des consentements conforme à la réglementation préalablement à la facturation des chambres individuelles.

2. Les charges

Sur la période sous revue, les charges du budget principal sont passées de 331,51 M€ en 2017 à 381,41 M€ en 2021, soit une progression de + 15,05 % (+ 3,57 % en variation annuelle moyenne), dont + 10,22 % depuis 2019, en raison notamment des surcoûts

⁵⁵ Les TJP ont ainsi diminué entre 2017 et 2020 de - 8,73 % pour les spécialités de médecine, psychiatrie et dialyse, - 5,91 % pour les spécialités coûteuses et - 3 % pour la chirurgie.

liés à la crise sanitaire et aux revalorisations salariales accordées dans le cadre du Ségur de la santé.

Tableau n° 17 : Évolution des charges (budget H)

| En € | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | Variation |
|---|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|----------------|
| Titre 1 - Charges de personnel | 228 608 230 | 230 314 435 | 232 156 275 | 245 586 292 | 259 661 721 | 13,58 % |
| Titre 2 - Charges à caractère médical | 46 311 665 | 47 818 841 | 48 600 930 | 51 716 501 | 56 959 812 | 22,99 % |
| Titre 3 - Charges à caractère hôtelier et général | 28 821 353 | 30 361 349 | 29 694 561 | 28 413 774 | 32 169 382 | 11,62 % |
| Titre 4 - Charges d'amortissement, de provision, et financières | 27 770 031 | 38 696 862 | 35 580 738 | 25 931 521 | 32 615 637 | 17,45 % |
| Total | 331 511 279 | 347 191 487 | 346 032 504 | 351 648 087 | 381 406 551 | 15,05 % |

Source : CRC d'après comptes financiers

Il est à noter que selon les données fournies, le montant des surcoûts liés au Covid 19 s'est élevé, hors prise en compte des investissements⁵⁶, à 17,06 M€ dont 6,98 M€ en 2020 et 10,08 M€ en 2021.

a. Les charges de personnel

Les charges du titre 1, qui ont représenté en moyenne 68,06 % du total des charges de l'établissement, sont passées de 228,61 M€ en 2017 à 259,66 M€ en 2021, soit une progression de + 3,24 % en variation annuelle moyenne.

En effet volume, on observe principalement :

- pour le personnel médical (PM), l'augmentation importante des effectifs sur la période sous revue (+ 17,23 %, soit + 72,72 ETPR dont + 31,91 internes, + 15,96 « autres praticiens à recrutement contractuel » et + 13,08 praticiens hospitaliers) en lien avec la politique « attractive et ambitieuse de recrutement médical » engagée par l'établissement à compter de 2018 (cf. *infra*) ;
- pour le personnel non médical (PNM)⁵⁷, l'explosion des indemnités horaires pour travaux supplémentaires (de 646 079 € en 2017 à 2,95 M€ en 2021, soit une progression de + 357,30 % dont + 280,19 % depuis 2019) en lien avec celle des heures supplémentaires réalisées afin de pallier la pénurie de professionnels concernant les métiers dits en tension et répondre aux pics d'activité durant la crise sanitaire (cf. *infra*).

⁵⁶ Les investissements en lien avec le Covid 19 se sont élevés à 956 045 € en 2020 et à 27 819 € en 2021.

⁵⁷ Si les effectifs non médicaux sont restés globalement stables sur la période sous revue, autour de 4 085 ETPR, le nombre de contractuels a progressé de + 38,50 %, dont + 27,75 % entre 2019 et 2021 en lien avec les besoins de renfort du fait de la prolongation du contexte épidémique, tandis que dans le même temps, le nombre des agents titulaires a diminué de - 5,23 % en lien principalement avec la mobilité sortante des agents du secteur gériatrique mis à la disposition des Escales depuis 2018 et le transfert des personnels relevant du service informatique et du DIM vers le budget G (- 39,7 ETPR).

Tableau n° 18 : Évolution des effectifs médicaux au 31/12

| En ETPR | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | Variation |
|---|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------|
| PH temps plein et temps partiel | 193,32 | 198,60 | 204,64 | 205,96 | 206,40 | 6,77 % |
| Attachés et attachés associés en triennal et en CDI | 24,10 | 24,68 | 23,22 | 20,68 | 21,45 | -11,00 % |
| Praticiens contractuels en CDI | 0,00 | 0,00 | 0,50 | 0,50 | 0,50 | |
| Sous-total Permanents | 217,42 | 223,28 | 228,36 | 227,14 | 228,35 | 5,03 % |
| Praticiens contractuels en CDD | 32,80 | 30,20 | 30,82 | 36,96 | 34,01 | 3,69 % |
| Assistants et assistants associés | 33,71 | 34,50 | 38,60 | 38,16 | 40,13 | 19,04 % |
| Autres praticiens à recrutement contractuel | 16,35 | 20,52 | 20,55 | 30,94 | 32,31 | 97,61 % |
| Sous-total Non Permanents | 82,86 | 85,22 | 89,97 | 106,06 | 106,45 | 28,47 % |
| Internes | 121,76 | 125,90 | 134,09 | 145,97 | 153,67 | 26,21 % |
| Docteurs juniors | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 6,29 | |
| Sous-total Internes et étudiants | 121,76 | 125,90 | 134,09 | 145,97 | 159,96 | 31,37 % |
| Total | 422,04 | 434,40 | 452,42 | 479,17 | 494,76 | 17,23 % |

Source : CRC d'après comptes financiers

En effet prix, les rémunérations du PM sont passées sur la période contrôlée de 29,50 M€ à 35,56 M€, soit une augmentation de + 20,54 % (+ 4,78 % en variation annuelle moyenne) et celles du PNM de 117,95 M€ à 133,14 M€, soit une augmentation de + 12,87 % (+ 3,07 % en variation annuelle moyenne).

Selon l'établissement, ces évolutions s'expliquent principalement :

- pour le PM, par les mesures salariales accordées en application des accords Ségur précités (2,11 M€ au total entre 2020 et 2021) et l'augmentation, entre 2019 et 2021, des dépenses d'intérim⁵⁸ (de 1,20 M€ à 1,80 M€, soit + 49,59 %) et de la permanence des soins (de 4,83 M€ à 5,40 M€, soit + 11,66 %) en lien avec la gestion de la crise sanitaire qui a notamment nécessité la mise en place d'astreintes spécifiques pour assurer la continuité des soins ;
- pour le PNM, par les mesures salariales accordées en application des mêmes accords (13,40 M€ au titre des compléments de traitement indiciaire et 4,13 M€ au titre des revalorisations de grilles entre 2020 et 2021 notamment), les avancements d'échelon et de grade (9,55 M€ entre 2017 et 2021, soit une moyenne annuelle de 1,90 M€), la mise en œuvre du protocole d'accord sur les carrières et les rémunérations (3,11 M€) et l'augmentation de la valeur du point (1,20 M€ en 2017).

b. Les autres charges

Les « charges à caractère médical » (titre 2), qui ont représenté en moyenne 14,30 % du total des charges de l'établissement, ont progressé de + 22,99 % sur la période contrôlée, passant de 46,31 M€ à 56,96 M€ dont + 17,20 % entre 2019 et 2021 en lien avec l'augmentation des molécules onéreuses (MO)⁵⁹ et sous autorisation temporaire d'utilisation (ATU) – qui sont passées de 12,06 M€ en 2017 à plus de 19 M€ en 2021, soit une progression

⁵⁸ Ces dépenses ont principalement concerné l'anesthésiologie (853 512 € en moyenne sur la période 2019-2021) et la médecine aiguë et post-urgences (de 19 237 € à 425 635 €).

⁵⁹ Spécialités pharmaceutiques avec autorisation de mise sur le marché inscrites sur la liste prévue à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale (« liste en sus »).

de + 57,53 % et, dans une moindre mesure, par celle des dépenses de réactifs de laboratoire enregistrées au c/60224, qui sont passées de 3,11 M€ en 2017 à 5,14 M€, soit une progression de + 64,98 %.

Selon l'établissement, ces évolutions s'expliquent principalement :

- pour les MO, par l'accroissement des files actives de patients et le développement des prises en charge nécessitant des traitements onéreux (immunothérapie et biothérapie notamment) en dépit du recours croissant à des médicaments biosimilaires ;
- pour les fournitures de laboratoire, par les besoins croissants de l'établissement en lien avec la mise en place de la nouvelle chaîne de laboratoire en 2019 et de ses partenaires (CH de Risle et de Saint Romain-de-Colbosc notamment), des surcoûts engendrés par la réalisation des test PCR à compter de l'exercice 2020 et plus généralement par un effet prix observé sur certains réactifs.

S'agissant des rétrocessions⁶⁰, la légère augmentation des dépenses afférentes observée depuis 2019 (de 9,95 M€ à 10,13 M€) a été compensée par celle des recettes (de 10,26 M€ à 10,81 M€).

Les « charges à caractère hôtelier et général » (titre 3), qui ont représenté en moyenne 8,50 % du total des charges de l'établissement, ont diminué entre 2018 et 2020 avant de progresser de manière significative entre 2020 et 2021 (+ 13,22 %) pour atteindre 31,17 M€, en raison de l'intégration des fonctions DIM et DSI du GHT au budget principal – la contribution du BP au GHT est ainsi passée de 964 191 € à 3,93 M€, soit une augmentation de + 307,52 % – et, dans une moindre mesure, de l'augmentation des dépenses d'énergie retracées au c/60612, qui sont passées de 2,68 M€ à 3,30 M€.

On observe également une progression sensible, sur la période sous revue, des dépenses de transport⁶¹ (de 338 765 € à 956 481 €, soit un quasi-triplement), de linge (de 399 263 € à 878 881 €, soit un doublement) et de nettoyage à l'extérieur (de 753 538 € à 1,01 M€, soit + 34,21 %), qui s'expliquent principalement, selon le GHH :

- pour les transports, par la réforme des modalités de facturation des transports inter-établissements en application de l'article 80 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017⁶² et le transport de patients ne relevant pas du GHH en lien avec la crise sanitaire (+ 86,87 % entre 2019 et 2020) ;
- pour le linge, par un besoin accru des résidents (Les Escales, CH de la Côte Fleurie, de la Risle ou encore de Saint-Romain-de-Colbosc) et des achats réalisés dans le cadre de la gestion du Covid 19 (+ 588 000 € environ selon les estimations du GHH) ;
- pour le nettoyage, par les revalorisations tarifaires en lien avec l'élargissement du périmètre couvert décidées dans le cadre de la renégociation de marchés de sous-traitance du bionettoyage.

D. Les investissements

Les tableaux de financement permettent d'appréhender de façon globale la politique d'investissement menée sur la période. Les ressources ont été systématiquement

⁶⁰ En application de l'article L. 5126-4 du code de la santé publique, et par dérogation aux dispositions de l'article L. 5126-1 du même code, les pharmacies à usage intérieur (PUI), qui répondent en principe aux besoins pharmaceutiques des personnes prises en charge par l'établissement, service ou organisme dont elles relèvent, peuvent, dans l'intérêt de la santé publique, être autorisées à vendre à des malades non hospitalisés certains médicaments dont la liste est arrêtée par le ministre de la santé.

⁶¹ Ces dernières comprennent les transports inter-établissements retracés au c/6243, les transports d'usagers retracés au c/6245 et les autres transports retracés au c/6248.

⁶² En application de cet article, désormais codifié à l'article L. 162-21-2 du code de la sécurité sociale, les transports réalisés au sein d'un même établissement de santé ou entre deux établissements de santé qui étaient précédemment pris en charge par l'Assurance maladie, sont, à compter du 1^{er} octobre 2018, désormais pris en charge par l'établissement à l'origine de la prescription de transport et sont inclus dans les tarifs des prestations.

supérieures aux emplois, conduisant à un accroissement continu de l'apport au fonds de roulement (41,19 M€ au total, soit une moyenne annuelle de + 8,24 M€).

Tableau n° 19 : Évolution du tableau de financement

| En € | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | Cumul |
|-------------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|--------------------|
| Ressources | | | | | | |
| CAF | 10 421 527 | 12 308 207 | 24 500 620 | 15 009 340 | 21 766 082 | 84 005 776 |
| Emprunts | 7 344 435 | 17 667 685 | 7 724 686 | 8 366 119 | 10 013 563 | 51 116 488 |
| Dotations et subv. | 1 293 086 | 369 248 | 1 349 032 | 3 715 708 | 13 346 949 | 20 074 022 |
| Autres | 9 854 838 | 3 439 445 | 1 017 783 | 2 162 703 | 8 129 403 | 24 604 172 |
| Sous-total | 28 913 886 | 33 784 585 | 34 592 121 | 29 253 870 | 53 255 997 | 179 800 458 |
| Emploi | | | | | | |
| Rembours. dettes | 14 053 902 | 17 988 330 | 12 599 197 | 12 303 236 | 11 849 020 | 68 793 684 |
| Immobilisations | 8 067 605 | 9 326 287 | 11 305 922 | 13 050 027 | 15 345 461 | 57 095 303 |
| Autres | 1 907 | 539 | 17 | 155 808 | 12 562 741 | 12 721 012 |
| Sous-total | 22 123 413 | 27 315 157 | 23 905 136 | 25 509 071 | 39 757 223 | 138 610 000 |
| Apport au fonds de roulement | 6 790 473 | 6 469 428 | 10 686 985 | 3 744 799 | 13 498 774 | 41 190 458 |

Source : CRC d'après comptes financiers

Si l'ARS a approuvé l'ensemble des états prévisionnels des recettes et des dépenses (EPRD) avec parfois avec des réserves importantes comme pour l'exercice 2018, elle a en revanche refusé d'approuver les plans globaux de financement pluriannuel (PGFP) 2019-2023 et 2022-2026 en raison :

- d'une trajectoire budgétaire trop fragile ne permettant pas d'assurer la pérennité financière de l'établissement (PGFP 2019-2023) ;
- du travail d'instruction complémentaire à conduire sur les projets financés dans le cadre du plan d'investissement 2021-2030 découlant du « Ségur de la santé » et de l'intégration encore partielle des subventions attendues, en particulier de la région Normandie, au titre des projets retenus à ce titre (PGFP 2022-2026).

Le PGFP 2022-2026 prévoit un programme important de renouvellement des immobilisations pour un montant total de 177,88 M€ (remboursements des dettes financières compris). Ce programme est principalement financé par des emprunts nouveaux à hauteur de 82,8 M€ (soit 56,14 % du total du financement prévu) et par autofinancement (51,84 M€, soit 35,15 % du total).

Outre les opérations déjà engagées (cf. point suivant), le PGFP 2022-2026 évoque au titre des projets à venir la relocalisation du service de médecine physique et réadaptation (MPR) et des SSR gériatriques sur le site de Monod (28,3 M€) ainsi que la réhabilitation des pavillons Boréal et Alizée pour un total respectivement de 4,5 et 3 M€.

1. Les dépenses d'investissement

Sur la période sous revue, les investissements du GHH se sont élevés à environ 57,10 M€, en progression constante.

Les principales opérations d'investissement réalisées ont été les suivantes :

- au titre des travaux : la restructuration des pavillons « France » et « Normandie » destinés à accueillir le nouveau plateau de consultations externes (5,30 M€ entre 2017

et 2021) et le regroupement de la pédopsychiatrie sur le site de Flaubert dans une nouvelle structure de 8 400 m² (1,94 M€ entre 2020 et 2021⁶³) ; la modernisation d'unités du bâtiment Fontenoy sur le site de Monod (1,99 M€ entre 2020 et 2021⁶⁴) ;

- au titre des équipements : l'acquisition d'une chaîne de laboratoire (914 262 € en 2019) et d'un appareil d'imagerie basse dose EOS (625 400 € en 2021).

En dépit de ces opérations, le taux de renouvellement des bâtiments, qui évalue l'investissement que l'établissement consacre au renouvellement de ses constructions, est demeuré inférieur à 0,30 % sur la période sous revue (0,17 % en 2021) et le taux de vétusté des bâtiments, qui évalue le besoin de rénovation/reconstruction de ses constructions, n'a cessé de se dégrader, passant de 57,05 % en 2017 à 64,18 % en 2021, soit des niveaux proches des établissements les moins performants en la matière.

S'agissant des investissements hors bâtiments, le taux de renouvellement des équipements est passé de 5,06 % en 2018 à 6,91 % en 2020 avant de légèrement diminuer en 2021 (6,50 %), et le taux de vétusté de 74,38 % en 2017 à 77,29 % en 2021, situant le GHH parmi les établissements les plus performants de sa catégorie.

Tableau n° 20 : Évolution des principaux ratios liés aux investissements

| | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | Catégorie (2020 ⁶⁵) | | Typologie (2020) | |
|------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| | | | | | | 2 ^{ème} décile | 8 ^{ème} décile | 2 ^{ème} décile | 8 ^{ème} décile |
| Bâtiments | | | | | | | | | |
| Taux de vétusté | 57,05 % | 59,79 % | 61,63 % | 63,96 % | 64,31 % | 42,70 % | 67,60 % | 49,00 % | 65,20 % |
| Taux de renouvellement | 0,27 % | 0,14 % | 0,27 % | 0,15 % | 0,17 % | 0,10 % | 0,70 % | 0,10 % | 0,80 % |
| Équipements | | | | | | | | | |
| Taux de vétusté | 74,38 % | 76,19 % | 76,92 % | 77,29 % | 76,65 % | 79,00 % | 89,80 % | 75,20 % | 86,50 % |
| Taux de renouvellement | 5,42 % | 5,21 % | 6,72 % | 7,29 % | 6,46 % | 2,40 % | 5,60 % | 3,80 % | 7,50 % |

Source : CRC d'après comptes financiers

2. Le financement des investissements

Entre 2017 et 2021, les dépenses d'investissement ont été couvertes essentiellement⁶⁶ par la capacité d'autofinancement (CAF)⁶⁷ à hauteur de 46,72 %, les emprunts nouveaux (28,43 %) et les produits de cession (12,26 %).

a. L'autofinancement

Au 31 décembre 2021, la CAF brute tous budgets confondus, qui avait varié de 10,42 M€ (2017) à 24,50 M€ (2019), s'élevait à 21,76 M€.

⁶³ Le montant total prévisionnel du projet, qui doit s'achever en fin d'année 2023, s'élève à 24,03 M€.

⁶⁴ Le montant total prévisionnel du projet, qui s'échelonne jusqu'en 2030, s'élève à 15,61 M€.

⁶⁵ Les données 2021 n'étaient toujours pas disponibles au jour du dépôt du présent rapport.

⁶⁶ Le GHH a également perçu entre 2017 et 2021 12,67 M€ en apport (7,05 %) et 7,40 M€ de subventions d'équipement.

⁶⁷ La CAF représente l'excédent résultant de l'exploitation utilisable pour financer les opérations d'investissement (remboursement de la dette en capital, dépenses d'équipement).

Tableau n° 21 : Évolution de la capacité d'autofinancement (tous budgets)

| En € | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|----------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| CAF Brute | 10 421 527 | 12 308 207 | 24 500 620 | 15 009 340 | 21 766 082 |
| Taux de CAF | 3,02 % | 3,36 % | 6,73 % | 4,07 % | 5,35 % |
| - Annuité en capital | 13 350 278 | 17 459 658 | 12 215 472 | 12 113 623 | 11 858 855 |
| = CAF nette | -2 928 751 | -5 151 451 | 12 285 148 | 2 895 717 | 9 907 227 |

Source : CRC d'après comptes financiers

Le montant des remboursements du capital de la dette ayant été supérieur à celui de la CAF brute en 2017 et 2018, l'établissement a connu une insuffisance d'autofinancement nette au titre de ces deux exercices (- 2,93 M€ et - 5,15 M€) témoignant, au moins pour le premier⁶⁸, d'une réelle difficulté de l'établissement pour assurer le financement des investissements menés.

La marge brute⁶⁹ constitue, selon l'instruction interministérielle du 4 mars 2016 relative à la procédure budgétaire des établissements de santé, l'indicateur central de la performance économique des établissements de santé.

Cet indicateur a nettement progressé sur la période sous revue, passant de 14,81 M€ en 2017 à 19,44 M€ en 2021, en lien avec les importantes aides versées par l'ARS au titre de la gestion de la crise sanitaire à compter de l'exercice 2020 (cf. *supra*).

Le GHH précise que depuis 2019, le suivi de ce dernier indicateur n'était plus assuré en raison des difficultés rencontrées pour identifier les aides ponctuelles devant être retraitées de la marge brute.

La chambre rappelle que le taux cible de marge brute d'exploitation hors aides financières fixé par la DGOS depuis 2016 s'établit toujours à 8 % pour les établissements qui s'engagent dans des projets d'investissements lourds conduisant à un endettement important, ce qui est le cas du GHH.

b. Les autres recettes d'investissement

Le GHH a également contracté pour 39,54 M€ d'emprunts nouveaux afin de financer une partie de son programme d'investissement de travaux, d'équipements médicaux hôtelier et de son système d'information, et a aussi perçu 18,13 M€ de recettes nettes au titre des cessions d'actifs réalisées sur la période contrôlée grâce à la vente de plusieurs terrains, bâtiments et logements.

Si cette politique de valorisation du patrimoine de l'établissement, qui a été lancée en 2015 à la suite d'une étude réalisée avec le concours de l'ARS et de la ville du Havre, a permis de générer d'importantes recettes supplémentaires, elle ne saurait constituer un mode de gestion à long terme, le patrimoine hospitalier étant par nature limité.

⁶⁸ L'insuffisance d'autofinancement observée en 2018 est directement liée à l'augmentation des remboursements de dette résultant des renégociations d'emprunts structurés.

⁶⁹ La marge brute, qui se rapproche de l'excédent brut d'exploitation, est calculée à partir du total des « produits courants d'exploitation », dont il est déduit le total des « charges courantes d'exploitation » retraitées des remboursements des budgets annexes.

E. Le bilan

1. La trésorerie

Sur la période sous revue, le fonds de roulement⁷⁰, tous budgets confondus, a progressé de 35,89 M€ à 70,29 M€ fin 2021, soit 17,06 % du total des produits d'exploitation.

Le besoin en fonds de roulement⁷¹ a été systématiquement positif entre 2017 et 2021, ce qui traduit l'importance des créances à court terme de l'établissement. La trésorerie a augmenté de + 413,96 % sur la même période, atteignant 36,58 M€ fin 2021, soit l'équivalent de 33 jours de charges d'exploitation, taux supérieur à celui de la médiane des établissements publics de santé (29,02 jours en 2021 selon les données de la DRFIP).

Tableau n° 22 : Évolution de la situation bilancielle au 31/12

| En € | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | Variation |
|---------------------------------------|------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-----------------|
| Fonds de roulement net global | 35 892 715 | 42 362 143 | 53 049 127 | 56 793 926 | 70 292 700 | 95,84 % |
| - Besoin en fonds de roulement global | 28 774 009 | 32 108 500 | 40 977 334 | 32 194 088 | 33 705 168 | 17,14 % |
| = Trésorerie nette | 7 118 705 | 10 253 643 | 12 071 794 | 24 599 837 | 36 587 531 | 413,96 % |
| En jours de charges | 7,48 | 10,26 | 12,13 | 24,29 | 33,00 | 341,42 % |
| Débit c/515 | 8 442 425 | 11 476 736 | 13 659 634 | 25 312 826 | 37 122 100 | 339,71 % |

Source : CRC d'après comptes financiers

Enfin, bien que relativement élevés, les délais globaux de paiement ont été systématiquement inférieurs au seuil de 50 jours prévu par l'article R. 2192-11 du code de la commande publique. Ils s'élevaient en 2021 à 43,34 jours, en diminution de - 13,15 % depuis 2018.

2. Les emprunts

Dans son précédent rapport, la chambre avait souligné la part élevée des emprunts à risques (18 % du total de l'encours) et recommandé à l'établissement la poursuite du désendettement entamé en 2013.

La stratégie menée par l'établissement depuis 2017 a reposé sur les axes suivants : réduction de la dette globale après l'investissement important lié au pôle femme mère enfant à la fin des années 2000, diversification des partenaires bancaires et sécurisation des emprunts à risques.

De 2017 à 2021, l'endettement du GHH tous budgets confondus a baissé de 9,55 %, passant de 114,68 M€ à 103,73 M€. Ce désendettement a permis à l'établissement de se situer depuis 2021 en dessous des seuils d'alerte prévus à l'article D. 6145-70 du code de la santé publique.

⁷⁰ Le fonds de roulement correspond aux excédents dégagés par l'établissement. Il est égal à la somme du fonds de roulement d'exploitation (FRE) et du fonds de roulement d'investissement (FRI), c'est à dire à la différence entre les investissements stables et les biens stables. Il a vocation à financer le besoin en fonds de roulement.

⁷¹ Le besoin en fonds de roulement correspond aux besoins de financement à court terme. Il est égal à la différence entre l'actif circulant (stocks et créances) et le passif circulant (dettes fournisseurs, dettes fiscales et sociales et avances reçues).

Tableau n° 23 : Évolution des ratios liés à la dette

| | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | Seuil d'alerte |
|-------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|----------------|
| Durée apparente | 11,01 | 9,30 | 4,47 | 7,04 | 4,77 | 10 |
| Indépendance financière | 62,44 | 61,80 | 57,10 | 54,70 | 49,56 | 50 |
| Taux d'encours | 32,91 | 31,58 | 30,51 | 29,03 | 25,61 | 30 |

Source : CRC d'après comptes financiers

En 2021, l'encours de dette est constitué de 48 emprunts dont 33 à taux fixe, 10 à taux variable et 5 à taux complexe⁷², pour un taux moyen de 2,66 %, en baisse de - 37,41 % par rapport à 2017. Cet encours comprend trois emprunts comportant un risque élevé, qui représentaient 8,07 % du total de l'encours de dette.

Tableau n° 24 : Emprunts à risques au 31 décembre 2021

| Cotation charte | Prêteur | Signature | Échéancier | Montant initial (en €) | Capital restant (en €) |
|-----------------------------|------------------|------------|------------|------------------------|------------------------|
| Risque élevé | | | | | |
| E5 | SOCIETE GENERALE | 25/02/2008 | 25/02/2028 | 6 661 000 | 2 823 381 |
| E4 | SOCIETE GENERALE | 05/01/2009 | 05/01/2029 | 5 000 000 | 2 401 431 |
| E2 | SOCIETE GENERALE | 30/06/2008 | 31/12/2037 | 5 791 833 | 3 141 334 |
| Sous-total | | | | 17 452 833 | 8 366 146 |
| Risque modéré/faible | | | | | |
| C1 | CAISSE D'EPARGNE | 20/12/2007 | 01/02/2028 | 3 000 000 | 1 237 647 |
| B1 | SOCIETE GENERALE | 31/12/2009 | 31/12/2029 | 9 195 000 | 4 592 628 |
| Sous-total | | | | 29 647 833 | 14 196 421 |
| Total | | | | 47 100 667 | 22 562 567 |

Source : CRC d'après comptes financiers

L'établissement a également renégocié deux emprunts structurés contractés auprès de l'ex-banque Dexia, entraînant le paiement d'indemnités de remboursement anticipé pour un montant total de 7,80 M€.

Toutefois, le GHH ayant bénéficié du dispositif d'accompagnement des établissements publics de santé à hauteur de 5 M€, dont 1,33 M€ versés en 2018 puis 526 426 € par an sur la période 2019-2025, le reste à charge pour l'établissement n'a finalement été que de 1,17 M€. Afin de pallier le décalage de versement de ces aides (de 2019 à 2025), le GHH a contracté deux emprunts pour un total de 4,80 M€ dont le remboursement a été étalé sur sept ans, au taux fixe de 0,58 %.

⁷² Un taux complexe est un taux variable qui n'est pas seulement défini comme la simple addition d'un taux usuel de référence et d'une marge exprimée en point de pourcentage.

VII. LA COMMANDE PUBLIQUE

La chambre a examiné l'organisation et la stratégie en matière d'achats mise en place par l'établissement et a analysé les effets pour le GHH de la mutualisation de la fonction « achats » dans le cadre du GHT de l'estuaire de la Seine.

A. L'organisation et la stratégie en matière d'achats

1. L'organisation et les procédures internes

a. Une organisation issue de la mise en œuvre de la loi de modernisation de notre système de santé

Selon l'article R. 6132-16 du CSP, l'établissement support du GHT est chargé de la politique, de la planification, de la stratégie d'achat et du contrôle de gestion des achats pour ce qui concerne l'ensemble des marchés des établissements membres du groupement. Il assure la passation des marchés et de leurs avenants conformément aux dispositions du code de la commande publique.

La mutualisation de la fonction « achats » a pris effet en 2018. Un budget annexe GHT a été créé au 1^{er} janvier 2017 pour retracer les opérations comptables concernant les fonctions dévolues à l'établissement support, dont les achats.

La fonction « achats » ainsi mutualisée regroupe la commande publique en matière de procédures d'achats et de marchés et porte sur toutes les familles d'achat. Seuls les marchés de travaux requièrent la double signature du directeur de l'établissement support et du directeur de l'établissement concerné ou partie. Chaque établissement support assure le recensement et la quantification des besoins. Il assure ensuite l'exécution des marchés passés par l'établissement support.

L'organisation mise en place est conforme aux dispositions réglementaires.

b. Les effectifs et les procédures internes

La fonction « achats » du GHH regroupe 13 ETP, avec à sa tête un directeur qui est également le directeur de l'hôtellerie et de la logistique. Le service est assisté de responsables de département - produits de santé, informatique, achats généraux et travaux – et d'acheteurs avec en appui une cellule juridique. Chaque établissement membre du GHT a désigné des référents représentant 2,65 ETP au total.

Le GHH a recruté en 2018 des juristes et en 2020 deux acheteurs de métier, issus du secteur privé. Des formations à destination des agents concernés sont organisées en interne par la responsable juridique.

S'il n'existe pas à proprement parler de guide unique des procédures internes, le GHH a élaboré différents documents traitant chacun d'une partie du cycle d'achat. Ainsi, en septembre 2017, la direction des achats de l'hôtellerie et de la logistique a élaboré un ensemble de procédures portant sur les modalités de passation de tous les types de marchés publics, à l'exclusion des produits pharmaceutiques – ce qui traduit une certaine dichotomie organisationnelle -, la rédaction des avis d'appel d'offres ou encore de marchés à procédure adaptée. Toutefois ces procédures n'ont pas été actualisées en fonction de l'évolution de la réglementation.

c. Les difficultés rencontrées

Le GHH situe les difficultés rencontrées à plusieurs niveaux. Il évoque notamment la difficulté rencontrée par les établissements parties pour mettre à la disposition du GHT les agents concernés pour assurer le bon fonctionnement de la fonction « achats », ou encore la difficulté de convergence des systèmes d'information. Par suite, la description précise des

besoins et leur quantification, ainsi que le contrôle des délégations accordées aux établissements parties, en particulier pour les achats inférieurs à 25 000 HT, ont été rendus plus difficiles.

2. La mutualisation des achats

L'achat mutualisé hospitalier comprend trois modalités différentes : la centrale d'achat publique, le groupement de commandes et la centrale de référencement privée. Les établissements publics de santé (EPS) ont essentiellement recours aux deux premières formules.

En vertu de l'article 26 de l'ordonnance n° 2015-899 du 23 juillet 2015, les EPS peuvent recourir directement à une centrale d'achat publique, c'est-à-dire sans publicité ni mise en concurrence.

Pour pouvoir adhérer à un groupement, les établissements du GHT doivent obtenir l'accord du directeur des achats qui aura été préalablement informé de la stratégie poursuivie par le responsable de département. Une convention d'adhésion est alors établie.

Le GHH adhère à des groupements d'achats à rayonnement national (UGAP, union des hôpitaux pour les achats – UNIHA, réseau des acheteurs hospitaliers – RESAH, centrale d'achat de l'informatique hospitalière – CAIH...) et à rayonnement régional (RESAH Normandie).

Depuis 2019, année de la montée en puissance de la politique d'achat du GHT, le recours aux centrales d'achats ou de groupements de commandes s'est considérablement accru, passant de 49,6 % du total de la commande publique en 2019 à 79,1 % en 2021.

Tableau n° 25 : Part des centrales et groupements d'achats dans la commande publique du GHT, tous départements d'achats

| Tous départements d'achats | 2019 | 2020 | 2021 |
|---|---------------|---------------|---------------|
| Marchés notifiés GHT | 569 | 813 | 628 |
| Marchés en centrale d'achat/groupements de commandes | 561 | 2 112 | 2 382 |
| Total | 1 130 | 2 925 | 3 010 |
| Part centrales d'achats/groupements de commandes | 49,6 % | 72,2 % | 79,1 % |

Source : données GHH retraitées CRC

Si la part des marchés en centrales d'achats/groupements de commandes est majoritaire dans tous les départements d'achat du GHH, c'est le département biomédical qui connaît la plus forte croissance dans ce type de procédure, avec une part dans la commande publique passant de 21,2 % en 2019 à 91,5 % en 2021.

Le deuxième département en termes de recours aux centrales ou groupements d'achats est le département pharmacie (part dans la commande publique de 59,2 % en 2019 à 82,4 % en 2021), en particulier le secteur médicaments.

Ces données situent favorablement l'établissement en comparaison avec les recensements effectués (DGOS), qui évaluent la part des achats mutualisés à 62 % pour les médicaments, 35 % pour le biomédical, et 22 % pour le cumul des familles d'achats⁷³.

⁷³ Cette estimation s'appuie sur un important travail de recensement des taux de mutualisation opéré par les ARS et la DGOS depuis 2012. Ce calcul présente des imprécisions (ex : calculs opérés à partir de données portant sur des années différentes et sur des volumes d'achats prévisionnels, non complétude des données) mais il permet de constituer une première approche.

3. Le plan d'action achat de territoire (PAAT)

Depuis le déploiement du programme PHARE⁷⁴, les établissements de santé doivent déclarer, deux fois par an, un certain nombre d'éléments portant sur la performance en matière d'achat.

Le type d'actions à déclarer évolue. A titre d'exemple, les opérations d'isolation des bâtiments sont écartées depuis 2019. Or ces actions représentaient une bonne part de la performance, et au-delà, permettaient aux établissements des économies d'énergie non négligeables sur le long terme.

En 2018, la direction des achats du GHT a travaillé à l'élaboration d'un relevé de la performance de l'ensemble des départements achats des établissements membres. Elle a constaté de fortes disparités sur le niveau de maîtrise des concepts des différents établissements, certains n'ayant jamais fait de déclaration.

Depuis 2019, 14 demi-journées de formation ont été organisées à destination des agents concernés. La comparaison des gains réalisés d'une année sur l'autre est difficile du fait de leur nature. En effet, le nombre des procédures d'achats à relancer, le volume financier de chacune d'entre elles et leur nature varient énormément d'un exercice à l'autre.

Le GHT a précisé que les économies induites par le recours aux centrales et groupements d'achats n'étaient que partiellement quantifiées et remontées dans les déclarations de performances achats.

Tableau n° 26 : Les gains sur achats déclarés par le GHT

| GAINS ACHATS DECLARES GHT | 2018 GHT | 2019 GHT | 2020 GHT | 2021 GHT |
|--|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| Périmètre sur lesquels les gains escomptés portaient | 6 902 255 € | 13 589 627 € | 26 390 637 € | 22 348 248 € |
| Montant des gains escomptés | Information non tracée | Information non tracée | Information non tracée | Information non tracée |
| Montant des gains réalisés Impact sur l'année N | 1 030 304 € | 2 837 289 € | 1 725 853 € | 1 258 040 € |
| Montant des gains réalisés Impact sur l'année N+1 | 367 572 € | 253 204 € | 291 785 € | 188 880 € |
| Montants des gains des actions de l'année N | 1 397 876 € | 3 090 493 € | 2 017 638 € | 1 446 920 € |
| Total des gains réalisés sur l'exercice N | 2 296 758 € | 3 204 862 € | 1 979 057 € | 1 549 825 € |

Source : GHT

B. **Le respect du code de la commande publique**

La chambre a contrôlé deux marchés négociés sans mise en concurrence, un marché à procédure adaptée et un marché sur appel d'offres. Aucune irrégularité relative à la passation de ces marchés n'a été relevée.

⁷⁴ Le programme PHARE, lancé fin 2011 par la DGOS, est un programme dont l'objectif est d'aider les hôpitaux à réaliser des « économies intelligentes » tout en préservant la qualité des soins.

VIII. LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

La direction des ressources humaines gère le personnel non médical (PNM) et les sages-femmes. Son organisation est multisite (Jacques Monod et Gustave Flaubert notamment pour la partie formation). Elle compte une quarantaine d'agents. Elle est organisée en trois grands secteurs :

- le pôle de gestion des carrières statutaires, qui compte un accueil centralisé et qui s'occupe aussi de l'absentéisme et du maintien dans l'emploi ;
- le pôle pilotage (contrôle de gestion, suivi budgétaire, recrutement et gestion du temps de travail) ;
- le pôle accompagnement (formation, évaluation des agents et trois personnes plus spécifiquement chargées de la sécurité des agents).

Le décret n° 2021-1570 du 3 décembre 2021 précise les modalités de mise en place et d'organisation des comités sociaux d'établissement (CSE), qui succèdent aux comités techniques d'établissement (CTE) et aux comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), notamment dans les établissements publics de santé. Ce décret a été mis en application au sein du GHH depuis janvier 2023.

A. Le personnel non médical

1. L'évolution des effectifs

Entre 2017 et 2021, le total des ETPr (équivalent temps plein rémunéré) est demeuré relativement stable (4 110 ETPr fin 2021) avec cependant des situations contrastées en fonction des catégories de personnels. Ainsi, les contractuels (CDI et CDD) augmentent d'environ 50 %, passant de 438 à 654 ETPr, alors que sur la même période, les agents titulaires accusent une baisse de 5,2 %, soit -189 ETPr.

La répartition par budget montre que la variation d'effectifs concerne essentiellement le budget H, avec un effet notable de transfert vers le budget du GHT (G) en lien avec la constitution d'un département d'information médicale (DIM) et d'une direction des systèmes d'information de GHT à compter de 2021.

Le budget H reproduit cette tendance, avec une diminution de 6,2 % des effectifs titulaires sur la période, qui passent de 3 442 à 3 226 ETPr alors que le nombre des agents contractuels augmente dans le même temps de 46 %, passant de 403 à 588 ETPr.

Cette stabilité globale des effectifs masque des évolutions contrastées, avec des baisses et des hausses d'effectifs dans certains secteurs.

Parmi les baisses d'effectifs enregistrées, certaines ont accompagné des réorganisations, comme la diminution des personnels mis à la disposition des EHPAD des Escalles depuis leur création, ou la réduction du nombre des assistants familiaux à la suite de la baisse d'activité en matière d'accueil familial thérapeutique. D'autres évolutions découlent de la politique de contraction des effectifs menée par le GHH depuis 2019, visant principalement les services supports. Enfin, les difficultés de recrutement rencontrées sur les métiers en tension (infirmier, sage-femme, manipulateur en électroradiologie médicale, notamment) contribuent à la diminution des ETPr.

A l'inverse, depuis 2017, le GHH a créé des postes dans les services de soins, dont une partie financée par des crédits spécifiques (contrats territoriaux de santé mentale (CTSM), fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie (FIOP), plateforme gériatrique, etc.) et d'autres créations financées par la croissance d'activité (service de diabétologie, de neurologie, d'imagerie, etc.). Le GHH a également eu recours de façon importante à des moyens temporaires pour pallier l'absentéisme et renforcer les équipes dans le contexte de la crise sanitaire (cf. évolution des CDD en 2020).

Tableau n° 27 : Evolution des effectifs sur la période

| En ETPr | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|------------------|----------------|---------------|----------------|----------------|----------------|
| Titulaire | 3 614,52 | 3 603,76 | 3 554,20 | 3 488,29 | 3 425,47 |
| CDI | 82,44 | 76,46 | 78,9 | 92,82 | 109,41 |
| CDD | 356,09 | 398,20 | 432,00 | 505,11 | 544,70 |
| Apprenti | 2,28 | 1,84 | 2,35 | 2,07 | 1,69 |
| Contrat aidé | 32,57 | 13,65 | -0,01 | 0,00 | 0,00 |
| Accueillant fami | 36,83 | 36,59 | 31,37 | 32,12 | 29,31 |
| Total | 4124,73 | 4130,5 | 4098,81 | 4120,41 | 4110,58 |

Source : données GHH retraitées CRC

2. Les difficultés de recrutement et les moyens mis en œuvre

Le GHH ne recourt pas à l'intérim en matière de personnel non médical. Mais, sur ce type de personnel, l'établissement rencontre néanmoins des difficultés en matière de recrutement, plus particulièrement pour les fonctions :

- d'infirmiers en soins généraux (les deux tiers des postes vacants concernent le secteur de la psychiatrie) ;
- d'infirmiers en soins spécialisés (IBODE, IADE, puéricultrices) ;
- de cadres de santé paramédicaux ;
- de sages-femmes ;
- de psychologues, notamment sur les spécialités de neuropsychologie et psychologie du développement ;
- de manipulateurs en électroradiologie médicale.

Pour remédier à ces difficultés, l'établissement a mis en œuvre des mesures visant à fidéliser les stagiaires. Le GHH s'engage, depuis 2022, dans la voie de l'apprentissage (deux contrats infirmiers) et sur des contrats d'allocation d'études (un contrat d'orthophoniste et un contrat de sage-femme). Par ailleurs, il accompagne chaque année des agents dans le cadre des études promotionnelles, notamment sur les métiers d'infirmiers spécialisés (IBODE, IADE, puéricultrices) et de cadres de santé.

3. Le pilotage de la masse salariale

Le GHH assure un suivi de la masse salariale associant mensuellement la direction des ressources humaines, la direction des finances et du pilotage de gestion et la direction générale.

Un document de synthèse constitue le support d'échanges entre les directions précitées qui intègre les éléments de comparaison entre les mois M et M-1 permettant une analyse de l'évolution diachronique des principaux indicateurs corrélés à l'évolution de la masse salariale (évolution des effectifs, de la réglementation liée aux rémunérations, etc.). Il met en évidence la projection actualisée d'atterrissage budgétaire et les écarts par rapport à l'EPRD permettant de prévoir, le cas échéant, des mesures visant à maîtriser la trajectoire budgétaire. Par ailleurs, le GHH s'est doté d'un ensemble de règles portant sur les procédures de recrutement (demande, validation etc.).

A l'exception de l'attribution d'une enveloppe de formation de pôle, l'établissement n'a pas mis en place de dispositif formalisé de délégation en matière de dépenses de personnel.

4. Les dispositifs mis en œuvre dans le cadre de la loi de transformation de la fonction publique

La loi n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique (LTFP) pose les fondements d'une rénovation en profondeur du cadre de gestion des ressources humaines dans la sphère publique, dont l'instauration de lignes directrices de gestion (LDG) qui déterminent la stratégie pluriannuelle de pilotage des ressources humaines.

A partir de constats portant sur différents indicateurs (structure d'âge, proportion des femmes et des hommes, analyse statutaire), le GHH a décliné de manière opérationnelle les dispositions qu'il souhaite mettre en œuvre. Parmi celles-ci, la politique de recrutement est largement développée dans le document présentant les LDG. Elle repose sur une double logique de métiers et de compétences avec pour ces dernières une démarche d'évaluation des compétences à travers, notamment des entretiens professionnels.

Sur la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC), le GHH indique que cette démarche formalisée est mise en place et s'appuie sur :

- une vision stratégique et des objectifs opérationnels, fixés dans le projet social ;
- des politiques RH (politique de formation continue, politique d'évaluation professionnelle ; politique de recrutement, etc.) ;
- des outils statistiques rétrospectifs et prospectifs déclinés selon une logique métier.

L'axe 2 du projet social 2018-2022 du GHH est consacré à la GPMC. Il doit permettre à l'établissement d'anticiper les besoins, de préparer et d'accompagner ces changements, de sorte que la prestation offerte aux patients réponde aussi bien à leurs attentes qu'aux exigences de sécurité. Il est décliné selon trois thématiques : l'anticipation des besoins et du recrutement, la gestion des carrières et la gestion des parcours individuels.

Cet axe 2 du projet social a fait l'objet d'un bilan en août 2021 qui révèle qu'à l'exception de la politique de mise en stage, de l'accompagnement et du tutorat pour maîtriser la technicité des postes ou la préparation à la retraite, aucune des actions prévues n'est à ce jour totalement mise en œuvre.

Il appartient donc au GHH de poursuivre la démarche GPMC jusqu'à sa mise en œuvre opérationnelle.

En outre, en application de l'article 17 de la LTFP, le groupe hospitalier du Havre a signé le 21 juin 2022 son premier contrat de projet avec un architecte, dans le but de mener à bien certains projets liés notamment aux financements obtenus dans le cadre du Ségur de la Santé. Les missions confiées portent pour l'heure sur la gestion des projets suivants : réhabilitation et extension de pavillons du site de Pierre Janet et création de salles de simulation à l'hôpital Flaubert. La durée du contrat de projet a été fixée à cinq ans.

En application de l'article 72 de la LTFP et des décrets n° 2019-1593 et n° 2019-1596 relatifs à la procédure et à l'indemnité spécifique de rupture conventionnelle dans la fonction publique, l'établissement a passé convention avec quatre salariés. Les modalités de mise en œuvre de ces contrats n'ont pas entraîné d'irrégularité et les montants des indemnités versées ont respecté les dispositions des décrets précités.

En application de l'article 28 de la LTFP et dans le cadre des financements accordés par le Ségur de la santé, des orientations cadres en matière de politique d'engagement collectif ont été adoptées à l'issue de réunions de dialogue social et d'une présentation au CTE. Le versement des premières primes devait intervenir d'ici la fin de l'année 2022.

Le GHH a également retenu un certain nombre de dispositifs de la loi LTFP en recrutant sur la période 574 agents en contrats pour accroissement temporaire d'activité. Par ailleurs, en 2021, 609 agents ont bénéficié d'un CDD inférieur à un an, parmi lesquels 167 ont perçu une indemnité de fin de contrat et 292 ont bénéficié d'un renouvellement de contrat (cf. article 23 de la loi LTFP).

5. Le temps de travail

a. Rappel du cadre réglementaire applicable

L'article 1^{er} du décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 dispose : « *Le décompte du temps de travail est réalisé sur la base d'une durée annuelle de travail effectif de 1 607 heures maximum, sans préjudice des heures supplémentaires susceptibles d'être effectuées* », soit 1 586 heures pour les agents à repos fixe avec le bénéfice d'une journée de fractionnement et de congés pris hors période.

Le même décret prévoit (article 3) que cette durée est réduite pour les agents soumis à certaines sujétions spécifiques (agents en repos variable, agents travaillant exclusivement de nuit).

Un relevé de conclusion en date du 28 janvier 2002, portant sur la réduction du temps de travail, a été signé par la direction générale et les organisations syndicales du GHH.

Aucun accord, à proprement parler, n'a été signé, les organisations syndicales s'opposant alors, notamment, à l'absence d'intégration du temps de repas dans le temps de travail effectif pour tous les agents, ou l'absence de maintien des avantages sociaux acquis au GHH.

Les règles de temps de travail ainsi définies ont fait l'objet de deux modifications en 2011 et 2019 avec l'élaboration de nouveaux règlements intérieurs du temps de travail.

La journée de solidarité, conformément à la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 et à la circulaire du 26 octobre 2005 relative à l'organisation de la journée de solidarité dans la FPH, est incluse dans l'OAT avec la déduction d'un jour de RTT pour les agents dont le scénario horaire se situe entre 36 heures et 39 heures ou la planification d'un temps de travail supplémentaire, à hauteur du nombre d'heures indiqué, pour les agents dont le scénario horaire ne génère pas de RTT.

Tableau n° 28 : Les dispositions en vigueur dans l'établissement en matière de temps de travail

| | | Repos variable GHH | | | Repos fixe GHH | | | | Nuit | |
|------------------------------------|---|--------------------|-------------------------------|------------------------------------|----------------|-----------|----------|----------|----------|--------|
| | | OAT Max. | - 20 dimanches / fériés | > ou = 20 dimanches / fériés | 11 fériés | 10 fériés | 9 fériés | 8 fériés | OAT Max. | GHH |
| Nombre de jours dans l'année | | 365 | 365 | 365 | 365 | 365 | 365 | 365 | 365 | 365 |
| Repos hebdomadaires | - | 104 | 104 | 104 | 104 | 104 | 104 | 104 | 104 | 104 |
| Congés annuels | - | 25 | 28 | 28 | 28 | 28 | 28 | 28 | 25 | 28 |
| Fériés | - | 8 | 11 | 11 | 11 | 10 | 9 | 8 | 11 | 11 |
| Journées de bonification | - | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Nombre de jours travaillés | = | 228 | 222 | 220 | 222 | 223 | 224 | 225 | 225 | 222 |
| Obligation moyenne journalière (h) | X | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 6,5 | 6,5 |
| Obligation annuelle de travail (h) | = | 1596 | 1554 | 1540 | 1554 | 1561 | 1568 | 1575 | 1462,5 | 1443 |
| Arrondi | | 1600 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1440 |
| Journée de solidarité (h) | + | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 6,5 | 6,5 |
| OAT avec journée de solidarité | = | 1 607 * | 1561 | 1547 | 1561 | 1568 | 1575 | 1582 | 1469 | 1446,5 |
| | | | | | | | | | 1 476 * | |

* OAT telle que définie dans le décret 2002-9 du 4 janvier 2002

Source : données GHH

Il ressort du tableau ci-dessus que les agents bénéficient systématiquement de la journée de fractionnement et des deux journées pour les congés pris hors période. Or l'octroi de ces congés est soumis à des conditions particulières⁷⁵ que ne respecte pas l'établissement.

La chambre demande au GHH de respecter la réglementation en n'octroyant ces jours de congés supplémentaires que lorsque les conditions sont satisfaites.

6. L'absentéisme

L'absentéisme pour raisons médicales et non médicales augmente modérément sur la période, passant de 9,83 % à 10,38 % tous modes d'absence confondus.

Tableau n° 29 : Evolution des absences pour maladies, accidents et maternité, paternité

| Année | Maladie professionnelle | CLM/CLD | Maladie | Accident du travail | Accident de trajet | Maternité / paternité | Total |
|-----------------------------------|-------------------------|---------|---------|---------------------|--------------------|-----------------------|---------|
| 2017 | 2 509 | 35 003 | 73 395 | 12 409 | 138 | 19 706 | 143 160 |
| 2018 | 3 473 | 29 247 | 79 689 | 13 128 | 98 | 22 793 | 148 428 |
| 2019 | 5 472 | 43 673 | 67 488 | 16 736 | 872 | 22 190 | 156 431 |
| 2020 | 6 509 | 39 827 | 73 802 | 15 675 | 546 | 20 798 | 157 157 |
| 2021 | 6 852 | 31 448 | 73 225 | 16 628 | 1 589 | 22 611 | 152 353 |
| Evolution moyenne annuelle | 28,55 % | -2,64 % | -0,06 % | 7,59 % | 84,21 % | 3,50 % | 1,57 % |

Source : bilans sociaux GHH

La part des arrêts pour maladie ordinaire entre 2018 et 2019 baisse, à l'inverse des arrêts longs, conséquence principale d'une réduction par le comité médical des délais d'instruction des dossiers des agents concourant à une requalification du type d'absence. Il existe aussi un phénomène de requalification des arrêts avec effet rétroactif, parfois sur plusieurs mois, qui redistribue le volume de jours par type d'absence. C'est notamment le cas des accidents du travail et en trajets.

L'augmentation pour maladie ordinaire entre 2019 et 2020 est à relier au contexte sanitaire relatif au COVID. Les absences pour maladie professionnelle sont aussi en augmentation, absences souvent longues dont le délai d'instruction pour reconnaissance peut varier selon les dossiers.

La baisse de l'absentéisme enregistrée entre 2020 et 2021 (10,38 % en 2020 contre 10,69 % en 2021) s'explique en grande partie par des départs d'agents en arrêt long, à l'origine d'un volume important de jours d'absence.

En 2021, l'absentéisme dit compressible⁷⁶ représente 96 705 jours d'absence, soit une part de 63 % du total des absences, et représente environ 429 ETP pour une dépense globale de plus de 23 M€⁷⁷.

⁷⁵ Article 2 du décret n° 2002-8 du 4 janvier 2002 relatif aux congés annuels des agents des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière : « [...] L'agent qui prend trois, quatre ou cinq jours ouvrés de congés, en continu ou discontinu, entre la période du 1^{er} novembre au 30 avril bénéficie d'un jour de congé supplémentaire. Un deuxième jour de congé supplémentaire est attribué à l'agent lorsque ce nombre est au moins égal à six jours ouvrés. L'agent qui fractionne ses congés annuels en au moins trois périodes d'au moins cinq jours ouvrés chacune bénéficie d'un jour de congé supplémentaire [...] ».

⁷⁶ Selon la DARES, l'absentéisme compressible regroupe essentiellement les absences pour maladie ordinaire ainsi que les accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP).

⁷⁷ Méthode retenue : coût moyen ETP (54 056 €) * [nombre de jours d'absence (96 705) / 225] = 23 190 244 €.

7. La politique de remplacement

Les effectifs dévolus aux services sont déterminés sans prendre en compte l'absentéisme ou les heures de formation. En revanche, des postes de polyvalents sont affectés dans chaque pôle, pour permettre de répondre à l'absentéisme de courte durée.

Ainsi, le GHH dispose de 62 agents polyvalents représentant 53 ETP répartis dans les pôles de soins. L'hôpital recrute, en complément, des agents contractuels à durée déterminée.

Les modalités de recours aux mensualités de remplacement ont été fixées et actualisées en juillet 2021. Elles fixent pour chaque catégorie de personnel et chaque pôle, les règles d'attribution en fonction du motif d'absence et le nombre de mensualités accordées.

Comme rappelé *supra*, le recours à l'intérim n'est pas une pratique de l'établissement s'agissant du personnel non médical (PNM).

8. Les rémunérations

a. Les heures supplémentaires

Avant la crise du COVID-19, les deux tiers des heures supplémentaires payées étaient réalisés par des métiers à haute technicité (infirmier anesthésiste, infirmier de bloc opératoire, sage-femme).

Depuis 2020, le contexte pandémique s'est traduit par un fort recours aux heures supplémentaires, afin de pallier la pénurie de candidats sur les métiers en tension, d'une part, et justifié par les pics d'activité liés à la crise sanitaire, réduisant pendant deux ans la possibilité pour les professionnels de récupérer le temps de travail effectué au-delà de l'obligation annuelle, d'autre part.

Ainsi depuis 2020, 75 % des heures réalisées sont concentrées sur quatre métiers : aide-soignant (AS), infirmier en soins généraux (IDE), infirmier anesthésiste (IADE) et infirmier de bloc opératoire (IBODE).

Les heures supplémentaires effectuées font prioritairement l'objet d'une récupération, à l'exception des heures de travail effectif liées à l'intervention des agents en astreinte, et des situations dans lesquelles la direction des ressources humaines a donné son accord au préalable.

Une réflexion est actuellement en cours pour revoir en profondeur la politique menée en matière d'heures supplémentaires, au regard de l'accroissement significatif du volume de ces heures du fait de la crise sanitaire et des difficultés de recrutement ainsi que de l'évolution des attentes des professionnels sollicités pour pallier les absences depuis 2020.

Cette réflexion pourrait conduire l'établissement à privilégier l'indemnisation des heures supplémentaires réalisées, lorsque la récupération n'est pas immédiatement possible.

Elle devrait également amener le groupe hospitalier du Havre à se doter d'une plateforme en ligne de gestion des absences, qui permettrait à la fois de renforcer le pilotage de la politique d'heures supplémentaires entre les pôles, la direction des soins et la direction des ressources humaines, et de renforcer l'efficacité du processus d'indemnisation des heures supplémentaires réalisées.

b. Le versement irrégulier de primes statutaires

La chambre a constaté que certains agents contractuels avaient bénéficié, indûment, de primes de service ou de technicité.

Elle rappelle que les agents contractuels sont régis par le décret n° 91-155 du 6 février 1991 relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels des établissements régis par la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires

relatives à la fonction publique hospitalière, dont l'article 4 indique : « *Outre sa date d'effet et la définition des fonctions occupées, le contrat détermine les conditions d'emploi de l'agent et notamment les modalités de sa rémunération. [...]* ».

Par ailleurs, la jurisprudence du Conseil d'Etat pose trois principes :

- en l'absence d'un texte réglementaire ou même si le régime applicable à certaines catégories d'agents contractuels est défini par des textes de caractère réglementaire, certains éléments de la situation de ces agents peuvent être fixés par les stipulations de leurs contrats et il appartient dans ce cas aux organes compétents des établissements publics autonomes de définir le régime de ces personnels et de préciser leur situation, en tant que de besoin, dans les contrats (avis d'assemblée générale n° 359 964 du 30 janvier 1997) ;
- seule a compétence, pour instaurer une prime en faveur des agents contractuels, l'autorité sous laquelle ils sont placés en raison de son pouvoir général d'organisation des services, raison pour laquelle le Conseil d'Etat a jugé que les dispositions de l'arrêté du 24 mars 1967 (prime de service) n'étaient, dès l'origine, pas légalement applicables aux agents contractuels des établissements publics hospitaliers (décision n° 312446 du 23 mars 2009) ;
- l'administration peut soumettre les agents contractuels et les fonctionnaires titulaires qui ne se trouvent pas dans la même situation juridique au regard du service public, à des règles différentes, notamment en ce qui concerne les modalités de leur rémunération, sans que cela constitue une différence de traitement contraire au principe d'égalité (décision n° 322206 du 16 mars 2011).

Ainsi, dans la mesure où l'article 4 du décret du 6 février 1991 précité renvoie au contrat les conditions de la rémunération des agents contractuels, il échoit à l'organe exécutif des établissements de fixer ces conditions en vertu de son pouvoir de nomination.

Il est constant que les primes destinées uniquement aux fonctionnaires titulaires et stagiaires de la fonction publique ne peuvent être étendues aux contractuels dont le régime de prime est négocié individuellement en application du décret n° 91-155 du 6 février 1991 relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels. Tel est le cas, notamment, des primes de service et de technicité.

La prime de service est régie par l'arrêté du 24 mars 1967 qui rappelle, comme plusieurs arrêtés modificatifs postérieurs dont le dernier du 10 avril 2002, que seuls les personnels titulaires et stagiaires ainsi que les agents des services hospitaliers (ASH) recrutés à titre contractuel peuvent recevoir des primes de service.

Or, au titre de l'année 2020, plusieurs agents non titulaires (hors ASH) ont perçu une « prime annuelle » qui présente toutes les caractéristiques de la prime de service : les contrats des intéressés mentionnent une prime annuelle et non pas une prime de service.

A l'instar de la prime de service, la chambre a pu observer que des agents contractuels recrutés en qualité d'ingénieurs ont bénéficié de la prime de technicité normalement réservée au personnel titulaire en vertu, notamment, des dispositions du décret n° 91-870 du 5 septembre 1991. Or, pour deux agents, les contrats mentionnent le versement d'une telle prime, mais sans en fixer le pourcentage du traitement brut indiciaire, de telle sorte qu'il est impossible d'en déduire le montant. Par ailleurs, un autre agent perçoit cette prime, sans que son contrat y fasse référence.

En conséquence, il appartient à l'établissement de mettre en conformité les contrats des agents concernés avec les dispositions qui leur sont applicables, ce que le GHH s'est engagé à faire dans sa réponse à la chambre.

B. Le personnel médical

1. L'évolution des effectifs

Au 31 décembre 2021, le GHH employait 494,81 ETP médicaux dont 160 internes. Sur la période, les effectifs se sont accrus d'environ 72 ETP dont 38 internes et 11 praticiens permanents (praticiens hospitaliers et attachés).

De nombreux postes restent vacants en raison des difficultés de recrutement, notamment pour les spécialités d'anesthésie, d'imagerie, de pneumologie, d'urologie et, plus récemment, de médecine générale et de gériatrie.

Tableau n° 30 : Evolution des effectifs des personnels médicaux

| | | ETP moyens rémunérés au : | | | | |
|-------------------------------------|---|---------------------------|----------------|----------------|----------------|---------------|
| | | 31/12/2017 | 31/12/2018 | 31/12/2019 | 31/12/2020 | 31/12/2021 |
| PM | PH temps plein et temps partiel | 190,32 | 198,6 | 204,64 | 205,96 | 206,4 |
| | HU titulaires | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Attachés et attachés associés en triennal et en CDI | 27,1 | 24,68 | 23,22 | 20,68 | 21,45 |
| | Praticiens contractuels en CDI | 0 | 0 | 0,5 | 0,5 | 0,5 |
| | Sous-total permanents | 217,42 | 223,28 | 228,36 | 227,14 | 228,35 |
| | Praticiens contractuels en CDD | 32,89 | 30,2 | 30,82 | 36,96 | 34,01 |
| | Assistants et assistants associés | 33,01 | 34,5 | 38,6 | 38,16 | 40,13 |
| | HU temporaires | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Autres praticiens à recrutement contractuel | 16,95 | 20,52 | 20,55 | 30,94 | 32,31 |
| | Sous-total non-permanents | 82,85 | 85,22 | 89,97 | 106,06 | 106,45 |
| | Internes | 121,76 | 125,9 | 134,09 | 145,97 | 153,67 |
| | Docteurs juniors | 0 | 0 | 0 | 0 | 6,29 |
| | Sous-total internes et étudiants | 121,76 | 125,9 | 134,09 | 145,97 | 159,96 |
| | Total PM | 422,03 | 434,4 | 452,42 | 479,17 | 494,76 |
| PNM | Personnels administratifs | 333,67 | 337,64 | 329,59 | 306,21 | |
| | Personnels des services de soin | 2626,21 | 2642,51 | 2605,24 | 2575,25 | |
| | Personnels éducatifs et sociaux | 60,31 | 64,52 | 66,57 | 62,24 | |
| | Personnels médico-techniques | 154,88 | 152,93 | 151,76 | 154,18 | |
| | Personnels techniques et ouvriers | 439,44 | 415,4 | 401,04 | 390,4 | |
| | Sous-total PNM titulaires et stagiaires | 3614,51 | 3613 | 3554,2 | 3488,28 | 0 |
| | Personnels administratifs | 11,38 | 10,48 | 12,32 | 13,1 | |
| | Personnels des services de soin | 31,67 | 29,59 | 27,78 | 32,47 | |
| | Personnels éducatifs et sociaux | 3,48 | 2,8 | 2,8 | 6,78 | |
| | Personnels médico-techniques | 2,21 | 2,58 | 2,62 | 4,73 | |
| | Personnels techniques et ouvriers | 33,69 | 32,59 | 33,38 | 35,73 | |
| | Sous-total PNM CDI | 82,43 | 78,04 | 78,9 | 92,81 | 0 |
| | CDD | 356,1 | 395,94 | 431,99 | 505,11 | |
| | Contrats soumis à disposition particulière | 32,57 | 13,82 | 0 | 0 | |
| | Apprentis | 2,28 | 1,84 | 2,35 | 2,07 | |
| Sous-total PNM CDD et autres | 390,95 | 411,6 | 434,34 | 507,18 | 0 | |
| Total PNM | 4087,89 | 4102,64 | 4067,44 | 4088,27 | 0 | |
| Total PM + PNM | 4509,92 | 4537,04 | 4519,86 | 4567,44 | | |

Source : données GHH retraitées CRC

2. Les difficultés de recrutement et les moyens mis en œuvre

Comme de nombreux établissements, le GHH peine à attirer et à fidéliser les médecins. Certaines équipes médicales en sous-effectif éprouvent des difficultés pour attirer de jeunes praticiens souhaitant exercer la médecine au sein d'une équipe constituée. Face à cette situation, l'établissement a pris diverses initiatives.

Ainsi, l'accent est porté sur l'accueil et la formation des internes. L'établissement a notamment renforcé ses liens avec le CHU et la faculté de médecine de Rouen et a procédé à l'universitarisation de certaines disciplines en tension. Le GHH accorde également une large publicité aux annonces de postes à pourvoir (réseau FHF, fiches de postes personnalisées, travail de communication renforcée...) et procède au recrutement de praticiens formés hors union européenne (PADHUE).

Par ailleurs, le GHH a procédé à des aménagements organisationnels pour recruter des médecins. Ainsi, plusieurs services fonctionnent en temps continu : c'est le cas des urgences-SAMU et du service d'anesthésie-réanimation.

3. L'organisation et l'indemnisation de la permanence des soins

Le GHH a été désigné par l'ARS, au titre du projet régional santé (PRS) de Normandie, comme assumant la mission de service public de permanence des soins en établissement de santé (PDS-ES).

Dans ce cadre, l'établissement se voit attribuer un financement spécifique du fonds d'intervention régional (FIR). La différence entre le total financé par l'ARS et le coût supporté par l'établissement s'élève à 1,06 M€ auxquels il convient d'ajouter les coûts supplémentaires générés par le repos de sécurité post-gardes (1,2 M€), soit un surcoût à la charge du GHH de 2,26 M€.

En vertu des dispositions de l'article R. 6152-27 du CSP, le praticien peut accomplir, sur la base du volontariat au-delà de ses obligations de service hebdomadaires, un temps de travail additionnel donnant lieu soit à récupération, soit au versement d'indemnités de participation à la continuité des soins et, le cas échéant, d'indemnités de temps de travail additionnel.

En lien avec le volontariat et l'accord explicite du praticien, les aspects relatifs à la contractualisation sont systématisés : l'obligation de conclure un contrat par lequel le praticien accepte d'effectuer du temps de travail additionnel (TTA) vise aussi bien les situations de recours prévisionnel que de recours ponctuel à du temps de travail additionnel.

En 2022, plus de 230 médecins ont perçu une indemnisation à ce titre.

Pour la majorité des services (services sans gardes), le TTA est généré par la présence des praticiens le samedi matin. Un seul praticien par service est rémunéré au titre de cette présence du samedi matin. Pour les services à gardes, le TTA est généré en tenant compte de l'activité effective du praticien.

L'analyse des sommes perçues montre que certains praticiens bénéficient d'un montant d'indemnités très élevé, jusqu'à 32 000 euros annuels.

Ainsi, la chambre a constaté qu'un responsable de service consacrait l'essentiel de son temps de travail réglementaire à des tâches administratives, de telle sorte que les gardes effectuées étaient indemnisées en grande partie sur la base du temps de travail additionnel.

Si cette pratique n'est pas irrégulière, le temps de travail obligatoire des praticiens hospitaliers ne distingue pas le temps clinique. Il serait souhaitable que la commission de l'organisation de la permanence des soins (COPS), qui est une émanation de la commission médicale d'établissement (CME) et qui est chargée de veiller à l'organisation et à la sécurité de la permanence des soins, élabore un règlement permettant d'encadrer le temps de travail additionnel.

4. L'activité libérale

Sur la période examinée, seuls les praticiens statutaires exerçant à temps plein dans les établissements publics de santé étaient autorisés à exercer une activité libérale, sous certaines réserves⁷⁸.

Les modalités d'exercice de l'activité libérale font l'objet d'un contrat conclu entre le praticien concerné et l'établissement public de santé sur la base d'un contrat type d'activité libérale établi par voie réglementaire. Ce contrat, d'une durée de cinq ans, est transmis par le directeur de l'établissement au directeur général de l'ARS pour approbation avec son avis ainsi que ceux du chef de pôle et du président de la commission médicale d'établissement.

L'activité libérale s'exerce à la triple condition (article L. 6154-2 du CSP) que :

- les praticiens exercent personnellement et à titre principal une activité de même nature dans le secteur hospitalier public ;
- la durée de l'activité libérale n'excède pas 20 % de la durée de service hospitalier hebdomadaire à laquelle sont astreints les praticiens ;
- le nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité libérale soit inférieur au nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité publique.

Le patient doit être préalablement informé du coût des soins et des conditions de prise en charge et de dispense d'avance des frais. Ainsi, les honoraires pratiqués, dépassements éventuels compris, doivent être affichés de façon visible et lisible dans la salle d'attente ou, à défaut, dans le lieu d'exercice du médecin.

Les contrôles menés par la chambre ont permis de vérifier que cette obligation n'était pas systématiquement respectée, notamment en cardiologie. En réponse aux observations provisoires, l'établissement s'est engagé à faire respecter cette obligation.

Dans chaque établissement public de santé où s'exerce une activité libérale, une commission de l'activité libérale (CAL) est chargée de veiller à la bonne application des dispositions législatives et réglementaires régissant cette activité ainsi qu'au respect des clauses des contrats d'activité libérale. Elle établit un rapport annuel, communiqué à la commission médicale d'établissement, au conseil de surveillance, à la commission des usagers, au directeur de l'établissement et au directeur général de l'agence régionale de santé.

La commission se réunit au moins une fois par an et chaque fois qu'elle est saisie par les autorités énumérées à l'article R. 6154-11 du CSP ou par un praticien.

a. L'activité libérale dans l'établissement

Fin 2021, 25 praticiens exerçaient une activité libérale au sein du GHH. La majorité de ces praticiens encaissaient eux-mêmes leurs honoraires et seuls deux praticiens déléguaient l'encaissement à l'établissement. Dans ce dernier cas, les fonds sont ensuite transmis à la trésorerie du GHH qui assure un reversement mensuel aux médecins, diminué de la redevance calculée par le service des finances.

De façon aléatoire, la direction des finances contrôle que les jours d'activité libérale correspondent aux jours indiqués dans les contrats.

b. La commission de l'activité libérale de l'établissement

La CAL du GHH s'est réunie trois fois en 2017, une seule fois en 2018 et en 2019. Elle ne s'est pas réunie en 2020 et en 2021 en raison du contexte sanitaire.

⁷⁸ L'exercice d'une activité libérale au sein de l'hôpital public, qui était jusqu'alors un droit réservé aux PH à temps plein, est désormais possible pour tout PH exerçant au minimum à 80 %, et ce dès la période probatoire.

c. Les constats de la chambre

A partir de l'analyse de certains contrats de praticien exerçant une activité libérale, la chambre a pu constater la conformité des clauses avec les obligations réglementaires (quotité d'activité libérale, répartition public/privé, clause de non-concurrence, affichage des honoraires etc.). Cependant, la charte de l'activité libérale n'est pas annexée au contrat comme le prévoit l'article R. 6154-4 du CSP. Le GHH s'est engagé à respecter cette disposition.

S'agissant de la durée de l'activité libérale, les tableaux produits par le GHH à la demande de la chambre révèlent que globalement, cette durée n'excède pas 20 % de la durée de service hospitalier hebdomadaire à laquelle sont astreints les praticiens (10 demi-journées avec un maximum de 48 heures hebdomadaires).

La chambre a également analysé pour l'année 2019 et 2020 la répartition de l'activité publique et privée des praticiens. Globalement le volume d'actes publics excède sensiblement ceux relevant de l'activité privée.

ANNEXE : SIGLES ET ACRONYMES

| | |
|-------|--|
| AMC | Assurance maladie complémentaire |
| ARS | Agence régionale de santé |
| ATIH | Agence technique de l'information sur l'hospitalisation |
| ATU | Autorisation temporaire d'utilisation |
| CAC | Commissaire aux comptes |
| CAF | Capacité d'autofinancement |
| CAL | Commission de l'activité libérale |
| CAMSP | Centre d'action médico-sociale précoce |
| CHI | Centre hospitalier intercommunal |
| CHU | Centre hospitalier universitaire |
| CICE | Crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi |
| CME | Commission médicale d'établissement |
| CPAM | Caisse primaire d'assurance maladie |
| CPOM | Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens |
| CREA | Compte de résultat analytique |
| CREF | Contrat de retour à l'équilibre financier |
| CRH | Compte rendu d'hospitalisation |
| CRO | Compte rendu opératoire |
| CSP | Code de la santé publique |
| DGOS | Direction générale de l'offre de soins |
| DIM | Département d'information médicale |
| DMS | Durée moyenne de séjour |
| EHPAD | Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes |
| EMEGD | Equipe mobile d'évaluation gériatrique à domicile |
| EPRD | Etat prévisionnel des recettes et des dépenses |
| ETP | Equivalent temps plein |
| ETPr | Equivalent temps plein rémunéré |
| FIR | Fonds d'intervention régional |
| GCS | Groupement de coopération sanitaire |
| GHH | Groupe hospitalier du Havre |
| GHT | Groupement hospitalier de territoire |
| GPMC | Gestion prévisionnelle des métiers et des compétences |
| HAD | Hospitalisation à domicile |
| HPE | Hôpital privé de l'Estuaire |
| IFSI | Institut de formation en soins infirmiers |
| IGAS | Inspection générale des affaires sociales |
| IPDMS | Indice de performance de la durée moyenne de séjour |
| MCO | Activité de court séjour en médecine, chirurgie et obstétrique |
| MCU | Maître de conférences d'université |
| MIGAC | Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation |

| | |
|------|--|
| MO | Molécules onéreuses |
| OAT | Obligation annuelle de travail |
| PAAT | Plan d'action achat de territoire |
| PAQ | Plan d'assurance qualité |
| PASS | Permanence d'accès aux soins de santé |
| PGFP | Plan global de financement pluriannuel |
| PH | Praticien hospitalier |
| PMCT | Poids moyen du cas traité |
| PM | Personnels médicaux |
| PMSI | Programme de médicalisation des systèmes d'information |
| PMSP | Projet médico-soignant partagé |
| PNM | Personnels non médicaux |
| PRS | Projet régional de santé |
| PU | Professeur d'université |
| RTC | Retraitement comptable analytique |
| RSA | Résumé standardisé anonymisé |
| SAMU | Service d'aide médicale urgente |
| SAS | Service d'accès aux soins |
| SAU | Service d'accueil des urgences |
| SMUR | Service mobile d'urgence et de réanimation |
| SNIR | Système national inter régimes |
| SROS | Schéma régional d'organisation des soins (à compter du PRS-SROS I) |
| SSR | Soins de suite et de réadaptation |
| T2A | Tarifification à l'activité |
| TIM | Technicien d'information médicale |
| TTA | Temps de travail additionnel |
| UHCD | Unité d'hospitalisation de courte durée |
| USLD | Unité de soins de longue durée |