



Chambre régionale des comptes
d'Île-de-France

Le Président

NOISIEL, le 14 OCT. 2010

N°/G/170/10-0467 B

N° 10-0144 R

RECOMMANDE AVEC A.R.

Monsieur le Directeur,

Je vous ai adressé, par lettre du 31 août 2010, le rapport d'observations définitives concernant la gestion de votre établissement pour les années 2003 à 2009, que la chambre a arrêté, après contradiction, dans sa séance du 7 juillet 2010.

Ce rapport a également été adressé à votre prédécesseur, M. MICHELANGELI.

Le délai d'un mois imparti par la loi pour répondre aux observations de la chambre étant expiré, la procédure est désormais close et vous trouverez ci-joint le rapport, complété de la réponse de M. MICHELANGELI. Ce rapport est également transmis au président du conseil de surveillance de votre établissement.

Ainsi que je l'indique à ce dernier, ce rapport, complété de la réponse reçue, doit être communiqué au conseil de surveillance dès sa plus proche réunion, en application de l'article L. 243-5 du code des juridictions financières. Il doit être inscrit à son ordre du jour, être annexé à la convocation adressée à chacun des membres du conseil et donner lieu à un débat.

P.J. : 1

Monsieur le Directeur
du centre hospitalier de LONGJUMEAU

159, rue du Président François Mitterrand - B.P. 125

91164 LONGJUMEAU CEDEX

A compter de la date de cette réunion, que je demande au président du conseil de surveillance de me faire connaître, la communication du rapport, accompagné de la réponse, à toute personne en faisant la demande, est de droit.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de ma considération distinguée.

Jean-Yves BERTUCCI



Chambre régionale des comptes
d'Île-de-France

RAPPORT D'OBSERVATIONS DEFINITIVES

CENTRE HOSPITALIER DE LONGJUMEAU (91)

**_

Exercices 2003 et suivants

**_

Le centre hospitalier (CH) de Longjumeau, établissement à vocation généraliste, prend en charge les patients en médecine, chirurgie, obstétrique, soins de suite et réadaptation. Employant plus de 1 200 personnes, disposant d'un plateau technique, d'équipements lourds (scanner, imagerie par résonance magnétique, laboratoires), d'un service d'urgences actif, il participe à la permanence des soins.

Etablissement public pivot du territoire de santé 91-2 « Longjumeau - Orsay », il a connu des difficultés, sur la période sous contrôle (exercices 2003 et suivants). En effet, les tensions budgétaires, importantes entre 2003 et 2005, l'ont conduit à renoncer à s'acquitter de certaines charges (taxe sur les salaires) et à procéder à des reports de charges, éléments de nature à remettre en cause la fiabilité des comptes. Déficitaire de 2003 à 2005, le CH de Longjumeau présente depuis 2006 un résultat net positif. Il a également restauré un certain nombre de soldes intermédiaires de gestion (excédent brut d'exploitation, marge brute et capacité d'autofinancement) et obtenu un échelonnement de la dette fiscale liée au report de taxe sur les salaires, qui prendra fin en 2011.

Ces difficultés budgétaires, conjuguées à des faiblesses en termes de productivité, ont amené la tutelle à conclure avec l'établissement un contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) portant sur les années 2004 à 2008. Engageant l'établissement dans des mesures de réduction de coûts, de personnel en particulier, en contrepartie d'aides de l'agence régionale de l'hospitalisation d'Ile de France (ARHIF), ce plan a contribué au redressement des comptes, lequel doit encore être consolidé. En effet, l'établissement présente toujours un déficit structurel de l'ordre d'un million d'euros.

Cette consolidation repose sur une reprise d'activité. L'activité a décru en 2006 et 2007, ces difficultés s'expliquant, d'une part, en chirurgie par des difficultés de recrutement (anesthésistes) et, d'autre part, en obstétrique par la volonté de restreindre l'accueil des parturientes pour des raisons financières. Pour autant, les données 2008 montrent une inversion de tendance, en court séjour (3 %) et en particulier en chirurgie (plus de 9 %), confortée en 2009, en global de 0,6% et de manière plus significative en chirurgie (6 %).

Si des mesures d'ordre interne y contribuent, les engagements du CH de Longjumeau, envers la tutelle ou son partenaire privilégié, le CH d'Orsay, y participent également. En effet, depuis 2003, les deux CH partagent une direction commune et des coopérations médicales dans des domaines ponctuels ; ils ont, par ailleurs, franchi un premier cap en 2008, à travers l'ébauche d'un projet médical commun. Celui-ci arrêta notamment les principes d'organisation d'une filière neurovasculaire et la création de deux fédérations interhospitalières en chirurgies viscérale et orthopédique. En outre, la fermeture des activités de chirurgie et d'obstétrique au syndicat interhospitalier (SIH) de Juvisy-sur-Orge reporte une partie de ces activités sur le CH de Longjumeau. Plus largement, l'adoption de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ouvre de nouvelles perspectives au CH de Longjumeau. Selon le directeur, l'instauration d'une communauté hospitalière de territoire (CHT) avec le CH d'Orsay, qui inclurait également le SIH de Juvisy-sur-Orge et s'appuierait sur un groupement de coopération sanitaire (GCS) dédié, est aujourd'hui envisagée.

Ces négociations ont, en revanche, retardé la définition d'un projet médical propre à l'établissement et, probablement, la mise en place, encore inachevée, des pôles en son sein. Pour autant, l'adoption du projet médical de territoire en 2009 et la reconstruction prévue du CH de Longjumeau, dans le cadre du plan « Hôpital 2012 », appellent à sa définition rapide, l'opération immobilière structurant l'offre de soins à long terme.

En conclusion, si le CH de Longjumeau a surmonté sur la période 2004-2008 ses difficultés financières, grâce à l'accompagnement de la tutelle, la situation reste fragile. Conditionné à une reprise d'activité en volume, qui pourrait s'appuyer sur la restructuration de l'offre de soins au sein du territoire de santé, l'équilibre financier du CH de Longjumeau repose également sur la valorisation financière de cette activité et la maîtrise des coûts liés.

Si la valorisation financière de son activité ne relève pas exclusivement du CH de Longjumeau, l'établissement, perdant à la mise en place de la tarification à l'activité, doit continuer à renforcer sa productivité, afin d'assurer son équilibre financier à moyen et long termes, dans le cadre renouvelé par la loi précitée du 21 juillet 2009, de sa coopération non seulement avec le CH d'Orsay, mais également avec le SIH de Juvisy-sur-Orge.

SOMMAIRE

RAPPEL DE LA PROCEDURE.....	5
1. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT ET DU TERRITOIRE DE SANTE.....	5
2. SITUATION FINANCIERE.....	6
2.1. Fiabilité des comptes.....	6
2.2. Retraitement du résultat	8
2.3. <u>Eléments d'analyse financière</u>	10
2.3.1. Soldes intermédiaires de gestion.....	10
2.3.2. Analyse du bilan.....	10
2.4. <u>Patrimoine</u>	11
2.5. <u>Dette</u>	11
3. ACTIVITE DU CENTRE HOSPITALIER DE LONGJUMEAU.....	12
3.1. <u>Activité de court séjour</u>	12
3.1.1. Evolution des séjours et séances	12
3.1.2. Performances comparées.....	12
3.1.3. Indicateurs de performance médico-économique	13
3.2. <u>L'activité en médecine chirurgie obstétrique</u>	14
3.2.1. En médecine	14
3.2.2. En chirurgie.....	15
3.2.3. En obstétrique	17
3.3. <u>Les consultations, urgences et le service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR)</u> ...	18
3.4. <u>Les activités médico-techniques</u>	18
3.5. <u>Soins de suite et rééducation</u>	19
4. LE REDRESSEMENT FINANCIER DE L'ETABLISSEMENT	19
4.1. <u>Le contrat de retour à l'équilibre financier 2004-2008</u>	19
4.1.1. La nécessité du CREF	19
4.1.2. Les engagements du CH de Longjumeau et de l'ARHIF	20
4.1.3. Résultats obtenus.....	21
4.2. <u>Plan global de financement pluriannuel pour 2009-2011</u>	23
5. LES PROJETS ET ENGAGEMENTS DU CH DE LONGJUMEAU.....	23
5.1. <u>Le contexte</u>	24
5.1.1. Le schéma régional d'organisation des soins.....	24
5.1.2. Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens	24
5.2. <u>Les projets médicaux intéressant l'établissement</u>	24
5.2.1. Le projet d'établissement	24
5.2.2. Le projet médical commun avec le centre hospitalier d'Orsay.....	25
5.2.3. Le projet médical du territoire de santé « Longjumeau - Orsay »	26
5.2.4. Le projet de reconstruction / restructuration de l'hôpital.....	27
5.3. <u>L'articulation de l'ensemble des projets</u>	27
6. LA GOUVERNANCE	28
6.1. <u>Le conseil exécutif et les pôles</u>	28
6.1.1. Le conseil exécutif	28
6.1.2. Le fonctionnement des pôles.....	28
6.2. <u>Les outils de comptabilité analytique</u>	29
7. LE RECOURS AUX PRESTATIONS DE SERVICE	30
ANNEXE 1	31
I - RETRAITEMENT DU RESULTAT COMPTABLE	31

II - ANALYSE FINANCIERE : 34

1/ Soldes intermédiaires de gestion : 34

2/ Le bilan 34

Rappel de la procédure

Le contrôle du centre hospitalier (CH) de Longjumeau a été ouvert par lettre du président de la chambre régionale des comptes d'Ile-de-France en date du 28 juillet 2008, adressée à Monsieur Jean-Paul MICHELANGELI, directeur alors en fonction et à Mme Nathalie KOSCIUSKO-MORIZET, présidente du conseil d'administration.

Ce dernier a quitté la direction du CH de Longjumeau le 4 janvier 2009 ; à l'issue de l'intérim assuré par Mme Brigitte DE LA LANCE, la direction est assurée par M. Eric GRAINDORGE, depuis le 11 mai 2009.

L'entretien préalable, prévu par l'article L. 243-1 du code des juridictions financières, a eu lieu avec les directeurs successifs, le 20 février 2009.

Dans sa séance du 12 juin 2009, la chambre a formulé, à titre provisoire, des observations, adressées aux directeurs le 28 septembre 2009.

Dans sa séance du 7 juillet 2010, la chambre a examiné les réponses apportées par M. GRAINDORGE, dans sa lettre du 27 novembre 2009, et par M. MICHELANGELI, dans sa lettre du 23 novembre, enregistrées respectivement au greffe le 1^{er} décembre et le 26 novembre 2009. Elle a formulé, à titre définitif, les observations rapportées ci-dessous.

L'examen de la gestion a porté, pour les exercices 2003 et suivants, sur la situation financière, l'activité, le redressement des comptes, la gouvernance, l'articulation des projets intéressant l'établissement et le recours aux prestations extérieures.

1. Présentation de l'établissement et du territoire de santé

Etablissement de taille moyenne au regard de la région parisienne, à vocation généraliste, le CH de Longjumeau prend en charge les patients en médecine (216 lits et dix places), chirurgie (72 lits et cinq places), obstétrique (54 lits), ainsi qu'en soins de suite et rééducation (SSR) (58 lits). Il abrite également une maison de retraite (74 lits) et un institut de formation aux soins infirmiers (IFSI).

Disposant d'un plateau technique, d'équipements lourds [scanner, appareil d'imagerie par résonance magnétique (IRM)], d'un service d'urgences et d'un service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) actifs, l'établissement participe à la permanence des soins. Son accès à un tomographe à émission de positons – Petscan¹, la présence d'un laboratoire d'anatomopathologie et la dispensation journalière individualisée nominative, très poussée (465 lits), sont à souligner.

Il a satisfait ses obligations d'accréditation, en 2006, et se prépare à une nouvelle visite de Haute autorité de santé (HAS) en 2010. Il a, par ailleurs, signé un contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) en 2004 et un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) en 2007 avec l'agence régionale de l'hospitalisation d'Ile-de-France (ARHIF).

Pour réaliser l'ensemble de ses activités, le CH de Longjumeau employait en 2009, en équivalent temps plein (ETP), 119, 25 personnels médicaux et 1 137,75 personnels non médicaux.

Par ailleurs, son organisation administrative doit être relevée. Depuis février 2003, il partage avec le CH d'Orsay une direction commune. Etendue par le précédent directeur aux fonctions financières et aux services informatiques, elle a été renforcée récemment. Les fonctions relatives à la stratégie et à la politique médicale, ainsi qu'à la communication et au secrétariat général des deux entités, sont également mutualisées. Cette même approche devrait se poursuivre pour les autres directions fonctionnelles.

¹ Dans le cadre d'une convention avec le CH d'Orsay et le Commissariat à l'énergie atomique (CEA).

Par ailleurs, au niveau médical, outre des mutualisations de moyens, notamment de personnels, l'ébauche, à compter de 2008, d'un projet médical commun, mérite d'être soulignée.

Enfin, le CH de Longjumeau inscrit son action dans le cadre territoire de santé 91-2 « Longjumeau-Orsay ». Bassin de population d'un peu plus de 500 000 habitants, ce territoire est moins bien doté que les deux autres territoires essonniers en médecine, chirurgie et soins de longue durée. Disposant de places en soins de suite spécialisés, bien doté en matériel lourd, il connaît des difficultés d'aval pour le court séjour et les soins de suite.

En conséquence, l'ARHIF a défini comme priorités d'améliorer la filière d'aval (installation de tous les lits de soins de suite autorisés et structuration de la filière gériatrique) et d'augmenter le nombre de lits de soins palliatifs. Elle entend définir une organisation graduée en cancérologie et centrer le réseau de périnatalité sur le centre périnatal de niveau III (CH Sud Francilien).

2. Situation financière

Le CH de Longjumeau a connu, sur la période sous contrôle, des difficultés d'ordre budgétaire et financier. Si les tensions budgétaires sont antérieures à la période sous revue, elles ont eu des répercussions sur la fiabilité des comptes, en particulier quant au respect du principe de sincérité, essentiellement de 2003 à 2006.

L'analyse qui suit n'inclut que pour partie les comptes 2008² et marginalement les comptes 2009³.

2.1. Fiabilité des comptes

L'indépendance des exercices a été examinée au regard des critères suivants :

- la prise en charge des recettes et dépenses à classer ou à régulariser est correcte ;
- le rapport « restes à recouvrer » sur « total des produits d'exploitation » (bilan consolidé), compris entre 1,2 et 1,7 %, se situe en deçà du seuil d'alerte généralement admis (3 %), d'autant plus que l'établissement admet régulièrement des titres en non-valeur et apure ses admissions en non-valeur ;
- le rattachement des charges n'appelle pas d'observations.

En revanche, les reports de charges augmentent fortement de 2003 à 2007, de 0,471 million d'euros (M€) à 6,621 M€. Le taux de report qui en découle (de 0,6% à 7,7 %) traduit de sérieuses tensions budgétaires, selon la direction générale de l'organisation des soins (DGOS) et la direction générale des finances publiques (DGFIP), le seuil de 0,2 % en constituant la valeur limite.

Tableau n° 1 : Taux de report de charges de 2003 à 2009, budget consolidé

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Solde débiteur des comptes 672-8 (1) / 672-18-28 et 38	0,471	2,308	3,020	6,621	0,090	0,084	0,175
Débit du sous-compte 672-1 (2)	1,817	2,702	2,824				
Charges de fonctionnement de l'année N-1 (3)	80,359	78,908	82,157	86,497	92,379	86,071	73,533
Taux de report (1/3)	0,6%	2,9%	3,7%	7,7%	0,1%	0,1%	0,2%
Taux de rattachement (2/3)	2,3%	3,4%	3,4%				

Sources : comptes de gestion 2003 à 2005 et comptes financiers 2006 et 2007

Par ailleurs, les dépenses en cause concernent le personnel, plus particulièrement la taxe sur les salaires (6,584 M€ en 2006 sur un montant de 6,621 M€).

² Une première analyse a pu être effectuée suite au dépôt des comptes 2008 à la chambre, en novembre 2009.

³ Les comptes de 2009, non déposés, sont cependant analysés, afin de confirmer ou d'infirmer les tendances observées.

Le taux de mandatement de cette imposition fait ressortir un retard de mandatement. Ne devant être inférieur à 9 %, selon la DGOS et la DGFIP, il est quasi nul en 2003 et 2004 et ne se rétablit qu'à compter de 2006.

Tableau n° 2 : Taux de mandatement de la taxe sur les salaires, de 2002 à 2009

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Taxe sur les salaires (comptes 63111 / 63112) (1) (M€)	1,249	0,099	0,100	1,720	4,262	4,305	4,446	4,448
Personnel non médical (compte 641) (2) (M€)	30,578	31,997	32,932	32,780	31,756	32,774	33,234	34,114
Personnel médical (compte 642) (3) (M€)	8,460	9,325	9,743	9,221	9,729	9,573	10,11	10,613
Total salaires (4) = (2)+ (3) (M€)	39,038	41,322	42,675	42,001	41,485	42,347	43,344	44,757
Taux de mandatement de la taxe sur les salaires (1) / (4)	3,2%	0,2%	0,2%	4,1%	10,3%	10,2%	10,3%	9,9%

Sources : comptes de gestion 2003 à 2005 et comptes financiers 2006 et 2007

En effet, l'absence de mandatement de la taxe sur les salaires, observée à compter de 2002, s'est poursuivie jusqu'en 2005, sans que la constatation en report de charges ne soit immédiate, en raison de l'impossibilité de constater ces reports de charge dans le cadre des règles budgétaires alors applicables.

Pour autant, tout au long de cette période, l'établissement a averti, de manière régulière, les différentes parties intéressées (conseil d'administration et DGFIP en particulier).

L'apurement s'est fait selon les modalités suivantes :

- exercice 2002 : le reliquat de 2,626 M€ (8 mois de retard) est payé en 2004 ;
- exercice 2003 : la totalité de l'imposition (3,966 M€) est payée en 2005 ;
- exercice 2004 : la totalité de l'imposition (4,059 M€) est mandatée en 2006 ;
- exercice 2005 : l'imposition due (4,077 M€) a été pour partie (1,552 M€) acquittée sur des crédits 2005.

Cette situation a eu pour conséquence de minorer artificiellement les taux de reports de 2003 à 2005, déjà forts, et de conduire à un taux de report de 7,7 % en 2006, taux très supérieurs à la norme haute admise (0,2 %).

Afin de se conformer à ses obligations fiscales, l'établissement a conclu, dès 2006, un accord avec la DGFIP. Il portait sur la taxe sur les salaires de 2004 (2,505 M€) et la totalité de l'imposition de 2005 (4,077 M€)⁴ Un échéancier de cinq années a été arrêté, pour lequel les trois premières annuités (1,3 M€) ont été réglées aux mois d'octobre 2007, 2008 et 2009, la dernière échéance (1,382 M€) devant intervenir en 2011.

Par ailleurs, la mise en œuvre de l'état prévisionnel des ressources et des ressources et des dépenses (EPRD)⁵, à compter de 2006, a permis à l'établissement de constater le report de charges, dû à l'absence de mandatement de ces impositions.

Pour autant, la chambre ne peut que regretter que, sur un plan comptable, la prise en compte du report de charge ait été compliquée par deux erreurs matérielles sur le montant et sur le compte de tiers, conduisant à deux émissions et deux annulations successives de mandats en 2006. En effet, alors que le poste comptable et l'ordonnateur sont enfin en mesure de résoudre l'une des principales difficultés que connaît l'établissement depuis 2002, il a fallu un troisième mandat pour que les comptes soient apurés et fonctionnent enfin normalement à partir de 2007.

⁴ La DGFIP a procédé dans les faits à une compensation de dette, estimant que la part de d'impôt relative à l'exercice 2005 et acquittée en 2005 diminuait la dette de l'exercice 2004.

⁵ Instruction codificatrice n° 07-004-M21 du 16 janvier 2007.

En conclusion, l'absence de mandatement de la taxe sur les salaires entre 2003 et 2005, puis le mandatement des impositions antérieurement dues compromettent la fiabilité des comptes de l'établissement de 2003 à 2006.

La fiabilité des comptes est rétablie à compter de 2007, la taxe sur les salaires étant pour sa part correctement mandatée à compter de l'exercice 2006.

2.2. Retraitement du résultat

La méthodologie utilisée par la chambre pour retraiter le résultat comptable figure en annexe.

Selon ce retraitement, le résultat retraité est très significativement différent de celui issu des comptes de gestion 2003 à 2005 et du compte financier 2006.

Tableau n° 3 : Produits, charges et résultats retraités, de 2003 à 2007, en M€

Y compris hors groupes fonctionnels (M€)	2003	2004	2005	2006	2007	Total 2003-2007
Charges aux comptes de gestion / comptes financiers	83,303	89,561	94,397	96,211	100,933	464,405
Charges retraitées	86,804	90,996	92,959	89,933	101,114	461,806
Différence	3,501	1,435	-1,438	-6,278	0,181	-2,599
Produits aux comptes de gestion / comptes financiers	83,063	88,925	96,375	97,224	101,540	467,127
Produits retraités	83,125	88,804	96,964	97,241	101,933	468,067
Différence	0,062	-0,121	0,589	0,017	0,393	0,940
Résultats aux comptes de gestion / comptes financiers	-0,240	-0,636	1,978	1,013	0,607	2,722
Résultats retraités	-3,679	-2,192	4,005	7,308	0,819	6,261
Différence	-3,439	-1,556	2,027	6,295	0,212	3,539

En effet, si au regard de la surface financière de l'établissement, la somme des écarts est faible⁶, et si le sens des résultats (déficit ou excédent) n'est pas modifié, les écarts sont amplifiés et significatifs de 2003 à 2006. Le déficit apparent en 2003 est de 0,240 M€, alors que le déficit retraité est de 3,679 M€ ; à l'opposé, l'excédent apparent en 2006 de 1,013 M€ et retraité de 7,308 M€. En 2007, les résultats comptable et retraité sont, en revanche, très proches (écart de 0,2 M€).

Sur la base du retraitement précité, la chambre a procédé au calcul des résultats d'exploitation, résultats courants, exceptionnels et nets des exercices 2003 à 2007. Le tableau suivant comprend les dotations versées au titre du CREF.

Tableau n° 4 : Principaux résultats, retraités, de 2003 à 2007, en M€

	2003	2004	2005	2006	2007
Résultat d'exploitation retraité	-3,068	-1,568	3,242	6,320	0,085
+ Résultat financier CG/CF	-0,720	-0,718	-0,685	-0,378	-0,307
= Résultat courant retraité	-3,788	-2,286	2,557	5,942	-0,222
+ Résultat exceptionnel retraité	0,109	0,094	1,448	1,366	1,041
= Résultat net de l'exercice retraité	-3,679	-2,192	4,005	7,308	0,819

Les résultats d'exploitation ainsi que les résultats courants et nets se redressent à compter de 2005. Pour autant, en 2007, le résultat net n'est positif (0,8 M€) que grâce au résultat exceptionnel retraité (1 M€).

⁶ Au total, sur cinq années, les résultats retraités sont supérieurs de 3,5 M€ aux résultats comptables, correspondant principalement à la fraction de taxe sur les salaires non mandatée en 2002 (2,6 M€, hors période de calcul) et au retraitement des produits (0,94 M€). Ils sont à rapporter à des produits en moyenne sur la période de 87 M€.

En outre, au titre du CREF, l'établissement devait recevoir des dotations pour un montant de 15,78 M€⁷, de 2004 à 2008, qui se décomposaient en :

- aides exceptionnelles pour 9,7 M€ ;
- crédits au titre de la reconnaissance de la dispensation journalière nominative (DJIN), pour 0,7 M€ par an ;
- aide à l'investissement dédiée au déménagement du laboratoire d'analyse médicale d'un montant annuel de 0,37 M€ ;
- crédits accordés au titre du développement de l'activité d'IRM (aide dégressive pour un montant global initialement fixé à 0,7 M€).

Outre ces crédits, en 2006, l'établissement a bénéficié d'une aide exceptionnelle pour l'apurement du passif (0,8 M€) et de crédits de bonne gestion (1 M€). En 2007 et 2008, il a reçu respectivement 0,6 M€ et 0,7 M€ de dotation pour effort de gestion, en sus des engagements du CREF⁸.

Enfin, les aides exceptionnelles allouées par l'ARHIF ont en 2005 été supérieures à la prévision, en raison de l'avance consentie pour l'année suivante. En conséquence, la dotation 2005 était de 4,508 M€, au lieu de 3 M€, alors que, dans le sens inverse, en 2006, la dotation, initialement prévue à hauteur de 2 M€, n'a été que de 0,454 M€.

En conséquence, en neutralisant les seules dotations strictement exceptionnelles, non reconductibles et n'ayant pas consolidé la performance de l'établissement à l'avenir⁹, le résultat net est fortement négatif, sauf en 2006.

Tableau n° 5 : Résultat net retraité, hors dotations exceptionnelles, de 2003 à 2007, en M€

	2003	2004	2005	2006	2007
Résultat net de l'exercice retraité	-3,679	-2,192	4,005	7,308	0,819
Aides exceptionnelles effectivement perçues au titre du CREF	0,000	3,000	4,508	0,454	1,000
Dotations exceptionnelles supplémentaires	0,000	0,000	0,000	1,800	0,600
Aides exceptionnelles à retrancher	0,000	3,000	4,508	2,254	1,600
Résultat net de l'exercice hors dotations exceptionnelles	-3,679	-5,192	-0,503	5,054	-0,781

Les résultats d'exploitation, courants et exceptionnels auraient été les suivants.

Tableau n° 6 : Principaux résultats, retraités, hors dotations exceptionnelles, en M€

	2003	2004	2005	2006	2007
Résultat d'exploitation retraité	-3,068	-4,568	-1,266	4,066	-1,515
+ Résultat financier	-0,720	-0,718	-0,685	-0,378	-0,307
= Résultat courant	-3,788	-5,286	-1,951	3,688	-1,822
+ Résultat exceptionnel corrigé	0,109	0,094	1,448	1,366	1,041
= Résultat net de l'exercice	-3,679	-5,192	-0,503	5,054	-0,781

Hors dotations exceptionnelles, l'établissement ne connaît de résultats d'exploitation (4,1 M€), courant (3,7 M€) et net (5,1 M€) positifs qu'en 2006. En 2007, le déficit d'exploitation (- 1,5 M€) entraîne des résultats courant (- 1,8 M€) et net (- 0,8 M€) également négatifs.

⁷ La première année 4,070 M€, 4,300 M€ en 2005, 3,270 M€ en 2006, 2,235 en 2007 et 1,905 en fin de période.

⁸ Lettres de l'ARHIF des 28 décembre 2006, 27 décembre 2007 et 24 décembre 2008 et courriels de confirmation de l'établissement du 1er avril et 5 mai 2010.

⁹ Les aides relatives à la DJIN, au déménagement du laboratoire d'analyse médicale et au développement de l'activité d'IRM ne sont pas retranchées des produits reçus par l'établissement.

2.3. Eléments d'analyse financière

L'analyse financière suivante repose sur le retraitement précité et neutralise les dotations du CREF ; les modalités de calcul sont précisées en annexe.

2.3.1. Soldes intermédiaires de gestion

L'évolution des soldes intermédiaires de gestion montre que l'année 2005 est charnière pour l'établissement.

En effet, le CH de Longjumeau rétablit, à compter de 2005, de nombreux soldes intermédiaires de gestion (SIG) : excédent brut d'exploitation (EBE), marge brute et capacité d'autofinancement (CAF). Par la suite, si l'EBE et la marge brute restent à des niveaux satisfaisants en 2007, le résultat net corrigé n'est positif (0,8 M€) qu'en raison d'un résultat exceptionnel corrigé encore conséquent (1 M€), les résultats d'exploitation et courant ayant fortement diminué par rapport à 2006.

Hors dotations exceptionnelles, l'exercice 2005 permet également déjà l'amélioration de certains SIG (EBE, marge brute), sans pour autant parvenir à des résultats d'exploitation, courant et net positifs. Le tournant se réalise en 2006, avec un EBE (7,7 M€) et une marge brute (8,1 M€) consolidés, à l'origine de résultats d'exploitation, courant et net positifs. L'exercice 2007 voit, en revanche, ces résultats redevenir négatifs.

S'agissant de l'exercice 2008, en première analyse¹⁰, l'écart entre résultat apparent au compte financier (0,440 M€) et retraité (0,351 M€) était très faible. Il peut toutefois d'ores et déjà être noté que les aides exceptionnelles perçues par l'établissement étaient de 1,4 M€.

Aussi, sur la période 2003-2007, le déficit moyen de l'établissement, hors aides exceptionnelles, que l'on peut qualifier de structurel, s'établit à 1,020 M€, proche du déficit structurel évoqué en 2007 par l'établissement¹¹. Il reste au même ordre en 2008 (- 1 M€).

2.3.2. Analyse du bilan

Le fonds de roulement net global, faiblement négatif (-0,1 M€) en 2003 en raison du fonds de roulement d'exploitation (-3,6 M€), se restaure à compter de 2004 (4,2 M€), pour atteindre 10,8 M€ en 2007. Représentant 46,2 jours d'exploitation, il est bien supérieur à la médiane des établissements de même catégorie (22,45 jours)¹².

Le besoin en fonds de roulement connaît une évolution davantage en dents de scie : de 2,3 M€ en 2003, il contribue par la suite à la trésorerie en 2005 (-1 M€) et 2007 (-0,4 M€). En 2005, le passage à la tarification à l'activité (T2A), en raison des avances reçues de l'assurance maladie, a gonflé le stock de dette de l'établissement. En 2008, l'établissement a été autorisé à compenser cette dette avec la créance dite de l'article 58 pour un montant proche de 7 M€, sans incidence sur le niveau de la trésorerie. A compter de 2006, les créances fiscales¹³ augmentent également les ressources du bas de bilan.

¹⁰ La fiabilité des comptes 2008 ne pourra être établie de manière définitive qu'à l'issue du dépôt des comptes 2009 à la Chambre, fin 2010.

¹¹ Cf. observation n° 44 « santé financière de l'établissement », point 5.1.3 « résultats du CREF »

¹² Document « Analyse financière 2003-2007, centre hospitalier général de Longjumeau ». Tous les ratios des établissements de même catégorie cités par la suite sont issus de la même source.

¹³ Neutralisées dans cette analyse, pour des raisons méthodologiques explicitées en annexe.

La trésorerie nette redevient positive dès 2004 (3,4 M€) pour atteindre près de 13 M€ en 2005 et 11,2 M€ en 2007. Très supérieure à la médiane des établissements de même catégorie (10,46 jours), elle atteint en 2007, 47,8 jours ou 41 jours, selon que l'on intègre les dotations exceptionnelles perçues par l'établissement.

Le CH de Longjumeau a, depuis fin 2005, placé sa trésorerie, sur proposition du trésorier principal, au-delà des dispositions en vigueur¹⁴, générant en 2007 une recette de 0,5 M€. La trésorière principale, nommée en 2008, a revu ces modalités de placement.

Dans le même temps, l'établissement a négocié un étalement de sa dette fiscale, élément qui diminue son besoin en fonds de roulement et renforce sa trésorerie. Si l'établissement était en capacité, dans l'absolu, dès 2006, de prélever sur ses disponibilités les sommes nécessaires pour s'acquitter de sa dette, l'absence de modalités de règlement définitif¹⁵ de la créance dite de l'article 58 l'a conduit à rester prudent. Toutefois, alors qu'il concluait des accords avec la DGFIP en 2008, les modalités de compensation précitées étaient davantage connues ; l'établissement était alors en capacité de s'acquitter définitivement de sa dette fiscale, ou à tout le moins d'en accélérer le remboursement, évitant ainsi des pénalités dont la remise gracieuse était par ailleurs sollicitée.

Cette opération, si elle a préservé les intérêts de l'établissement, pose ainsi la question de la légitimité de placer auprès du Trésor des fonds, issus principalement de cotisations sociales et de l'impôt, tout en étant redevable d'impositions non acquittées.

2.4. Patrimoine

L'investissement est modeste sur la période examinée, en raison des difficultés budgétaires, qui se traduisent par une révision à la baisse du plan de financement pluriannuel d'investissement. Cette situation entraîne un taux de vétusté des équipements préoccupant, en hausse continue sur toute la période, de 75 % en 2003 à près de 86 % en 2007.

Le projet de reconstruction du centre hospitalier de Longjumeau devrait toutefois diminuer ces ratios dans les prochaines années.

2.5. Dette

Plusieurs indicateurs tendent à montrer la bonne gestion de la dette.

En premier lieu, l'examen des 19 contrats de prêts en cours au 31 décembre 2008 montre l'absence de produits à risque. Par ailleurs, l'endettement, dont l'échéance la plus éloignée est 2018, est constitué majoritairement (58 %) de prêts à taux fixe, pour un taux d'intérêt moyen de 3,97 %. En outre, le taux de dépendance financière¹⁶ (36,8 %) est inférieur en 2007 à la médiane des établissements de même catégorie (40,53 %). Enfin, la durée apparente la dette¹⁷ en 2007 (2,3 années hors dotations du CREF et 3,4 années dans le cas contraire) reste inférieure à la médiane des établissements de même catégorie (3,7 années).

¹⁴ Issues de l'article 116 de la loi de finances pour 2004 et son décret d'application du 28 juin 2004.

¹⁵ Définies par le décret n° 2007-1931 du 26 décembre 2007 portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé du ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, arrêté du 29 juin 2009 fixant les modalités et le calendrier de remboursement du solde issu de l'opération de compensation mentionnées au II de l'article 5 du décret n° 2007-1931 du 26 décembre 2007 du ministère de la Santé et des Sports et circulaire interministérielle n° DHOS/F4/DGFIP/CL1B/DSS/1A/2010/77 du 24 février 2010 relative aux avances 2005 et 2006 de la sécurité sociale accordées par l'assurance maladie pour la mise en place de la tarification à l'activité dans les établissements de santé antérieurement sous dotation globale.

¹⁶ Ratio qui rapporte l'encours de dette aux capitaux permanents.

¹⁷ Ratio qui rapporte l'encours de dette à la capacité d'autofinancement.

3. Activité du centre hospitalier de Longjumeau

L'analyse d'activité suivante relève principalement de la période 2004-2008, complétée des données 2009 disponibles à titre provisoire.

3.1. Activité de court séjour

3.1.1. Evolution des séjours et séances

De 2004 à 2008, le CH de Longjumeau connaît une légère augmentation de l'activité MCO, mesurée par les séjours et séances (1,8 %) ; l'inclusion des données 2009 conforte cette croissance (2,6 %). Enfin, la prise en compte des forfaits dits de « sécurité et environnement hospitalier »¹⁸ porte les croissances précitées à 6 % et 6,9 %.

Tableau n° 7 : Séjours, séances et forfaits « sécurité environnement » en MCO de 2004 à 2009

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Evolution 2009-2004
Séjours en médecine	13 860	14 689	14 449	13 673	13 867	13 306	-4,0%
Séjours en chirurgie	4 397	4 506	4 166	4 141	4 512	4 794	9,0%
Séjours en obstétrique	3 228	3 827	3 552	3 531	3 567	3 727	15,5%
Ensemble des séjours MCO	21 485	23 022	22 167	21 345	21 946	21 827	1,6%
Séances (médecine)	2 004	1 972	2 108	1 923	1 974	2 280	13,8%
Ensemble séjours et séances MCO	23 489	24 994	24 275	23 268	23 920	24 107	2,6%
Forfaits				523	967	997	
Total séjours, séances et forfaits	23 489	24 994	24 275	23 791	24 887	25 104	6,9%
Evolution		6,4%	-2,9%	-2,0%	4,6%	0,9%	

Sources : parhtage¹⁹, sauf données 2009 et forfaits sécurité environnement (2007-2009) (Etablissement – Département de l'information médicale - DIM)

Sur la période, le fort bond d'activité de 2005 (6,4 %) est suivi de deux années de baisse (- 2,9 % et -2 %) avant une reprise en 2008 (4,6 %), a priori légèrement confirmée en 2009 (0,9 %).

S'agissant des seuls séjours, l'obstétrique a connu la plus forte hausse (15,5 %). La chirurgie, après une année très difficile en 2006 (chute de 7,5 %), ne se rétablit qu'en 2008 (hausse de 9 %), élément a priori confirmé en 2009 (6,3 %). En médecine, si le niveau atteint en 2008 est le même qu'en 2004, la chute a été particulièrement forte en 2007 (-5,4 %). Enfin, les séances augmentent de près de 14 %.

3.1.2. Performances comparées

Dépendant pour partie par définition du poids du CH de Longjumeau dans le territoire de santé²⁰, l'analyse précitée a été complétée des évolutions constatées en Ile-de-France et sur le territoire national²¹.

¹⁸ Circulaire DHOS-F1/M72A/2006 n°376 du 31 août 2006 relative aux conditions de facturation d'un GHS pour les prises en charge hospitalières en zone de surveillance de très courte durée ainsi que pour les prises en charge de moins d'une journée, dite circulaire relative aux « actes frontières » notamment.

¹⁹ Parhtage : portail d'information des ARH.

²⁰ Ce qui permet de neutraliser les effets liés aux changements de réglementation, puisqu'ils s'appliquent de manière identique aux établissements de comparaison.

²¹ La base de données est légèrement différente. En effet, la base ATIH recense les éventails de cas « case-mix » des établissements de santé, soit les groupes homogènes de malades et non les groupes homogènes de séjours ; elle ajoute en conséquence aux séjours les séances. Les données 2009 sont provisoires (extraction au 17 avril 2010).

Tableau n° 8 : Evolution des éventails de cas (case-mix) des établissements de santé, de 2004 à 2009

	Evolution 2005/2004	Evolution 2006/2005	Evolution 2007/2006	Evolution 2008/2007	Evolution 2009/2008	Evolution 2009/2004
Centre hospitalier de Longjumeau	6,5%	-2,9%	-4,2%	2,8%	0,6%	2,5%
Ile de France						
Hôpitaux publics	3,4%	1,5%	-0,1%	3,5%	2,9%	11,7%
Hôpitaux privés	3,2%	3,1%	-1,4%	1,5%	0,6%	7,1%
Ensemble des hôpitaux	3,3%	2,1%	-0,6%	2,7%	2,0%	9,9%
France						
Centres hospitaliers traitant plus de 16 000 RSA	4,6%	3,8%	-1,2%	2,5%	4,3%	14,8%
Hôpitaux publics	3,0%	2,4%	-0,6%	2,6%	2,7%	10,4%
Hôpitaux privés	6,6%	3,8%	-4,0%	0,4%	1,3%	8,0%
Ensemble des hôpitaux	4,3%	3,0%	-1,9%	1,8%	2,2%	9,5%

Source : Agence technique de l'information hospitalière (ATIH), données 2009 provisoires

Sur la période 2004-2009, l'augmentation d'activité de l'établissement est de 2,5 %, inférieure à celle des autres établissements publics, que ce soit au niveau régional (9,9 %) ou national (9,5 %) ou en comparaison des CH de même catégorie (14,8 %).

En outre, après avoir connu des performances bien meilleures (6,5 %) à celles des autres catégories d'établissements hospitaliers en début de période, voire de même ordre que les cliniques au niveau national en 2005, la dégradation des performances comparées de l'établissement est nette en 2006 (- 2,9 %) et 2007 (- 4,2 %). Toutes catégories confondues, le CH de Longjumeau est le premier à connaître une diminution de son activité en 2006, la chute s'amplifiant en 2007. En 2008, l'évolution de son activité (2,8 %) est davantage corrélée à celles des autres hôpitaux publics en Ile de France ou au niveau national, voire des CH de même catégorie. En 2009, il partage avec les cliniques d'Ile-de-France le taux de croissance le plus faible (0,6 %) observé, creusant de nouveau son écart à la moyenne avec les hôpitaux publics franciliens (2,9 %) ou nationaux (2,7 %), voire de même catégorie (4,3 %).

C'est donc bien la diminution d'activité de 2006, renforcée en 2007, qui explique les moindres performances du CH de Longjumeau. La reprise constatée en 2008 est minorée par les performances plus faibles constatées en 2009.

3.1.3. Indicateurs de performance médico-économique

En premier lieu, la durée moyenne des séjours (DMS)²² est en légère hausse (4,2 jours en 2009) pour le court séjour ; l'amélioration constatée en 2005 (quatre jours) ne s'est donc pas poursuivie. En second lieu, si le coefficient d'occupation (CO) des lits²³ s'est amélioré en 2008 (78,4 %), il reste inférieur à la moyenne des établissements de comparaison²⁴ (83,4 %).

En outre, si l'activité de court séjour²⁵ voit sa valorisation en T2A à 100 % augmenter de 5,8 % sur la période 2004-2009, les disparités sont fortes entre l'obstétrique (15,9 %), la chirurgie (5,3 %) et la médecine (4,2 %).

²² Selon les données fournies par le centre hospitalier, département de l'information médicale (DIM). D'une manière générale, toutes les DMS provenant de l'établissement et indiquées dans la suite de ce rapport proviennent de cette source.

²³ Données issues du portail Statistique annuelle des établissements de santé (SAE), les dernières données disponibles lors de la rédaction de ce rapport datant de 2008.

²⁴ CH Marc Jacquet à Melun, CH André Grégoire à Montreuil et CH intercommunal du Raincy-Montfermeil.

²⁵ Selon les données fournies par le centre hospitalier (DIM). D'une manière générale, toutes les valorisations financières indiquées dans la suite de ce rapport proviennent de cette source.

Tableau n° 9 : Valorisation du court séjour de 2004 à 2009 en tarification à l'activité à 100 %

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Evolution 2004-2009
Médecine	31,779	34,867	34,914	34,903	34,475	33,120	4,2%
Chirurgie	14,689	14,680	13,572	13,825	14,842	15,465	5,3%
Obstétrique	5,805	7,062	6,554	6,380	6,551	6,726	15,9%
Total MCO	52,273	56,609	55,040	55,108	55,868	55,311	5,8%

Source : établissement (DIM)

Enfin, le poids moyen du cas traité (PMCT)²⁶ (2 489 €) a crû de près de 5 % dans le même temps.

Tableau n° 10 : Poids moyen du cas traité en court séjour de 2004 à 2009

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Evolution 2004-2009
Séjours et séances	2 223	2 260	2 262	2 363	2 331	2 294	3,2%
Séjours seuls	2 382	2 411	2 431	2 533	2 498	2 489	4,5%

Source : établissement (DIM)

3.2. L'activité en médecine chirurgie obstétrique

3.2.1. En médecine

Le CH de Longjumeau dispense des soins en médecine interne, pédiatrie, gastroentérologie, cardiologie et pneumologie, addictologie, diabétologie et cancérologie. Pour ce faire, près de 31 médecins²⁷ travaillaient, au sein des pôles « accueil, soins urgents et intensifs », « médecine » et « mère-enfant ».

L'établissement était, en 2008, la première destination des patients résidant à Longjumeau (40,3 %)²⁸. Ils se sont également rendus dans les hôpitaux de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) (15,7 %), à la clinique de l'Yvette (14,4 %), implantée également à Longjumeau et, plus marginalement, à l'Institut hospitalier Jacques Cartier de Massy (6,2 %) et à l'hôpital privé d'Antony (6,1 %).

L'établissement a, pour sa part, connu des difficultés, à compter de 2005, comme l'illustrent les éléments suivants :

- malgré un nombre de lits (216) et un niveau des séjours stable sur la période (de l'ordre de 14 000), le taux de fuite s'est accru, passant de 38,9 % à 45,1 % de 2004 à 2008 ;
- alors que l'année 2005 a enregistré plus de 800 séjours supplémentaires, 2006 et 2007 sont deux années de dégradation continue, l'année 2008 ne permettant que de retrouver le niveau d'activité 2004 ; dans le même temps, sur le territoire de santé, le nombre de séjours a augmenté de 5,5 % ;

²⁶ Selon les données fournies par le centre hospitalier (DIM). D'une manière générale, les poids moyens des cas traités figurant dans la suite de ce rapport proviennent de cette source.

²⁷ Données fournies par l'établissement, direction des ressources humaines, calculées en effectifs temps pleins moyens rémunérés ; la source est identique pour les analyses qui suivent.

²⁸ Source Parhtage, année 2008. D'une manière générale, la destination des patients résidant sur la commune, quelle que soit la spécialité, provient de cette source. Les données 2009 ne sont pas disponibles.

- outre une DMS de court séjour (4,5 jours) en légère hausse, l'hospitalisation complète au sein de l'établissement est restée plus longue (7,4 jours) en regard de la moyenne régionale (6,18 jours)²⁹ ;
- l'hospitalisation de jour a également chuté de 2004 à 2008, de 8,5 % ou 13,9 %³⁰.

Cette situation s'explique en partie par les difficultés de prise en charge dans les filières d'aval, en raison de l'absence d'unité de soins de longue durée (USLD) dans l'établissement et plus généralement de structures identiques sur le territoire de santé. L'âge des patients semble également y contribuer, comme en témoigne l'écart défavorable au regard de la moyenne des établissements de même catégorie pour trois des six pathologies courantes, recensées par le ministère de la Santé³¹.

Dans le sens inverse, le coefficient d'occupation permet à l'établissement d'atteindre, dès 2007, les engagements pris dans le CPOM (85 %), même si des marges de manœuvre subsistent³².

En conséquence, afin de pallier ses difficultés, l'établissement envisage plusieurs axes de développement. D'une part, la prise en charge des patients en aval, notamment des personnes âgées, devrait s'améliorer, par la création au sein de l'établissement de lits dédiés à la médecine à orientation gériatrique, et de 10 à 15 lits de SSR au sein du CH d'Orsay et du syndicat interhospitalier (SIH) de Juvisy-sur-Orge. D'autre part, le projet médical commun avec le CH d'Orsay doit aboutir à la mise en place d'une filière neurovasculaire (UNV), via la création à Orsay d'une unité neurovasculaire de 12 lits et l'identification de 15 lits de soins de rééducation à Longjumeau. En outre, la coopération entre les deux établissements, notamment en cancérologie, sera renforcée.

Enfin, plus généralement, le développement d'un projet médical propre à l'établissement et la reconstruction du site seront également l'occasion de repositionner l'offre de soins, en vue de réduire la durée moyenne de séjour, principale difficulté rencontrée sur la période.

3.2.2. En chirurgie

Le CH de Longjumeau propose une offre de soins en chirurgies orthopédique (21 lits) et viscérale (27 lits) et autres spécialités (chirurgie urologique, oto-rhino-laryngologique (ORL), ophtalmologie, chirurgie maxillo-faciale - 24 lits) ainsi qu'en gynécologie-obstétrique (quatre lits).

Il assure une permanence complète au bloc opératoire en orthopédie et chirurgie viscérale. Le plateau technique (deux blocs) comprend 12 salles destinées aux actes sous anesthésie dont sept salles d'interventions chirurgicales, quatre sites anesthésiques et trois salles de surveillance post-interventionnelles sur l'ensemble de la période.

D'un point de vue organisationnel, c'est le pôle « anesthésie – blocs – chirurgie (ABC) » qui couvre l'ensemble des activités concernées, employant 21,5 chirurgiens et 9,1 anesthésistes.

²⁹ Mention des DMS pour les années 2006 et 2007, extraites de la Lettre de l'ARHIF n° 9, octobre 2008, point sur l'activité des établissements, pages 2 et 3. La source est identique pour les analyses de chirurgie et obstétrique.

³⁰ Séjours de moins de deux jours, données communiquées par l'établissement (DIM) d'une part, soit les éléments issus du portail SAE précité, d'autre part. Ces deux sources sont utilisées dans la suite du rapport en chirurgie et obstétrique.

³¹ Soit le cancer du sein (+ 3,4 jours), l'infarctus du myocarde (+ 1,6 jour) et les accidents vasculaires cérébraux (AVC) constitué (+ 1,6 jour) ; données issues de la statistique Platines PLATeforme d'Informations sur les établissements de santé de médecine, chirurgie, obstétrique.

³² Hospitalisation de semaine, et secteur pédiatrique (hospitalisation de jour – 51,84 % et grands enfants - 61,85 %).

Au regard de son environnement, l'établissement doit compter avec les structures privées du territoire de santé, ou très proches. Ainsi, en 2008, les patients originaires de Longjumeau ayant effectué un séjour de chirurgie ont d'abord choisi la clinique de l'Yvette (626 séjours), puis le centre hospitalier de Longjumeau (611 séjours), recourant également à l'Institut hospitalier Jacques Cartier (344 séjours) et à l'Hôpital privé d'Antony (249 séjours).

A cet égard, la croissance de l'activité chirurgicale au sein de l'établissement de 2004 à 2008 (2,6 %) est à mettre en regard des croissances constatées dans les établissements les plus proches, qui s'échelonnent entre 16 % (Hôpital privé d'Antony), 19 % (Institut hospitalier Jacques Cartier) et 33 % (Clinique de l'Yvette).

Tableau n° 11 : Lits et séjours en chirurgie, de 2004 à 2008

	2004	2005	2006	2007	2008	Evolution 2004-2008
Lits installés	85	72	72	72	72	-15,3 %
Séjours	4 397	4 506	4 166	4 141	4 512	2,6 %

Sources : SAE (lits), parhtage (séjours)

Cette moindre performance résulte des difficultés qu'il a connues en 2006 et 2007. En effet, si de 2004 à 2007, l'établissement a réduit sa capacité d'accueil, les séjours ont sensiblement baissé sur cette même période (-5,8 %), principalement en ophtalmologie (-28 %), gynécologie (-24,5 %) et surtout en orthopédie – rhumatologie (-10,4 %). La reprise en 2008 (près de 400 séjours supplémentaires ou 9 % d'augmentation) tempère ce constat. Plus de 40 % des séjours supplémentaires relèvent de la chirurgie orthopédique, avec une forte augmentation de l'ambulatoire (29 %). La chirurgie viscérale, stable globalement, se consolide en hospitalisation complète (3,6 %). La reprise constatée en 2008 est a priori confirmée en 2009 (4 794 séjours, soit une augmentation de 5,9 %).

Pour autant, la DMS en hospitalisation complète est restée nettement supérieure sur la période (comprise entre 7,1 et 7,8 jours) à la moyenne régionale (5,9 jours). En outre, la baisse du coefficient d'occupation des lits (69,4 % en 2008) rend difficile l'atteinte de la cible 2010 (75 %). De plus, l'offre ambulatoire, bien qu'ayant doublé de 2004 à 2008, passant de 490 à 985 entrées³³, ne dépasse la moyenne des établissements de même catégorie³⁴ que pour une prise en charge (décompression du canal carpien) et connaît des écarts à la moyenne encore très forts pour l'arthroscopie du genou et l'amygdalectomie et/ou adénoïdectomie. Enfin, le nombre d'interventions par chirurgien et par jour³⁵ (1,67 intervention pour l'ensemble de l'activité chirurgicale) souligne le potentiel de l'établissement.

Face à cette situation, plusieurs facteurs d'évolution, a priori positifs, sont à noter. En effet, le CH de Longjumeau s'est inscrit dans la démarche de parangonnage, proposée par la Mission d'expertise et d'audit hospitalier (MEAH) et a lancé, au regard de ses résultats³⁶, une étude sur la réorganisation des blocs opératoires.

³³ Selon les données du portail SAE précité.

³⁴ Données Platines 2008, dernières disponibles.

³⁵ Sur une base de 207 jours d'activité par an et des effectifs disponibles hors permanence des soins, données communiquées par l'établissement.

³⁶ Si le bloc est organisé, les salles n'étant pas une contrainte à l'augmentation d'activité, l'ouverture du bloc est insuffisante et le temps réel d'occupation des salles entre 21h et 6h est faible (respectivement 486, 566, 524, 425 et 453 interventions chirurgicales de nuit de 2004 à 2008).

Par ailleurs, la restructuration de l'offre de soins sur le territoire de santé devrait renforcer la chirurgie, que ce soit dans le cadre du projet médical commun avec le CH d'Orsay (projet initial de création de deux fédérations interhospitalières de chirurgie et d'anesthésie, en chirurgies orthopédique et viscérale) ou au regard de la fermeture de l'activité de chirurgie au SIH de Juvisy-sur-Orge, en 2009, de nature à générer des séjours supplémentaires à son profit.

Ces éléments combinés doivent entraîner la mise en place d'une double garde d'anesthésie, élément de nature à rendre l'établissement plus attractif pour les praticiens mais qui doit être « payée » en retour par des séjours supplémentaires.

3.2.3. En obstétrique

Maternité de niveau IIB, l'établissement dispose de 50 lits de maternité et quatre lits de gynécologie et propose 18 lits de néonatalogie dont six dédiés aux soins intensifs. Le pôle « mère-enfant », dont dépend cette activité, comprenait six gynécologues et 28,8 sages-femmes.

Au regard de son environnement, les patientes résidant à Longjumeau effectuent, à plus de 52 %, leurs séjours au CH de Longjumeau, la Clinique de l'Yvette accueillant 21 % d'entre elles.

L'obstétrique connaît une situation particulière, dans la mesure où l'établissement, en accord avec la tutelle, a choisi de limiter l'offre en 2006, dans un contexte global pourtant favorable, avec un taux de fuite faible (29,9 %) associé à une « part de marché » (34,1 %) croissante.

Tableau n° 12 : Entrées, séjours, accouchements, part de marché et taux de fuite de 2004 à 2008

	2004	2005	2006	2007	2008	Evolution 2004-2008
Entrées totales	3 346	3 888	3 180	3 109	3 203	-4,3 %
Séjours	3 228	3 827	3 552	3 531	3 573	10,7 %
Accouchements	1 784	2 083	1 887	1 830	1 951	9,4 %
Séjours du territoire de santé assurés par l'établissement	30,2 %	34,1 %	30,90%	34,40%	34,1 %	
Taux de fuite	26,1 %	27,5 %	37,7 %	31,1 %	29,9 %	

Sources : SAE (lits, entrées, accouchements), parthage (séjours, taux de fuite)

Cette décision était basée sur la préservation de l'équilibre financier, la problématique d'une garde supplémentaire d'anesthésiste se posant au-delà de 2 000 accouchements. La restriction de la prise en charge des parturientes sur la période est nette, comme en témoigne, en 2006 et 2007, la diminution du nombre d'accouchements.

En termes de performance médico-économique, la DMS a diminué de 2004 à 2008, toutes catégories confondues³⁷. Par ailleurs, tant la valorisation de l'activité en T2A à 100 % (6,551 M€) que le PMCT (1 833 €) augmentent sur la période, de respectivement 12,8 % et 2,1 %. En revanche, malgré la fermeture de quatre lits en 2005, le coefficient d'occupation global ne s'établit qu'à 68 % en fin de période, très en-deçà de l'objectif fixé dans le CPOM (85 % en 2011).

Cet indicateur traduit la stratégie de l'établissement, qui a conservé son potentiel d'accueil. Dans le cadre de la reconstruction de l'établissement, deux scénarios sont en effet envisagés, avec une hypothèse basse (2 500 accouchements) et une haute (3 000), afin de couvrir les coûts additionnels de la garde d'anesthésie supplémentaire, rendue possible par les décisions précitées en matière de chirurgie et la fermeture de l'obstétrique au SIH de Juvisy-sur-Orge.

A ce titre, il peut d'ores et déjà être noté l'augmentation du nombre de séjours (3 727 séjours) et d'accouchements (1 985 accouchements) pris en charge en 2009.

³⁷ Soit en court séjour (3,5 jours), en hospitalisation complète (4,5 jours) ou pour les seuls accouchements (4,5 jours) en fin de période.

3.3. Les consultations, urgences et le service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR)

L'activité de consultation³⁸ a suivi depuis 2004 une évolution comparable à celle des séjours MCO. Sa réorganisation reste une des priorités du CPOM, que le pôle « accueil soins urgents et intensifs » devra réaliser.

Le service des urgences employait respectivement 9,44 et 5,46 médecins, pour les urgences adultes et pédiatriques. L'activité, en forte croissance (20 %) sur la période, avec près de 9 000 passages supplémentaires de 2004 à 2009 (51 724 passages pris en charge) ne soulève au regard de sa productivité pas de difficulté³⁹, ce service présentant par ailleurs un taux d'hospitalisation (de l'ordre de 25 % pour les urgences adultes), supérieur à la moyenne régionale⁴⁰. Les locaux des urgences adultes, vétustes et exigus, devraient à terme être rénovés, cet objectif étant une priorité du CPOM et un axe stratégique du contrat de pôle « accueil soins urgents et intensifs ».

Le SMUR (5,2 médecins) a, pour sa part, réalisé 1 595 sorties en 2009.

3.4. Les activités médico-techniques

S'agissant de l'imagerie médicale, le CH de Longjumeau exploite une unité d'imagerie à résonnance magnétique (IRM) et un scanner, pour lesquels respectivement 2 122 et 8 379 actes ont été réalisés en 2009. Le développement de l'activité d'imagerie, prévu par le contrat de retour à l'équilibre financier est particulièrement net en radiologie conventionnelle (8,8 %)⁴¹ et en IRM (38,7 %). Employant 8,25 médecins radiologues et 14,7 manipulateurs radiologie, le CH de Longjumeau connaît des difficultés de recrutement dans cette dernière catégorie de personnel. Dans le cadre du projet médical commun, la coopération avec le CH d'Orsay sera renforcée, la mise en place de l'unité neurovasculaire à Orsay supposant une organisation adéquate en radiologie.

Par ailleurs, l'établissement dispose d'un laboratoire d'analyse biologique et d'anatomopathologie, qui employait respectivement 3,3 et 2,6 biologistes. Le nombre d'actes en B ou P produits a diminué⁴² de 2004 à 2009, en raison notamment de l'arrêt de la prise en charge de l'activité d'anatomopathologie du centre médical de Bligny depuis 2004 et celle de biologie médicale du groupe public de santé de Perray-Vaucluse depuis 2005. Cette donnée est particulièrement importante pour le laboratoire d'anatomopathologie, dont la réduction du déficit, évalué entre 0,4 et 0,5 M€, est un objectif du CREF. A cet égard, le traitement de l'activité du CH d'Orsay sur le site de Longjumeau, dans le cadre du projet médical commun ainsi que la collaboration avec le centre médical de Bligny devraient engendrer des recettes supplémentaires, malgré tout insuffisantes pour combler le déficit. C'est donc à l'échelle de l'établissement qu'il doit être supporté⁴³, sa réduction étant recherchée dans le cadre du plan global de financement pluriannuel (PGFP) de 2009-2011. La stratégie de développement, vers l'extérieur, y compris vers les particuliers, est également poursuivie par le laboratoire d'analyse biologique.

³⁸ 60 091 consultations en 2009.

³⁹ En 2006, selon les données Platines, le CH de Longjumeau prenait en charge 133 passages par jour, pour une moyenne des établissements de même catégorie de 122, avec un taux de médecins intervenant aux urgences de 2,8 pour 10 000 passages contre 3,4 en moyenne.

⁴⁰ Evalué en 2005 à 16,2 % ; donnée issue du CPOM, annexe 2.2, source SMAMIF 2005.

⁴¹ Les salles d'imagerie médicale ont généré 41 786 actes en fin de période.

⁴² De 18,711 à 18,535 millions de B ou P.

⁴³ Procès-verbal du conseil d'administration du 15 décembre 2008.

Enfin, employant 6,1 pharmaciens, le CH de Longjumeau a choisi de développer de manière conséquente la dispensation journalière individualisée nominative (DJIN) : en 2008, 87 % des prescriptions de médicaments suivaient un circuit informatisé. Si l'évaluation des gains liés à cette procédure a été limitée aux gains directs, l'ARHIF soutient cette spécificité par une aide de 0,7 M€ au titre du CREF, reconduite dans le cadre du PGFP précité. Par ailleurs, au titre du contrat de bon usage des médicaments, l'établissement a bénéficié d'un remboursement à l'euro des dépenses de molécules onéreuses⁴⁴.

3.5. Soins de suite et rééducation

Le CH de Longjumeau propose 33 lits de soins de suite et 25 lits de rééducation, pour lesquels le coefficient d'occupation dépasse 90 %⁴⁵.

L'activité de moyen séjour est relativement stable sur la période, tant en entrées (de l'ordre de 400) que de journées réalisées (près de 20 000).

A l'avenir, l'orientation neurologique de la médecine de réadaptation, déjà forte, sera consolidée par la mise en place de la filière neurovasculaire précitée. Plus généralement, la reconstruction de l'hôpital devrait conduire à une augmentation conséquente des capacités en soins de suite (60 lits).

Par ailleurs, l'actuel directeur fait valoir que le CH de Longjumeau entend réserver la création de 30 lits supplémentaires nécessaires à son fonctionnement dans le cadre d'un accord avec le SIH de Juvisy-sur-Orge, afin de participer au soutien de cet établissement, sous réserve de la délivrance de l'autorisation correspondante à celui-ci.

4. Le redressement financier de l'établissement

4.1. Le contrat de retour à l'équilibre financier 2004-2008

4.1.1. La nécessité du CREF

Fin 2003, l'établissement évaluait le report de charges à 9,792 M€ et son déficit à 5,565 M€. Il était estimé que, sans mesure de redressement, les résultats d'exploitation auraient été de plus en plus négatifs (de - 4,3 à - 8,1 M€) et fin 2008, le déficit cumulé aurait atteint 41,687 M€.

Evolution du résultat d'exploitation et du résultat cumulé net sans mise en place du CREF

	Fin 2003	2004	2005	2006	2007	2008
Résultat d'exploitation		-4,337	-5,506	-6,652	-7,316	-8,082
Résultat cumulé final	-9,793	-14,130	-19,636	-26,288	-33,605	-41,687

Source : plan de retour à l'équilibre financier

Par ailleurs, l'établissement, perdant dans le cadre de la mise en place de la T2A, devait être accompagné. Face à ce constat, le CH de Longjumeau et l'ARHIF ont signé le 5 novembre 2004 un contrat quinquennal.

⁴⁴ Arrêté n° 08-524 du 25 novembre 2008 de l'ARH fixant le taux de remboursement des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnées à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale.

⁴⁵ Près de 92 % et 95 % respectivement.

4.1.2. Les engagements du CH de Longjumeau et de l'ARHIF

Pour sa part, l'hôpital prenait des mesures de trois ordres, développées ci-après :

- développement de l'activité ;
- optimisation de l'organisation ;
- maîtrise des coûts.

L'économie globale attendue devait croître de 1,5 M€ à 6,3 M€. Sur la période, les dépenses devaient être réduites de 1,1 M€ à 4,7 M€ et les recettes supplémentaires d'activité croître de 0,3 M€ à 1,1 M€.

Tableau n° 13 : Mesures du CREF dépendant de l'action du CH Longjumeau

Mesures affectant les dépenses	Ajustement des effectifs	Non médicaux	Economie croissante de 0,806 à 2,104 M€
		Médicaux	Economie de 0,2 M€ en 2008
	Mesures de GPEC	Pyramide des anciennetés	Economie croissante de 0,16 à 0,851 M€
		Adéquation grade-emploi	Economie croissante de 0,174 à 0,324 M€
		Adaptation du plan de formation	Economie croissante de 0,002 à 0,1 M€
		Suppression d'avantages non-conformes à la réglementation	Economie de 0,054 M€ par an
	Activité	Ouverture de l'IRM et développement de l'imagerie	Dépenses supplémentaires de 0,288 M€/an
		Déménagement du laboratoire de biologie médicale	Dépenses supplémentaires de 0,37 M€/an
		Permanence des soins et plages additionnelles	Economie de 0,2 M€/an
		Diminution du déficit du laboratoire d'anatomo-pathologie	Economie de 0,57 M€ en 2008
		Suppression de l'activité de coronarographie	Economie de 0,05 M€/an
		Externalisation de la toxicologie	Economie de 0,05 M€/an
	Autres mesures	Maîtrise des dépenses de logistique, internat	Economie de 0,047M€ en 2005 puis de 0,24 M€/an
		Impact de la valorisation des mesures prises en 2002 et 2003	Economie de 0,2 M€ à partir de 2004
		Pause dans l'investissement	Economie de 0,45 M€ à partir de 2006
TOTAL SOLDE DEPENSES			Economie croissante de 1,104 à 4,743 M€
Mesures affectant les recettes d'activité		Imagerie	Recettes croissantes de 0,11 à 0,275 M€
		IRM	Recettes croissantes de 0,061 à 0,153 M€
		Activité globale	Recettes croissantes de 0,433 à 1,555 M€
TOTAL SOLDE RECETTES			Recettes croissantes de 0,262 à 1,127 M€
SOLDE ECONOMIES			Economie globale croissante de 1,538 à 6,298 M€

Le plan reposait grandement sur une réduction des dépenses (70 % du solde des économies) et, au vu du diagnostic partagé, l'hôpital a concentré ses efforts sur l'ajustement des personnels non médicaux et médicaux et les mesures de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC).

Tableau n° 14 : Effet cumulé par catégorie de mesures sur la période 2004-2008, en M€

	Effet cumulé de 2004 à 2008	Proportion
- Mesures d'ajustement des effectifs :	-6,112	52 %
Non médicaux	-5,912	50 %
Médicaux	-0,200	2 %
- Mesures de GPEC	-3,824	32 %
- Activité	1,200	-10 %
- Autres mesures	-3,110	26 %
TOTAL SOLDE DEPENSES	-11,846	100 %

Pour sa part, l'ARHIF abondait la dotation de l'établissement d'une aide cumulée de 15,8 M€, décroissante sur la période. La majeure partie relevait de dotations non affectées (9,7 M€), le reste se partageant entre soutien au développement de l'activité (0,7 M€ au total), ainsi que sur deux dotations annuelles (0,7 M€ au titre de la DJIN et 0,37 M€ afin d'accompagner le déménagement du laboratoire de biologie médicale).

4.1.3. Résultats obtenus

1/ Suivi du CREF

Les états de suivi, produits par quadrimestre, font apparaître les taux de réalisation suivants.

Tableau n° 15 : Résultats figurant dans les états de suivi du CREF, de 2005 à 2008, en pourcentage des cibles fixées

	2005	2006	2007	2008	En cumulé
Mesures affectant les dépenses					
- Ajustement des effectifs et GPEC :					
Ajustement des effectifs non médicaux + pyramide des anciennetés + adéquation grade-emploi	98 %	100 %	108 %	124 %	110 %
Ajustement des effectifs médicaux					
Adaptation du plan de formation	142 %	144 %	87 %	-49 %	32 %
Suppression d'avantages non-conformes à la réglementation	40 %	88 %	88 %	88 %	76 %
- Activité :					
Ouverture de l'IRM et développement de l'imagerie	101 %	108 %	105 %	107 %	105 %
Déménagement du laboratoire de biologie médicale			148 %	152 %	148 %
Permanence des soins et plages additionnelles	97 %	207 %	153 %	153 %	153 %
Suppression de l'activité de coronarographie		114 %	114 %	114 %	86 %
Externalisation de la toxicologie		70 %	101 %	133 %	76 %
- Autres mesures :					
Maîtrise des dépenses de groupe II et III (logistique internat)	175 %	120 %	116 %	112 %	119 %
Total solde des dépenses	122 %	124 %	130 %	126 %	124 %
Mesures affectant les recettes					
Déménagement du laboratoire de biologie médicale	0 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Développement IRM et imagerie en recettes	102 %	69 %	103 %	63 %	79 %
Développement global d'activité	613 %	380 %	246 %	352 %	228 %
Total solde des recettes	411 %	266 %	246 %	57 %	183 %
Total solde des économies	196 %	159 %	144 %	108 %	140 %

Sources : rapports de suivi des CREF 2004-2008

Ces tableaux appellent quelques remarques⁴⁶ ; ils traduisent la réalisation des engagements de l'établissement, le dépassement de certains objectifs, voire leur réalisation anticipée, comme pour la mesure relative aux effectifs médicaux, dont l'objectif pour 2008 est atteint dès 2005.

En revanche, la diminution du déficit d'exploitation du laboratoire d'anatomo-pathologie, non réalisée à l'issue de la période, est reportée au PGFP de 2009-2011.

2/ Equilibres financiers de l'établissement

L'établissement a amélioré ses équilibres financiers : le résultat retraité de l'établissement est positif depuis 2005.

Par ailleurs, les résultats obtenus ont été bien supérieurs aux prévisions initiales, à la seule exception de l'année 2004.

En outre, dès 2007, le report de charges antérieur est résorbé, l'établissement ayant conclu un accord en 2006 avec la DGFIP, afin d'apurer sa dette fiscale ; cet accord entraîne toutefois des remboursements, qui s'étaleront de 2007 à 2011.

Tableau n° 16 : Evolution des résultats d'exploitation annuels et cumulés, en M€, avec et sans les dotations exceptionnelles perçues par l'établissement, de 2004 à 2008

			fin 2003	2004	2005	2006	2007	2008
Résultat d'exploitation	Prévision	Sans CREF		-4,337	-5,506	-6,653	-7,316	-8,082
		Avec CREF		-0,418	0,324	0,122	-0,591	0,144
	Résultat	Apparent au CG/CF	-0,240	-0,636	1,978	1,013	0,607	0,440
		Retraité CRC		-2,192	4,005	7,308	0,819	0,351
		Corrigé des dotations exceptionnelles	-3,679	-5,192	-0,503	5,054	-0,781	-1,049
Résultat cumulé final	Prévision	Sans CREF		-14,130	-19,636	-26,288	-33,605	-41,687
		Avec CREF		-10,211	-9,887	-9,765	-10,356	-10,212
	Résultat	Apparent au CG/CF	-9,793	-10,429	-8,451	-7,438	-6,831	-6,391
		Retraité CRC		-11,985	-7,980	-0,672	0,147	0,498
		Corrigé des dotations exceptionnelles		-14,985	-15,488	-10,434	-11,215	-12,264

Pour autant, sans les dotations exceptionnelles de l'ARH, l'établissement aurait été déficitaire, à l'exception de l'année 2006.

Enfin, si le CREF a été l'occasion de faire œuvre de pédagogie au sein de l'établissement, en présentant systématiquement le déficit qui aurait été constaté en son absence, le CH de Longjumeau fait toujours face à un déficit structurel en fin de contrat, chiffré à 1,2 M€ en 2007⁴⁷ et de même ordre en 2008 (1 M€).

⁴⁶ Tous les engagements ne figurent pas en tant que tel (diminution du déficit du laboratoire d'anatomo-pathologie, pause des investissements, impact de la valorisation des mesures prises en 2002 et 2003). Par ailleurs, le très bon résultat qui figure au titre de l'objectif de développement global d'activité résulte de plusieurs facteurs : outre la prudence des prévisions et les résultats de l'année 2005, l'établissement a recalculé cet élément.

⁴⁷ Procès-verbal du conseil d'administration du 21 avril 2008.

3/ Eléments de performance

Les efforts d'économies se traduisent sur le coût du personnel non médical principalement. Il n'augmente que de 3,5 % de 2004 à 2008, à mettre en relation avec les mesures statutaires intervenues sur la période. Le coût moyen du personnel non médical (27 556 € en 2007) est inférieur à la moyenne (28 211 €) et à la médiane (27 916 €) des hôpitaux MCO d'Ile-de-France⁴⁸.

Par ailleurs, la diminution prévue de 50 ETP est même dépassée : 1 117 ETP en 2008, pour 1 177 en 2004, le décrochage intervenant en 2006.

Le personnel médical est stable sur la période en effectifs (1,1 %) et en coût moyen (2,5 %). De 2005 à 2007, son coût (+ 3,7 %) ne suit pas les évolutions constatées en Ile-de-France (+ 12,37 %)⁴⁹ mais repart à la hausse en 2008 (5,6 %).

En outre, le nombre d'agents des services cliniques nécessaires pour produire 5 M€ de T2A a diminué de 62 agents à 57 agents. Si ce ratio repart à la hausse depuis 2007, c'est d'une part en raison de la chute de la valorisation de l'activité entre 2006 et 2008, et de l'augmentation, en 2008, du nombre d'agents des services cliniques.

La valorisation par médecin s'améliore sur la période de 3,8 %. L'effectif médical étant stable sur la période, ce ratio reflète principalement l'évolution d'activité de l'établissement, avec un pic en 2005 à 0,607 M€, qui se dégrade à 0,565 M€ en 2007 et 2008.

4.2. Plan global de financement pluriannuel pour 2009-2011

Le CH de Longjumeau a déposé en juin 2008 son projet de PGFP, pour les années 2009 à 2011. Les hypothèses retenues⁵⁰, notamment baisse des tarifs et coefficient de transition, défavorables à l'établissement, aboutissent à un déficit de 1,7 M€ à compter de 2009.

Face à cette situation, l'ARHIF accordera des aides individualisées, au titre de la DJIN (0,7 M€) et des travaux de sécurité (1,07 M€), rendant possible l'équilibre financier. En contrepartie, l'établissement poursuit les efforts engagés lors du CREF, notamment le gel de 20 postes sur les 40 non pourvus, et s'engage sur une reprise d'activité (2,6 M€) pour rattraper le niveau 2005 en trois ans. Il doit également réduire le déficit du laboratoire d'anatomopathologie.

Si l'exercice réalisé est complexe, la fragilité de certaines hypothèses doit être soulignée, ne serait-ce que l'évolution du glissement vieillesse technicité (GVT) retenue, a priori faible, ou le maintien des dépenses médicales et hôtelières dans un contexte de croissance de l'activité.

En outre, ce plan repose très fortement sur la reprise d'activité, a priori amorcée en 2008 en termes de séjours, mais dont la traduction financière est moindre que celle envisagée. Si cette condition n'était pas remplie, les résultats du CH de Longjumeau se dégraderaient de manière conséquente et rendraient la prévision irréaliste.

5. Les projets et engagements du CH de Longjumeau

Pour pallier les difficultés précitées, le CH a été amené à développer des projets (médicaux et de reconstruction), qui s'inscrivent bien sûr dans le contexte du SROS et du CPOM signé avec la tutelle.

⁴⁸ Bilan social régional 2007 des établissements publics de santé d'Ile-de-France (12ème édition) (document de synthèse - novembre 2008), page 10.

⁴⁹ Bilan social régional 2007 des établissements publics de santé d'Ile-de-France (12ème édition) (Document de synthèse - Novembre 2008), page 10.

⁵⁰ Hypothèses contractualisées avec l'ARHIF.

5.1. Le contexte

5.1.1. Le schéma régional d'organisation des soins

Etablissement public pivot du territoire 91-2 « Longjumeau - Orsay », l'établissement est concerné par de nombreuses opérations prévues par le SROS, qu'elles concernent l'établissement seul (implantation de l'activité de rythmologie) ou avec ses partenaires (développement de la coopération avec le SIH de Juvisy-sur-Orge en chirurgie, relocalisation de 10 lits de psychiatrie du groupe public de santé de Perray-Vaucluse).

En particulier, les liens avec le CH d'Orsay apparaissent clairement dans ce document (agrandissement de l'unité de réanimation, développement des capacités de médecine physique et réadaptation à orientation neurologique, constitution d'une équipe mobile gériatrique commune, création d'un court séjour gériatrique, organisation de l'activité de chimiothérapie, mutualisation envisagée de l'équipe mobile de soins palliatifs).

5.1.2. Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

Certains des objectifs précités sont déclinés dans le CPOM, signé le 1^{er} avril 2007 entre l'établissement et l'ARHIF.

Le diagnostic partagé soulignait la diversité de l'offre de soins et les efforts de retour à l'équilibre financier, mais également les difficultés en termes d'évolution de l'activité, de productivité du personnel non médical et le coût des fonctions supports.

Par ailleurs, la coopération avec le CH d'Orsay, le projet médical de territoire et la restructuration dans le cadre du plan « Hôpital 2012 » constituaient également des opportunités, que l'établissement, perdant à la T2A et fortement concurrencé, ne devait pas manquer.

Les priorités en découlant étaient déclinées ainsi : restructuration des blocs opératoires, adaptation du secteur des urgences, restructuration des consultations externes et installation de la totalité des capacités de réanimation et d'une unité de surveillance continue.

En matière d'offre de soins, le CH de Longjumeau était notamment appelé à mettre en place la filière neurovasculaire avec le CH d'Orsay et à créer un court séjour gériatrique.

5.2. Les projets médicaux intéressant l'établissement

5.2.1. Le projet d'établissement

Le CH de Longjumeau n'a aujourd'hui plus de projet d'établissement formalisé.

Pour autant, les constats et objectifs du précédent projet (2003-2007) restent d'actualité, notamment s'agissant du projet médical.

Il soulignait déjà la saturation de la réanimation et du service de pneumologie, l'engorgement des urgences adultes, le faible taux d'occupation de l'hôpital de semaine, la faible part de la chirurgie ambulatoire, l'absence de neurologues au sein de l'établissement. Il rappelait également l'impossibilité de procéder à des extensions architecturales.

Au titre des points forts, il recensait le niveau IIB de la maternité, l'importance des urgences, la prise en charge en pneumologie et en cardiologie, l'existence de spécialités chirurgicales, la présence des laboratoires de biologie et d'anatomopathologie, ainsi que du service d'imagerie.

Il fixait déjà des objectifs de coopération avec le CH d'Orsay dans les disciplines de cancérologie, pneumologie, neurovasculaire et d'addictologie.

5.2.2. Le projet médical commun avec le centre hospitalier d'Orsay

Si la coopération entre le CH de Longjumeau et le CH d'Orsay a été envisagée par la tutelle dès 1994, elle s'est heurtée à des difficultés, comme en témoigne l'échec du SIH Nord-Essonne, créant un service d'accueil des urgences bi-site⁵¹, mais n'ayant dans les faits jamais fonctionné.

La mise en place d'une direction commune, en 2003, a toutefois constitué une réelle avancée.

Concomitamment, le rapprochement des équipes de chirurgie a été facilité par la mise en place de la réduction du temps de travail. Les difficultés pour les deux établissements à mettre au point les tableaux de garde en chirurgie orthopédique pendant les périodes de congés ont favorisé la mutualisation des équipes de permanence, au départ par simple convention. Cette pratique s'est étendue à la chirurgie viscérale.

Par ailleurs, d'autres conventions ont vu le jour. Elles concernaient, outre la fédération d'alcoologie, la mutualisation de personnels (urologie, chirurgien ORL, médecin des urgences), la mise en place d'équipes communes (équipe opérationnelle d'hygiène) ou la réalisation commune de la stérilisation, via un groupement de coopération sanitaire (GCS) dédié. Dans le sens inverse, les conventions relatives à la mutualisation des SMUR et à l'organisation de l'équipe mobile de gériatrie n'ont pas trouvé d'application réelle et les conventions relatives à l'activité de radiologie (manipulateurs et médecins) ont mal ou peu fonctionné.

Pour autant, c'est par la formalisation d'objectifs communs, à travers le projet médical commun (PMC) avec le CH d'Orsay, que la coopération entre les deux établissements est appelée à véritablement se structurer.

La réflexion a été officiellement lancée fin 2007, à l'issue d'un conseil exécutif commun, dont les conclusions ont été avalisées par les commissions médicales de chaque établissement. La phase de diagnostic a donné lieu à la mise en place, début 2008, de groupes de travail communs. Après une période d'enlisement des discussions, les équipes médicales sont parvenues à des avancées⁵².

En premier lieu, s'agissant de la médecine, l'ouverture d'une unité neuro-vasculaire en 2010 est actée. Installée sur le site d'Orsay, d'une capacité de 12 lits, elle sera adossée à une unité de quatre lits, destinée à la fois aux soins intensifs et à la surveillance continue. Elle s'appuiera en aval sur le service de rééducation fonctionnelle du CH de Longjumeau et sur le service de soins de suite du CH d'Orsay mais aussi sur l'unité de SSR du SIH de Juvisy-sur-Orge. Pour autant, comme l'indique le directeur, de nombreux éléments restent encore à définir⁵³.

S'agissant des spécialités médicales, un partenariat privilégié entre les deux établissements est envisagé et la spécialisation fonctionnelle des deux sites doit être renforcée. En effet, la création au CH de Longjumeau d'une unité d'oncologie et d'un court séjour gériatrique⁵⁴ autorise le recentrage de certaines unités sur leur activité principale (pneumologie) ou accroît la spécialisation (diabétologie et gastro-entérologie). Ces projets, ainsi que la création d'un service de neurologie et de court séjour gériatrique à Orsay, auront des incidences sur l'organisation des services de médecine interne au sein des deux établissements.

⁵¹ Arrêté n° 99-7 du 16 février 1999 de la commission exécutive de l'ARH d'Ile-de-France.

⁵² Précisées dans le relevé des conclusions du conseil exécutif commun du 18 novembre 2008.

⁵³ Notamment les modalités de prise en charge inter-sites, de consultations sur le site de Longjumeau et d'organisation de l'activité de radiologie liée à celle de l'USINV.

⁵⁴ Création d'hôpitaux de jour pour, d'une part, l'évaluation gériatrique et, d'autre part, la rééducation.

En matière de chirurgie, deux fédérations interhospitalières en chirurgies viscérale et orthopédique étaient initialement envisagées, afin d'organiser la permanence chirurgicale et l'activité de jour entre les deux établissements. La mutualisation de la permanence chirurgicale en orthopédie, à l'instar de celle déjà en place en chirurgie viscérale, implique la création d'une deuxième ligne de garde d'anesthésie au CH de Longjumeau. Par ailleurs, le PMC envisageait également à terme le rapprochement des moyens d'anesthésie.

Pour autant, de nombreuses questions restent à arbitrer, comme la définition des activités à réaliser sur chaque site (chirurgie programmée et d'urgence) et la compensation des activités « perdues » liées aux transferts. Les établissements ont, en revanche, acté la répartition de la chirurgie carcinologique : chirurgies digestive et ORL sur le site de Longjumeau, sénologie à Orsay.

S'agissant des fonctions médico-techniques, la préparation des cytotoxiques et les examens d'anatomopathologie⁵⁵ du CH d'Orsay doivent être assurés à Longjumeau, par le GCS de stérilisation. En matière d'imagerie médicale, au vu des difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des conventions relatives à cette fonction, une nouvelle organisation est en cours d'examen, reposant notamment sur le principe d'équipes travaillant en commun pour assurer la continuité des soins, avec à terme un recrutement des radiologues bi-site. Par ailleurs, la réflexion se poursuit quant au degré de mutualisation des fonctions de laboratoire⁵⁶, de pharmacie et de départements de l'information médicale, dans le cadre d'audits en cours ou à réaliser.

S'agissant de l'obstétrique et de la pédiatrie, en raison de la similarité des offres de soins, peu complémentaires, seuls des échanges professionnels et une éventuelle entraide liée à la pénurie de pédiatres ont été évoqués. L'implantation de l'activité de recours en la matière n'a toutefois pas été précisée dans ce cadre.

Le PMC n'a pas entériné d'avancées notables en réanimation, soins intensifs et surveillance continue. L'activité psychiatrique était, par ailleurs, exclue de la réflexion, le CH de Longjumeau relevant de la compétence de l'établissement public de santé Barthélémy Durand, sis à Etampes.

Enfin, la question reste ouverte quant à l'implantation des lits de soins de suite et rééducation⁵⁷, l'alternative étant leur maintien sur le site longjumellois ou leur répartition avec le CH d'Orsay et le SIH de Juvisy-sur-Orge.

En conséquence, ainsi que le directeur le fait valoir, à ce stade, le principe d'un projet médical commun avec quelques axes de travail a été arrêté mais sa définition, sa formalisation et sa concrétisation restent à réaliser.

En effet, c'est bien évidemment dans les faits que la coopération entre les établissements, qui restent deux entités juridiques distinctes à ce jour, pourra être appréciée. La levée des réticences éventuelles des équipes à travailler ensemble, ainsi la prise en compte des impératifs propres à chaque établissement, joueront un rôle essentiel dans la conduite de ce projet.

5.2.3. Le projet médical du territoire de santé « Longjumeau - Orsay »

Lancé début 2009, le projet médical du territoire (PMT) 91-2 a pu s'appuyer sur le projet médical commun entre Longjumeau et Orsay, s'agissant de l'organisation de l'offre publique.

⁵⁵ Délibération du conseil d'administration du 23 octobre 2009.

⁵⁶ Projet de restructuration et de déménagement du laboratoire d'Orsay.

⁵⁷ Le PMC ne contenait pas de volet spécifiquement dédié aux SSR, mais l'abordait dans le cadre du groupe de travail dédié aux spécialités médicales.

A cet égard, le document final associe étroitement l'évolution du SIH de Juvisy-sur-Orge aux projets développés sur les sites de Longjumeau et Orsay. Il préconise à cet effet l'intégration de cet établissement à la communauté hospitalière de territoire (CHT) que pourraient élaborer ces deux entités, telle qu'elle est définie par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

5.2.4. Le projet de reconstruction / restructuration de l'hôpital

Dans le cadre du plan « Hôpital 2012 », l'établissement développe un projet immobilier d'envergure. Après avoir envisagé la restructuration architecturale du site actuel (scénario n° 1) ou la reconstruction sur un autre site (scénario n° 2), un troisième scénario a été validé par le conseil d'administration en mars 2009.

Le pré-programme établi en septembre 2009 combine la réhabilitation de l'immeuble de grande hauteur actuel (IGH)⁵⁸ et la construction d'un bâtiment de 17 000 m², destiné à recevoir une grande partie du plateau technique (pharmacie, urgences, réanimation, bloc opératoire, maternité). Il repose sur une augmentation de la capacité d'accueil de près de 20 %.

Le budget de l'opération ainsi définie est de 180 M€ de travaux, pour une charge annuelle moyenne de l'ordre de 10,5 M€, dont 6 M€ en amortissement et 4,5 M€ en charges d'intérêts d'emprunts avant subvention. A ces charges de travaux s'ajoute une charge pour les équipements de 1,3 M€ d'amortissements, sur 15 ans et de 0,2 M€ pour les intérêts d'emprunts, avant subvention.

Le surcoût total de l'opération, en prenant en compte les dépenses de personnel induites et les efforts d'économie, est de 21 M€, pour un montant prévisionnel de recettes supplémentaires de 16 M€, l'équilibre devant intégrer les subventions du Plan « Hôpital 2012 », non arrêtées par l'agence régionale de santé (ARS) lors de la rédaction de ce rapport.

Enfin, l'opération devrait être réalisée dans un délai de neuf ans, dont sept années et demi de travaux, la rénovation de l'IGH couvrant la période 2015-2019.

5.3. L'articulation de l'ensemble des projets

Si le SROS et le CPOM, voire le CREF encadrent les marges de manœuvre du CH de Longjumeau, l'articulation des différents projets soulève des questions.

En effet, l'établissement ayant concentré ses efforts sur la négociation du projet médical avec le CH d'Orsay, il n'a pas autant investi dans la définition de ses priorités propres, voire subordonné cette réflexion à la clôture des premières négociations. Il ne dispose plus depuis plus de trois ans d'un projet médical propre.

Or, celui-ci est d'autant plus nécessaire qu'il est engagé dans la reconstruction du site, opération structurante pour les 30 prochaines années. Par ailleurs, la définition d'axes stratégiques propres lui permettrait de tirer toutes les opportunités du projet médical de territoire.

Aussi, la conduite parallèle de ces projets, même si formellement le projet médical de l'établissement est structuré dans la cadre du dossier présenté au titre du Plan « Hôpital 2012 », risque d'inverser les priorités d'élaboration des projets. Cette possible inversion doit être bien prise en compte, pour que l'établissement ne privilégie pas l'augmentation de capacités d'accueil, au détriment d'une réflexion sur l'offre de soins qu'il peut et veut assurer, ceci au prix éventuel de l'équilibre financier.

⁵⁸ A noter qu'à l'issue de l'opération, les deux derniers étages seront laissés libres.

Enfin, la volonté de rapprocher les équipes administratives et médicales de manière plus poussée risque de se heurter aux difficultés de gérer un ensemble situé sur plusieurs implantations. A cet égard, la reconstruction bien avancée⁵⁹ du CH d'Orsay et celle d'envergure envisagée à Longjumeau, aboutissent à renoncer, à court et moyen termes, à un site commun, ou, à tout le moins, limitent fortement un rapprochement géographique plus poussé, sur le territoire de santé.

Pour autant, selon le directeur, la fusion demeure un objectif à terme, qui pourrait s'appuyer de manière intermédiaire sur une CHT. D'un point de vue opérationnel, l'établissement a confié à un cabinet la réalisation d'un audit relatif aux CH de Longjumeau et d'Orsay et étendu au SIH de Juvisy-sur-Orge, afin d'établir un bilan de leur attractivité, de leurs forces et de leurs faiblesses, ainsi que de la productivité interne de leurs pôles.

Ce premier travail devrait être complété par le lancement d'un projet médical commun et la CHT mise en place s'appuierait de manière opérationnelle sur un GCS de moyens dédié. Selon le directeur, la démarche, progressive, concernera, en premier lieu, le système d'information, puis les fonctions administratives ; dans la continuité de ce mouvement, elle devrait s'étendre aux fonctions logistiques, techniques, voire médico-techniques. Elle pourrait également concerner la chirurgie⁶⁰ et la radiologie, ainsi que les départements de l'information médicale, afin de favoriser la constitution d'équipes médicales communes.

La chambre ne peut, pour sa part, que souligner la nécessité d'articuler ces différents projets (CHT, projet médical, projet immobilier) de manière complémentaire et globale.

6. La gouvernance

6.1. Le Conseil exécutif et les pôles

6.1.1. Le Conseil exécutif

Le conseil exécutif, installé en juin 2007, fonctionne de manière satisfaisante et semble avoir trouvé sa place au sein du CH de Longjumeau, les acteurs, notamment médicaux, soulignant qu'il a permis d'identifier les personnes clés dans le processus de décision.

6.1.2. Le fonctionnement des pôles

L'établissement a choisi une organisation en quatre pôles cliniques :

- le pôle « médecine », comprend les services de pneumologie, le département de médecine interne [services à orientation période, diabétologie et interniste], ainsi que l'hôpital de semaine et de jour, les SSR et les équipes mobiles gériatrique et douleur ;
- le pôle « accueil, soins urgents et intensifs » regroupe la cardiologie, les réanimations cardiaque et polyvalente, les urgences adultes, le SMUR, ainsi que l'hospitalisation de très courte durée et les consultations (à l'exception de celles relevant du pôle « mère-enfant ») ;
- le pôle « mère-enfant » concerne les activités de gynécologie, obstétrique, néonatalogie, pédiatrie, hôpital de jour et urgences enfants, ainsi que les consultations rattachées à ces activités ;
- le pôle « ABC » regroupe les activités liées à l'anesthésie, aux blocs et à la chirurgie.

⁵⁹ Les deux prochaines grandes opérations de restructuration concernent, d'une part, l'éventuel déménagement du laboratoire et, d'autre part, l'amélioration des conditions hôtelières des chambres en chirurgie et obstétrique notamment.

⁶⁰ L'idée de fédération interhospitalière précitée serait en conséquence abandonnée.

Le pôle « médico-technique et fonctions médicales transversales » comprend les activités supports : laboratoire de biologie, laboratoire d'anatomopathologie, service de l'information médicale, imagerie, pharmacie et équipe opérationnelle d'hygiène.

Enfin, l'ensemble des services supports relève du pôle administratif.

Ce découpage n'a pas soulevé de réelle difficulté. Les responsables de pôles ont été désignés début 2007 et les cadres supérieurs chargés de les assister en mars 2007. Les conseils de pôles ont été élus en octobre 2008.

Malgré l'adoption par le conseil d'administration d'un cadre commun d'élaboration des contrats de pôles et d'un modèle de contrat type par le conseil exécutif, aucun contrat n'était signé début 2009, l'établissement s'étant fixé comme objectif la fin de l'année 2009.

Le pré-projet du pôle « médico-technique et fonctions médicales transversales », malgré une préparation importante et une présentation en conseil exécutif dès début 2008, n'a pas abouti. Le pôle « accueil, soins urgents et intensifs » est également engagé dans un projet dont les principaux objectifs s'insèrent plus facilement dans les axes de développement de l'établissement. Enfin, le pôle « médecine » a commencé la rédaction d'un pré-projet de pôle. Un travail sur des objectifs quantifiés d'activité est en cours pour les pôles « mère-enfant » et « ABC ». L'absence de projet de pôle des services administratifs est cependant à noter.

Le CH de Longjumeau est donc en retard quant à ses obligations. Par ailleurs, si en général, les délégations de gestion sont limitées⁶¹ pour l'ensemble des établissements publics hospitaliers, l'établissement déléguera peu de compétences dans les faits⁶².

Cette situation n'est pas neutre par rapport aux responsables de pôles, qui semblent encore chercher leur positionnement.

6.2. Les outils de comptabilité analytique

Le CH de Longjumeau développe des instruments de comptabilité analytique, sur lesquels il s'appuie pour établir ses coûts et prendre des décisions stratégiques. A titre illustratif, les résultats du compte administratif 2007 ont été utilisés pour comparer les dépenses réelles liées aux missions d'intérêt général avec les crédits fléchés.

Par ailleurs, il participe à la base nationale dite d'Angers et a également intégré le groupe de travail départemental des directions des affaires financières⁶³. Leurs résultats ont pu conforter la décision d'externaliser la prestation de jardinage ou alimentent la réflexion relative à la prestation de restauration confiée jusqu'à ce jour à la société SODEXO.

La production de comptes de résultats analytiques (CREA) est, en revanche, plus récente. Portant sur les données 2007, elle a été réalisée en 2008 et diffusée, avec retard, aux acteurs concernés, début 2009.

Elle a fait apparaître deux équilibres, le premier correspondant à la situation actuelle, le second, moins favorable à l'établissement, anticipant les règles de facturation futures. A un temps to, de manière peu surprenante, elle met en lumière :

⁶¹ Résultats de l'enquête nationale de la nouvelle gouvernance, données nationales et régionales (Ile-de-France), mai 2008.

⁶² Il s'agira de la gestion des fournitures de bureau et l'enveloppe congrès en matière de formation, enveloppe de formation relative aux projets de pôles. Une procédure a été mise en place pour les recrutements, pour lesquels un avis est émis au sein du pôle.

⁶³ Mis en place depuis 2007, ce groupe comprend, outre l'établissement, les CH d'Arpajon, Etampes, Dourdan, Sud Francilien, le CHS d'Etampes et le SIH de Juvisy-sur-Orge. Il produit depuis 2007 des données relatives à la restauration, l'imagerie, la stérilisation, l'anesthésiologie, le laboratoire et le bloc central et, depuis 2008, l'accueil et la gestion des malades, les urgences, la pharmacie.

- un résultat positif, quel que soit le mode de détermination de l'équilibre, pour les pôles « médecine » (6,0 ou 4,2 M€) et « mère-enfant » (1,4 en équilibre 1 ou 1,6 M€ en équilibre 2) ;
- un résultat très négatif pour le pôle « accueil soins urgents et intensifs », qui comprend notamment les services des urgences adultes (déficit selon l'équilibre 1 de 0,9 M€), la réanimation polyvalente (- 1,2 M€) et les consultations externes (- 1,3 M€) ;
- un résultat négatif pour le pôle « anesthésie – blocs – chirurgie » (- 0,5 ou - 0,9 M€), avec toutefois des résultats positifs selon l'équilibre 1, en chirurgie ORL (1,0 M€), viscérale (1,0 M€), gynécologique (0,4 M€), ambulatoire (0,2 M€), et orthopédique (0,2 M).

Le résultat pour l'ensemble de l'établissement est positif selon l'équilibre 1 (2,0 M€), mais négatif selon l'équilibre 2 (- 0,2 M€).

L'absence de données ultérieures (2008) lors de la phase d'instruction⁶⁴ n'a pas permis d'évaluer l'éventuelle amélioration des performances de l'établissement dans un proche avenir.

7. Le recours aux prestations de service

Le CH de Longjumeau a confié, en 1993, à la société SODEXO un marché de prestation de restauration. Cette entreprise devait concevoir, financer, réaliser, exploiter, entretenir et maintenir une cuisine et un restaurant destiné au personnel de l'établissement. En 2007, la prestation rendue donnait lieu à un paiement de 2,989 M€.

Conclu pour une durée de 15 ans, à compter de la réception définitive des ouvrages, ce marché court jusqu'en 2010. Il est envisagé de reconsidérer alors les modalités de cette relation contractuelle, en raison des investissements à réaliser pour une mise aux normes et du mode de paiement du prestataire reposant à la fois sur le nombre de repas et l'investissement réalisé.

Par ailleurs, la perspective de reconstruction du site à moyen terme doit également être prise en compte.

Face à la complexité du marché actuel et à la nécessité de définir très précisément les clauses du nouveau marché de prestation, l'établissement entendait recourir à une assistance à maîtrise d'ouvrage et prévoyait de désigner le prestataire fin mai 2010, afin de démarrer la prestation proprement dite début octobre 2010.

Il conviendra pour l'établissement de s'assurer du respect des délais qu'il s'est fixés, ceux-ci semblant a priori relativement courts.

⁶⁴ Les CREA 2008 ne peuvent être réalisés qu'après retraitement du compte administratif 2008, effectué en juillet 2009.

Annexe 1

I - Retraitement du résultat comptable

La principale difficulté réside dans la prise en compte de la taxe sur les salaires, qu'elle ait été mandatée ou non, dans les charges du bon exercice comptable.

Ainsi, la taxe due en 2002 (2,626 M€) n'a pas été mandatée lors de son exigibilité, mais payée en 2004, répartie entre les comptes 672-81 (2,289 M€) et 672-11 (0,337 M€). La taxe due doit en conséquence être ajoutée aux charges de l'exercice 2002 et retranchée de manière symétrique en 2004. Le schéma d'acquittement de la taxe due en 2003 (3,966 M€) est identique, avec l'utilisation des mêmes comptes en 2005, pour respectivement 3,006 et 0,960 M€.

L'imposition 2004 (4,059 M€) a été intégralement reportée à l'année 2006.

L'imposition 2005 (4,077 M€) a quant à elle été pour partie acquitté sur des crédits 2005, par un véritable rattachement de crédits en 2006 (1,552 M€), le reste de la taxe due relevant de l'accord conclu avec la DGFIP (2,525 M€). Seul le montant de la taxe non mandatée en 2005 doit être rattaché aux charges de cet exercice.

Tableau n° 17 : Exigibilité, mandatement et paiement de la taxe sur les salaires

			2002	2003	2004	2005	2006
Taxe sur les salaires (M€)	2002	Taxe exigible (à ajouter aux charges de l'exercice)	2,626				
		Taxe mandatée en N+2 (compte 672-81)			2,289		
		Taxe mandatée en N+2 (compte 672-11)			0,337		
		Report de charges (à retrancher des charges de l'exercice)			2,626		
	2003	Taxe exigible (à ajouter aux charges de l'exercice)		3,966			
		Taxe mandatée en N+2 (compte 672-81)				0,960	
		Taxe mandatée en N+2 (compte 672-11)				3,006	
		Report de charges (à retrancher des charges de l'exercice)				3,966	
	2004	Taxe exigible (à ajouter aux charges de l'exercice)			4,059		
		Report de charges (à retrancher des charges de l'exercice)					4,059
	2005	Taxe exigible				4,077	
		Payée par des crédits 2005				1,552	
Non mandatée en 2005 (à ajouter aux charges de l'exercice)					2,525		
Report de charges (à retrancher des charges de l'exercice)						2,525	
Accord DGFIP			6,584				

L'accord négocié avec la DGFIP comprend au final l'intégralité de la taxe due au titre de l'exercice 2004 et le montant de la taxe non acquittée au titre de l'exercice 2005. A cet égard, la compensation effectuée par cette administration, qui a considéré que le paiement d'une partie de la TS de 2005 en 2006 par des crédits rattachés libérait le CH de Longjumeau d'une fraction de dette plus ancienne (2004), est sans incidence sur la prise en charge comptable.

S'agissant des émissions et annulations successives de titres en 2006 et 2007 pour constater la dette de l'établissement à l'égard de la DGFIP, le choix suivant a été opéré.

En 2006, l'annulation d'un premier mandat (16429/2006) par un second (800121/2006) pour un montant de 6,578 M€, pour compte de tiers erroné, a été neutre pour les comptes 672-1 « charges de personnel » et 4212 « personnel – rémunérations dues ». La réémission d'un mandat (16547/2006), au bon compte de tiers, a entraîné le débit du compte 6721 « charges de personnel » et le crédit du compte 4471 « taxes sur les salaires » ; elle a ainsi permis, à l'issue de cet exercice, de constater à la fois la charge due au titre de la taxe sur les salaires non payée précédemment et la dette de l'établissement envers la DGFIP.

Pour autant, en 2007, en raison d'une erreur sur le montant de la dette (6,582 M€ au lieu de 6,578 M€), le titre 50762 a conduit à créditer le compte 773 (produits exceptionnels pour annulation de mandats sur exercice antérieur) et à débiter le compte 672-1 « charges de personnel ». En raison de la différence en cause (0,004 M€), le retraitement de cette opération exceptionnelle n'a pas été effectué, rendant l'exercice inutilement plus complexe, pour un montant à faible enjeu. Il s'agit, tant pour l'établissement⁶⁵ que pour le poste comptable⁶⁶, d'une opération exceptionnelle, qui par ailleurs n'aurait d'incidence que sur le résultat exceptionnel, qui varierait alors de 0,004 M€, sur un montant (non corrigé) de 0,743 M€.

Le retraitement des charges de l'exercice donne alors les résultats suivants.

Tableau n° 18 : Charges de l'établissement de 2003 à 2007 (en M€)

	2003	2004	2005	2006	2007	Total 2003-2007
Charges aux comptes de gestion / comptes financiers	83,303	89,561	94,397	96,211	100,933	464,405
+ Taxe sur les salaires non mandatée	3,966	4,059	2,525			10,550
- Taxe sur les salaires reportée (compte 672-81)		2,289	3,006			5,295
- Taxe sur les salaires reportée * (compte 672-11)		0,337	0,960			1,297
- Taxe sur les salaires relevant de l'accord avec la DGFIP				6,578		6,578
+ Autres reports de charges (compte 672 en 8) en N+1 **	0,000	0,001	0,004	0,106	0,084	0,195
- Autres reports de charges (compte 672 en 8) en N **	0,471	0,000	0,001	0,004	0,106	0,582
+ Dépenses à classer (compte 472) en N	0,006	0,001	0,000	0,198	0,203	0,408
= Charges retraitées	86,804	90,996	92,959	89,933	101,114	461,806
Différence	3,501	1,435	-1,438	-6,278	0,181	-2,599

* Il s'agit bien de reports de charges malgré le compte utilisé

** Les autres reports de charges (compte 672 en 8) ont été individualisés

Sources : comptes de gestion 2003 à 2005 et comptes financiers 2006 et 2007

Le retraitement des produits de l'exercice aboutit aux redressements suivants.

Tableau n° 19 : Recettes de l'établissement de 2003 à 2007 (en M€)

	2003	2004	2005	2006	2007	Total 2003-2007
Produits aux comptes de gestion / comptes financiers	83,063	88,925	96,375	97,224	101,540	467,127
+ Produits sur exercices antérieurs (compte 772 en 8) en N+1	0,319	0,177	0,732	0,693	0,969	2,890
- Produits sur exercices antérieurs (compte 772 en 8) en N	0,268	0,319	0,177	0,732	0,693	2,189
+ Recettes à classer (compte 471) en N	0,011	0,021	0,034	0,056	0,117	0,239
= Produits retraités	83,125	88,804	96,964	97,241	101,933	468,067
Différence	0,062	-0,121	0,589	0,017	0,393	0,940

Sources : comptes de gestion 2003 à 2005 et comptes financiers 2006 et 2007

En conséquence, et par construction, le résultat retraité est très significativement différent de celui issu des comptes de gestion 2003 à 2005 et du compte financier 2006.

Tableau n° 20 : Résultats de l'établissement de 2003 à 2007 (en M€)

	2003	2004	2005	2006	2007	Total 2003-2007
Résultats aux comptes de gestion / comptes financiers	-0,240	-0,636	1,978	1,013	0,607	2,722
Résultats retraités	-3,679	-2,192	4,005	7,308	0,819	6,261
Différence	-3,439	-1,556	2,027	6,295	0,212	3,539

Sources : comptes de gestion 2003 à 2005 et comptes financiers 2006 et 2007

En cumulé, l'écart atteint 3,539 M€ sur une période de cinq années, avec des produits et charges atteignant un peu plus de 100 M€ en fin de période.

⁶⁵ Cf. le procès-verbal du conseil d'administration du 25 avril 2007, page 3.

⁶⁶ Document « analyse financière 2003-2007, centre hospitalier général de Longjumeau ».

Tableau n° 21 : Résultats d'exploitation, courant, exceptionnel et net corrigés de 2003 à 2007 (en M€), dotations exceptionnelles incluses

	2003	2004	2005	2006	2007
Résultat d'exploitation consolidé CG/CF	0,893	2,471	5,733	6,462	0,171
- Taxe sur les salaires non mandatée	3,966	4,059	2,525		
+ Recettes à classer	0,011	0,021	0,034	0,056	0,117
- Dépenses à classer	0,006	0,001	0,000	0,198	0,203
= Résultat d'exploitation retraité	-3,068	-1,568	3,242	6,320	0,085
+ Résultat financier CG/CF	-0,720	-0,718	-0,685	-0,378	-0,307
= Résultat courant retraité	-3,788	-2,286	2,557	5,942	-0,222
Résultat exceptionnel	-0,413	-2,389	-3,070	-5,071	0,743
+ Reports taxe sur les salaires		2,626	3,966	6,578	
- Autres reports de charges (compte 672) en 8 N+1		0,001	0,004	0,106	0,084
+ Autres reports de charges (compte 672 en 8) en N	0,471	0,000	0,001	0,004	0,106
+ Produits sur exercices antérieurs (compte 772 en 8) en N+1	0,319	0,177	0,732	0,693	0,969
- Produits sur exercices antérieurs (compte 772 en 8) en N	0,268	0,319	0,177	0,732	0,693
= Résultat exceptionnel retraité	0,109	0,094	1,448	1,366	1,041
Résultat net de l'exercice retraité	-3,679	-2,192	4,005	7,308	0,819

Par ailleurs, sur la période examinée, le CH de Longjumeau a bénéficié de 2003 à 2007 de dotations exceptionnels au titre du CREF pour 8,962 M€, abondés d'autres dotations non reconductibles pour 2,4 M€⁶⁷.

Tableau n° 22 : Dotations exceptionnelles perçues par l'établissement de 2004 à 2007 (en M€)

	2004	2005	2006	2007	Cumul
Aides exceptionnelles effectivement perçues au titre du CREF	3,000	4,508	0,454	1,000	8,962
Dotations exceptionnelles supplémentaires	0,000	0,000	1,800	0,600	2,400
Dotations exceptionnelles non reconductibles	3,000	4,508	2,254	1,600	11,362

Corrigés de ces dotations, les résultats de l'établissement sont alors les suivants.

Tableau n° 23 : Résultats d'exploitation, courant, exceptionnel et net corrigés de 2003 à 2007 (en M€), hors les produits exceptionnels perçus au titre du CREF

	2003	2004	2005	2006	2007
Résultat d'exploitation consolidé	0,893	2,471	5,733	6,462	0,171
- Taxe sur les salaires non mandatée	3,966	4,059	2,525		
+ Recettes à classer	0,011	0,021	0,034	0,056	0,117
- Dépenses à classer	0,006	0,001	0,000	0,198	0,203
- Dotations exceptionnelles non	0,000	3,000	4,508	2,254	1,600
= Résultat d'exploitation retraité	-3,068	-4,568	-1,266	4,066	-1,515
+ Résultat financier CG/CF	-0,720	-0,718	-0,685	-0,378	-0,307
= Résultat courant retraité	-3,788	-5,286	-1,951	3,688	-1,822
Résultat exceptionnel	-0,413	-2,389	-3,070	-5,071	0,743
+ Reports taxe sur les salaires		2,626	3,966	6,578	
- Autres reports de charges (compte		0,001	0,004	0,106	0,084
+ Autres reports de charges (compte	0,471	0,000	0,001	0,004	0,106
+ Produits sur exercices antérieurs	0,319	0,177	0,732	0,693	0,969
- Produits sur exercices antérieurs	0,268	0,319	0,177	0,732	0,693
= Résultat exceptionnel retraité	0,109	0,094	1,448	1,366	1,041
Résultat net de l'exercice retraité	-3,679	-5,192	-0,503	5,054	-0,781

⁶⁷ En 2006, une dotation de 0,6 M€ au titre des crédits de bonne gestion, reconduite à hauteur de 1 M€ en 2007, à laquelle s'ajoute cette même année une dotation de 0,8 M€ pour apurement des passifs.

II - Analyse financière :

1/ Soldes intermédiaires de gestion :

Le CH de Longjumeau, présente les soldes intermédiaires de gestion suivants.

Tableau n° 24 : Soldes intermédiaires de gestion de 2003 à 2007 (en M€), dotations exceptionnelles incluses

	2003	2004	2005	2006	2007	Evolution 2003-2007
Produits bruts d'exploitation	80,955	85,770	90,919	90,271	87,755	8,4%
+ Recettes à régulariser	0,011	0,021	0,034	0,056	0,117	964%
= Produits bruts d'exploitation corrigés	80,966	85,791	90,953	90,327	87,872	8,5%
- Consommations intermédiaires	19,638	19,473	20,208	19,929	20,221	3,0%
= Valeur ajoutée	61,328	66,318	70,745	70,398	67,651	10,3%
+ Subventions d'exploitation	0,524	0,665	1,945	1,877	2,030	287%
- Impôts et taxes	0,023	0,026	0,030	0,021	0,039	70%
- Charges de personnel hors reports	57,451	58,798	60,279	62,058	63,386	10,3%
- Taxes sur les salaires non mandatées	3,966	4,059	2,525	0,000	0,000	
- Dépenses à régulariser	0,006	0,001	0,000	0,198	0,203	3283%
= Excédent brut d'exploitation	0,406	4,099	9,856	9,998	6,053	1391%
+ Autres produits de gestion courante	0,822	1,290	1,645	1,917	1,800	119%
- Autres charges de gestion courante	0,452	0,557	1,824	1,594	1,358	200%
= Marge brute	0,776	4,832	9,677	10,321	6,495	737%

Corrigés des dotations non reconductibles, ces soldes s'établissent de la manière suivante.

Tableau n° 25 : Soldes intermédiaires de gestion de 2003 à 2007 (en M€), hors dotations exceptionnelles

	2003	2004	2005	2006	2007	Evolution 2003-2007
Produits bruts d'exploitation corrigés	80,966	82,791	86,445	88,073	86,272	6,6%
Valeur ajoutée	61,328	63,318	66,237	68,144	66,051	7,7%
Excédent brut d'exploitation	0,406	1,099	5,348	7,744	4,453	997%
Marge brute	0,776	1,832	5,169	8,067	4,895	531%

Pour sa part, la capacité d'autofinancement a été calculée à partir du résultat net retraité.

Tableau n° 26 : Capacité d'autofinancement de 2003 à 2007 (en M€)

	2003	2004	2005	2006	2007
Résultat net retraité, dotations exceptionnelles incluses	-3,679	-2,192	4,005	7,308	0,819
+ Valeur comptable des éléments d'actif cédés	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
+ Dotations aux amortissements et provisions	3,594	4,260	4,142	4,444	7,480
- Produits des cessions d'éléments d'actif	0,061	0,211	0,000	0,009	0,001
- Quote-part des subventions d'investissement virée au résultat de l'exercice	0,024	0,034	0,033	0,034	0,035
- Reprises sur amortissements et provisions	0	0,273	0,388	1,758	1,377
= Capacité d'autofinancement	-0,170	1,550	7,726	9,951	6,886
- Dotations exceptionnelles non reconductibles	0,000	3,000	4,508	2,254	1,600
= Capacité d'autofinancement hors dotations exceptionnelles	-0,170	-1,450	3,218	7,697	5,286

2/ Le bilan

Le fonds de roulement net global a été calculé en substituant le résultat net corrigé au résultat apparent des comptes de gestion / comptes financiers de 2003 à 2007, en haut de bilan.

Tableau n° 27 : Fonds de roulement, de 2003 à 2007 (en M€)

	2003	2004	2005	2006	2007
Fonds de roulement d'investissement	3,453	4,474	4,291	4,261	3,312
+ Fonds de roulement d'exploitation	-3,602	-0,245	7,344	11,261	7,542
= Fonds de roulement net global	-0,149	4,229	11,635	15,522	10,854
Fonds de roulement net global / charges (en jours)	-0,7	18,5	48,7	67,3	46,2

Par symétrie, le besoin en fonds de roulement a été calculé en neutralisant la dette de l'établissement, résultant de la taxe sur les salaires non acquittée entre 2003 et 2005, puisque cet élément est a été réintégré dans le calcul du fonds de roulement. Les dettes fiscales ont été diminuées de 6,584 M€ en 2006 et 5,284 M€ (afin de tenir compte du premier versement au profit du Trésor public en 2007).

Tableau n° 28 : *Besoin en fonds de roulement, de 2003 à 2007 (en M€)*

	2003	2004	2005	2006	2007
Créances	10,036	8,168	15,501	22,224	14,929
- Dettes	7,697	7,313	16,501	18,544	15,298
= Besoin en fonds de roulement	2,339	0,855	-1,000	3,680	-0,369
Besoin en fonds de roulement / Charges (en jours)	10,4	3,7	-4,2	16,0	-1,6

La trésorerie nette qui en découle est la suivante.

Tableau n° 29 : *Trésorerie, de 2003 à 2007 (en M€)*

	2003	2004	2005	2006	2007
Fonds de roulement net global	-0,149	4,229	11,635	15,522	10,854
- Besoin en fonds de roulement	2,339	0,855	-1,000	3,680	-0,369
= Trésorerie nette	-2,488	3,374	12,635	11,842	11,223
Trésorerie nette / charges (en jours)	-11,0	14,7	52,9	51,3	47,8
- Dotations exceptionnelles non reconductibles	0,000	3,000	4,508	2,254	1,600
= Trésorerie nette hors dotations exceptionnelles	-2,488	0,374	8,127	9,588	9,623
Trésorerie nette hors dotations exceptionnelles / charges (en jours)	-11,0	1,6	34,1	41,6	41,0