



Chambre régionale des comptes
d'Île-de-France

Le Président

NOISIEL, le 16 JAN. 2007

N°/G/149/07-035-E

N° 06-0590 R

RECOMMANDE AVEC A.R.

Monsieur le Directeur,

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint le rapport comportant les observations définitives arrêtées par la Chambre régionale des comptes d'Île-de-France sur la gestion du Centre hospitalier de COURBEVOIE – NEUILLY-SUR-SEINE.

Je tiens à vous informer qu'à l'expiration du délai d'un mois prévu par l'article L. 241-11 du Code des juridictions financières, la Chambre n'a reçu aucune réponse écrite destinée à être jointe au rapport.

Conformément à la loi, ce document final qui lui a été adressé directement par mes soins, devra être communiqué par le président au conseil d'administration dans les conditions prévues par l'alinéa 5 de l'article précité. Dès la plus proche réunion du conseil d'administration, le document final sera considéré comme un document administratif communicable à toute personne en faisant la demande, dans les conditions fixées par la loi n° 78-753 du 17 juillet 1978.

Vous voudrez bien informer le greffe de la Chambre de la date à laquelle le rapport d'observations aura été porté à la connaissance du conseil d'administration.

Enfin, je vous précise qu'en application des dispositions de l'article R. 241-23 du code précité, le rapport d'observations est transmis au préfet, au directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation et au trésorier-payeur général des HAUTS-DE-SEINE.

Veillez agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de ma considération distinguée.

Christian DESCHEEMAER

P.J-1

Monsieur le Directeur
du Centre hospitalier de COURBEVOIE – NEUILLY-SUR-SEINE
39, boulevard du Général Leclerc
92202 NEUILLY-SUR-SEINE CEDEX



Chambre régionale des comptes
d'Île-de-France

RAPPORT D'OBSERVATIONS DEFINITIVES

CENTRE HOSPITALIER DE COURBEVOIE-NEUILLY-SUR-SEINE

Exercices 1998 et suivants

SOMMAIRE

1. Rappel de la procédure et champ du contrôle.....	2
2. Présentation de l'établissement.....	2
3. L'activité de l'établissement.....	3
4. La situation financière du CHCN.....	4
4.1. La sous-évaluation des dépenses de personnel dans les budgets	4
4.2. Fiabilité des comptes.....	5
4.2.1. Les reports de charges.....	5
4.2.2. La taxe sur les salaires.....	6
4.2.3. Les restes à recouvrer sur exercices antérieurs.....	7
4.3 Les dépenses d'exploitation.....	7
4.3.1. Evolution de la dotation globale.....	7
4.3.2. L'évolution des dépenses de personnel et de l'activité de l'établissement	8
4.3.3. Les charges d'exploitation à caractère hôtelier et général	9
5. La tarification à l'activité et le contrat de retour à l'équilibre financier	11
6. Les investissements : le projet de restructuration du CHCN	13
6.1 Le projet quinquennal d'établissement 2001-2005.....	13
6.2 Le coût prévisionnel	14
6.3 Le financement des opérations et la gestion de la dette.....	15
7. Conclusion.....	16

1. Rappel de la procédure et champ du contrôle

La chambre régionale des comptes a procédé, dans le cadre de son programme de travail, à l'examen de la gestion du Centre hospitalier de Courbevoie – Neuilly-sur-Seine sur les exercices 1998 à 2004.

Monsieur Jean-Louis LUMINEAU directeur en fonction pendant toute la période sous contrôle et le président du conseil d'administration ont été informés de l'ouverture du contrôle par lettre en date du 23 septembre 2005.

L'entretien préalable prévu à l'article L 241-7 du code des juridictions financières a eu lieu le 21 mars 2006 avec le directeur de l'établissement.

Lors de sa séance du 28 avril 2006, la Chambre a formulé des observations provisoires qui ont été adressées à M. LUMINEAU. Par ailleurs, le président du conseil d'administration et le directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation d'Ile-de-France ont également été destinataires d'extraits dans le cadre de la procédure contradictoire prévue par la loi. Le président du conseil d'administration a répondu le 4 septembre 2006.

Lors de sa séance du 30 octobre 2006, la Chambre a examiné la réponse écrite de Monsieur LUMINEAU, enregistrée au greffe le 29 août 2006, et a formulé des observations définitives.

Le contrôle a porté sur la situation budgétaire et financière de l'établissement depuis la fusion des établissements de Neuilly-sur-Seine et de Courbevoie, sa préparation au nouveau mode de financement des établissements de santé, la mise en œuvre du contrat de retour à l'équilibre financier ainsi que le projet de restructuration architecturale de l'établissement.

2. Présentation de l'établissement

Le Centre hospitalier Courbevoie – Neuilly-sur-Seine (CHCN) est issu de la fusion, effective au 1^{er} janvier 1998, du CH de Courbevoie La Défense et du CH de Neuilly-sur-Seine, suite à une décision du directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Ile-de-France en date du 8 octobre 1997 approuvée par les conseils municipaux de Courbevoie et de Neuilly-sur-Seine, le 12 décembre 1997.

La fusion a abouti à la restructuration complète des activités médicales avec notamment la concentration sur le site de Neuilly des activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) et sur le site de Courbevoie, des activités de soins de suite et réadaptation (SSR), de long séjour et de psychiatrie. Le projet d'établissement 2001-2005 du CHCN, approuvé le 25 juin 2001, a intégré la restructuration architecturale complète des deux établissements.

Le CHCN est un établissement pluridisciplinaire ayant une autorisation pour 212 lits et places de court séjour, 76 lits de soins de suite et réadaptation, 102 lits de soins de longue durée et 101 lits de psychiatrie adulte non encore installés. En 2004, en moyenne, 337 lits ont été ouverts. Situé dans le secteur sanitaire n° 3 Paris Ouest, le CHCN évolue dans un contexte de forte concurrence, tant en raison de la densité médicale observée dans le département que du nombre important de structures sanitaires publiques et privées. Cette concurrence est particulièrement importante dans les disciplines chirurgicales.

Par ailleurs, il est noté qu'après une première autorisation de création de 9 places d'hôpital de jour de rééducation fonctionnelle accordée par arrêté du Préfet de Région en date du 18 mars 1996, la demande de conversion de 28 lits de chirurgie en 18 lits de soins de suite et 10 places de réadaptation fonctionnelle a été autorisée après avis favorable du Conseil régional d'organisation sanitaire et social le 4 juillet 2001. Ces mesures n'ont pas été encore mises en œuvre. Seules trois places de rééducation ont été ouvertes au 1^{er} juillet 2005.

Doté d'un centre périnatal de niveau IIB qui est un axe fort de son activité et d'une unité pour l'accueil des urgences, le Centre hospitalier de Courbevoie – Neuilly-sur-Seine se positionne comme un établissement généraliste de proximité.

3. L'activité de l'établissement

Depuis la fusion, entre 1998 et 2005, le Centre hospitalier de Courbevoie – Neuilly-sur-Seine a enregistré la perte d'un quart de son activité ainsi qu'en témoignent les indicateurs d'entrées et de séjours.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	évol./ 6 ans
total entrées	10 837	10 771	9 715	8 921	9 155	7 840	7 734	7 940	-26,73%
dt MCO	10 198	10 153	9 168	8 401	8 532	7 322	7 239	7 391	-27,53%
total journ.	126 895	123 031	118 096	114 060	115 954	109 237	110 030	114 098	-10,08%
dt MCO	53 627	49 732	42 904	40 528	41 295	37 449	36 456	39 671	-26,02%

C'est entre 1999 et 2004 que la baisse de l'activité MCO est la plus marquée avec une diminution du nombre d'entrées de 29 % et du nombre de journées d'hospitalisation de 27 %. L'activité reprend en 2005. Selon le directeur, cette reprise se confirmerait en 2006.

L'indicateur de valorisation de l'activité que sont les points ISA¹, est également orienté à la baisse entre 1999 et 2003. En quatre ans, le nombre de points ISA produits par le CHCN chute de plus de 30 %.

	1999	2000	2001	2002	2003	2003/1999
Points ISA	12 208 347	10 732 368	9 906 036	10 090 000	8 366 440	-31.47%

¹ Indice synthétique d'activité

Après 2003, la valorisation en points ISA disparaît. Elle est remplacée par la valorisation T2A². La comparaison entre 2004 et 2003 montre une diminution de cette valorisation de -5,5 %.

Le nombre de séjours, tel que fourni par le PMSI³, chute lui aussi, de l'ordre de 20 % entre 2000 et 2005, entre 16 et 21 % selon qu'il s'agit de l'ensemble des séjours ou des séjours MCO.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2005/2000
Séjours totaux	13 143	11 702	12 226	10 230	10 628	11073	-15.74%
séjours MCO	10 364	9 009	9515	7 880	8 046	8155	-21.31%

En 2004, les lits MCO représentent 36,5 % du nombre total de lits ouverts (123/337).

Qualitativement, le casemix de l'hôpital est concentré sur un nombre limité de groupes homogènes de séjours ou GHS : les 8157 séjours de l'année 2005 se répartissent sur 333 GHS sur les 696 existants. 72 GHS (qui correspondent à 6032 séjours) produisent 80 % de la valorisation totale.

La fermeture des lits de chirurgie ainsi que les travaux consécutifs à la restructuration architecturale de l'établissement sont pour une grande part responsables de la baisse d'activité observée. La mise en service progressive des activités médicales à la fin des travaux de phase I du site de Neuilly a ainsi permis d'enregistrer une évolution du nombre des séjours MCO de 1,35 % en 2005 (l'essentiel de la croissance 2005 du nombre des séjours totaux étant portée par l'activité de moyen séjour (+22,2 %).

Avec une perte d'activité comprise entre 25 et 30 % sur la période sous revue, et sans qu'il soit attendu une corrélation entre le niveau d'activité et le niveau des moyens consommés par l'établissement alors que l'on fonctionnait encore sous le régime de la dotation globale, il eût été souhaitable d'enregistrer un infléchissement même modéré des dépenses.

4. La situation financière du CHCN

4.1. La sous-évaluation des dépenses de personnel dans les budgets

Le budget est l'acte par lequel sont prévues et autorisées les recettes et les dépenses annuelles. Il en résulte un plafond quant au montant des dépenses que l'ordonnateur peut engager et mandater, dans la limite des autorisations budgétaires.

Conformément à l'article R 6145-11 du code de la santé publique (auparavant R 714-3-8), le budget, qu'il s'agisse du budget primitif ou des décisions modificatives, doit être voté en équilibre réel.

² Tarification à l'activité

³ Programme de médicalisation des Systèmes d'Information

Pour cela, le budget doit remplir les trois conditions suivantes :

- la section d'investissement et chacune des sections d'exploitation doivent être votées en équilibre ;
- les recettes et dépenses doivent être évaluées de façon sincère ;
- le remboursement de la dette en capital ne doit pas être financé par le produit des emprunts sauf dans le cas de renégociation de la dette d'emprunt de l'établissement.

A cet égard, l'examen des budgets primitifs approuvés par la tutelle révèle certaines anomalies. En particulier, les crédits ouverts au budget primitif pour les dépenses d'exploitation du « groupe fonctionnel 1 », qui regroupent toutes les charges de personnel sont systématiquement inférieurs aux consommations de l'année précédente, sans tenir compte de l'évolution des effectifs, de la mise en place de la réduction du temps de travail, ou du GVT (estimé à 1% par an par l'Agence régionale de l'hospitalisation dans le contrat de retour à l'équilibre financier). Il en est de même, en ce qui concerne la quasi-absence de dotation, aux budgets primitifs 2003 et 2004, relative à la taxe sur les salaires.

Le report d'inscription de ces dépenses obligatoires a permis de budgéter et de réaliser d'autres dépenses que l'hôpital n'avait, en fait, pas les moyens d'engager.

Bien que le budget primitif n'épuise pas toute l'autorisation budgétaire annuelle, (les décisions modificatrices pouvant intervenir tardivement), il doit rester un outil de prévision et doit intégrer toutes les dépenses obligatoires.

Aussi, même si le mandatement des dépenses de personnel s'effectue en toute régularité dans le cadre des crédits ouverts au budget primitif et dans les décisions modificatives, la Chambre recommande une plus grande rigueur dans l'exercice de prévision des dépenses du groupe I et insiste sur l'exigence de sincérité du budget définitivement adopté.

Selon le directeur, l'établissement a inscrit l'ensemble des charges se rapportant à l'exercice dans l'EPRD 2006. La chambre prend acte de cette évolution positive de la prévision budgétaire.

4.2. Fiabilité des comptes

4.2.1. Les reports de charges

Le principe d'indépendance des exercices impose que les comptes présentés pour un exercice n'empiètent pas sur les comptes de l'exercice passé ou des exercices à venir.

Contrastant avec ces principes, les reports de charges ont pour effet d'altérer la signification des résultats annuels. Ils ont également pour conséquence de grever les marges de manœuvre de l'exercice suivant.

Entre 1999 et 2004, le taux de charges reportées par rapport au total des charges de fonctionnement est passé de 5 % à 8 % en 2004 (soit 1 mois de dépenses d'exploitation) alors qu'une valeur supérieure à 0,2 % pour ce ratio traduit déjà des tensions budgétaires.

En valeur, le montant de ces charges, en progression de 88,5 % entre 1998 et 2004, a ainsi atteint plus de 3 M€ à fin 2004.

En 2005, alors que le résultat comptable est globalement bénéficiaire de 283 K€, les reports de charges traduisent une amélioration puisque fin 2005 ils seraient de 1,435 M€.

Si les reports de charges concernent pour l'essentiel, les dépenses de personnel (au compte 672-81), en particulier, la taxe sur les salaires et la prime de rendement, les dépenses à caractère médical (au compte 672-82) et les dépenses d'exploitation hôtelière (au compte 672-83) sont également concernées. Depuis 2001, la part des dépenses autres que de personnel n'a cessé d'augmenter pour atteindre 18,5 % des charges reportées en 2004. Conformément aux engagements pris dans le Contrat de Retour à l'Equilibre signé fin 2004, le CHCN n'enregistre plus de report de charges pour les dépenses à caractère médical, ni pour les dépenses à caractère économique à compter de 2005.

4.2.2. La taxe sur les salaires

La taxe sur les salaires constitue une part importante des charges reportées.

Le ratio de régularité du mandatement de la taxe sur les salaires rapporte les débits du compte 6311 (taxe sur les salaires) aux débits des comptes 641 et 642 (rémunérations des personnels non médical et médical). Une valeur inférieure à 9 % pour ce ratio révèle un retard dans le mandatement de cette taxe.

budget H	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
641+642	16 799 248	16 845 157	16 762 800	16 750 422	17 887 022	18 366 527	19 282 612
TS	864 663	574 914	567 157	554 125	392 999	533 926	1 183 063
TS / TOTAL	5,15 %	3,41 %	3,38 %	3,31 %	2,20 %	2,91 %	6,14 %

On constate en fait un retard systématique du mandatement de la taxe sur les salaires sur toute la période sous revue. Pour le budget H, de 1998 à 2002, le ratio passe de 5,15 % à 2,20 %. Il s'améliore légèrement en 2003 et atteint 6,14 % en 2004.

Cette pratique est ancienne. Hormis les exercices 2002 et 2003 pour lesquels les mandatements ont été faits sur 2 ans, l'échelonnement des mandatements de la taxe sur les salaires se faisait généralement sur trois années consécutives. Cette procédure qui occulte une partie des charges est préjudiciable à la fiabilité des comptes.

A la fin 2005, il restait à mandater 1274 K€ de taxe sur les salaires soit 311 K€ au titre de 2004 et 963 K€ au titre de 2005.

Au-delà du retard de mandatement, la taxe sur les salaires connaît également un retard de paiement tout aussi systématique. Le montant de taxe sur les salaires restant à payer s'accroît, passant de 946 K€ en 1998 à 1 990 K€ en 2004, pour atteindre un montant de l'ordre de 3,2 M€ à la fin 2005 (correspondant à la taxe sur les salaires due au titre de la totalité de l'année 2004 et des 6 derniers mois de 2005).

4.2.3. Les restes à recouvrer sur exercices antérieurs

Les restes à recouvrer sur exercices antérieurs (compte 414) sont repris dans le tableau ci-dessous :

(en Euros)	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
total 414	2 598 145	2 240 996	2 579 542	2 315 708	2 753 654	2 541 703	2 099 682
467-24	44 207	60 193	41 486	36 279	26 524	36 171	30 171
TOTAL	2 642 352	2 301 189	2 621 028	2 351 987	2 780 178	2 577 874	2 129 853
414 / total produits	6,49	5,66	6,16	5,59	6,34	5,78	4,36

Le montant des restes à recouvrer au compte 414 rapporté au total des produits d'exploitation (résultat consolidé) se situe sensiblement au dessus du taux généralement admis, qui est de 3%. On note une amélioration fin 2004, avec un taux de 4,36 %, contre 6,34 % en 2002.

Près de 92 % des 2 099 K€ de restes à recouvrer surexercices antérieurs à la fin de l'exercice 2004 concernent les hospitalisés et consultants. Sur 1 934 K€ de créances sur particuliers antérieures à 2003, on compte 943 K€ de créances antérieures à 2000 dont 290 K€ correspondent à des créances qui ont plus de 10 ans, et sont donc probablement devenues irrécouvrables.

Ainsi, eu égard aux conséquences financières pour l'établissement des risques d'irrécouvrabilité de ses créances, la plus grande vigilance est-elle souhaitable au moment de l'enregistrement notamment de l'identité et de l'adresse des patients, particulièrement s'il s'agit de patients résidant à l'étranger.

Sur la période 1998-2004, le conseil d'administration a décidé d'admettre en non valeur un montant de créances de 2 743 669 €. Cependant, leur financement est insuffisamment assuré puisqu'il ne l'a été qu'à hauteur de 1 536 987 €.

Le montant de créances irrécouvrables restant à financer à la fin 2005 est de plus de 2,4 M€.

Il est rappelé que les créances admises en non valeur (au compte 416) doivent, dans un délai raisonnable, être définitivement prises en charge en dépenses au compte 654 (pertes sur créances irrécouvrables). Ce transfert conditionne une appréciation réaliste des charges de l'exercice. Cette opération devrait être facilitée par la constitution régulière de provisions pour dépréciation des comptes de redevables, pratique ignorée du Centre hospitalier de Courbevoie – Neuilly-sur-Seine pendant la période sous contrôle mais qui devrait être restaurée à compter de 2006.

4.3 Les dépenses d'exploitation

4.3.1. Evolution de la dotation globale

Alors que les produits de l'activité hospitalière ont progressé de 1,95 % en six ans (entre 1998 et 2004), la dotation globale a crû de 24,60 % sur la même période.

	1 998	1 999	2 000	2 001	2 002	2 003	2 004	2004/1998
Dotation globale H	29 498 776	30 015 035	31 382 286	32 020 358	32 854 014	33 472 091	36 756 055	24,6%
Ondam hosp		1.7%	3.2%	3.6%	6.3%	5.5%	4.6%	27,6%

Sur la période sous revue (1998-2004), l'Ondam hospitalier réalisé a progressé de 27,55 %. Dans le même temps, la dotation globale reçue par le CHCN a évolué de 24,6 % alors même que son niveau d'activité chutait de 25 à 30 %.

On constate ainsi que sur cette même période la dotation globale accordée par journée d'hospitalisation a progressé de plus de 67 % sur le budget principal.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2004/1998
Journées H	69 763	65 899	59 283	56 663	57 818	53 075	51 947	-25,54%
DG H	29 498 776	30 015 035	31 382 286	32 020 358	32 854 014	33 472 091	36 756 055	24,60%
Dotat° globale H / Jour H	421,84	455,84	490,30	517,20	568,23	630,66	707,57	67,73%
n/n-1		8,06%	7,56%	5,49%	9,87%	10,99%	12,20%	

4.3.2. L'évolution des dépenses de personnel et de l'activité de l'établissement

En 2004, les dépenses de personnel représentaient 72,83 % des dépenses d'exploitation. Si la diminution de l'activité ne peut évidemment avoir comme corollaire une évolution proportionnelle des effectifs, on note cependant une progression du nombre d'ETP de plus de 9 % entre 2002 et 2004 (avec une augmentation de 22,5 % pour le personnel médical et 24 % pour les personnels extérieurs), les entrées ayant diminué de 15 % et les journées d'hospitalisation de 5 %.

Au total l'indicateur ETP pour 1000 journées augmente de plus de 15 %, alors même que le Directeur précise que les créations de postes liées à la RTT n'ont pas encore été pourvues en totalité.

	2002	2003	2004	2004/2002
Séjours et venues	9 155	7 840	7 734	-15,5%
journées totales	115 954	109 237	110 030	-5,1%
nombre lits	355	346	337	-5,1%
ETP PM*	67,8	75,0	83,0	22,5%
ETP PNM*	580,0	621,1	620,7	7,0%
Pers. Extérieur	29,0	35,5	36,0	24,1%
ETP Totaux	676,8	731,6	739,7	9,3%
ETP/ 1000 j	5,8	6,7	6,7	15,2%

* effectif moyen rémunéré source SAE

Sur l'ensemble de la période 1998 - 2004, l'évolution du ratio de la dépense de personnel rapportée à 1000 journées d'hospitalisation est de 44 % et 67 % selon que l'on considère le budget total ou le budget H.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2004/1998
entrées totales	10837	10771	9715	8921	9155	7840	7734	-28,6%
j tot	126 895	123 031	118 096	114 060	115 954	109 237	110 030	-13,3%
Tot G1*	27 781 709	28 885 243	29 388 923	30 034 958	31 353 904	32 817 334	34 755 789	25,1%
Dép G1 tot/ 1000j	219	235	249	263	270	300	316	44,3%

*Les données ont été corrigées des reports de charges et correspondent aux charges de groupe 1 se rapportant à l'exercice

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2004/1998
Journées H	69 763	65 899	59 283	56 663	57 818	53 075	51 947	-25,5%
Dép G1H *	24 886 518	26 057 840	26 341 559	26 803 653	27 898 088	29 201 594	30 994 517	24,5%
Dép G1 H/ j H	357	395	444	473	483	550	597	67,3%

*Les données ont été corrigées des reports de charges et correspondent aux charges de groupe 1 se rapportant à l'exercice

En 2005, ce ratio s'améliore (il passe de 597 à 551).

Il est à noter en particulier que les six lignes de garde, dont certaines concernent des services de taille très inférieure à la moyenne, sont particulièrement coûteuses pour l'établissement. L'ordonnateur en convient mais considère qu'elles sont indispensables pour assurer la permanence des soins. La Chambre estime que cette situation devra trouver une réponse satisfaisante dans le cadre de la réorganisation de l'établissement par pôles qui doit conduire à une mutualisation des moyens entre les services.

La Chambre prend acte des engagements de maîtrise des dépenses de personnel mis en oeuvre à compter de 2006, l'objectif de moyen terme que se fixe l'établissement étant de limiter les dépenses annuelles du groupe 1 à 30 M€.

4.3.3. Les charges d'exploitation à caractère hôtelier et général

En 2004, les charges d'exploitation à caractère hôtelier et général représentaient 11,5 % des dépenses d'exploitation. Leur évolution rapportée au nombre de journées d'hospitalisation est préoccupante. En effet, ces dépenses par journée d'hospitalisation ont augmenté de près de 34 % entre 2000 et 2004 sur l'ensemble de l'établissement et de plus de 50% sur les activités comprises dans le budget principal.

	2000	2001	2002	2003	2004	2004/2000
journées totales	118 096	114 060	115 954	109 237	110 030	-6,8%
Dép G3*	4 864 000	5 519 606	5 426 201	5 701 866	6 069 913	24,8%
DépG3 / j	41,19	48,39	46,80	52,20	55,17	33,9%

*Les données ont été corrigées des reports de charges et correspondent aux charges de groupe 3 se rapportant à l'exercice

	2000	2001	2002	2003	2004	2004/2000
jours H	59 283	56 663	57 818	53 075	51 947	-12,4%
Dép G3* H	3 774 531	4 349 614	4 218 350	4 497 885	4 976 998	31,9%
DépG3 / j H	63,67	76,76	72,96	84,75	95,81	50,5%

*les données ont été corrigées des reports de charges et correspondent aux charges de groupe 3 se rapportant à l'exercice

Le CHCN a fait le choix de sous-traiter les principales fonctions logistiques : ainsi, la restauration représente un montant de 850 K€ par an environ ; la blanchisserie, un coût annuel de l'ordre de 360 K€.

Au sein des dépenses de restauration, les dépenses de réception (notes de restaurant, buffets, repas de direction et autres collations) sont passées de 6 448 € en 2001 à 19 875 € en 2004. Selon l'ordonnateur, cette augmentation provenait en 2004 de la multiplication des réunions liées à l'accréditation et au niveau plus élevé de prestation demandé par l'établissement.

La Chambre relève l'insuffisance des justifications se rapportant à ces dépenses. Par exemple, sur la dizaine de notes de restaurant présentées chaque année au comptable, ne figure jamais le nom des convives. En 2003 et 2004, il s'agit essentiellement de repas pour 2 personnes. Dans près des 3/4 des cas, le prix du menu excède 45 € par personne et peut même atteindre 117 € par personne. Le directeur indique que le nombre de ces repas pris à l'extérieur a diminué de 10 à 3 entre 2003 et 2005 et qu'il n'y en aura pas en 2006.

Pour l'accueil, la surveillance et le gardiennage du centre hospitalier, sur le site de Courbevoie et de Neuilly, 24 heures sur 24, le marché conclu en octobre 2004 avec l'entreprise SPG, prévoit une prestation pour 2005 chiffrée à 478 K€, alors que la dépense 2003 s'élevait à 347 K€. Le montant des prestations faisant l'objet du marché augmente ainsi de 34 % entre 2003 et 2005 et le recours à des prestations supplémentaires de 39 % entre 2003 et 2004, laissant supposer une insuffisante définition des besoins. L'ordonnateur confirme que l'établissement a effectivement revu la définition des besoins dans le sens d'un élargissement des prestations de sécurité du fait des travaux de restructuration. Depuis lors, la convention avec SPG a été dénoncée pour le 1er octobre 2006, l'établissement ayant réorganisé ses prestations de sécurité en interne de manière à réduire ses coûts de 200 000 €.

En 2004, les données produites par la comptabilité analytique permettent également une comparaison avec le niveau moyen de dépenses de l'échantillon ENC (Echelle nationale des coûts). Ces nouveaux outils confirment le diagnostic d'une dépense de personnels mal maîtrisée et de la dérive des coûts d'exploitation à caractère hôtelier et général. Il peut être souligné tout particulièrement des dépenses de personnel médical supérieures de 53,4 % par rapport à la moyenne ENC, des dépenses de restauration plus élevées de 80 % et pour la blanchisserie de 40 %.

La Chambre recommande à l'établissement de se montrer particulièrement vigilant quant à la maîtrise de ces dépenses. Elle prend acte de l'engagement du CHCN de faire porter ses efforts sur les dépenses du plateau médico-technique dorénavant liées à l'activité, les services logistiques et les dépenses de personnel médical, et d'étudier l'hypothèse d'une adhésion à un syndicat interhospitalier de blanchisserie afin de réduire les coûts.

5. La tarification à l'activité et le contrat de retour à l'équilibre financier

La réforme du système de financement des établissements hospitaliers devrait fonder plus étroitement l'allocation de ressources sur le volume d'activité réalisée.

Ainsi le changement du mode de financement des établissements de santé devrait diminuer les recettes du CHCN de façon significative : il a été évalué que dans la configuration 2005 avec une tarification à l'activité T2A appliquée à hauteur de 25 %, au lieu d'un montant de dotation globale de 7,5 M€, l'application de la T2A conduit au versement de 6,2 M€, soit un manque à gagner de 1,3 M€. Avec une T2A appliquée à 100 %, le déficit de recettes serait de 5,2 M€.

Par ailleurs, la réforme budgétaire qui ne devrait plus permettre les reports de charges mais qui fera apparaître un déficit impose doublement que des efforts soient entrepris pour parvenir à la maîtrise des coûts de fonctionnement.

Afin d'aider l'établissement à accomplir ces efforts, un contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) a été signé le 17 décembre 2004 par le directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation d'Ile-de-France et le directeur du Centre hospitalier.

Son objectif est d'assainir la situation financière de l'hôpital d'ici 2008, notamment en résorbant les reports de charges, en mettant en place des mesures visant à améliorer l'efficacité de la gestion de l'hôpital et en apportant une aide financière sous forme de subvention d'accompagnement.

Le CREF présente un diagnostic partagé de la situation financière de l'hôpital. Celui-ci appelle cependant deux remarques :

- le déficit cumulé évalué à hauteur de 3 223 K€ à fin 2003 prend en compte les charges reportées sur 2004 ainsi que le déficit du compte de gestion pour 2003, mais il convient de préciser que la méthodologie d'évaluation retenue par l'ARHIF ne tient pas compte des créances admises en non valeur qui ne sont pas financées. A la fin de 2003, celles-ci s'élèvent à 1 896 K€ ;

- l'hypothèse selon laquelle le déficit serait seulement de nature conjoncturelle peut difficilement être retenue en raison même des facteurs qui conduisent à ce déficit, notamment la progression des dépenses d'exploitation d'un niveau significativement supérieur à la moyenne nationale.

Le CREF comprend des mesures d'ordre qualitatif qui sont essentielles dans la préparation de l'établissement à la T2A (mise en place d'une comptabilité analytique et d'un contrôle de gestion et anticipation de la réforme de l'organisation interne de l'hôpital) et qui ont été mises en œuvre.

Le CREF comprend des objectifs quantitatifs peu mesurés dont les résultats ne sont pas à la hauteur de ce qui était attendu.

D'une manière générale, s'agissant des dépenses d'exploitation, les objectifs quantitatifs sont quasiment absents :

- pour les dépenses de personnel, l'objectif retenu est la suppression de 3 postes de praticiens hospitaliers sur la période 2005-2008. Cet objectif correspond à une réduction de 3,6 % des ETP à comparer à l'évolution des effectifs moyens rémunérés (en ETP) de 22,5 % entre 2002 et 2004 (qui s'inscrit dans le double contexte de la mise en place de la réduction du temps de travail à l'hôpital et de la baisse de 15 % du nombre de séjours totaux). Il peut également être rappelé que les dépenses de personnel médical au CHCN sont supérieures de 53,4 % à la moyenne de l'Echelle nationale des coûts.

- pour les dépenses de groupe 2 et 3, aucun engagement chiffré n'est pris, l'objectif étant de « ralentir l'augmentation »⁴ de ces dépenses.

L'objectif d'accroissement de l'activité prévu dans le CREF est très ambitieux, par rapport à la situation antérieure au plan. Les ressources correspondant à cette activité devraient connaître des augmentations importantes. Toutefois le retard pris pour l'ouverture d'un hôpital de jour médico-chirurgical (en janvier 2006 au lieu de juillet 2005) et d'une zone de surveillance de très courte durée (prévue pour mai 2007 au lieu de septembre 2006) n'a pas permis de réaliser les recettes prévues en 2005 et 2006 dans le CREF.

Le nombre de séjours MCO a augmenté de 1,35 % entre 2004 et 2005, alors qu'il était escompté 3,37 % dans le CREF. L'évolution d'activité devait entraîner une recette de 614 K€ en 2005. Mais la baisse des tarifs d'un certain nombre de GHS en 2005 a aggravé le bilan du CREF du 3^{ème} trimestre 2005 avec une recette d'activité inférieure de 529 K€ par rapport à 2004.

L'objectif du CREF était, grâce au versement de 3 M€ de subvention et la mise en oeuvre des mesures précédentes, de ramener le déficit et les reports cumulés de 3 223 K€ à la fin 2003, à 1 888 K€ en 2004 et 1 643 K€ à fin 2005.

On observe à la fin 2005, un défaut de réalisation de près de 1 M€ par rapport aux engagements retenus dans le CREF.

K€	2004	2005
Résultat cumulé fin N-1	-3223*	-2250
résultat CG N	-446	216
charges reportées sur N+1(-)**	-1722	-2000
6728 N	3141	1422
Résultat cumulé fin N	-2250	-2612
Variation des ANV sur N (-)	-330	-173

* : source CREF = Résultat du compte de gestion 2003 + reports de charges 2003

** : déclaration de l'établissement

⁴ Source CREF

Dans les faits, le déficit cumulé de 3223 K€ en 2003 a d'abord connu une amélioration sensible de 1M€ en 2004, bien qu'inférieure à l'objectif assigné. Cependant, il faut souligner que deux types de charges n'ont pas été correctement prises en compte en 2004 et généreront plus de 600 K€ de charges à financer sur les exercices à venir :

- 300 K€ de taxe sur les salaires 2004 non mandatés en 2005 qui n'apparaissent de ce fait pas dans les comptes ;

- 332 K€ de créances admises en non valeur en 2004 mais qui n'ont pas trouvé de financement.

Le déficit cumulé a ensuite connu une nouvelle dégradation en 2005 pour atteindre 2612 K€ (au lieu de 1643 K€ prévus dans le CREF).

Malgré l'apport de 3 M€ de subventions, le déficit cumulé ne s'est amélioré que de 610 K€ environ.

L'établissement doit veiller à ce que les travaux de restructuration du plateau technique qui devraient commencer en 2007 ne fragilisent pas encore les prévisions de recettes du CREF pour la période à venir.

6. Les investissements : le projet de restructuration du CHCN

6.1 Le projet quinquennal d'établissement 2001-2005

Les opérations de restructuration du CHCN correspondent à la mise en œuvre du projet d'établissement adopté le 15 décembre 2000 par le Conseil d'administration, et approuvé par l'ARHIF. Ces restructurations sont la conséquence architecturale des décisions médicales et organisationnelles prises dans le cadre de la fusion. La restructuration complète est prévue en trois phases :

La phase I concerne la première phase de restructuration du site de Neuilly-sur-Seine. Elle comprend :

- la restructuration du service des urgences,
- les travaux de sécurité (la mise en conformité en matière de sécurité incendie, la réfection des systèmes électriques, de ventilation, de climatisation, la mise aux normes des accès aux personnes handicapées),
- la réhabilitation des étages d'hospitalisation.

La phase IIA correspond à la mise aux normes du plateau médico-technique de la gynéco-obstétrique et de la néonatalogie.

La phase IIB concerne la restructuration d'ensemble du site de Courbevoie.

L'hypothèse finalement retenue intègre l'achèvement du projet de rééducation fonctionnelle, l'agrandissement du service de soins de suites, l'augmentation du nombre de lits de soins de longue durée, l'implantation de deux secteurs de psychiatrie (les 2 structures de neuropsychiatrie adulte 92G07 et 92G08 sont transférées de Clermont de l'Oise vers le CHCN sur le site de Courbevoie), et l'installation des services administratifs et du Centre d'action médico-sociale précoce qui doivent quitter le site de Neuilly.

6.2. Le coût prévisionnel

Tableau de synthèse des réévaluations successives du projet de restructuration

K€	déc-00	nov-02	déc-03	déc-04	déc-05
Phase I	6 403	11 834	13 974	16 800	17 500
Phase IIA	9 452		19 000	20 000	35 500
Total Site Neuilly	15 855		32 974	36 800	53 000
Phase IIB	17 531		45 000		63 145
Cuisine centrale	1 220				1 505
Equipements	1 524			3 000	10 684
opérations suppl.					
Parking Neuilly					1300
Immeuble CAMSP					4 544
Total CHCN	36 130		77 974		134 178

Les opérations de travaux s'entendent hors investissements courants. Elles sont chiffrées à 1,3 M€ par an en moyenne.

La restructuration complète des deux sites, initialement évaluée en décembre 2000 à 36 M€⁵, a été sous-estimée au départ, ce que confirme le directeur. A l'issue des réévaluations successives consécutives aux modifications substantielles des projets, adoptées par le conseil d'administration, à fin 2005 le budget total atteignait pour les trois phases 134 M€ (en valeur finale TDC actualisée).

15 déc 2000	Adoption du projet d'établissement (Phase I = 6.4 M€ - Phase IIA= 11 M€ - Phase IIB=17.5M€)
8 nov 2002	Adoption du programme prévisionnel d'investissement à 5 ans (2002-2006) (le coût de la phase I y est estimé à 11 834 557 €)
6 fév 2004	Présentation de l'engagement contractuel relatif au Plan Hôpital 2007 (Phase I = 13.974M€ - Phase IIA= 19 M€)
6 fév 2004	Adoption du principe général de la restructuration du site de Courbevoie (Phase IIB=45 M€)
17 déc 2004	Adoption du programme prévisionnel d'investissement à 14 ans (2004-2017) (Phase I = 16.8 M€ - Phase IIA= 20 +3 M€)

Le 27 décembre 2003, dans le cadre de l'engagement contractuel « Hôpital 2007 », l'Agence régionale de l'hospitalisation d'Ile-de-France avait accepté un quasi doublement du montant des travaux concernant les deux phases de la restructuration du site de Neuilly, soit 32,9 M€.

Deux ans après, dans un rapport du Directeur du CHCN daté du 23 décembre 2005, ce montant était estimé à 53 M€.

⁵ Dans le projet d'établissement : valeur TDC non actualisée.

En définitive, en juin 2006, en accord avec l'ARHIF ce montant est réduit à 40,1 M€ soit 17,8 M€ pour la phase 1 et 22,3 M€ pour la phase 2.

La phase IIB qui concerne la possible restructuration du site de Courbevoie, n'a pas encore fait l'objet d'évaluations très précises. Le montant de 63 M€ concerne deux opérations : le transfert de la psychiatrie évalué à 45 M€ et la création d'un EHPAD évalué à 18 M€.

La restructuration architecturale de l'établissement s'avère nécessaire. Il s'agit d'une opération de grande ampleur, tant architecturalement que financièrement. Dans le cadre de travaux d'une telle étendue, des modifications imprévues du projet ainsi que des évolutions de la réglementation entraînant des dépenses supplémentaires, peuvent se justifier.

Toutefois, le contexte financier actuel impose à l'établissement la plus grande rigueur dans la programmation des travaux et dans la prévision de l'enveloppe budgétaire correspondante afin de donner une meilleure lisibilité des financements à moyen terme tant pour l'établissement que pour la tutelle.

6.3. Le financement des opérations et la gestion de la dette.

Les plans de financement ont dû suivre les évolutions substantielles des coûts prévisionnels de travaux.

En novembre 2003, dans le cadre du protocole contractuel relatif au Plan Hôpital 2007, l'Agence régionale de l'hospitalisation d'Ile-de-France accordait pour la restructuration en deux phases du site de Neuilly, une subvention de 5,667 M€ (versée sur 2003-2008) ainsi qu'une aide en fonctionnement de 1,291 M€ par an pendant 20 ans (sur une période quatre fois plus longue que prévu dans le projet d'établissement) soit 25,8M€. Dans ce document, il était prévu que le CHCN contracte 26,3 M€ d'emprunts.

La délibération relative au programme prévisionnel d'investissement (2004-2017), du 17 décembre 2004 fait état de la mobilisation prévue pour 2005 de 9,4 M€ d'emprunt et de la nécessité de contracter 25 M€ d'emprunts supplémentaires.

A la fin 2005, alors que seule la première phase est engagée, ce sont 20 M€ d'OCLT qui ont été consolidés depuis 2003 alors que le calendrier du protocole contractuel ne prévoyait des emprunts qu'à hauteur d'un montant de 9,4 M€.

En 2011, date d'achèvement prévu des travaux sur le site de Neuilly, alors que l'essentiel des emprunts contractés avant la restructuration seront échus, l'endettement sera deux fois supérieur à la situation de fin 2004.

Globalement, le montant total de la dette financière augmente de 55% en 3 ans, ainsi que la durée apparente de la dette. A la fin 2005, le CHCN a une dette globale composée de 25 emprunts pour un montant de capital restant dû de 24,7 M€.

Depuis 2001, les recettes d'emprunt sont constituées par des consolidations d'OCLT, contrats d'ouverture de crédit à long terme, contractés auprès de la Société Générale et de Dexia (prêt PRESAME) : 4 contrats ont été ouverts en décembre 2002, février 2003, mai 2005 et juin 2005 qui offrent à l'établissement une grande souplesse de gestion dans la mesure où ce type d'emprunt associe à la fois un crédit long terme classique et l'ouverture de droits de tirage analogues à une ligne de crédit de trésorerie. Ces contrats ont été négociés avec 5 ans de différé d'amortissement en capital, (afin que le remboursement en capital soit couvert par l'amortissement retardé des travaux, dans la section d'investissement), ainsi qu'un paiement différé des intérêts jusqu'en 2006 et 2008.

Le tableau suivant montre l'évolution des amortissements depuis le démarrage des travaux.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
dép.d'immo	2 666 995	1 448 408	1 168 252	1 086 641	2 378 560	4 584 052	8 342 918
évol N / N-1		-45,7%	-19,3%	-7,0%	118,9%	92,7%	82%
amortissmt	1 848 587	2 062 144	2 206 890	2 319 950	2 274 799	2 337 728	2 271 759
évol N / N-1		11,6%	7,0%	5,1%	-1,9%	2,8%	-3%
A/dép.immo	69,3%	142,4%	188,9%	213,5%	95,6%	51,0%	27,2%

Sur le plan comptable, on constate que les travaux n'étant pas achevés, ils figurent encore au compte 23 (immobilisations corporelles en cours) et ne font pas l'objet d'amortissements. La stabilité des amortissements ne suit donc pas la croissance des dépenses d'investissement.

Il convient de souligner que la mobilisation plus importante que prévue des emprunts ainsi que la prise en compte tardive des amortissements ajoutée à celle des intérêts financiers différés risque d'alourdir de façon importante, à partir de 2007, les dépenses d'exploitation du Groupe 4 et de déstabiliser un cycle d'exploitation qui peine à trouver un équilibre et qui devra alors être en mesure de dégager des excédents supplémentaires de l'ordre d'un M€ par an pour assurer le financement de la seule phase I et l'équilibre des comptes.

7. Conclusion

En conclusion, la priorité pour l'établissement devrait être de rétablir la fiabilité de ses comptes en apurant définitivement ses reports de charges et en constituant régulièrement et de manière suffisante des provisions lui permettant notamment la prise en charge des créances irrécouvrables.

En second lieu, il doit mettre fin à la dérive de ses dépenses d'exploitation qui, si elles ne sont pas mises rapidement en rapport avec le niveau d'activité de l'hôpital dans le contexte de la réforme du financement des établissements de santé, hypothèqueront durablement son retour à l'équilibre.

Enfin, compte tenu des multiples implications du projet de restructuration, il est souhaitable que l'établissement s'inscrive durablement dans une démarche de programmation réaliste qui n'aggrave pas sa situation financière.