

Chambre régionale
des comptes

Basse-Normandie,
Haute-Normandie



Rapport d'observations définitives

GROUPE HOSPITALIER DU HAVRE

(Seine-Maritime)

Exercices 2008 et suivants

Observations délibérées le 24 novembre 2014

SOMMAIRE

SYNTHESE	1
PRINCIPALES RECOMMANDATIONS	2
I - RAPPEL DE LA PROCÉDURE	2
A - Brève présentation du Groupe hospitalier du Havre	3
B - Principaux points examinés	3
C - Contrôles antérieurs	3
II - SUR LA FIABILISATION DES COMPTES DE CET ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE	4
A - Préparation de l'établissement à la démarche de certification des comptes	4
1 - Etat d'avancement de la mise en œuvre des directives	4
2 - Coût de la préparation de la certification.....	4
3 - Positionnement, rôle et implication du comptable au sein du dispositif, quelles que soient les étapes	4
B - Organisation et mise en place des actions fonctionnelles liées à la démarche	5
1 - Déploiement du contrôle interne	5
2 - Développement de l'audit interne	5
3 - Degré d'appropriation du dispositif par les différentes parties prenantes au sein de l'établissement public de santé	5
C - Points sensibles (facteurs de risque d'échec) de la démarche	5
1 - Qualité du système d'information.....	5
2 - Fiabilisation des états financiers (respect du référentiel comptable)	6
3 - Difficultés survenues lors du dispositif de fiabilisation des comptes	6
D - Conclusions et perspectives	6
1 - Bilan d'étape réalisé par l'établissement public de santé	6
2 - Les coûts de l'audit	6
3 - Le processus de sélection du Commissaire aux comptes	6
III - DIAGNOSTIC FINANCIER	7
A - De la fiabilité à la révision des comptes	7
1 - Le principe d'indépendance des exercices et de rattachement des charges et des produits	7
2 - Les principes de sincérité et de régularité.....	8
3 - Le principe de prudence et la constitution des provisions	9
4 - La sincérité et la fiabilité des prévisions	11
B - Analyse financière rétrospective	12
1 - La formation du résultat.....	12
2 - Le résultat et l'analyse des soldes intermédiaires de gestion	16
3 - L'analyse bilancielle	17
C - Le financement des investissements fortement contraint par le poids de la dette	18
1 - La capacité d'autofinancement, le tableau de financement et les indicateurs d'investissement..	18
2 - Le poids de la dette et ses risques associés.....	20
IV - PERFORMANCE DES ORGANISATIONS ET DE LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES	21
A - Une gouvernance modernisée avec un début de délégation de gestion	21
1 - La gouvernance médico-administrative de l'hôpital a porté le plan de retour à l'équilibre	21
2 - Le redécoupage des pôles a permis de moderniser la gouvernance autour des axes du projet médical	22
3 - La délégation de gestion reste perfectible en lien avec la modernisation du système d'information.....	23

B - Un projet médical favorisant une réduction du capacitaire	24
1 - Le projet médical porte une réduction du capacitaire de 20 % grâce à des réorganisations.....	24
2 - L'impact financier de ces réorganisations suppose de redéfinir les effectifs cibles suite à la réduction des durées de séjour	24
3 - Des audits mettent en évidence les leviers encore existants sur les coûts de structure et le secteur médicotechnique	25
C - Une gestion des ressources humaines perfectible dans le cadre du plan de retour à l'équilibre	26
1 - Un effort significatif de maîtrise des dépenses de personnel	26
2 - Les marges de manœuvre générées par une application plus rigoureuse des textes.....	27
3 - La spécificité havraise sur les absences de longue durée.....	29
4 - Des gisements de productivité à explorer	29
D - La performance de la fonction achat.....	30
1 - L'organisation des achats	30
2 - L'étude de quelques marchés.....	31
V - ENVIRONNEMENT ET RISQUES FINANCIERS	32
A - Un environnement sanitaire en évolution	32
1 - Un environnement concurrentiel	32
2 - La contractualisation externe	33
B - Opportunité et risques financiers liés à cet environnement.....	33
1 - La dynamique des activités médicales	34
2 - Les risques et opportunités liés à une restructuration du Groupe hospitalier du Havre	36
3 - L'opportunité d'une gestion dynamique du patrimoine	38
ANNEXES	40

SYNTHESE

Le Groupe hospitalier du Havre est l'établissement public de santé pour les soins de proximité de l'agglomération du Havre, soit 241 860 habitants. En recours, il dessert le territoire de santé correspondant à l'Estuaire de la Seine, soit 452 000 habitants. Catégorisé parmi les centres hospitaliers de grande taille, il dispose d'un plateau technique complet disponible en permanence et d'une offre complète de soins pour adultes et enfants, en services aigus, en gériatrie et en santé mentale.

Doté d'un budget d'exploitation de 322,6 millions d'euros (M€) et de 16,1 M€ de dépenses d'investissement annuel, il dispose de 1 955 lits et places pour assurer plus de 63 000 séjours d'hospitalisation et 274 000 passages aux urgences réalisés grâce à 4 365 agents et 400 médecins.

Le projet médical 2012-2017 est axé sur le rétablissement de la situation financière par la modification de ses organisations et son inscription dans des démarches coopératives sur son territoire de santé. Adopté en 2011, ce projet part d'un constat plusieurs fois réalisé par les missions et les contrôles qui se sont succédé au Havre entre 2002 et 2007 : « *le Groupe hospitalier du Havre a été longtemps un établissement en panne avec des organisations ayant du mal à se réformer et répondant de plus en plus difficilement à la demande, ce qui s'est traduit par des indicateurs de productivité médiocres et une capacité d'investissement fortement réduite.* » Il en a résulté des indicateurs financiers très dégradés comme l'avait souligné la chambre régionale des comptes en 2008.

Le présent examen de gestion portant sur la période 2008-2013 fait le constat d'une situation financière qui s'est suffisamment améliorée pour permettre à l'établissement de mettre en service son pavillon mère, femme, enfant tout en réduisant son déficit avec des difficultés de trésorerie et des aides exceptionnelles en diminution depuis 2 ans. Ce résultat est d'autant plus notable qu'il a été accompagné d'une démarche de fiabilisation des comptes devant aboutir à la certification des comptes de l'exercice 2014 en dépit des retards pris dans la conduite de ce projet essentiel pour rétablir la confiance des interlocuteurs externes de l'établissement. Pour autant, le poids de la dette, les faiblesses de l'activité en 2013 et le contexte national devraient inciter l'ordonnateur à accélérer les mutations entreprises depuis 2008.

L'amélioration de la productivité initiée en 2011 à la suite du projet médical doit se traduire, effectivement, par une baisse du capacitaire de 20 % et par une baisse des effectifs de 150 équivalents temps plein pour rétablir durablement l'équilibre structurel des comptes. Ces réorganisations passent principalement par le développement de la délégation de gestion, balbutiante à ce jour, la réduction des coûts de structure portée par les recommandations de l'audit sur les moyens techniques, logistiques et administratifs et le regroupement de l'essentiel des activités sur le site de Monod comme l'envisage le projet médical.

La capacité du Groupe hospitalier du Havre à se positionner sur son territoire de santé comme un établissement de référence pour ses partenaires de la communauté hospitalière du territoire de l'Estuaire et les acteurs de santé privés est l'autre facteur déterminant pour l'équilibre durable de ses comptes. Dans cet environnement parfois complexe, chaque projet est à la fois une opportunité stratégique et un risque financier qu'il ne convient de prendre qu'à la lumière de la faible marge de manœuvre de l'établissement en matière d'investissement et en fonction des engagements de l'agence régionale de santé à limiter ce risque.

PRINCIPALES RECOMMANDATIONS

Sur la démarche de certification des comptes.

1. Formaliser les outils de contrôle et le partenariat avec le comptable public dans des délais compatibles avec la certification des comptes de l'exercice 2014.
2. Finaliser les cartographies, la mise en œuvre des plans d'action formalisés et leur suivi dans les mêmes délais.

Sur le diagnostic financier.

3. Poursuivre la mise à jour de l'inventaire dans le cadre de la fiabilisation des comptes.
4. Eu égard au niveau élevé de l'endettement du Groupe hospitalier du Havre, amplifier la réduction de son endettement entamée en 2013.

Sur la performance des organisations et de la gestion des ressources humaines.

5. Approfondir la rénovation de son système d'information à moyens constants afin de mettre en œuvre la délégation de gestion et de signature prévue dans les textes et le projet médical.
6. Poursuivre la politique de réduction des durées de séjour et en tirer toutes les conséquences sur l'ajustement des effectifs cibles et l'adaptation de la structure.
7. Mettre en place des plannings médicaux prévisionnels de service de manière à objectiver les besoins en temps médical et à réduire le coût des pages additionnelles et du financement des comptes épargne temps.

Sur l'environnement et les risques financiers.

8. En tant qu'établissement siège de la communauté hospitalière d'établissement, relancer la formalisation du projet médical commun de la Communauté hospitalière d'établissement en mettant en évidence les enjeux financiers pour chaque centre hospitalier.
9. Réaliser une étude complète des impacts de la mise en œuvre de l'accord-cadre concernant le transfert des établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes vers le Centre Dessaint Jean.
10. Mener à son terme l'audit patrimonial et poursuivre le regroupement des activités sur le site Monod pour réduire les coûts liés au multisite.

I - RAPPEL DE LA PROCÉDURE

La chambre a inscrit à son programme l'examen de la gestion du Groupe hospitalier du Havre à partir de l'année 2008 qui a été confié à Monsieur Slama, premier conseiller. Par lettre en date du 20 décembre 2013, le président de la chambre en a informé Monsieur Paris, Directeur. L'entretien de fin de contrôle a eu lieu le 2 juin 2014.

Lors de sa séance du 15 juillet 2014, la chambre a arrêté ses observations provisoires portant sur les années 2008 à juin 2014. Celles-ci ont été transmises dans leur

intégralité à Monsieur Paris et pour les parties qui les concernent, aux personnes nominativement ou explicitement mises en cause. Celles qui l'ont souhaité ont répondu et, la réponse de Monsieur Paris a été enregistrée au greffe de la chambre le 6 octobre 2014.

Après avoir entendu le rapporteur et pris connaissance des conclusions du procureur financier, la chambre a arrêté, le 24 novembre 2014, le présent rapport d'observations définitives.

Le rapport a été communiqué au directeur en fonctions ainsi qu'au président du conseil de surveillance. En l'absence de réponse écrite dans le délai imparti par la loi, ce rapport devra être communiqué par le directeur à son assemblée délibérante lors de la plus proche réunion suivant sa réception. Il fera l'objet d'une inscription à l'ordre du jour, sera joint à la convocation adressée à chacun de ses membres et donnera lieu à un débat.

Ce rapport sera, ensuite, communicable à toute personne qui en ferait la demande en application des dispositions de la loi n°78-753 du 17 juillet 1978.

A - Brève présentation du Groupe hospitalier du Havre

Etablissement public de santé, le Groupe hospitalier du Havre prend en charge les soins de proximité des 241 860 habitants de l'agglomération du Havre notamment aux urgences (76 160 passages en 2013). En recours, il dessert le territoire de santé correspondant à l'Estuaire de la Seine, soit 452 000 habitants. En 2013, son activité représente 286 050 venues, 63 742 séjours, 11 804 interventions chirurgicales et 3 253 naissances. Doté d'un budget d'exploitation de 322,6 M€ en 2013, il est le premier employeur de la communauté d'agglomération du Havre.

La carte jointe en annexe 1 présente l'offre de soins institutionnelle sur ce territoire de santé marqué par des coopérations publiques-privées sur la zone fécampoise et zone de Bolbec-Lillebonne. Ce n'est pas le cas sur l'agglomération havraise où le groupe hospitalier doit prendre en compte une offre privée comprenant la clinique les Ormeaux et l'Hôpital Privé de l'Estuaire (regroupement à compter d'août 2010 de deux cliniques havraises : Petit-Colmoulins et François 1^{er}), la clinique Océane (activité de psychiatrie), et pour l'activité de service de soins de suite : la Hève, la Rosière, les Jonquilles. Ce territoire comprend aussi une partie de l'Eure avec comme établissement de proximité le Centre hospitalier de la Risle à Pont Audemer.

B - Principaux points examinés

L'examen de la gestion a été principalement conduit selon les axes suivants :

- les suites des précédents contrôles et notamment l'équilibre durable des comptes ;
- la fiabilisation et la certification des comptes, les comptes du Groupe hospitalier du Havre étant soumis à certification à compter de l'exercice 2014 ;
- la performance des organisations comprenant un volet ressources humaines;
- les opportunités et les risques financiers liés à l'évolution de la structure et du positionnement du Groupe hospitalier du Havre sur son territoire.

C - Contrôles antérieurs

Le précédent rapport d'observations définitives de la chambre, daté du 23 février 2010 avait porté sur la période 2000 à 2007. Plusieurs points étaient assortis de recommandations implicites ou explicites qui font l'objet d'un suivi abordé dans le présent rapport. Un tableau synthétique récapitulant le suivi des observations antérieures est présenté en annexe 2.

II - SUR LA FIABILISATION DES COMPTES DE CET ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE

Comme le montrent les exemples de la certification par la Cour des comptes des comptes de l'Etat et ceux relevant du régime de sécurité sociale, comme ceux des grands établissements publics faisant certifier leurs comptes par des commissaires aux comptes, seule une démarche de ce type est de nature à faire franchir aux producteurs des comptes, accompagnés par leurs auditeurs, les étapes nécessaires à l'obtention de la garantie d'une information complète et de qualité sur la situation financière et le patrimoine des entités concernées.

A - Préparation de l'établissement à la démarche de certification des comptes

De 2012 à mai 2014, 10 séances de formation et information ont été suivies au sein de l'établissement pour se préparer à la certification. Le comptable public a participé aux côtés du Groupe hospitalier du Havre à certaines d'entre elles (quatre sur les dix). Ces formations étaient essentiellement destinées aux directeurs et aux cadres administratifs intermédiaires.

1 - Etat d'avancement de la mise en œuvre des directives

Le guide de fiabilisation des comptes des hôpitaux a servi de base de travail à l'établissement. Cependant, si un calendrier a été élaboré, il n'est pas toujours respecté mais est régulièrement actualisé. Les phases d'analyse, de diagnostic de l'organisation et celle de l'élaboration du plan d'action sont achevées. L'établissement a communiqué à l'occasion de ces deux phases. La mise en œuvre est en cours.

Le contrôle interne comptable ne prend en compte que l'établissement sans son environnement concurrentiel, ni ses perspectives d'évolution ou ses éventuels satellites. L'analyse et la phase diagnostic ont été réalisées pour les trois cycles : immobilisations, provisions et achats. Le guide de procédure du contrôle interne comptable ainsi que la traçabilité des opérations et des contrôles sont en cours. Les risques sont identifiés et font l'objet de plans d'action.

La cartographie des risques par cycle et processus est en cours d'élaboration. Cependant, certaines anomalies ont été identifiées et ont fait l'objet de corrections sur les exercices 2012 et 2013.

La chambre constate donc que la mise en œuvre des directives du guide reste partielle à la mi-2014.

2 - Coût de la préparation de la certification

Un expert-comptable a aidé à la mise en place du contrôle interne comptable entre 2011 et 2012, notamment en dressant un diagnostic et un plan établissant des pistes d'amélioration. Ce travail a permis à l'établissement de prendre conscience des risques et de dégager des priorités (les provisions, les subventions et l'ajustement de l'inventaire au regard de l'état de l'actif). Le coût de ce travail est de 44 551 € pour 25 jours de prestation, sur la base d'une facturation à la journée. Le coût interne lié à la mobilisation des équipes du Groupe hospitalier du Havre n'a pas été chiffré.

3 - Positionnement, rôle et implication du comptable au sein du dispositif, quelles que soient les étapes

Selon l'ordonnateur, les éléments suivants restent à formaliser à ce jour : la convention entre le comptable public et le Groupe hospitalier du Havre sur le contrôle interne comptable, le manuel de procédures comptables et instructions précisant la répartition des responsabilités et la cartographie commune des processus comptables et financiers. Les

opérations particulières de correction d'erreur ainsi que les travaux de clôture ont été menés par l'ordonnateur conjointement avec le Trésorier.

La chambre recommande la formalisation de ces outils de contrôle et du partenariat avec le comptable public dans des délais compatibles avec la certification des comptes de l'exercice 2014.

B - Organisation et mise en place des actions fonctionnelles liées à la démarche

1 - Déploiement du contrôle interne

L'aspect formel de la mise en œuvre du contrôle interne n'est pas abouti. Les organigrammes fonctionnels définissant le rôle des acteurs dans les processus comptables ne sont pas formalisés, même si des délégations de signature existent dans les différentes directions. La documentation des contrôles est en cours de constitution mais la circularisation avec les partenaires n'a pas été anticipée.

2 - Développement de l'audit interne

L'audit de certaines opérations commence à être mise en œuvre sans définition de seuil d'anomalie (les provisions, le rattachement des charges ou produits, l'intégration des immobilisations en cours, les subventions, les restes à recouvrer). Des études ont été réalisées avec l'aide d'un prestataire externe. Elles établissent un diagnostic préalable ainsi que des pistes d'amélioration sur les différentes directions fonctionnelles. L'enjeu à présent est de mettre en œuvre les plans d'action qui en découlent.

3 - Degré d'appropriation du dispositif par les différentes parties prenantes au sein de l'établissement public de santé

Des actions de formation ont été suivies par le personnel mais il n'existe pas de plan de formation dédié ni d'action visant à évaluer l'appropriation du contrôle interne comptable. Des cartographies sont en cours de réalisation et impliquent les différentes directions fonctionnelles. Pour certains processus, des logigrammes ont été élaborés : par exemple pour la fonction achat à la direction des systèmes d'information. Les contrôles à effectuer sont ainsi identifiés. Le groupe hospitalier a communiqué au sein de ses instances sur la démarche et notamment lors du Conseil de surveillance du 12 décembre 2013.

*

En conclusion, la chambre recommande la finalisation des cartographies, la mise en œuvre des plans d'action formalisés et leur suivi dans des délais compatibles avec la certification des comptes de l'exercice 2014.

C - Points sensibles (facteurs de risque d'échec) de la démarche

1 - Qualité du système d'information

La direction des systèmes d'information est structurée autour d'un directeur et d'un responsable de la sécurité informatique. La direction est constituée de deux équipes distinctes : l'une pour les fonctions de support et de maintenance, et l'autre assurant la mise en œuvre et le suivi des investissements. La gouvernance est organisée au travers de groupes de travail avec la direction générale tous les mois, en interne à la direction des systèmes d'information de manière hebdomadaire et selon une périodicité adaptée à différentes thématiques (sécurité des risques, vigilance des risques, pilotage des projets...).

Le système d'information n'a pas été audité sur l'aspect de la mise en place du contrôle interne sur le système d'information. Il n'a pas fait l'objet d'une démarche de

qualification en référence à un référentiel des systèmes d'information. Il n'existe pas de schéma directeur formalisé.

Cependant, une cartographie des applications informatiques et une procédure d'implantation des nouvelles applications sont formalisées. Des procédures classiques assurent la confidentialité des données. Une politique de sécurité informatique est en cours de finalisation suite à une étude des risques et un responsable de la sécurité informatique a été nommé au janvier 2013. Le Groupe hospitalier sécurise ses données grâce à une sauvegarde régulière conservée sur un site distant.

*

Dans ces conditions, la chambre estime que les outils et moyens mis en œuvre par l'établissement pour améliorer la qualité du système d'information gagneraient à être formaliser dans un schéma directeur afin de disposer d'une vision globale de l'existant dans ce domaine sensible pour la certification des comptes.

2 - Fiabilisation des états financiers (respect du référentiel comptable)

Fin 2013, le Groupe hospitalier a adressé au comptable des demandes de corrections d'erreurs. Celles-ci ont été instruites par le comptable pour trancher au regard du référentiel comptable sur la méthode la plus fiable.

3 - Difficultés survenues lors du dispositif de fiabilisation des comptes

Le Groupe hospitalier du Havre a fait acte de candidature pour la première vague des établissements entrant dans la démarche de certification pour l'année 2014. Les premières interventions régionales de l'Agence régionale de santé de Haute Normandie et la Direction Régionale des Finances Publiques ont eu lieu à compter de juin 2013. L'implication du comptable public dans la démarche est manifeste.

La chambre constate le travail de fiabilisation des comptes réalisé conjointement par l'ordonnateur et le comptable. Toutefois, l'accompagnement régional de la démarche par l'Agence régionale de santé et la Direction régionale des finances publiques n'est intervenu qu'à la mi-2013.

D - Conclusions et perspectives

1 - Bilan d'étape réalisé par l'établissement public de santé

Jusqu'à présent, le Groupe hospitalier du Havre n'a pas réalisé de bilan intermédiaire.

2 - Les coûts de l'audit

Le commissaire aux comptes devra certifier le groupe hospitalier dans son budget principal et ses budgets annexes. A la mi-2014, l'audit de certification n'a pas eu lieu et son coût définitif n'est pas chiffré.

3 - Le processus de sélection du Commissaire aux comptes

Le Groupe hospitalier a lancé une procédure d'appel d'offres en s'appuyant sur le modèle de cahier des charges national. La remise des offres a eu lieu le 28 avril 2014, l'audition des candidats était prévue pour le 4 juin 2014 et le résultat devait être présenté au conseil de surveillance du 26 juin 2014.

D'après la déclaration d'indépendance produite par l'un des candidats dans le cadre de l'appel d'offres relatif au mandat de commissaire aux comptes, ce candidat à travers l'un de ses dirigeants a réalisé des missions auprès du Groupe hospitalier du Havre

depuis 2007. Il est intervenu comme expert-comptable, lors de la mission d'appui menée par un conseiller général des établissements de santé, à la demande du Ministère de la santé suite à la dégradation rapide et importante de la situation financière. Le rapport produit dans le cadre de cette mission comprend une analyse financière détaillée avec un volet relatif à la fiabilisation des comptes ainsi qu'une analyse prospective. Il est aussi intervenu en 2008, 2009 et 2010 pour assister le Groupe hospitalier à élaborer ses documents financiers et divers conseils en comptabilité et finances pour des montants compris entre 10 000 € et 15 000 € par an.

De plus, en 2011, cet intervenant a répondu à une consultation lancée par le Groupe hospitalier selon la procédure adaptée prévue par le code des marchés publics. La publicité a été réalisée le 3 mai 2011 et la date limite de réception des offres avait été fixée au 17 mai 2011. Sur les 9 entreprises qui ont retiré le dossier de consultation des offres, seules deux entreprises ont déposé une offre dans le délai imparti. Le marché a été signé par l'ordonnateur le 1^{er} août 2011. Malgré un prix plus important, l'offre retenue l'a été au regard de la présence « *d'un intervenant unique au profil très expérimenté et d'une méthodologie précise répondant point par point aux problématiques exposées au cahier des charges et témoignant d'une véritable compréhension des attentes de l'établissement avec une pertinence certaine.* » Or, le fait que cet intervenant soit intervenu en 2007 comme expert-comptable lors de la mission des conseillers généraux et en 2008, 2009 et 2010 pour des conseils comptables et financiers, a pu contribuer à la précision de la méthodologie et à la compréhension des attentes de l'établissement même si en réponse, il est précisé que ces travaux n'avaient pas pour objet de préparer l'établissement à la certification de ses comptes.

Le règlement de la consultation relative à la mission de commissariat aux comptes dans le cadre de la certification des comptes du Groupe hospitalier du Havre précise que l'un des critères de jugement des offres porte sur l'adaptation de la méthodologie au contexte de l'établissement. Les éléments de contexte fournis par l'ordonnateur dans le cahier des clauses techniques particulières ne reprennent que très partiellement les travaux menés, depuis 2007, pour fiabiliser les comptes et préparer la démarche de certification. Une annexe détaillant ces travaux aurait probablement permis aux différents candidats de s'approprier le contexte de l'établissement. Cette annexe aurait également contribué à renforcer l'égalité de traitement entre les candidats à laquelle il convient de veiller dans ce type de procédure.

*

En conclusion de ce chapitre relatif à l'enquête sur la fiabilisation des comptes, la chambre constate que le Groupe hospitalier du Havre s'est engagé d'une manière volontariste dans cette démarche qui suppose une formalisation complète des procédures de contrôle et d'audit interne pour permettre au Commissaire aux comptes d'apprécier objectivement ce dispositif.

III - DIAGNOSTIC FINANCIER

A - De la fiabilité à la révision des comptes

La qualité et la fiabilité des comptes, comme l'amélioration des processus de contrôle interne, sont essentielles pour pouvoir s'assurer des perspectives financières des établissements publics de santé, à un moment où leur gestion est rendue plus contrainte.

1 - Le principe d'indépendance des exercices et de rattachement des charges et des produits

Le précédent rapport de la chambre régionale des comptes avait mis en évidence des reports de charges en matière de dépenses de personnel compris entre 4 M€ et 10 M€ jusqu'à l'exercice 2005. Les contrôles effectués sur la période 2008-2013 ont

mis en évidence la faiblesse des reports de charges à compter de l'exercice 2009. La chambre souligne les progrès réalisés depuis son précédent rapport.

Conformément à la réglementation, le Groupe hospitalier du Havre a recodé certains séjours afin de mieux valoriser son activité dans les deux exercices suivant les séjours concernés. Les recettes ainsi obtenues ont un impact non négligeable sur le résultat comme le montre le tableau 1 de l'annexe 4.

De même, sur les exercices 2012 et 2013, le montant des produits constatés d'avance a fortement progressé suite à un changement de norme comptable lié à la mise en place du fonds d'intervention régional comme l'illustre le tableau 2 de l'annexe 4.

La chambre constate que, bien que conforme au référentiel comptable, les changements de méthode et la récupération différée de recettes rendent difficile la comparaison des exercices budgétaires.

De plus, l'examen des comptes financiers fait aussi apparaître des montants fluctuants inscrits au compte 4152 et au compte 654 relatif à l'apurement comptable des créances irrécouvrables, avec une absence de financement des admissions en non-valeur en 2009 et 2012 (cf. tableau 3 de l'annexe 4).

En 2012, l'état des admissions en non-valeur ayant été présenté tardivement par le trésorier, l'ordonnateur n'a pas réalisé d'admission en non-valeur mais a provisionné le montant estimé. La reprise sur provision a été effectuée en 2013 avec l'admission effective.

Jusqu'en 2013, le Groupe hospitalier du Havre n'a pas constitué de provisions pour dépréciation des actifs circulants à hauteur des créances devant être admises en non-valeur. La provision constituée en 2013 à hauteur de 139 062 € a été évaluée à partir d'une analyse de risques d'irrécouvrabilité des titres. Cette méthode proposée par le comptable n'a pas pu être adaptée aux budgets annexes qui nécessitent une analyse dossier par dossier du risque. Aucune nouvelle provision n'a été constituée sur les budgets annexes en 2013 même s'il convient de noter qu'il existe une provision de 113 285,06 € constituée antérieurement.

*

Dans ces conditions, la chambre invite le Groupe hospitalier du Havre à généraliser l'analyse de risques d'irrécouvrabilité des créances aux budgets annexes.

2 - Les principes de sincérité et de régularité

Le précédent rapport de la chambre régionale des comptes avait souligné le manque de précision et d'exhaustivité de l'état de l'actif ainsi qu'un défaut de mise à jour manifeste avec la présence sur ce document d'équipements très anciens. Dans le cadre de la préparation de la certification des comptes, l'ordonnateur a corrigé son inventaire en 2012, et surtout en 2013, avec un impact à hauteur de 23,16 M€, soit plus de 6 % des immobilisations corporelles.

Ces rectifications de l'inventaire ont été réalisées en comparant les informations contenues dans les différentes bases informatiques et en mettant partiellement à jour l'inventaire physique. D'un point de vue comptable, les écritures de corrections d'erreur prévues à l'instruction comptable M21 ont été utilisées avec si besoin des échanges avec la Direction générale des finances publiques via le trésorier pour traiter les cas particuliers. Dans son rapport d'activité 2013, l'ordonnateur précise que ce travail sera poursuivi en 2014.

De même, les amortissements ont été revus et corrigés à hauteur de 23,14 M€ en 2013 d'après l'ordonnateur, soit 11 % du montant initial. La procédure suivie a été la même que pour les corrections d'erreur en matière d'immobilisation.

A compter de l'exercice 2013 dans le cadre de la préparation de la certification des comptes, le Groupe hospitalier a mis en œuvre l'amortissement *pro rata temporis*, ce qui a augmenté les amortissements à hauteur de 478 000 €.

*

La chambre constate donc un ajustement progressif de l'inventaire réalisé dans le cadre de la certification des comptes.

3 - Le principe de prudence et la constitution des provisions

a - La structure des provisions

La démarche de certification des comptes a modifié la structure des provisions du Groupe hospitalier comme le montre le tableau 4 de l'annexe 4. Cette modification de la structure des provisions a permis de financer le provisionnement des comptes épargne temps, sans peser sur le résultat de l'exercice.

Depuis l'arrêté du 15 mai 2008 modifiant l'instruction comptable M21, la constitution de dotations aux provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations (compte 142) provient exclusivement des dotations budgétaires attribuées au titre de l'aide à l'investissement dont bénéficient les établissements. La constitution de provisions au moyen des ressources propres de l'établissement est exclue.

La provision de 450 000 € constituée par l'établissement en vue de couvrir les surcoûts liés à la construction de la résidence « Les terrasses de Flaubert » a été reprise et portée au report à nouveau excédentaire du budget unité de soins de longue durée « sections soins » puisque cette provision n'était pas issue de crédits attribués par l'Agence régionale de santé pour l'aide à l'investissement.

L'ordonnateur précise dans son rapport d'activité 2013 que d'autres opérations de fiabilisation du compte 142 seront réalisées en 2014.

Jusqu'à la clôture 2013, le Groupe hospitalier du Havre étant son propre assureur provisionnait sur le compte 1518 autres provisions pour risques un montant de 125 192,78 €. Malgré son objet, cette provision ne figurait pas au compte 144 – provision pour propre assureur¹. A la clôture 2013, au motif qu'il n'était pas en mesure d'évaluer le risque, cette provision a été transférée sur le compte 1190.

L'expert-comptable conseillant le Groupe hospitalier estimait qu'à la clôture des comptes 2011, le sous-provisionnement des engagements liés au compte-épargne-temps médical représentait 4,055 M€. A la clôture 2012, dans le cadre de la démarche de certification des comptes, l'établissement a provisionné 1,461 M€ pour atteindre un taux de provisionnement estimé, par l'ordonnateur, à 57,75 % pour le personnel médical et à 53,17 % pour le personnel non médical.

Toujours dans le cadre de la fiabilisation des comptes, des provisions non comptabilisées au 143 ont été transférées sur ce compte par le biais du compte 119 afin de financer 1 5006,5 jours de compte épargne temps médical et 12 238,57 jours de compte épargne temps non médical. A la clôture 2013, la totalité des jours stockés par les personnels sur des comptes épargne temps ont donc été provisionnés, selon la valorisation prévue par le décret n° 2012-1366 du 6 décembre 2012.

¹ Il est vrai que selon l'instruction comptable M21: « ces provisions visent à couvrir des risques liés à l'activité hospitalière pour lesquels les établissements souhaitent en assurer directement la charge. L'article L. 1142-2 du code de la santé publique conditionne, pour les établissements publics de santé, le recours à ce dispositif en matière d'assurance responsabilité civile à une autorisation par arrêté du ministre chargé de la santé ». Seule l'Assistance publique – hôpitaux de Paris bénéficie d'un tel arrêté. Les autres établissements ne sont donc pas habilités à passer de telles provisions.

b - L'absence de provision pour un emprunt à risque

Dans son précédent rapport, la chambre régionale des comptes avait souligné les risques pris par le Groupe hospitalier en souscrivant des emprunts à risque et notamment un emprunt euro/franc suisse, souscrit pour un montant de 6,7 M€ auprès de Dexia en 2008, sur 30 ans.

Bien que le Groupe hospitalier l'ait envisagé dans son rapport d'activité 2013 et que le surcoût ait fait l'objet d'un chiffrage dans le cadre du suivi du plan de retour à l'équilibre avec l'Agence régionale de santé, aucune provision n'a été effectuée à la mi-2014. La phase structurée est activée depuis le 1^{er} octobre 2013. La première échéance avec un taux à 11,6 % est à payer en octobre 2014. Une augmentation de ce taux lié à l'évolution de la parité euro/franc suisse reste envisageable. La sortie définitive de cet emprunt est conditionnée au versement d'une indemnité de remboursement anticipée évaluée à 8,3 M€.

Une provision pour risques financiers liée à cet emprunt structuré pourrait être constituée sur la base du risque d'évolution du taux d'intérêt sur la période à venir conformément aux modifications récentes de l'instruction comptable M21. S'il n'est pas possible d'évaluer l'évolution de la charge d'intérêt dans les prochaines années, l'évolution potentielle du taux d'intérêt de l'emprunt structuré devrait être estimée annuellement lors de la construction de l'état provisionnel des recettes et des dépenses.

Or, la chambre constate que l'ordonnateur a intégré le surcoût d'intérêt dans son état prévisionnel des recettes et des dépenses 2014 sans pour autant provisionner le risque financier de cet emprunt pour les années futures.

c - Le cas particulier d'une provision pour litige

A la suite de plusieurs contentieux pour malfaçons et retards dans le cadre des marchés liés à la construction du pavillon femme mère enfant, plusieurs titres de recettes ont été émis à l'encontre de la société ISOTHERMA en 2008. Le principal titre d'un montant de 18 994 924,81 € correspond à des prestations qui ont été réalisées par un autre prestataire en raison de la défaillance de cette société pour un montant de 5,9 M€ HT et à 9,8 M€ de pénalités pour les 18 mois de retard pris par le chantier.

Cette société étant en liquidation judiciaire et un contentieux en contestation de créance étant toujours pendant devant le président du tribunal de commerce du Havre, le recouvrement même partiel de cette créance est donc très compromis. Il a donc été constitué une provision pour litige du même montant sur le compte 1511 en 2008.

Le protocole d'accord signé par l'ordonnateur avec les principales entreprises présentes sur ce chantier en 2012 n'a pas réglé ce contentieux. Il comprend l'extrait d'un avis d'expert qui semble contester l'imputation des 18 mois de retard à la société ISOTHERMA.

La chambre constate que ce contentieux n'a pas été réglé dans le cadre du protocole transactionnel intervenu en 2012 avec les entreprises du chantier pavillon mère, femme, enfant et invite l'ordonnateur à réévaluer ce montant en prenant en compte toutes les informations disponibles.

d - Les autres provisions

Afin de couvrir le risque de gros travaux, l'établissement a constitué une provision dont le montant, en 2012, était de 336 965 €. Selon l'instruction comptable M21, « pour être traitée comme provision pour gros entretien ou grandes révisions, la provision correspondante doit être destinée à couvrir des charges d'exploitation importantes ayant pour seul objet de vérifier le bon état de fonctionnement des installations et d'y apporter un entretien sans prolonger leur durée de vie au-delà de celle prévue initialement. Les

provisions pour gros entretien doivent être justifiées par un plan pluriannuel d'entretien. » Faute d'un plan pluriannuel d'entretien, cette provision a été constituée à tort et a été reversée sur le compte 1190 à la clôture de l'exercice 2013.

Les autres provisions pour charges (compte 158) sont passées de 3 284 046,31 € fin 2012 à 294 594,69 € fin 2013. Cet écart s'explique par des reprises justifiées comptablement de provisions correspondant à des crédits versés en une fois par l'Agence régionale de santé pour des programmes hors investissements mis en réserve par une provision et repris lors de la réalisation des actions prévues.

*

En conclusion, la chambre constate la régularité de ces écritures dont l'impact sur l'affectation des résultats a fait l'objet d'une approbation par le conseil de surveillance lors sa séance du 30 mai 2014.

4 - La sincérité et la fiabilité des prévisions

a - Les prévisions annuelles

Le rapprochement du compte de résultat prévisionnel du budget principal (CRPP) de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) et des comptes financiers permet d'apprécier la qualité des prévisions budgétaires de l'établissement :

Exercice	Prévision	Montant	Réalisation	Montant2	Ecart
2008	Dépenses	267 437 189 €	Dépenses	291 406 927 €	9,0%
	Recettes	242 542 848 €	Recettes	283 363 883 €	16,8%
2009	Dépenses	269 656 509 €	Dépenses	272 220 567 €	1,0%
	Recettes	260 039 213 €	Recettes	266 504 693 €	2,5%
2010	Dépenses	270 250 833 €	Dépenses	273 464 518 €	1,2%
	Recettes	262 099 051 €	Recettes	269 366 997 €	2,8%
2011	Dépenses	272 820 432 €	Dépenses	277 744 993 €	1,8%
	Recettes	264 898 552 €	Recettes	273 847 698 €	3,4%
2012	Dépenses	275 719 091 €	Dépenses	287 827 853 €	4,4%
	Recettes	270 817 729 €	Recettes	287 290 998 €	6,1%
2013	Dépenses	284 766 155 €	Dépenses	288 937 240 €	1,5%
	Recettes	279 248 333 €	Recettes	288 452 738 €	3,3%

Source : CRC à partir des comptes financiers.

On constate dans ce tableau la difficulté particulière de l'exercice 2008 dans un contexte de rejet de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses par l'autorité de tutelle, d'opération véridité sur les comptes et de contentieux avec la société ISOTHERMA.

La sous-estimation systématiquement plus importante des recettes s'explique à la fois par la non-intégration des crédits de tensions budgétaires versés par l'agence régionale de santé au moment des prévisions budgétaires et par la prise en compte des facteurs limitant les recettes (coefficient de transition, évolution des tarifs...). Les dépenses sont bien évaluées, sauf en 2012, du fait de l'intégration en cours d'année de secteurs de psychiatrie.

b - Les prévisions pluriannuelles

La comparaison des comptes de résultat prévisionnels inclus dans le plan de retour à l'équilibre adopté en décembre 2008 avec les comptes de résultat sur la période 2008-2013 montre des écarts supérieurs à 5 % à l'horizon de 5 ans entre le prévisionnel et le réalisé tant en dépenses qu'en recettes.

groupes	2008	2009	2010	2011	2012	2013
titre 1 charges relatives au personnel	- 2 059 290 €	- 2 132 859 €	5 318 719 €	7 407 601 €	6 666 467 €	13 122 496 €
titre 2 charges à caract. médical	29 602 €	2 131 445 €	2 749 503 €	3 423 140 €	5 354 891 €	6 190 633 €
titre 3 charges à caract. hôt. Et méd.	118 320 €	238 792 €	788 998 €	127 291 €	2 030 060 €	984 419 €
titre 4 amort. Prov.charges fin. Except.	4 612 322 €	3 385 524 €	4 116 376 €	1 718 039 €	3 366 956 €	2 445 072 €
TOTAL DES ECARTS	2 700 955 €	3 145 317 €	4 740 844 €	9 239 993 €	17 418 375 €	17 852 476 €
ECARTS EN % DES CHARGES REELLES	1,0%	1,2%	1,7%	3,3%	6,1%	6,2%
groupes	2008	2009	2010	2011	2012	2013
titre 1 produits de l'assurance maladie	12 857 233 €	14 763 613 €	8 659 269 €	1 875 062 €	7 170 711 €	1 510 814 €
titre 2 produits de l'activité hospitalière	624 257 €	77 797 €	658 381 €	1 278 533 €	1 320 268 €	2 790 458 €
titre 3 autres produits	301 006 €	234 131 €	2 336 503 €	225 411 €	7 206 552 €	14 973 094 €
TOTAL DES ECARTS	13 784 505 €	15 077 551 €	5 666 394 €	2 930 195 €	15 699 544 €	16 254 751 €
ECARTS EN % DES PRODUITS REELS	5,2%	5,7%	2,1%	1,1%	5,5%	5,6%

Source : CRC à partir du plan de retour à l'équilibre et des comptes financiers.

A posteriori, on peut expliquer les principaux écarts entre les prévisions et les réalisations par la sous-estimation de l'amélioration du codage et de l'activité en 2008 et 2009 au nom du principe de prudence, par des hypothèses partiellement vérifiées de suppression de postes et de croissance de l'activité d'obstétrique ainsi que par des changements de réglementation.

Document obligatoire soumis à la procédure budgétaire annuelle, le plan global de financement pluriannuel mesure la capacité de l'établissement à financer ses investissements tout en équilibrant les comptes dans le cadre d'une analyse financière prospective. Il repose sur des hypothèses d'évolution de dépenses et sur un plan pluriannuel d'investissement.

Or, le plan global de financement pluriannuel transmis par le Groupe hospitalier à l'agence régionale de Haute-Normandie en mai 2013 avec l'état prévisionnel des recettes et des dépenses repose sur des hypothèses peu réalistes sur les exercices 2013 à 2017 comme la baisse des dépenses de personnel ou la faible hausse des charges à caractère médical. L'ordonnateur justifie ces hypothèses principalement par l'impact comptable de la sortie du groupement de coopération sanitaire de médecine nucléaire. Il rappelle l'acceptation par l'Agence régionale de santé de ce document. La chambre souligne, toutefois, la fragilité de ces hypothèses.

Ce document met en évidence que même avec une hypothèse de stabilité des charges et des produits et en l'absence de crédits de tension budgétaire, le Groupe hospitalier doit continuer à emprunter tout en limitant ses investissements aux investissements courants.

Même si les prévisions budgétaires annuelles sont plutôt fiables la chambre estime que les prévisions pluriannuelles mériteraient d'être affinées en fiabilisant les hypothèses retenues.

*

En conclusion de cette sous partie consacrée à la fiabilisation des comptes, la chambre constate une amélioration globale de la fiabilité des comptes dans le cadre de la préparation de la certification et invite l'ordonnateur à poursuivre la démarche de révision des comptes.

B - Analyse financière rétrospective

1 - La formation du résultat

a - Sur les recettes

Après neutralisation de la provision ISOTHERMA sur l'exercice 2008, il apparaît que le quasi retour à l'équilibre comptable sur la période 2008-2013 a été réalisé par une maîtrise des dépenses et une progression un peu plus rapide des recettes :

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2008-2013
Dépenses	272 412 002 €	272 220 567 €	273 464 518 €	277 744 993 €	287 827 853 €	288 937 240 €	6,07%
Recettes	264 368 958 €	266 504 693 €	269 366 997 €	273 847 698 €	287 290 998 €	288 452 738 €	9,11%
RESULTAT	- 8 043 044 €	- 5 715 875 €	- 4 097 521 €	- 3 897 295 €	- 536 856 €	- 484 501 €	

Source : CRC à partir des comptes financiers.

Le tableau infra met en évidence que la progression des recettes du Groupe hospitalier du Havre sur la période 2008-2013 n'est pas régulière avec une augmentation des recettes marquée en 2009 et 2012 :

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2008-2012	2008-2013
Produits assurance maladie	215 148 265 €	218 965 520 €	222 878 176 €	223 324 969 €	229 140 618 €	221 499 093 €	6,5%	3,0%
Autres produits activité	19 487 966 €	19 191 506 €	18 455 328 €	20 392 242 €	20 433 977 €	21 904 167 €	4,9%	12,4%
Autres produits	29 732 726 €	28 347 666 €	28 033 494 €	30 130 487 €	37 716 402 €	45 049 478 €	26,9%	51,5%
TOTAL	264 368 958 €	266 504 693 €	269 366 997 €	273 847 698 €	287 290 998 €	288 452 738 €	8,7%	9,1%

Source : CRC à partir des comptes financiers

Les produits versés par l'Assurance maladie ont augmenté de 6,3 M€ entre 2008 et 2013 :

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2008-2013
Activité	128 216 412 €	125 279 805 €	127 064 353 €	123 987 392 €	128 301 224 €	126 461 314 €	- 1 755 098 €
Forfait, DAF, MIGAC	80 194 263 €	85 619 420 €	87 629 599 €	91 144 671 €	91 645 145 €	84 990 737 €	4 796 474 €
Molécules,DMI	6 737 590 €	8 066 295 €	8 184 224 €	8 192 906 €	9 194 449 €	10 047 042 €	3 309 452 €
Produits versés par l'Assurance Maladie	215 148 265 €	218 965 520 €	222 878 176 €	223 324 969 €	229 140 818 €	221 499 093 €	6 350 828 €

Source : rapport d'activité 2012 et 2013

Sur ce total, les produits liés à l'activité ont baissé de 1,8 M€, soit 1,5 %. Il faut cependant prendre en compte les pertes de recettes à périmètre constant liées à la suppression du coefficient de transition (perte de 6,4 M€ de recettes), au transfert des tarifs vers les missions d'intérêt général du financement de la précarité et de la permanence des soins (transfert de 4 M€), à la baisse des tarifs en 2013 (perte d'un million d'euros) et à la circulaire frontière (- 2 M€). L'optimisation du codage a permis de compenser une partie de ces changements de périmètre.

Ces changements de périmètre et de tarifs expliquent qu'une progression de l'activité de 8,3 % de 2009 à 2013 ne s'est traduite que par une hausse des recettes d'activité de 2,9 % sur la même période.

Les recettes de l'activité facturée aux mutuelles et aux usagers ont progressé de 12,4 % sur la période avec une augmentation de 7,2 % en 2013 due essentiellement à une baisse du taux de prise en charge de l'assurance maladie.

	2008	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%	2008-2013
titre 2 produits de l'activité hospitalière	19 487 966 €	19 191 506 €	-1,5%	18 455 328 €	-3,8%	20 392 242 €	10,5%	20 433 977 €	0,2%	21 904 167 €	7,2%	12,4%

Les autres produits, hors le titre sur ISOTHERMA, ont varié de 1,3 % de 2008 à 2011. Ils ont en revanche progressé de 51,5 % de 2011 à 2013 en passant de 30,1 M€ à 45 M€ :

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2008-2011 en %	2011-2013 en %
Titre III Autres produits	29 732 726 €	28 347 666 €	28 033 494 €	30 130 487 €	37 716 402 €	45 049 478 €	1,3%	51,5%

Source : CRC à partir des comptes financiers

Les variations les plus importantes des autres produits concernent la modification du plan comptable instaurée par la loi de financement de la sécurité sociale de 2012 qui a transféré des crédits destinés au financement des missions d'intérêt général des recettes

versées par l'assurance maladie aux autres recettes avec la mise en place du fonds d'intervention régionale. Ce fonds représente fin 2013 un montant de 10,7 M€.

En conclusion, la progression de 22 M€ de recettes depuis 2008 concerne principalement la dotation annuelle de financement en psychiatrie (gain de 7 M€), le financement des missions d'intérêt général (permanence des soins, précarité, centre dentaire, détenus avec une progression de 8 M€) et le financement des molécules onéreuses et des dispositifs médicaux implantables (+ 3 M€). L'augmentation de l'activité et l'amélioration du codage de 2008 à 2012 ont permis de maintenir les recettes d'activité malgré la perte du coefficient de transition. En 2013, la progression des recettes à la charge des patients et des mutuelles a compensé la baisse des recettes d'activité facturées à l'assurance maladie. La baisse de 2 M€ de crédits de tensions budgétaires (passage de 6,5 M€ en 2008 à 4,5 M€ en 2013) a, pour sa part, été compensée par le niveau élevé des produits exceptionnels en 2012 (+ 2 M€ par rapport à 2011 et 2013) et des reprises sur provision en 2013 (+ 2,2 M€ par rapport à 2012).

b - Sur les dépenses

Les dépenses ont progressé de 6,1 % sur la période 2008-2013 :

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2008-2012	2008-2013
Personnel	190 672 144 €	188 198 575 €	192 346 685 €	193 776 474 €	194 043 254 €	201 554 533 €	1,8%	5,7%
Médical	30 064 165 €	32 376 282 €	32 994 340 €	33 667 977 €	35 599 728 €	36 435 471 €	18,4%	21,2%
hôtelier et général	25 020 252 €	24 633 140 €	25 660 930 €	24 999 223 €	26 901 992 €	25 856 351 €	7,5%	3,3%
financier et exceptionnel	26 655 440 €	27 012 571 €	22 462 563 €	25 301 319 €	31 282 878 €	25 090 885 €	17,4%	-5,9%
TOTAL	272 412 002 €	272 220 567 €	273 464 518 €	277 744 993 €	287 827 853 €	288 937 240 €	5,7%	6,1%

Cette maîtrise des dépenses est liée à la stabilité des dépenses de personnel jusqu'en 2012. La baisse des dépenses de personnel en 2009 provient des mesures du plan de retour à l'équilibre mises en œuvre et notamment l'impact des indemnités de départ volontaire (- 70 équivalents temps plein en 2009). En 2010, les retards pris dans les réorganisations ont favorisé une progression des dépenses de personnel de 4 M€. En 2011 et 2012, cette maîtrise est la conséquence de la renégociation du protocole 35 heures et des réorganisations (suppression de 44 postes en 2011 et de 15 postes en 2012).

En 2013, la progression des dépenses de personnel de 5,6 M€ est la conséquence du rattachement de deux secteurs de psychiatrie pour 2,8 M€, ce qui correspond aux 50 postes créés en 2013. L'augmentation des dépenses de cotisation retraite se chiffre à 1,2 M€. Le financement des comptes épargne temps a généré une charge de 0,8 M€. Cependant, comme le souligne l'ordonnateur dans son rapport d'activité, les mesures mises en œuvre dans le cadre de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses n'ont pas eu l'impact prévu.

Les dépenses de personnel médical hors paiement des jours de réduction du temps de travail sur la période 2008-2013 ont progressé de 10,7 % :

2008	2009	2010	2011	2012	2013
34 544 000€ RTT : 1 783 444€	34 860 278€	35 993 927€	37 324 005€	37 204 934€	38 237 118€ CET : 850 454€

Sur la même période, la progression des effectifs médicaux a été de 5,5 % alors qu'elle était de 18 % sur la période 2002-2008 :

2002	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
213,40	233,18	256,42	252,10	252,75	258,40	260,85	262,08	266,83

La hausse du coût unitaire liée à des changements de statut et aux augmentations de charges sociales explique l'autre moitié de la progression des dépenses de personnel médical.

Les dépenses à caractère médical ont progressé de 21 % sur la période 2008-2013. Cette progression en valeur absolue et en part relative des dépenses est comparable à celle des établissements de même catégorie. Cette augmentation s'explique par le rôle de référent du Groupe hospitalier sur son territoire : elle est pour moitié liée à la forte hausse des dépenses relatives aux molécules onéreuses et dispositifs médicaux implantables.

Les dépenses hôtelières et générales ont été très stables sur la période 2008-2013 conformément aux objectifs affichés dans le plan de retour à l'équilibre. Ce résultat a été obtenu notamment en développant le recours aux groupements d'achats et en mettant en œuvre une politique de développement durable. A titre d'exemple, le développement du tri sélectif des déchets s'est traduit par une économie de 122 417 €, soit 16 % des dépenses de 2010 à 2012. Une économie de 128 615 € (7 % du budget concerné) a été obtenue en matière d'assurances, à la fois par le recours à un groupement d'achat pour le parc automobile et par la mise en œuvre de bonnes pratiques dans les services de soins, sous l'impulsion de la direction de la Qualité, afin de réduire de le coût de l'assurance en responsabilité civile du Groupe hospitalier.

Les charges financières et exceptionnelles connaissent de fortes variations sur la période 2008-2013 :

	2008	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%
charges financières et exceptionnelles	26 655 440 €	27 012 571 €	1,3%	22 462 563 €	-16,8%	25 301 319 €	12,6%	31 282 878 €	23,6%	25 090 885 €	-19,8%

Source : CRC à partir des comptes financiers.

Les charges financières et les dotations aux amortissements ont connu une forte progression liée à la montée en charge du financement du pavillon mère, femme, enfant :

Année	charges financières	Année	Amortissements
2007	3 569 108 €	2007	10 498 780 €
2008	4 796 212 €	2008	10 969 232 €
2009	4 583 691 €	2009	11 367 248 €
2010	4 903 826 €	2010	14 986 920 €
2011	5 097 238 €	2011	16 474 749 €
2012	5 124 795 €	2012	16 782 919 €
2013	5 123 412 €	2013	16 638 236 €

Source : CRC à partir des rapports d'activité

On peut noter le décalage entre l'augmentation des charges financières et celle des amortissements qui résulte d'une mobilisation des emprunts selon le calendrier initial du chantier alors que les intégrations ont subi les retards du chantier pavillon mère, femme, enfant.

Ce sont les variations des charges exceptionnelles qui expliquent la variabilité des charges financières et exceptionnelles.²

*

² En 2010, leur forte baisse a pour origine le fait que les crédits versés par l'Agence régionale de santé pour financer les surcoûts du pavillon mère, femme, enfant (5,8 M€) ne sont plus provisionnés par le Groupe hospitalier mais financent directement les charges financières et les amortissements du bâtiment. En 2011, outre la hausse des dotations aux amortissements, la croissance des dépenses exceptionnelles provient de la mise en provision de crédits versés par l'agence régionale de santé pour financer certains projets (centre dentaire, dossier patient informatisé...). En 2012, les charges exceptionnelles portent sur le règlement du contentieux lié au pavillon femme, mère, enfant (sauf le contentieux avec la société ISOTHERMA) dans le cadre d'un protocole d'accord pour 3 M€. Le rachat, avec un financement de la communauté d'agglomération du Havre, des parkings du site principal de Monod construits dans le cadre d'une délégation de service public a contribué à ces charges exceptionnelles à hauteur de 600 000 €. En 2013, les charges exceptionnelles baissent de 3,4 M€ (essentiellement les parkings et le protocole d'accord) tandis que les provisions baissent de 1,2 M€ dans le cadre de la révision des comptes liée à la certification.

En conclusion, la chambre constate que la maîtrise des dépenses de personnel sur la période 2008-2012 n'a pas été confirmée en 2013.

2 - Le résultat et l'analyse des soldes intermédiaires de gestion

Le résultat consolidé est présenté par budget dans le tableau ci-dessous :

BUDGET	2008	2009	2010	2011	2012	2013
budget H principal	- 8 043 044 €	- 5 715 875 €	- 4 097 521 €	- 3 897 295 €	- 536 856 €	- 484 501 €
A DNA						
E1 EHPAD USLD (USLD à compter de 2009)		450 072 €	653 992 €	481 205 €	416 125 €	- 1 165 610 €
E2 EHPAD Maison de Retraite	- 179 637 €	- 234 770 €	- 414 425 €	- 179 453 €	323 577 €	16 916 €
P1 Centre activité médico social PR	75 444 €	52 768 €	34 107 €	81 442 €	40 427 €	2 932 €
P2 SAMSAH CHG DU HAVRE	2 036 €	4 660 €	39 916 €	9 097 €	- €	
P3 lutte contre l'alcoologie	30 259 €					
C0 IFSI	- 61 589 €	146 147 €	123 904 €	97 209 €	66 265 €	112 319 €
résultats cumulés	- 8 176 530 €	- 5 296 999 €	- 3 660 028 €	- 3 407 795 €	309 538 €	- 1 517 944 €

Source : CRC à partir des comptes financiers

Le résultat comptable du budget principal connaît sur la période 2008-2013 une nette amélioration. La dégradation en 2013 du résultat de l'unité de soins de longue durée s'explique par la comptabilisation d'une charge exceptionnelle de 1 191 575 € liée aux amortissements restant de la résidence Calmette remplacée en 2013 par les Terrasses de Flaubert.

Le tableau joint en annexe 3 reprend les soldes intermédiaires de gestion tels qu'ils sont décrits dans le rapport annuel du comptable et en retraitant la créance ISOTHERMA.

L'amélioration de la valeur ajoutée sur la période 2008-2012 ne s'est pas confirmée en 2013 du fait de la baisse des recettes versées par l'assurance maladie en partie due au transfert de 8 M€ de crédits missions d'intérêt général vers le fonds d'intervention régionale comptabilisé en subvention. L'excédent brut d'exploitation a connu la même évolution avec une dégradation d'autant plus forte, en 2013, que les dépenses de personnel ont fortement augmenté. L'évolution de la marge brute est comparable même si la dégradation en 2013 est moindre du fait de la baisse des charges de gestion courante.

Le résultat d'exploitation s'est amélioré en 2009 du fait d'une baisse des charges de personnel avant de se dégrader en 2010 (hausse de 5 M€ des charges de personnel et de 2 M€ des dotations aux amortissements) et en 2011 (hausse de 2 M€ des dotations aux amortissements). Il s'est fortement amélioré en 2012 du fait de la hausse des recettes d'activité avant de dégrader en 2013. Il ne permet pas de couvrir les charges financières croissantes sur la période même si l'activité en 2012 et les reprises sur provision en 2013 ont limité le déficit du résultat courant.

Pour appréhender le résultat structurel, il convient de retraiter le résultat comptable en fiabilisant le résultat de chaque exercice (corrections portant sur les provisions et sur les recettes encaissées avec retard) et en éliminant les crédits perçus à titre exceptionnel et n'ayant pas une contrepartie dans l'exercice ou le futur (crédits de tensions budgétaires, effet du coefficient de transition).

Après retraitement, il apparaît dans le tableau joint en annexe 5 que l'amélioration du résultat comptable est amplifiée sur le résultat structurel dont le déficit passe de 23,5 M€ en 2008 à 5 M€ en 2013 (soit 1,7 % des produits). Cette baisse est plus nette que celle du résultat comptable du fait d'une meilleure fiabilisation des comptes, de la suppression du coefficient de transition et de la baisse des aides de tensions budgétaires, comme le souligne l'Agence régionale de santé dans son courrier en réponse.

En conclusion, la chambre constate l'amélioration de la situation financière même si le retour à l'équilibre prévu en 2012 n'a pas été atteint et que le résultat d'exploitation s'est dégradé à nouveau en 2013. Les crédits versés par l'Agence régionale de santé au titre des tensions budgétaires représentent encore 1,5 % des recettes, ce qui montre l'importance des efforts structurels restant à réaliser.

Le Groupe hospitalier du Havre devrait signer avant la fin de l'année 2014 un nouveau contrat de retour à l'équilibre ayant pour objectif l'équilibre des comptes en 2018.

3 - L'analyse bilancielle

Après retraitement de la créance ISOTHERMA, l'analyse de la structure financière sur la période 2008-2013 s'effectue à partir du tableau joint en annexe 6.

Le fonds de roulement net global qui avait fortement baissé en 2009, s'est amélioré depuis 2011 pour se rapprocher des 20 M€ en 2013. Au sein du fonds de roulement net global, on note que sur un total de 207,2 M€ de ressources stables, les emprunts représentent 66 %, les subventions et provisions 23 % et les capitaux propres seulement 10,9 %. Le cumul de résultats déficitaires pèse lourdement sur la structure financière malgré le quasi retour à l'équilibre comptable.

On constate donc que l'établissement présente une structure financière dégradée avec un endettement élevé et peu de capitaux propres.

L'analyse des équilibres bilanciers s'effectue à partir du tableau ci-dessous :

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Fonds de roulement investissement	19 089 437 €	368 565 €	2 335 264 €	7 670 084 €	10 097 394 €	17 219 396 €
Fonds de roulement exploitation	13 196 091 €	13 546 111 €	8 718 120 €	6 221 313 €	6 713 227 €	2 576 434 €
Fonds de roulement net global	32 285 528 €	13 914 676 €	11 053 384 €	13 891 397 €	16 810 621 €	19 795 830 €
Besoin en fonds de roulement	8 986 661 €	15 314 124 €	20 346 852 €	23 803 471 €	19 543 813 €	18 114 205 €
Trésorerie	23 298 867 €	- 1 399 448 €	- 9 293 468 €	- 9 912 074 €	- 2 733 192 €	1 681 625 €

Source : CRC à partir des comptes financiers

En 2008, la situation peut sembler saine avec un fonds de roulement net global très supérieur au besoin de fonds de roulement et une trésorerie largement positive. En fait, cette situation traduit surtout une mobilisation des emprunts pour financer le pavillon mère femme enfant très en amont des charges liées à la réception de ce bâtiment.

De 2009 à 2011, les équilibres financiers se dégradent rapidement. Le fonds de roulement net global se détériore, dès 2009, avec un fonds de roulement d'investissement qui se dégrade fortement : il ne permet plus de financer le besoin en fonds de roulement et la trésorerie se dégrade en conséquence.

En 2012, le fonds de roulement d'investissement progresse tandis que le besoin en fonds de roulement diminue : la situation s'améliore nettement. La structure financière redevient en apparence saine en 2013 avec une trésorerie à nouveau positive. En 2013, les grandeurs bilanciennes sont surtout impactées par les 8 M€ de subventions d'investissement liées à l'ouverture des terrasses de Flaubert qui ont contribué au rétablissement du fonds de roulement d'investissement et de la trésorerie. La moindre utilisation de la ligne de trésorerie qui en résulte a permis d'économiser 70 000 € de frais financiers. On note aussi une forte dégradation du fonds de roulement d'exploitation liée aux corrections d'écriture comptable qui ont diminué les provisions.

*

En conclusion, la chambre constate que le cumul de résultats déficitaires et l'intégration du pavillon mère, femme, enfant ont contribué à la dégradation des équilibres bilanciers de 2008 à 2011 et nécessité le recours à une ligne de trésorerie puis à des aides de trésorerie. L'amélioration constatée en 2012 n'est pas pleinement confirmée en 2013.

C - Le financement des investissements fortement contraint par le poids de la dette

1 - La capacité d'autofinancement, le tableau de financement et les indicateurs d'investissement

a - La capacité d'autofinancement

Le tableau permettant de suivre l'évolution de la capacité d'autofinancement sur la période 2008-2013 figure en annexe 6.

En l'absence de retraitement des données, la capacité d'autofinancement apparaît très élevée en 2008 couvrant très largement le remboursement des emprunts et la majeure partie des investissements pourtant élevés en 2008, à plus de 27 M€. La mobilisation des emprunts au-delà du besoin de financement des investissements se traduit par un apport au fonds de roulement supérieur à 18 M€.

La capacité d'autofinancement a fortement chuté dès 2009 au point de ne plus pouvoir couvrir le remboursement de la dette en 2010. La faiblesse de la capacité d'autofinancement nette aboutit à un besoin de financement des investissements qui demeure supérieur à 10 M€ malgré une baisse de 50 % des investissements à partir de 2010. Ce besoin de financement s'est traduit par une poursuite de l'endettement avec une mobilisation annuelle d'emprunts nouveaux supérieure à 12 M€ de 2009 à 2012. En 2013, le plus faible recours à l'emprunt résulte partiellement du niveau élevé des subventions.

Dans son analyse effectuée sur la période 2007 à 2011, le cabinet d'expert-comptable ayant accompagné le Groupe hospitalier dans la démarche de certification, a étudié la capacité d'autofinancement après retraitement des comptes de résultat (cf. annexe 7).

Ces retraitements montraient que la performance de gestion qui se mesure au travers du niveau de marge brute et du niveau de capacité d'autofinancement apparaissait très insuffisante avec une marge brute retraitée de 2,1 % fin 2011 (contre une cible à 8 %, soit un écart de 15 M€), une capacité d'autofinancement retraitée à 1 % (écart de 15 M€ pour une cible à 6 %) et un déficit à 4 % des recettes après retraitement (cf. tableau 2 de l'annexe 5), soit un niveau supérieur au seuil d'alerte prévu par le code de la santé publique.

En 2012, la progression des produits bruts d'exploitation à hauteur de 6,8 M€ et des subventions d'exploitation complémentaires (+ 2,8 M€) accompagnée de la maîtrise des charges de personnel (+ un million d'euros) ont permis une progression de l'excédent brut d'exploitation de 6,7 M€.

Le rapport d'activité 2013 présente les résultats du Groupe hospitalier au travers des indicateurs de gestion retraités uniquement des crédits de tensions budgétaires :

Indicateurs	2010	2011	2012	2013
Marge brute consolidée	5,80%	6,50%	8%	6,40%
Marge brute retraitée	3,60%	4,70%	6,50%	5,00%
CAF	3,80%	4,60%	5,80%	4,70%
CAF retraitée	1,80%	2,80%	4,20%	3,30%

Cette méthode qui a le mérite de la constance survalorise les résultats des exercices 2010 et 2011 comme l'a montré l'expert-comptable. En revanche, sur les exercices 2012 et 2013, les écarts ne sont que de 701 856 € en 2012 et 74 473 € en 2013 (cf. tableau 1 de l'annexe 5) suite aux corrections d'écriture comptable opérées par l'ordonnateur. Ce tableau permet de constater que l'amélioration des indicateurs de gestion en 2012 ne s'est pas poursuivie en 2013 avec une baisse de la marge brute, conséquence

d'une progression des charges de 2,57 % alors que les produits n'ont augmenté que de 0,85 % en partie du fait d'un changement de méthode de comptabilisation des crédits alloués par l'agence régionale de santé en fin d'année. La capacité d'autofinancement subit la même baisse que la marge brute.

La chambre constate qu'à la clôture 2013, l'effort de redressement que l'expert-comptable estimait entre 13 M€ et 15 M€ fin 2011, est de l'ordre de 7 M€ fin 2013, soit environ 2,5 % des recettes.

b - Le tableau de financement³

Le Groupe hospitalier du Havre a investi plus de 120 M€ dans des immobilisations sur la période 2008-2013 correspondant principalement à l'intégration dans le patrimoine du pavillon mère femme enfant et à la restructuration du secteur personnes âgées. Ces investissements n'ont été financés que très partiellement par la capacité d'autofinancement nette dégagée par l'établissement. La mobilisation de nouveaux emprunts qui ont augmenté le niveau de l'endettement jusqu'à l'exercice 2012 a été indispensable pour assumer ces investissements décidés avant la période sous contrôle. Les cessions d'immobilisation n'ont eu un impact qu'en 2011 et les subventions ont joué un rôle important en 2013 avec le financement à hauteur de 8 M€ des Terrasses de Flaubert.

Sur la période 2008-2011, les apports et les prélèvements sur fonds de roulement s'équilibrent. En 2012, l'apport au fonds de roulement est principalement alimenté par l'emprunt. En 2013, ce sont les subventions qui permettent de le renforcer.

La chambre constate que la capacité d'autofinancement est largement absorbée par le remboursement des dettes financières sur la période contrôlée, ce qui oblige à recourir à l'emprunt ou à des subventions pour financer des investissements pourtant en forte réduction depuis 2010.

c - Les indicateurs de vétusté

On constate que malgré l'intégration du pavillon mère, femme, enfant dans le patrimoine qui a fait chuter le taux de vétusté⁴ des bâtiments de près de 20 %, le taux de vétusté en 2012 est comparable à celui du 8^{ème} décile des établissements de même typologie selon la base hospidiag.

Le taux de vétusté des équipements est aussi proche du 8^{ème} décile des établissements de la même catégorie : l'impact des équipements du pavillon mère, femme, enfant a été compensé par le ralentissement des investissements biomédicaux en 2011 et 2012.

Dans le cadre de la démarche de certification des comptes, l'ordonnateur a précisé que la mise à jour de l'inventaire est en cours. Le retrait des immobilisations anciennes de l'inventaire devrait faire baisser le taux de vétusté des équipements. En ce qui concerne les bâtiments, ce sont les opérations envisagées sur le patrimoine (revente d'une partie du site de Flaubert) qui devraient avoir un impact important dans les prochaines années.

*

La chambre recommande la poursuite de la mise à jour de l'inventaire et constate que le niveau d'investissement du Groupe hospitalier est comparable à celui des établissements de même typologie.

³ Il est présenté en annexe 5 (tableau 3).

⁴ Le taux de vétusté des immobilisations est obtenu en divisant les amortissements cumulés par les valeurs brutes de l'actif comptable.

2 - Le poids de la dette et ses risques associés

a - Le niveau élevé de l'endettement

Le précédent rapport de la chambre régionale des comptes avait montré la montée rapide de l'endettement passé de 60 M€ à 113,5 M€ de 2004 à 2007 du fait des investissements réalisés sur le site de Monod.

En 2010, avec l'impact du pavillon mère, femme, enfant, l'expert-comptable conseillant le Groupe hospitalier constatait que la capacité d'autofinancement non retraitée ne permettait pas de financer le remboursement des emprunts. En 2011, si en apparence ce minimum était atteint, la capacité d'autofinancement retraitée par l'expert-comptable mettait en évidence une insuffisance de financement de 8 M€.

Le tableau ci-dessous montre une stabilisation de l'endettement en 2011 et 2012 et une baisse en 2013.

	au 31/12/2007	Au 31/12/2008	Au 31/12/2009	Au 31/12/2010	Au 31/12/2011	Au 31/12/2012	Au 31/12/2013
Montant	114 677 537 €	131 932 926 €	134 465 926 €	136 980 758 €	137 959 834 €	138 872 825 €	135 466 339 €
Taux moyen	3,88%	3,66%	3,80%	3,70%	3,86%	3,77%	4,39%
Durée résiduelle moyenne	21 ans	21 ans	21 ans	19 ans	19 ans	19 ans	19 ans
Durée de vie moyenne	10 ans et 4 mois	10 ans et trois mois	10 ans et trois mois	9 ans et 11 mois	9 ans et 8 mois	9 ans et 7 mois	9 ans et 8 mois

Source : CRC à partir des rapports d'activité

La comparaison des ratios du Groupe hospitalier du Havre avec les données publiées dans la récente communication de la Cour des comptes au Parlement sur l'endettement des établissements de santé dans le tableau ci-dessous montre que les ratios d'endettement de l'établissement sont plus élevés que les ratios nationaux tant en 2007 qu'en 2012 :

	2007		2012	
	Etablissement de santé	Le Havre	Etablissement de santé	Le Havre
Dépendance financière	40%	61,6%	50%	62%
Taux d'endettement	27%	38%	39%	45%
Durée apparente de la dette	3,4	20	7,1	9,7
charges d'intérêt/ charges exploitation	1%	1,26%	1,40%	1,72%
service de la dette/produits exploitation	3,70%	12,31%	4,70%	5,90%

Source : CRC à partir de la communication de la Cour des comptes et des rapports du comptable

La Cour des comptes estime que les données nationales montrent un « emballement de la dette hospitalière, un ralentissement récent⁵. » Elle lie cette situation à la politique de relance de l'investissement hospitalier essentiellement par l'endettement portée par les plans hôpital 2007 et 2012. Cette analyse peut être appliquée au Groupe hospitalier du Havre.

La chambre constate le niveau élevé de l'endettement du Groupe hospitalier et recommande de poursuivre la réduction de son endettement commencée en 2013.

D'après l'ordonnateur, la capacité de remboursement des emprunts (capital remboursé sur l'exercice / amortissements consolidés de l'exercice) est passée de 95,1 % en 2008 à 62,6 % en 2013 traduisant une diminution de la part de la dotation aux amortissements consacrée au remboursement de la dette. L'endettement qui a commencé à décroître en 2013 pourrait poursuivre sa décroissance dans les prochaines années passant de 135,7 M€ en 2013 à 110 M€ en 2018 selon les prévisions de l'ordonnateur dans le cadre de son plan global de financement pluriannuel 2015-2018.

⁵ La dette des établissements publics de santé, Cour des comptes, communication à la commission des affaires sociales et à la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de l'Assemblée nationale, avril 2014.

b - Des difficultés à financer les investissements courants

La situation de l'endettement a obligé l'ordonnateur du Groupe hospitalier du Havre à réduire fortement les investissements, la chambre régionale des comptes ayant préconisé une évaluation préalable à chaque investissement dans son précédent rapport.

Cette réduction du montant annuel des investissements a notamment abouti à une baisse des investissements courants de 11,3 M€ à 1,9 M€ en 2012. Ce niveau est inférieur aux investissements courants incompressibles du fait d'une marge brute non aidée trop faible⁶.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Investissements courants	11 301 445 €	4 622 872 €	6 240 936 €	3 742 752 €	1 907 795 €	3 089 591 €
Total	27 669 724 €	33 845 981 €	16 748 509 €	15 608 215 €	16 800 803 €	16 105 751 €

Source : CRC à partir des rapports d'activité 2012 et 2013

Dans son rapport sur le compte financier 2013, le trésorier évalue le coefficient d'autofinancement courant (charges réelles d'exploitation augmentées du remboursement de la dette en capital/produits réels d'exploitation) à 99 %, ce qui confirme la faible capacité de l'établissement à assurer l'autofinancement de ses investissements.

c - Les risques associés à cette dette

Dans son précédent rapport, la chambre avait alerté le Groupe hospitalier du Havre sur les risques portés par une partie de ses emprunts.

La classification des emprunts du Groupe hospitalier du Havre selon la charte Gissler donne les résultats présentés en annexe 8.

Le Groupe hospitalier du Havre est plus exposé aux risques que les établissements de sa catégorie avec 18 % de produits risqués contre 8 % parmi les centres hospitaliers ayant un budget supérieur à 70 M€ (source : observatoire de la dette publié par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation).

IV - PERFORMANCE DES ORGANISATIONS ET DE LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

A - Une gouvernance modernisée avec un début de délégation de gestion

1 - La gouvernance médico-administrative de l'hôpital a porté le plan de retour à l'équilibre

Dans son rapport d'observations définitives adopté le 23 février 2010, la chambre régionale des comptes a souligné la nécessité d'améliorer la gouvernance du groupe hospitalier havrais, d'affiner le pilotage de l'activité et d'impliquer davantage les pôles et le

⁶ Dans sa communication au Parlement, la Cour des comptes estime que l'endettement peut être considéré comme critique lorsque la différence entre la marge brute, défalquée des aides financières (marge brute non aidée) et le service de la dette ne permet pas de financer ses investissements courants. Les investissements courants incompressibles représentent en moyenne 3 % des produits d'exploitation, soit 6,9 M€ en 2012 et 6,6 M€ en 2013. La marge brute non aidée du Groupe hospitalier du Havre ne permet pas de financer les investissements courants comme le montre le tableau ci-dessous :

	2012	2013
marge brute	24 950 000 €	19 571 000 €
service de la dette	17 206 000 €	16 659 000 €
Tensions budgétaires	5 000 000 €	4 500 000 €
Solde	2 744 000 €	- 1 588 000 €

Source : CRC à partir du rapport du comptable.

corps médical dans la gestion pour réaliser les marges de productivité à la fois attendues et indispensables.

Le plan de retour à l'équilibre adopté le 8 décembre 2008 a prévu un dispositif managérial interne et un suivi par la tutelle autour de 4 axes : un management stratégique resserré comprenant la mise en place d'un nouvel organigramme de direction et d'un comité stratégique, un conseil exécutif dynamisé et responsabilisé dans la conduite du plan de retour à l'équilibre, des plans d'action par pôle et un suivi étroit par l'agence régionale de l'hospitalisation au travers d'un comité de suivi technique préparant les travaux du comité stratégique présidé par le directeur général de l'agence régionale de l'hospitalisation.

La loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires promulguée le 21 juillet 2009 a renforcé ce dispositif managérial avec le remplacement du conseil exécutif par un directoire chargé du management stratégique, le développement du rôle des chefs de pôle dans le management opérationnel et le remplacement des agences régionales de l'hospitalisation par des agences régionales de santé dotées de moyens renforcés pour suivre les établissements.

La lecture des comptes rendus du conseil exécutif, du directoire, des instances (conseil de surveillance, commission médicale d'établissement, comité technique d'établissement) et des comités techniques et stratégiques de suivi avec l'agence régionale de santé, confirme que le plan de retour à l'équilibre a été porté de 2008 à 2013 par le dispositif de gouvernance décrit par le plan de retour à l'équilibre et les dispositions de la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires.

En 2008 et en 2009, ce changement de gouvernance s'est avéré d'autant plus efficace qu'une forte pression externe s'est exercée au travers du rejet de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses par l'agence régionale de santé en juin 2008, de l'avis budgétaire de la chambre régionale des comptes en septembre 2008 et d'une éventuelle mise sous administration provisoire de l'établissement.

Les décisions prises ont permis une forte progression des recettes malgré la disparition progressive du coefficient de transition et une stabilisation des dépenses de personnel. Dès 2008, l'optimisation du recueil et du codage de l'activité a permis d'obtenir des résultats avec une progression des recettes d'activité de 3,8 % alors que la sur-dotation historique du Groupe hospitalier du Havre aurait dû aboutir à une baisse progressive des recettes avec la baisse du coefficient de transition. Le recrutement d'un nouveau médecin pour le département de l'information médicale en février 2009 a renforcé ce mouvement. En 2009, l'optimisation du codage a permis de compenser les 2 M€ de baisse du coefficient de transition. En 2010, ce meilleur codage a généré une recette de 1,5 M€.

2 - Le redécoupage des pôles a permis de moderniser la gouvernance autour des axes du projet médical

Le projet médical a été adopté le 12 mars 2012 par le directoire et le 3 avril 2012 par la commission médicale d'établissement.

Préalablement à l'adoption de ce projet médical, dans une note de service datée du 9 novembre 2011, le directeur du Groupe hospitalier a validé un nouveau découpage en pôles de l'établissement afin de réorganiser les filières de soins et d'atteindre l'efficacité médico-économique attendue en définissant des pôles conformes aux axes stratégiques et opérationnels du projet médical. Cette nouvelle organisation polaire a été accompagnée de la désignation de nouveaux chefs de pôle, des cadres de pôle et des médecins responsables des services ou référents d'activité. Ces chefs de pôle ont autorité sur l'ensemble des personnels médicaux et non médicaux de leur pôle et sur l'organisation des soins au sein de leur pôle.

Ce nouveau découpage des pôles à partir des axes stratégiques du projet médical s'est traduit par des résultats conséquents en termes de productivité (baisse des

durées de séjour, hausse de l'activité, réduction du capacitaire). Il a contribué à améliorer les résultats comptables et financiers en 2011 et en 2012.

*

En conclusion, la chambre constate que le resserrement du management stratégique en 2008 et du management opérationnel en 2011 autour des axes du projet médical a contribué à l'atteinte partielle des objectifs du plan de retour à l'équilibre notamment par l'optimisation du codage de l'activité.

3 - La délégation de gestion reste perfectible en lien avec la modernisation du système d'information

La nomination en avril 2012 d'un directeur chargé des affaires médicales et de la contractualisation a permis d'entamer le dialogue de gestion avec les nouveaux chefs de pôle. Une cellule médico-économique a été créée en 2012. Elle donne un avis technique sur tous les projets institutionnels, y compris les demandes de recrutement des médecins. Elle comprend notamment des médecins, les cadres administratifs de pôle, le contrôle de gestion, la direction des ressources humaines, les finances...

Sur les 10 pôles, 8 contrats de pôle ont été signés en septembre 2013. Le pôle médecine aigüe-ouverture sur la ville et le pôle à orientation gériatrie n'ont pas signé de contrats. Le pôle psychiatrie a conservé le contrat en vigueur antérieurement au projet médical et devrait signer prochainement son nouveau contrat. L'administration n'a pas de contrat.

Les 8 contrats de pôle signés sur les 10 pôles médicaux et médicotechniques existants définissent les objectifs du pôle au sens de l'article R. 6146-8 I du code de la santé publique. Ils organisent le rôle du chef de pôle dans les matières prévues au III de l'article R. 6146-8 du code de la santé publique. En revanche, ils n'organisent pas la délégation de signature permettant aux chefs de pôle d'engager des dépenses dans les matières citées au II de ce même article même s'ils lui confèrent un droit d'initiative en la matière. L'article 51 de la décision n° 2014-1 portant délégation de signature du directeur est trop général pour organiser la délégation de signature prévue à l'article R. 6146-8 du code de la santé publique. D'ailleurs, les 2 pôles qui n'ont pas signé de contrat de pôle n'ont pas un fonctionnement différent des autres.

La délégation de gestion reste partielle, notamment, sur la gestion des personnels de remplacement. L'objectif à terme de la Direction demeure une délégation de gestion complète, la situation financière difficile du groupe hospitalier du Havre la rend délicate.

Le changement du cœur du système d'information en septembre 2013 a fortement perturbé le pilotage médico-économique pendant 6 mois. Notamment, il a gelé la production des tableaux de bord destinés aux pôles et a retardé la production des comptes de résultats analytiques. Cette évolution structurelle était cependant un préalable à la mise en œuvre progressive d'un système d'information intégré indispensable au pilotage médico-économique des pôles et de l'établissement.

Afin d'assurer un dialogue de gestion et un suivi, les chefs de pôle disposent de comptes de résultats analytiques annuels. Ils ne sont pas disponibles en infra-annuel et sont remplacés par des tableaux de bord mensuels. Cependant, compte tenu du changement de système d'information intervenu en septembre 2013, ils n'ont pas pu être diffusés jusqu'au mois de mai 2014. La direction des affaires financières et du pilotage de gestion rencontre en juin 2014 chaque pôle sur la base de ces indicateurs dans le cadre du dialogue de gestion.

*

En conclusion, la chambre recommande au Groupe hospitalier du Havre de poursuivre la rénovation de son système d'information à moyens constants afin de mettre en place la délégation de gestion et de signature telle qu'elle est prévue dans les textes et dans le projet médical de l'établissement.

B - Un projet médical favorisant une réduction du capacitaire

1 - Le projet médical porte une réduction du capacitaire de 20 % grâce à des réorganisations

D'après les données de la DREES⁷, la diminution des besoins en lits d'hospitalisation complète est une tendance lourde observée au niveau de l'ensemble des établissements de médecine, chirurgie, obstétrique. Elle est notamment marquée dans le domaine chirurgical avec le développement de la chirurgie ambulatoire. Elle est due à des évolutions médicales et à une modification des organisations soignantes permettant de dissocier la prise en charge de l'hospitalisation. Cette tendance est accentuée par une demande d'ambulatoire d'une part croissante de la population.

Le projet médical du Groupe hospitalier du Havre fait le constat d'un retard en 2011 par rapport à ce virage ambulatoire qui se traduit par l'existence de prise en charge ambulatoire foraine, de taux d'occupation des unités d'hospitalisation médiocres pour quelques secteurs, de durées moyennes de séjour anormalement allongées représentant une surcapacité de 40 lits par rapport à la base nationale et des unités tiroirs représentant 40 lits. Cette situation s'accompagne d'une forte prévalence d'hospitalisations inappropriées. Les auteurs du projet médical ont estimé que la difficulté n'était pas de diagnostiquer et faire admettre une surcapacité que de mettre en place un programme de diminution du capacitaire qui n'entraîne pas de tensions immédiatement perçues comme insurmontables, notamment au niveau des urgences.

Le projet médical comprenait un programme d'actions destiné à récupérer une capacité d'hospitalisation inutilisée comprise entre 99 et 116 lits. Il estimait qu'une réduction de 100 lits d'hospitalisation complète MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) et des coûts afférents à leur fonctionnement devait constituer à l'horizon 2013 la cible à atteindre.

Le projet médical a validé l'objectif de concentrer toutes les activités de Médecine Chirurgie Obstétrique du Groupe hospitalier du Havre sur le site de Monod en utilisant les espaces libérés par ce sur-capacitaire. Pour être complète, cette restructuration devait comprendre la réorganisation des plateaux ambulatoires, la rationalisation des soins critiques, une refonte du secteur des consultations, une implantation visible sur le site de Monod des activités psychiatriques et l'implantation au sein de Monod d'une unité de soins de suite et réadaptation polyvalents. Le projet médical présentait cette restructuration du site de Monod comme un préalable à l'ouverture de l'hôpital sur la ville.

2 - L'impact financier de ces réorganisations suppose de redéfinir les effectifs cibles suite à la réduction des durées de séjour

Les données issues d'un audit réalisé par la société PKCS en 2013 ont montré une baisse de la durée moyenne de séjour sur la période de mise en œuvre du plan de retour à l'équilibre (graphique 1 de l'annexe 9). Cette baisse de la durée moyenne de séjour se traduit par une nette amélioration de l'indice de performance de la durée moyenne de séjour (tableau 1 de l'annexe 9) qui positionne le Groupe hospitalier dans les plus performants de sa catégorie en 2012 (graphique 2 de l'annexe 9).

Le nouveau découpage en pôles mis en place en novembre 2011 et la réorganisation de l'aval des urgences réalisée en 2012 ont permis d'améliorer fortement cet indicateur d'efficience qu'est la durée moyenne de séjour. Pour autant, même si l'exercice

⁷ La DREES est la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

2012 est marqué par une baisse importante du déficit, les gains de productivité n'ont pas été à la hauteur des gains d'efficience.

En théorie, la baisse de la durée de séjour devait se traduire par des gains économiques importants chiffrés à partir de la base de données de la fédération hospitalière de France à 8 646 133 € (cf. tableau en annexe 10).

En pratique, la baisse du déficit structurel de l'établissement a été de 3,9 M€ en 2012, par rapport à 2011. Incontestablement, la baisse de la durée de séjour a permis de développer l'activité à coûts constants avec une augmentation d'activité de 3,68 % et une progression des dépenses de personnel limitée à 0,1 %. 57 lits de court séjour ont été supprimés avec un redéploiement des personnels sur des postes vacants. La baisse des durées de séjour a aussi permis d'absorber une partie de la sur-dotation théorique du secteur Soins de Suite et Réadaptation. Elle a aussi montré qu'il n'était pas utile d'augmenter le capacitaire des Soins de Suite et Réadaptation pour réduire la durée moyenne de séjour en médecine.

Cependant, le potentiel de développement de l'activité n'était pas suffisant pour remplir les lits libérés par cette baisse de durée de séjour comme le montrent l'évolution du taux d'occupation depuis 2011 (graphique 4 de l'annexe 9) et une comparaison de ce taux d'occupation avec des établissements de même taille en médecine et en chirurgie (graphique 5 de l'annexe 9).

D'ailleurs, d'après le même audit, si le taux d'occupation des lits du Groupe hospitalier avait été celui de la médiane du panel d'établissements de taille comparable, il aurait été possible de supprimer 36 lits en médecine ou de réaliser 1 695 séjours supplémentaires. En chirurgie, l'économie potentielle est de 9,3 lits ou de 345 séjours supplémentaires. Sur la base du taux d'occupation du 7^{ème} décile, il aurait été possible de réduire le nombre de lits ouverts de 61 en médecine et de 14 en chirurgie. En additionnant les 57 lits supprimés en 2012 à périmètre constant, on retrouve l'estimation du projet médical d'une capacité d'hospitalisation inutilisée (ou utilisée de façon inappropriée) d'environ 99 à 116 lits.

Sur la base de la médiane du panel d'établissements de taille comparable, l'économie potentielle directe sur l'effectif cible est de 60 équivalents temps plein par rapport à 2012, soit 2,5 M€. A cet impact direct, il convient d'ajouter l'impact de la baisse du capacitaire d'une centaine de lits médecine, chirurgie, obstétrique sur les coûts de structures. Dans le contexte du Groupe hospitalier de Havre, comme l'a souligné le projet médical, cet effet indirect est lié au regroupement sur le site de Monod des activités de court séjour et des services administratifs, techniques et logistiques présents sur le site Flaubert.

*

En conclusion, la chambre constate que la politique de baisse des durées de séjour n'a été que partiellement accompagnée par l'ajustement des effectifs cibles et de la structure à l'évolution des organisations médicales.

3 - Des audits mettent en évidence les leviers encore existants sur les coûts de structure et le secteur médicotechnique

Une étude basée sur du parangonnage menée par la société PKCS a montré que les réorganisations menées dans le cadre du plan de retour à l'équilibre ont permis d'améliorer l'efficience relative des services interventionnels comme la coronarographie ou les blocs opératoires. Cette étude a aussi montré une sous-utilisation des équipements d'imagerie et de biologie et une moindre productivité de l'équipe d'imagerie et surtout de biologie.

L'audit des moyens techniques, logistiques et achats du Groupe hospitalier du Havre dont les préconisations ont été remises le 29 août 2013 a étudié l'optimisation de ces

moyens au travers de 9 familles de leviers transverses ou spécifiques à chaque direction. Les gains théoriques cibles sont estimés à 75 équivalents temps plein. Ces gains théoriques ne sont réalisables avec des personnels essentiellement statutaires que dans la mesure où les départs naturels et/ou les mutations internes sur postes vacants favorisent la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences permettant d'atteindre ces résultats en respectant le calendrier fixé par le groupe de pilotage de l'audit. Pour le Groupe hospitalier du Havre, cette faisabilité nécessite des reconversions vers d'autres secteurs de l'hôpital. La mise en œuvre du plan d'actions proposé dans cet audit entraînerait une augmentation des coûts de sous-traitance pour un montant de 884 000 € à comparer avec une économie potentielle de 2,6 M€.

*

En conclusion de cette partie consacrée à l'impact du projet médical sur le capacitaire, la chambre recommande à l'ordonnateur de poursuivre sa politique de baisse des durées de séjour et d'en tirer toutes les conséquences sur l'ajustement des effectifs cibles et sur l'adaptation de la structure.

C - Une gestion des ressources humaines perfectible dans le cadre du plan de retour à l'équilibre

1 - Un effort significatif de maîtrise des dépenses de personnel

D'après la Cour des comptes⁸, les dépenses de personnel des hôpitaux ont connu une progression annuelle de l'ordre de 2 % par an entre 2008 et 2012 après une croissance annuelle de l'ordre de 4 % sur la période précédente. Au Groupe hospitalier du Havre, ces dépenses ont progressé de 0,7 % sur la période 2008-2012 alors qu'elles avaient progressé de 3,2 % par an entre 2004-2008.

Cette progression demeure supérieure à celle projetée lors de l'élaboration du plan de retour à l'équilibre 2009-2012 adopté le 9 décembre 2008 par le conseil d'administration du Groupe hospitalier du Havre. Il prévoyait une baisse pour le personnel non médical de 386 équivalents temps plein sur la période 2007-2012 afin de rétablir l'équilibre financier en 2012. Cet objectif est comparable à l'estimation du sureffectif à hauteur de 430 équivalents temps plein, portée par l'avis budgétaire du 15 septembre 2008 de la chambre régionale des comptes. Dans un contexte national de baisse de 0,5 % sur la période 2007-2011 du personnel non médical salarié en intégrant la réforme des soins de longue durée, les emplois moyens de cette catégorie de personnel sont de 3 483 équivalents temps plein fin 2012, soit une baisse de 5 % depuis 2007 (suppression de 184 équivalents temps plein). L'écart avec l'objectif du plan de retour à l'équilibre est de + 202 personnes.

L'ordonnateur explique cet écart par le changement de périmètre lié à des créations de poste dans le cadre de crédits fléchés à hauteur de 72 équivalents temps plein et par 80 redéploiements internes. Cet écart par rapport à l'objectif fixé de retour à l'équilibre a été budgété par les financements de missions d'intérêt général et par les crédits de tensions budgétaires à hauteur de 4,5 M€ par an qui représentent 110 équivalents temps plein.

En ce qui concerne le personnel médical, l'effectif du Groupe hospitalier du Havre a augmenté de 1,9 % sur la période 2007-2011 tandis que cette progression est de 6,6 % des effectifs sur cette période au niveau national.

*

⁸ Source : Enquête sur les personnels médicaux et non médicaux des hôpitaux menée par la 6^{ème} chambre de la Cour des comptes, page 13.

La chambre invite donc l'établissement à poursuivre la politique de réduction des effectifs à périmètre constant afin que l'équilibre financier ne dépende plus des seuls crédits de tensions budgétaires versés par l'agence régionale de santé.

2 - Les marges de manœuvre générées par une application plus rigoureuse des textes

a - La durée du temps de travail

Dans son rapport d'observations définitives arrêté lors de la séance du 23 février 2010, la chambre régionale des comptes a souligné la nécessité de réviser l'accord local portant sur une durée de 38 heures de travail par semaine et de 18 jours de récupération.

L'accord local a été revu en 2011, pour aboutir à une gestion en 37h30 pour tout le personnel hors encadrement, soit une baisse de 3 jours par agent de la réduction du temps de travail par rapport aux conditions initiales. Un règlement intérieur encadre l'ensemble des dispositions relatives au temps de travail. Il est remis à jour à chaque évolution de la réglementation, et fait l'objet de discussions avec les partenaires sociaux.

La gestion du temps de travail est réalisée sur la base d'un règlement intérieur du temps de travail. Le temps de travail individuel est décompté en utilisant le logiciel chronos et un badgeage (sauf pour les cadres au forfait en fonction d'un droit d'option). Les heures supplémentaires sont traitées dans les conditions définies par le règlement intérieur du temps de travail selon les principes fixés par la réglementation.

La chambre souligne la révision de l'accord 35 heures effectuée en 2011 et le suivi informatisé du temps de travail effectif mis en place.

b - L'avancement

En matière d'avancement, le Groupe hospitalier du Havre n'applique ni la durée intermédiaire ni la durée maximale. En 2013, moins d'un tiers des agents promouvables a bénéficié de la durée minimum. Ces avancements ont représenté un coût de 864 318 € charges comprises.

Promotions Echelons – Année 2013					
	Nbre de promouvables	Nbre de promus	Nbre pts indices majorés	Coût brut	Coût charge (taux global 60%)
Durée MOYENNE		819	86675	401 331 €	642 130 €
Durée MINIMUM		226	29991	138 867 €	222 188 €
Durée INTERMEDIAIRE		Non utilisé au GHH			

Source : réponse au questionnaire de la CRC par la Direction des ressources humaines

L'établissement estime que depuis 2012, il économise 75 000 € grâce à cette application stricte de la réglementation.

La chambre souligne effectivement les économies réalisées par le Groupe hospitalier depuis qu'il n'a plus recours à la durée d'avancement intermédiaire conformément à la réglementation.

c - La NBI

La Loi 91-73 du 18 janvier 1991 en son article 27 a institué la nouvelle bonification indiciaire. Différents décrets sont intervenus pour en préciser les conditions d'octroi. Le dernier en date est celui du 5 février 1997 (n°97-120).

Lors de certaines instances comme le comité technique d'établissement (séance du 28 janvier 2013 page 9) il est précisé que la direction a dérogé au cadre réglementaire

lors de l'attribution de la nouvelle bonification indiciaire. 134 agents la percevaient à tort et 118 auraient dû en bénéficier. Dans le procès-verbal unique concernant les comités techniques d'établissement du 28 mai et 13 juin 2013 (page 26) il est mentionné que l'attribution de la nouvelle bonification indiciaire aux secrétaires médicales de manière rétroactive génère un coût de 272 000 € qui sera versé sur deux exercices comptables. Le premier versement a eu lieu à l'été 2013.

L'établissement a engagé en 2013 une opération de régularisation et de mise à jour de l'attribution de la nouvelle bonification indiciaire qui génère, dans un premier temps, un surcoût de 190 000 € en rémunération brute en 2013. Manifestement, il n'y a pas eu de rétroactivité pour les agents l'ayant perçue à tort. D'ailleurs, la direction affirme que cette régularisation est génératrice d'économies à terme.

d - Les personnels contractuels

Par lettre circulaire du 14 mars 1986 dite de Kervasdoué, la direction des hôpitaux prend en compte les nouveaux métiers de l'informatique et de l'organisation afin de permettre une politique informatique dynamique pour les hôpitaux. Ce texte réaffirme la nécessité d'employer des spécialistes en organisation et en informatique. Il confirme la préférence pour le statut contractuel pour ces niveaux d'emploi nécessitant des connaissances techniques hautement spécialisées. Certains établissements ont élaboré et mis en place un statut local à partir de ces dispositions et 70 % des informaticiens ont été embauchés sous statut local. Depuis l'ordonnance du 2 mai 2005, le recrutement sous statut local n'est plus possible. Les agents le souhaitant peuvent être détachés sur le statut national des personnels techniques sous conditions.

Le Groupe hospitalier ne dispose pas d'une délibération portant la création d'un statut local. Il emploie 16 contractuels rémunérés sur la base de statuts locaux transposés des personnels des anciens centres régionaux d'informatique hospitalière, puis en application de la circulaire de Kervasdoué (plusieurs contractuels sont présents dans l'établissement depuis au moins 2008) et 7 titulaires nommés sur des grades relevant de corps nationaux. Il n'est pas prévu à ce jour de faire basculer ces contractuels sur le statut des personnels techniques.

e - Le compte épargne temps médical

Il n'existe pas de charte de gestion du temps de travail médical au Groupe hospitalier. Néanmoins, les règles de gestion ont fait l'objet de notes de service en diffusion générale. Régulièrement de nouvelles notes sont publiées pour faire état des réactualisations ou modifications. Un guide d'utilisation du logiciel de gestion du temps de travail a été diffusé. Les médecins gèrent individuellement leur temps de travail sur le logiciel Chronos. Un contrôle et une validation sont faits par le chef de pôle ou chef de service par délégation, chaque quadrimestre avant paiement du temps de travail additionnel. Un croisement des données chronos par rapport au tableau de service fait est réalisé à la Direction des affaires médicales chaque quadrimestre.

Cette organisation présente une faiblesse majeure : elle ne part pas de la définition des besoins au travers d'un planning prévisionnel de service auquel serait comparé le planning réalisé. En conséquence, la Direction des affaires médicales et les chefs de pôle ne peuvent que valider le planning réalisé, ce qui tend à augmenter le volume des plages additionnelles ou des jours à positionner en compte épargne temps. Le montant de la provision réalisée en 2013 pour financer le compte épargne temps médical devrait inciter le Groupe hospitalier à contractualiser en interne sur la base de plannings prévisionnels permettant d'équilibrer l'état prévisionnel des recettes et des dépenses.

La chambre recommande donc la mise en place de plannings médicaux prévisionnels de service de manière à objectiver les besoins en temps médical et à réduire le coût des plages additionnelles et du financement des comptes épargne temps.

3 - La spécificité havraise sur les absences de longue durée

Dans l'attente des indicateurs de l'agence de traitement de l'information hospitalière établis à partir des nouveaux formats des bilans sociaux non disponibles à la mi-2014, la base de données de la fédération hospitalière de France permet de comparer l'évolution de l'absentéisme par catégorie d'établissement. Elle montre que l'absentéisme du personnel non médical toutes causes confondues augmente plus rapidement au Groupe hospitalier du Havre que la moyenne nationale de sa catégorie sur la période 2009-2011 avec une forte dégradation en 2011. Le surcoût lié à ce sur-absentéisme de 3,9 jours par agent par rapport aux établissements de la même catégorie peut être estimé à 3 M€. Ce sur-absentéisme concerne essentiellement les absences de longue maladie.

Le dispositif des indemnités volontaires de départ a été largement utilisé en 2008-2009 et avait permis de faire sortir des effectifs de l'établissement 70 équivalents temps plein. Le sur-absentéisme sur les absences longue maladie/longue durée avait alors baissé. Cet indicateur est reparti à la hausse en 2011. La direction des ressources humaines de l'établissement explique cette tendance par l'intégration de nombreux emplois aidés dans le statut de la fonction publique en 2007-2008 : 20 % des agents en congés de longue maladie ou de longue durée sont issus des contrats aidés.

Pour remédier à cette situation, le Groupe hospitalier du Havre a entrepris trois types d'action. Il a réactivé en 2013 le dispositif d'indemnisation des départs volontaires avec un faible résultat (2 départs). Il a refusé de recruter massivement des emplois avenir. Il a mis en place une politique de suivi des absences. Concrètement, cette politique pour renforcer le présentéisme se traduit par la création d'une commission de maintien et de retour à l'emploi qui se réunit une fois par mois. Elle assure le suivi de 70 agents. Des conventions de postes adaptés avec période d'essai dans les services ont été mises en place et le psychologue du travail intervient sur des situations individuelles ainsi que sur les équipes. Un contrat local d'amélioration des conditions de travail sur les risques psychosociaux est en cours de mise en œuvre avec l'aide de l'agence régionale de santé ; un médiateur peut être sollicité également. Des actions ont été aussi mises en œuvre pour faire évoluer le comité médical départemental. La politique de contrôle des arrêts a été développée tout comme les entretiens de reprise et l'accompagnement par les cadres.

Cette politique active a obtenu des résultats en matière de reconnaissance et d'intégration des personnels handicapés au sens de l'article L. 323-1 du code de travail. Le groupe hospitalier du Havre dépasse le taux de 6 %, ce qui lui permet d'économiser plusieurs centaines de milliers d'euros.

*

La chambre invite l'établissement à poursuivre sa politique active de lutte contre l'absentéisme de longue durée à l'origine de l'un des surcoûts majeurs de l'établissement.

4 - Des gisements de productivité à explorer

a - Les données globales

Le poids des dépenses de personnel dans le budget demeure plus élevé que la moyenne nationale des établissements de sa catégorie d'après la base de données de la fédération hospitalière de France. Bien qu'une partie de cet écart soit liée à la structure d'activité particulière de l'établissement qui comprend beaucoup de lits de psychiatrie, ce poids plus élevé des dépenses de personnel s'explique en grande partie par un coût unitaire plus élevé et une moindre productivité des personnels soignants. Plus que les contraintes

architecturales des bâtiments, c'est le caractère multisite qui pèse sur la productivité et notamment sur les coûts de structure.

Bien qu'en croissance continue, le poids des dépenses du personnel médical par rapport au budget du Groupe hospitalier demeure inférieur à la moyenne nationale de sa catégorie tout comme la densité du personnel médical pour 1 000 journées réalisées ou venues. Pour autant, la productivité relative des médecins du court séjour mesurée en recettes d'activité en euro par médecin est inférieure de 10 % à celle d'un échantillon constitué des grands centres hospitaliers :

Année	2010	2011	2012
CH du Havre	544 818	540 982	522 906
Médiane	594 589	590 901	585 697

Source : audit de la société PKCS.

b - Le cas de quelques services.

La réorganisation menée aux urgences et en médecine interne en 2011 a permis de fluidifier le parcours du patient entrant aux urgences tout en améliorant la productivité du Groupe hospitalier du Havre comme le montrent plusieurs indicateurs convergents.

Le développement de la chirurgie ambulatoire depuis 2008 a été très sensible au Groupe hospitalier du Havre. Il se traduit par un taux de chirurgie ambulatoire plus élevé que celui des grands Centres hospitaliers notamment sur les gestes marqueurs (cf. graphique 6 de l'annexe 9).

Le taux de rotation sur les 21 places d'ambulatoire du Groupe hospitalier havrais demeure faible en comparaison avec le même échantillon et par rapport à l'objectif d'un taux de rotation de 1,5, ratio de productivité atteint dans les cliniques avec lesquelles le taux d'ambulatoire du Groupe hospitalier peut être comparé.

Le parangonnage réalisé avec les services de réanimation des hôpitaux comparables montre un chiffre d'affaires et un résultat par lit installé nettement inférieurs à des établissements de taille comparable.

L'investissement de plus de 100 M€ dans le pavillon femme, mère, enfant n'a pas permis les gains d'activité espérés par les concepteurs du projet et confirme l'analyse de la chambre dans son précédent rapport.

L'activité de sous-traitance des laboratoires diminue faute d'une organisation territoriale adaptée. Globalement, la productivité des laboratoires s'avère faible.

*

En conclusion, la chambre rappelle que malgré l'investissement réalisé dans le pavillon mère, femme, enfant, l'établissement n'accueille que 3 200 accouchements contre 4 000 accouchements prévus. Elle invite donc le Groupe hospitalier à poursuivre la mise en œuvre des réorganisations prévues dans le projet médical afin d'améliorer sa productivité.

D - La performance de la fonction achat

1 - L'organisation des achats

Une cellule des marchés a été mise en place. Elle comprend quatre personnes dont le responsable. Elle contrôle et valide tous les marchés d'un montant supérieur à 15 000 € avant signature par le directeur Général. Il n'existe aucune délégation de signature. Pour les dépenses inférieures, le « hors marché », chaque direction dispose d'un secrétariat

spécialisé. Chaque appel d'offre passe par la cellule pour validation et publication sur le site de l'hôpital.

Une commission des marchés, composée du président de la communauté médicale d'établissement, de deux représentants du conseil de Surveillance, du directeur de l'hôtellerie et du directeur ou de son adjointe, examine tous les marchés dont le montant est supérieur à 207 000 €.

Les « acheteurs » des directions ont été formés à l'achat et un guide de l'achat public est à leur disposition. Chaque acheteur définit son besoin, rédige les clauses techniques et c'est la cellule qui rédige le contrat administratif ainsi que toutes les clauses juridiques.

Malgré l'importance des montants en jeu et le caractère fortement concurrentiel de certains secteurs d'activités, aucune procédure contentieuse n'a été intentée contre le Groupe Hospitalier dans ce domaine d'activité.

2 - L'étude de quelques marchés

La chambre a ciblé les achats de pharmacie qui pèsent 27 M€, soit un peu moins de la moitié des achats. Par tirage au sort, elle a contrôlé quatre marchés mettant en œuvre quatre procédures différentes d'achat. L'enquête sur la fiabilisation des comptes a mis en évidence l'intervention à de multiples reprises du même fournisseur selon des modalités juridiques variables. Le marché passé en 2011 avec ce fournisseur a fait l'objet d'un examen attentif.

Trois des quatre marchés de la pharmacie contrôlés n'appellent pas d'observation. Le quatrième est un marché négocié sans mise en concurrence utilisé lorsque la pharmacie estime, du fait de sa connaissance du secteur et de la production d'un certificat d'exclusivité, que la concurrence n'existe pas.

L'examen de ce type de marché met en évidence la faible qualité des certificats d'exclusivité produits par les fournisseurs ainsi que des libellés de marché parfois imprécis. Par exemple, pour le marché n° 109705 « prothèse totale de hanche » alors que le produit recherché était une prothèse en céramique. Ces certificats d'exclusivité ne s'appuient pas sur des brevets identifiés.

La pharmacie justifie cependant le recours à cette procédure dans le cas où le prescripteur n'est pas capable d'évaluer le besoin lié à une nouvelle activité. Le marché sans mise en concurrence permet de démarrer une activité qui peut rapidement dépasser les seuils du code des marchés publics avant d'effectuer une mise en concurrence lors de l'appel d'offre suivant.

Le cinquième marché examiné est celui intitulé « *mission d'assistance en matière financière pour le groupe hospitalier du Havre-11018* ». Il s'agit d'un marché à bon de commande, composé d'un lot unique, passé en procédure adaptée.

Dans le cahier des charges, l'établissement avait mis l'accent sur « *la qualité et la continuité du conseil qui lui sera apporté* » (article 2 « prestations attendues, dernier alinéa du cahier des charges, p 2). Il est précisé que : « *le candidat s'engage à ne procéder à aucun changement d'interlocuteur tout au long de la mission, sans accord express du Groupe Hospitalier du Havre* » (p2 – 2- « Prestations attendues »). Cette clause *intuitu personae* pourrait être considérée comme abusive dans la mesure où elle crée une contrainte exorbitante du droit commun du travail pour l'interlocuteur en question.

*

Pour l'avenir, la chambre recommande à l'établissement de prévoir une clause précisant que le titulaire du marché s'engage à maintenir, tout au long de la période

d'exécution, le niveau de qualité et de quantité des prestations convenues, quels que soient les intervenants.

La sixième procédure examinée est celle concernant l'expertise sociale réalisée à la demande du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) de coordination (procès-verbal du 24 juin 2011). Il s'agit d'une demande d'expertise sur les incidences de la mise en place de nouvelles organisations d'horaires dans certains services (urgences adultes, réanimation, maternité, unité de suivi des grossesses pathologiques et salles de naissance), sous plusieurs aspects : la santé physique et psychique, l'organisation du travail et les conditions de travail. Les membres du CHSCT ont voté en même temps sur le principe de la réalisation de l'expertise ainsi que la désignation du cabinet d'expertise dont le nom figure dans la demande d'expertise. Cette procédure est engagée en référence à l'article R. 4615-1 du code du travail d'après le compte rendu.

Le décret du 16 août 1985 a prévu la création d'un comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail dans les établissements publics de santé d'au moins 50 agents. Les missions et prérogatives du CHSCT sont fixées par le code du travail. Son article L. 4614-12 donne au CHSCT la possibilité de faire appel à une expertise extérieure, réalisée par un cabinet agréé par arrêté du Ministère du travail, dans 2 cas :

- lorsqu'un risque grave, révélé ou non par un accident du travail, une maladie professionnelle ou à caractère professionnel est constaté dans l'établissement ;
- en cas de projet important modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail, prévu à l'article L. 4612-8.

Si la compétence du cabinet retenue par le CHSCT du Groupe hospitalier ne semble pas poser de difficulté eu égard à l'agrément par le Ministère, l'absence de mise en concurrence sur la base d'un cahier des charges et l'obligation de signer une convention de 50 journées d'experts pour un montant de 91 045 € sans possibilité de négociation comme le précise ce document ont conduit l'ordonnateur à introduire une requête devant le Tribunal de Grande instance. L'ordonnateur s'est finalement désisté⁹.

*

La chambre recommande cependant à ce comité par l'intermédiaire de son président, en cas de demande d'expertise votée par cette instance, de mettre en place une procédure adaptée permettant d'assurer le respect des principes de transparence et de l'égalité de traitement, seuls garants d'une bonne gestion des deniers publics.

V - ENVIRONNEMENT ET RISQUES FINANCIERS

A - Un environnement sanitaire en évolution

1 - Un environnement concurrentiel

Si à Fécamp et Lillebonne l'option a été prise de conjuguer les efforts des opérateurs au sein de structures partenariales, sur l'agglomération havraise, on ne constate pas ce type de rapprochement, ce qui se traduit par une recherche de gain de parts de marché sur les activités médicales (médecine, chirurgie, obstétrique) soumises à la concurrence inter-établissements.

⁹ Au vu de la jurisprudence de la chambre sociale de la Cour de Cassation portée par un arrêt du 26 juin 2011 selon lequel le choix de l'expert appartient au seul CHSCT indépendamment de toute procédure de marché.

Le Groupe hospitalier du Havre bénéficie d'une part prépondérante en médecine et obstétrique, tandis que son principal concurrent, l'hôpital privé de l'estuaire, tient la première place en chirurgie (en hospitalisation complète et ambulatoire). Globalement, il est à noter que le Groupe hospitalier du Havre est en recul de 4.1 points par rapport à 2008 pour l'activité de médecine, de 0.7 pour la chirurgie en hospitalisation complète par rapport à 2010, de 5.10 points entre 2008 et 2012 pour la chirurgie ambulatoire et de 3.64 points par rapport à 2010, pour l'obstétrique.

Partenaires incontournables de l'hôpital, les professionnels libéraux (médicaux ou para médicaux) doivent être suffisamment nombreux pour participer à la construction de la réponse à la demande de soins. Dans la région, la situation risque de devenir critique pour les omnipraticiens. Elle demeure plutôt favorable sur les autres catégories. Sur le territoire de santé du Havre, les perspectives sont globalement plus favorables qu'au niveau régional. Ce point est un atout pour le soutien et le développement de l'activité médicale du Groupe hospitalier qui devra accentuer son ouverture et ses coopérations avec la médecine de ville, les infirmiers libéraux et les sages-femmes libérales afin de s'appuyer sur ces opérateurs pour conforter son positionnement de centre hospitalier de référence.

2 - La contractualisation externe

Le Groupe hospitalier du Havre s'est engagé dans une démarche de contractualisation avec l'agence régionale de santé au titre d'un nécessaire plan de retour à l'équilibre, d'une part, puis du contrat pluri annuel d'objectifs et de moyens (CPOM) qui doit déterminer sa « feuille de route » pour les années à venir.

Suite à une situation financière très dégradée, un plan de retour à l'équilibre (PRE) a été négocié avec l'agence régionale de la santé pour la période 2009-2012. Il s'agit de la déclinaison opérationnelle des préconisations issues du rapport du conseiller général des établissements de santé Denis Debrosse réalisé en 2007.

Une partie des résultats peut être présentée comme suit :

Objectifs du PRE 2009-2012	Réalisations	Efforts à poursuivre
-387 ETP	-314 en 2012	73 ETP
3 500 accouchements	3 182 accouchements, en 2013	+318 accouchements
Mise en place des contrats de pôle	8 contrats de pôle signés sur 10 entre juillet 2013	2 contrats à signer
Améliorer le codage	Codage quasi-exhaustif-mise en place d'un codage centralisé, formation des TIM et médecins sensibilisés	des zones de progrès identifiées : réanimation surveillance continue, activité externe, soins palliatifs, imagerie et biologie

Néanmoins, les comptes rendus des différents comités ne permettent pas d'établir clairement une traçabilité quantifiable et fine de chaque item du plan de retour à l'équilibre. Par exemple sur les effectifs : dans certains documents, cet effort est quantifié en nombre d'équivalents temps plein à réduire (- 387 équivalents temps plein) en référence à des effectifs moyens annuels, dans d'autres il est fait référence à un effectif cible (3 300 équivalents temps plein). Les tableaux des effectifs moyens annuels ne permettent pas de corroborer les chiffres avancés.

La chambre constate ainsi que s'il est effectif, le suivi du plan de retour à l'équilibre ne repose pas toujours sur des documents comparables dans le temps permettant d'évaluer les résultats atteints.

Le Groupe hospitalier ne dispose d'aucun contrat pluri annuel d'objectifs et de moyens signé à ce jour, puisqu'il n'avait pas signé la précédente génération de contrat. Le futur contrat pluri annuel d'objectifs et de moyens est en cours de négociation.

B - Opportunité et risques financiers liés à cet environnement

1 - La dynamique des activités médicales

a - La création d'une communauté hospitalière de territoire

Afin de consolider l'offre de soins sur le territoire, une communauté hospitalière de territoire a été créée fin 2011 (convention constitutive signée le 25 novembre 2011) entre le Groupe hospitalier du Havre, le centre hospitalier intercommunal du pays des Hautes Falaises (Fécamp), le centre hospitalier de Saint Romain de Colbosc, le centre hospitalier intercommunal Caux Vallée de Seine (Bolbec-Lillebonne) et le centre hospitalier de la Risle de Pont-Audemer. L'objectif principal poursuivi était de construire des filières « patient » afin de s'assurer de la fluidité et éviter les pertes de chances par une meilleure articulation entre les acteurs.

A ce titre, la convention constitutive prévoyait un certain nombre d'actions ; les réponses du groupe hospitalier au questionnaire de la chambre permettent de faire le point sur l'état d'avancement : le projet médical commun est un objectif pour 2014. Une demande a été faite auprès de l'Agence régionale de santé pour financer un prestataire en mai 2014 afin de travailler sur ce projet médical commun. La convention constitutive du groupement de coopération sanitaire « Système d'Information de l'estuaire » a été signée le 19 janvier 2011. La mise en cohérence des contrats pluri annuels d'objectifs et de moyens, des projets d'établissement et des programmes d'investissement des établissements membres est envisagée sans échéance précise. Les comptes combinés sont prévus mais pas élaborés à ce jour tout comme les pôles de territoire. Des consultations avancées ont été mises en place comme en chirurgie urologique sur le site de Pont-Audemer. Des filières de soins ont été organisées pour la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux ainsi que pour la filière gériatrique.

*

La chambre recommande donc au Groupe hospitalier en tant qu'établissement siège de la Communauté hospitalière de territoire de relancer la formalisation du projet médical commun en mettant en évidence les enjeux financiers pour chaque établissement.

b - Le groupement de coopération sanitaire de médecine nucléaire

Le GCS de médecine nucléaire du Havre est un groupement de coopération sanitaire de moyens dont l'objet est l'exploitation d'appareils de scintigraphie (depuis 2006) et d'un TEP (tomographie par émission de positons). Le groupement de coopération sanitaire en détient l'autorisation de TEP depuis le 5 septembre 2005 mais l'appareil n'a été mis en service que le 21 septembre 2011. Par ailleurs, le groupe hospitalier du Havre est propriétaire des locaux ainsi que de l'appareil de tomographe par émission de positons couplé à un scanner.

Suite à la dégradation très importante du climat entre les deux partenaires et à l'échec de la conciliation, le groupe hospitalier a précisé que la convention constitutive serait dénoncée à la fin de l'année ce qui conduira à une dissolution du groupement de coopération sanitaire au 1^{er} janvier 2015. En l'absence de structure porteuse, l'autorisation pour le tomographe par émission de positons sera caduque. Une nouvelle procédure d'attribution de cette autorisation sera engagée en 2014. Le groupe hospitalier du Havre présentera un projet commun avec le centre régional de lutte contre le cancer Henri Becquerel, qui est le seul autre établissement qui exploite ce type d'appareil dans la région et qui est également le seul à disposer des compétences médicales en médecine nucléaire.

Les modalités de tarification des examens réalisés se décomposent en deux volets : un premier volet directement pris en charge par l'assurance maladie sans application du ticket modérateur : le forfait technique. Ce forfait rémunère les frais d'amortissement et de fonctionnement de l'appareil. Un second volet qui comporte les honoraires remboursés à 70 % (100 % en cas d'affection de longue durée). Compte tenu du niveau de rémunération du forfait technique, les études médico-économiques réalisées par la caisse nationale

d'assurance maladie des travailleurs salariés montrent que pour 1 800 actes, soit l'activité moyenne annuelle, l'exploitation d'un tomographe par émission de positons est déficitaire de 350 000 €. L'activité du tomographe par émission de positons du Havre est sous ce seuil pour le moment, mais il devrait l'atteindre rapidement puisqu'en 2012, 1 172 actes ont été réalisés (dont 591 par le groupe hospitalier du havre) et 1 612 actes en 2013 (dont 786 pour le Groupe hospitalier du havre).

Les enjeux pour le Groupe hospitalier du havre sont doubles : l'exploitation des appareils de scintigraphie est financièrement très favorable, contrairement au tomographe par émission de positons. Ces appareils et notamment le tomographe par émission de positons, sont des maillons essentiels de la prise en charge de la cancérologie qui doit être organisée en filière sur le territoire.

*

La chambre estime qu'en l'absence de partenariat avec les acteurs privés, la rentabilité des équipements lourds achetés par le Groupe hospitalier du Havre pourrait se dégrader. Il est fondamental de repenser le modèle de gouvernance de la médecine nucléaire en la faisant reposer sur un partenariat entre le Groupe hospitalier et le Centre de lutte contre le cancer Henri Becquerel, tout en permettant aux partenaire privés d'exercer leur activité au sein de cette nouvelle structure, dans l'intérêt des patients.

c - Les liens avec l'université

Le Groupe hospitalier du Havre a su développer des liens avec l'université notamment dans le cadre du groupement de coopération sanitaire « Axe Seine » entre le centre hospitalier universitaire Charles-Nicolle et le Groupe hospitalier du Havre. Il s'agit pour l'établissement de renforcer l'accueil de jeunes praticiens en formation professionnelle en tant qu'établissement de recours. Ce mouvement est en cours en pneumologie, aux urgences. Actuellement, le Groupe hospitalier accueille entre 90 et 100 internes de médecine par semestre, 10 assistants spécialistes régionaux, 14 étudiants dentaires, 10 externes de médecine.

A titre d'illustration, le Groupe hospitalier, avec le soutien de l'agence régionale de santé et de la communauté d'agglomération havraise, a mis en place un centre dentaire qui est une antenne de la faculté d'odontologie de Lille. Il a été ouvert le 15 décembre 2011 et est géré et hébergé par le Groupe hospitalier du Havre à l'entrée de l'hôpital Flaubert. Ce centre prend en charge des patients externes mais aussi des patients ayant besoin d'une intervention chirurgicale. Des étudiants de 5^{ème} et 6^{ème} année de la faculté dentaire de Lille, viennent terminer leur cursus universitaire au Havre. Neuf fauteuils dentaires sont installés. Le centre travaille en partenariat avec les services hospitaliers : oto-rhino-laryngologie, chirurgie maxillo-faciale, stomatologie... et s'occupe également de patients hospitalisés pour des prises en charge spécifiques (difficilement possibles en cabinet libéral). C'est un centre de référence pour les soins de recours.

Malgré une activité élevée, le centre est financièrement déficitaire à hauteur de plus de 200 000 € par an. Cependant, l'agence régionale de santé et la communauté de l'agglomération havraise soutiennent financièrement l'activité en allouant annuellement des crédits de fonctionnement et d'investissement. Les projections financières réalisées par le groupe hospitalier mettent en évidence une aggravation continue du niveau de déficit chaque année.

2013	2014	2015	2016	2017
- 231 297 €	- 253 248 €	- 256 273 €	- 258 270 €	- 277 970€

La seule tarification à l'activité ne permet pas de couvrir les coûts générés par cette activité de formation dont la productivité est de ce fait faible.

Depuis 1994, la région Haute-Normandie affiche le plus bas taux de chirurgiens-dentistes libéraux de France. En 2008, la densité en Haute-Normandie était de 3,6, alors que la France entière affichait 5,8. De plus, en 2012, 40 % d'entre eux avaient plus de 55 ans. Plus précisément, dans l'agglomération havraise, la densité de ces professionnels est de 3,6 et 23 % d'entre eux ont plus de 60 ans. Le Havre ne bénéficie pas de l'implantation d'une clinique dentaire mutualiste. Aussi, cette activité mise en place par le groupe hospitalier du Havre paraît répondre à un besoin de santé publique.

2 - Les risques et opportunités liés à une restructuration du Groupe hospitalier du Havre

a - La prise en charge psychiatrique

Depuis le 1^{er} juillet 2012, l'établissement assure l'essentiel de la prise en charge psychiatrique (psychiatrie générale et pédopsychiatrie) du territoire de santé. L'agence régionale de santé a fait le choix de recentraliser les moyens et la responsabilité médicale de cette activité sur le Groupe hospitalier du Havre, établissement de recours. Ce dernier s'est vu attribuer les moyens humains (52.8 équivalents temps plein), ainsi que les moyens financiers sous forme de dotation annuelle de financement (DAF) à hauteur de 4 401 476 € (année complète en 2013).

b - Les personnes âgées dépendantes

Dès 2007, les acteurs et partenaires institutionnels intervenant auprès des personnes âgées du territoire du Havre partagent un constat : la population âgée et dépendante augmente et nécessite une prise en charge adaptée. Certains dysfonctionnements sont mis en exergue : défaut majeur de coordination entre les acteurs, absence de réseau gérontologique, absence de service alternatif à l'hébergement, déficit relatif de médecins et d'infirmiers libéraux, vétusté des bâtiments du Groupe hospitalier du Havre et du centre gériatrique Dessaint-Jean.

Lors de leur intervention en 2007, les conseillers généraux envisageaient une fusion du secteur personnes âgées avec d'autres structures havraises. La municipalité évoquait également « *deux structures séparées mais rassemblées par une gouvernance unique.* » Face à ces constats, la direction départementale des affaires sanitaires et sociales de Seine-Maritime (devenue aujourd'hui agence régionale de santé de Haute-Normandie), avec l'accord de la mairie du Havre, du conseil général de Seine-Maritime et des établissements concernés, impulse et finance une étude qui sera réalisée entre septembre 2008 et mars 2009 par le cabinet SANESCO. Ainsi, dès 2009, des travaux de rapprochement entre les structures, établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes du Groupe Hospitalier du Havre et le centre gériatrique Dessaint-Jean ont été entrepris, afin d'améliorer la prise en charge publique des personnes âgées dépendantes de l'agglomération havraise. Un programme de réhabilitation ou de construction des bâtiments publics hébergeant les personnes âgées dépendantes a été validé par le comité de pilotage de cette opération. Un accord cadre a été signé le 17 juillet 2013 entre l'agence régionale de santé, le département de Seine-Maritime, la ville du Havre, le Groupe hospitalier du Havre, le centre gériatrique Dessaint-Jean, définissant le rôle et l'engagement de chaque partenaire.

Aujourd'hui le Groupe hospitalier du Havre gère 414 lits en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et le centre gériatrique Dessaint-Jean (CDJ), 250. L'accord cadre prévoit que toute l'activité établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes sorte du portefeuille du Groupe hospitalier du Havre qui demeurerait le pilote de la filière de soins gériatrique. Le schéma de cette opération est présenté en annexe 11.

Le transfert de gestion de la résidence de Sanvic était fixé au 1^{er} janvier 2014 puisque les bâtiments sont conservés en l'état. Le Groupe hospitalier du Havre serait indemnisé à hauteur de la valeur nette comptable de l'immobilier et du mobilier. Le transfert juridique des autres lits au centre gériatrique Dessaint-Jean est effectif à la livraison des

nouveaux locaux construits. A l'issue de l'opération, les sites de Pasteur et Rouelles seront libérés de leur activité et leur valorisation financière n'entre pas dans le champ de l'accord cadre. Le personnel du Groupe hospitalier du Havre sera mis à disposition du nouvel établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Le transfert de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes de Sanvic du Groupe hospitalier du Havre au centre gériatrique Dessaint-Jean, prévu le 1^{er} janvier 2014 a été repoussé au 1^{er} janvier 2016. Préalablement à ce transfert, il est nécessaire de trancher les questions patrimoniales, de prévoir la gestion des ressources humaines, d'organiser les filières de prise en charge des patients et d'actualiser l'accord cadre comme le précise l'ordonnateur du centre gériatrique.

L'activité médico-sociale en tant qu'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes du Groupe hospitalier du Havre représente 6 % de ses recettes. Cette activité est déficitaire :

2008	2009	2010	2011	2012
176 637€	234 770€	414 425€	179 453€	323 577€

Le déficit cumulé pour cette activité est de 1 152 225 € à fin 2012. Pour la section soins, le déficit cumulé fin 2012 a pu être totalement neutralisé par l'excédent 2013. Seule la résidence de Sanvic présente un excédent en 2012 et minore le résultat déficitaire des autres résidences, notamment celle de Pasteur. Ce déficit est en partie lié à la partition des lits de long séjour intervenue en 2010 et qui n'a pas été totalement accompagné par une baisse des effectifs.

S'agissant des investissements, des travaux sont à envisager pour certaines de ces structures : la structure de Rouelles a reçu un avis de non-conformité « incendie » en mars 2013 et la résidence Pasteur a été modernisée au milieu des années 90 (il est envisagé une reconstruction sur un autre site). La résidence de Sanvic est conforme à son usage.

S'il conserve cette activité, le Groupe hospitalier devrait faire face à ces enjeux financiers (gestion du déficit et reconstruction des bâtis) et à l'éventuel risque de mise en jeu de la responsabilité de l'établissement en terme de sécurité dû à l'avis de non-conformité pour Rouelles.

S'il cède son activité d'établissement d'hébergement pour personnes âgées au centre gériatrique Dessaint-Jean, le Groupe hospitalier du Havre perdrait plus de 3 M€ de recettes et devrait transférer 311 équivalents temps plein dont 84 pour la résidence Sanvic sans pouvoir procéder par mutation d'office sur cette première opération puisqu'il conserverait des lits d'hébergement des personnes âgées dépendantes. L'impact sur les coûts de structure du Groupe hospitalier du Havre risquerait d'être important à moins que le centre Dessaint-Jean accepte de payer l'ensemble des prestations au coût actuel. L'agence régionale de santé, signataire de l'accord cadre du 12 juillet 2013 a précisé dans sa réponse que le transfert de gestion ne doit pas déstabiliser l'un ou l'autre des établissements.

Au-delà des risques financiers pour la structure, on peut s'interroger sur l'amélioration de la qualité de la prise en charge des personnes âgées notamment au regard de certaines conclusions du premier rapport au Parlement sur les recompositions de l'offre hospitalière rédigé par la direction générale de l'offre de soins (DGOS) en 2012 qui insiste sur le rapprochement plus pertinent des établissements publics de santé avec des structures médico-sociales publiques. *«Ce mouvement d'ouverture permet de construire des prises en charge mieux coordonnées et de structurer des parcours de soins»*. La qualité du parcours de soins de la personne âgée nécessite dans le cas d'un éclatement des structures sanitaires et médico-sociales un développement de la filière gériatrique entre les deux établissements.

La chambre recommande donc que soit réalisée et transmise à toutes les parties prenantes une étude complète sur les impacts de la mise en œuvre de l'accord-cadre sur le parcours des personnes âgées et sur l'équilibre financier durable des deux structures concernées.

c - La crèche

La chambre avait dans son précédent rapport mis en avant le déficit chronique de la crèche. L'établissement avait précisé qu'après l'ouverture complète de la crèche, ce déficit devrait être ramené à 370 662 € pour 2010. Depuis fin 2009, la crèche fonctionne avec 60 places ouvertes, réparties en 3 « maisons » qui ont des horaires de fonctionnement différenciés : 6h-21h30 pour les bébés, 6h-21h30 pour les moyens grands et 8h15-18h pour les moyens grands. Les enfants du personnel du Groupe hospitalier du Havre occupent 45 places, 10 sont occupées par des enfants d'agents de la préfecture et 5 places sont dédiées aux enfants de la ville du Havre.

Le résultat financier est déficitaire ce qui grève le budget du Groupe hospitalier sans entrevoir de meilleures perspectives.

2011	2012	2013
- 321 636 € ¹⁰	- 296 452 €	- 299 137 €

De plus, à l'issue d'un contrôle de la caisse d'allocations familiales, les modalités de facturation ont été remises en cause. En effet, la caisse d'allocations familiales demande à la crèche d'abandonner la forfaitisation journalière et de passer à une contractualisation horaire à compter du 1^{er} janvier 2015, ce qui fragilise grandement la pérennité financière de la structure si les pertes ne sont pas compensées par une augmentation de la participation de la caisse d'allocations familiales. Une plus grande ouverture vers l'extrahospitalier ou une externalisation de cette activité pourraient être étudiées afin de permettre le maintien de cette offre de service aux agents hospitaliers.

*

La chambre recommande d'étudier toute solution permettant d'améliorer le taux d'occupation et d'accueillir un public plus diversifié afin de ne pas dégrader le déficit de la crèche sur l'exercice 2015.

3 - L'opportunité d'une gestion dynamique du patrimoine

Aujourd'hui le Groupe hospitalier exploite ses activités sur 10 sites répartis dans l'agglomération conformément au schéma présenté en annexe 12.

Après une mise en concurrence organisée au premier trimestre 2013, une étude concernant les sites de Flaubert, Calmette et le terrain Decaen a été confiée à un cabinet d'expertise (ingénierie, urbanisme, stratégie immobilière). Celle-ci se déroule en trois phases : le diagnostic et la définition des enjeux (phase achevée), l'élaboration des scénarii d'aménagement et de leurs faisabilités techniques et économiques respectives (phase en cours) et des propositions de montages opérationnels et calendriers (phase envisagée sur l'été 2014).

A moyen terme, des évolutions devraient être amorcées, notamment sur les sites accueillant aujourd'hui des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (projet gériatrie). Le site de Flaubert devrait également être impacté avec les opérations de transfert suivantes : l'activité de rééducation sur Monod afin d'optimiser la filière neurologique et gérer l'ensemble des prestations (piscine de rééducation en

¹⁰ Après retraitement des produits sur exercices antérieurs.

particulier), l'unité Maupassant pour anxio-dépressifs et l'unité d'alcoologie Lefébure. A terme, le Groupe hospitalier du Havre peut espérer récupérer 24,6 M€ selon l'estimation des domaines desquels il faudrait déduire une valeur nette comptable évaluée à 7,4 M€ au 31 décembre 2011. Selon l'ordonnateur, le cabinet missionné par le Groupe hospitalier pour valoriser son patrimoine minorerait l'évaluation des domaines.

A bien des égards, l'enjeu majeur pour l'établissement est de diminuer ses coûts de structure, de simplifier sa gestion et de mutualiser ses équipes actuellement réparties sur de nombreux sites. Dès 2007, le rapport Debrosse préconisait « un regroupement du maximum d'activités sur le site de Monod ». Le projet médical devrait aboutir à cela lorsqu'il sera entièrement mis en œuvre.

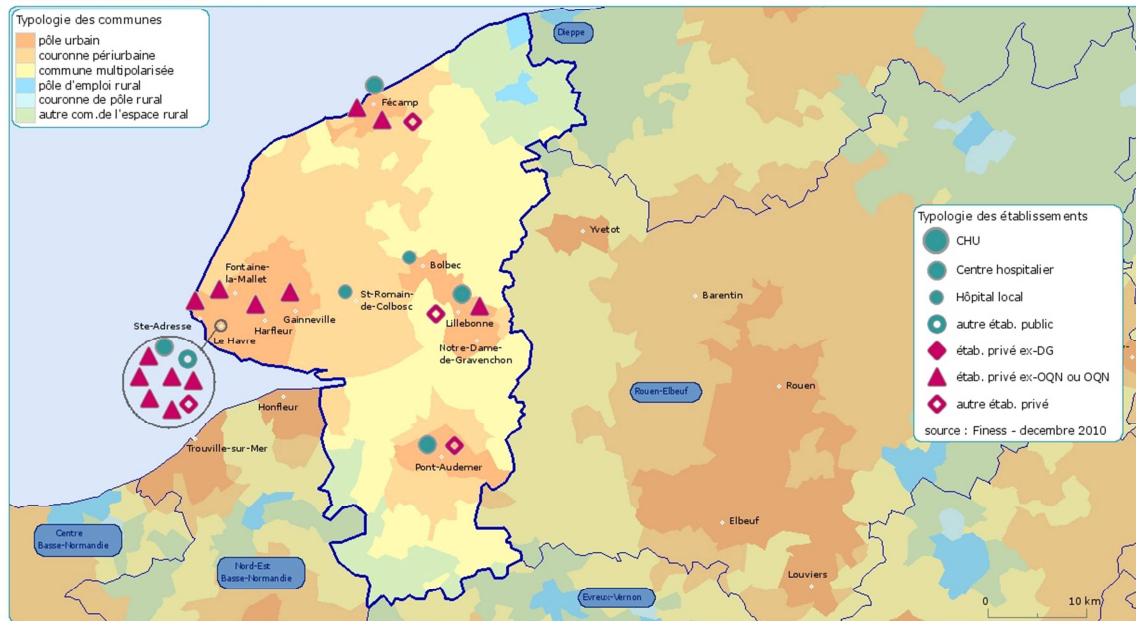
*

La chambre recommande de mener à son terme l'audit patrimonial et de poursuivre le regroupement sur le site Monod pour limiter les surcoûts liés au multi-site.

ANNEXES

ANNEXE 1

Territoire de santé
Haute-Normandie : Le Havre



ANNEXE 2

Suivi des observations du précédent rapport.

Observations antérieures	Mesures mises en œuvre par l'organisme
<p>La situation financière préoccupante du Groupe hospitalier du Havre qui avait conduit la chambre à formuler en 2007, à la suite de la saisine du directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation, des recommandations sur la nécessité d'un plan de retour à l'équilibre qui passait par une diminution des effectifs à hauteur de 380 équivalents temps plein et un accroissement des produits. La chambre avait aussi alerté sur les risques financiers liés à l'ouverture du pôle femme, mère, enfant avec des prévisions d'activité surestimées.</p>	<p>Le Conseil d'administration du Groupe hospitalier du Havre a adopté le 9 décembre 2008 un plan de retour à l'équilibre basé sur la suppression de 386 équivalents temps plein dont 202 équivalents temps plein de titulaires. Ce plan prévoit aussi d'améliorer les recettes dans d'autres domaines que l'activité obstétricale.</p> <p>Un suivi régulier de ce plan de retour à l'équilibre a été mis en place par le Groupe hospitalier de Havre avec l'Agence régionale de santé.</p>
<p>L'amélioration de la gouvernance hospitalière passant par un pilotage plus fin de l'activité et une meilleure productivité des pôles.</p>	<p>Après avoir réduit le nombre de pôles administratifs, le Groupe hospitalier du Havre a redécoupé ses pôles médicaux et médico-techniques en 2011 à partir d'un projet médical visant à réduire le capacitaire de 20 %.</p>
<p>La nécessité d'une maîtrise des dépenses de personnel.</p>	<p>Les actions mises en œuvre notamment la renégociation de l'accord local sur les 35 heures et des réorganisations ont permis de limiter la croissance annuelle des dépenses de personnel à + 0,7 % contre + 3,2 % de 2004 à 2008.</p>
<p>La politique d'investissement qui nécessite des décisions mieux évaluées que par le passé et la recherche de solutions pragmatiques alors que l'endettement de l'établissement nécessite une attention vigilante.</p>	<p>Le Groupe hospitalier du Havre a veillé à limiter ses investissements afin de ne pas augmenter sa dette. Les investissements ont été concentrés sur des opérations de regroupement d'activité notamment dans le secteur gériatrique.</p>

ANNEXE 3

Soldes intermédiaires de gestion

Soldes	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Produits des tarifications à l'activité pris en charge par l'assurance-maladie (A)	134 954	133 346	135 249	132 180	137 495	136 508
Produits de l'activité hospitalière non pris en charge par l'assurance-maladie (C)	19 488	19 192	18 455	20 392	20 434	21 904
Sous-total variable selon l'activité (A + C)	154 442	152 538	153 704	152 572	157 929	158 413
MIGAC	19 418	23 890	24 577	27 367	25 369	16 965
Forfaits annuels	3 563	3 563	3 580	3 752	4 273	4 273
Dotations annuelles de financement (DAF)	57 213	58 167	59 472	60 026	62 003	63 752
Produits afférents aux soins (CRA)	11 016	11 094	10 998	10 636	11 208	11 248
Produits afférents à la dépendance	3 474	3 721	4 082	4 164	3 831	3 680
Produits de l'hébergement	10 886	10 166	10 784	11 191	11 417	11 502
Autres produits de tarification des CRA	1 188	802	802	613	475	475
Ventes de marchandises	3 474	4 390	4 694	4 943	5 914	5 547
Autres produits	2 289	2 963	3 510	5 417	5 848	5 816
Produits bruts d'exploitation	266 963	271 294	276 203	280 681	288 268	281 672
Consommations en provenance de tiers	35 016	37 225	38 444	39 409	41 746	42 243
Charges externes	17 332	18 233	18 341	17 696	16 538	17 473
Remboursements de frais des CRA	446	360	406	364	224	214
- Consommations intermédiaires	51 901	55 098	56 379	56 741	58 060	59 502
VALEUR AJOUTEE	215 062	216 196	219 824	223 940	230 208	222 170
+ Subventions d'exploitation	7 341	5 124	5 220	5 394	8 001	16 233
- Impôts et taxes	167	60	54	111	149	135
- Charges de personnel (en net)	211 237	207 976	212 180	213 307	214 647	221 947
EXCEDENT BRUT D'EXPLOITATION	10 999	13 284	12 810	15 916	23 412	16 321
+ Autres produits de gestion courante	5 257	4 365	4 986	4 216	5 075	5 451
- Autres charges de gestion courante	2 067	900	1 595	1 354	3 537	2 201
MARGE BRUTE	14 189	16 749	16 201	18 778	24 950	19 571
+ Reprises sur amortissements et provisions et transferts de charges d'exploitation	569	1 071	1 370	425	787	2 489
- Dotations aux amortissements	11 928	12 260	15 859	17 438	17 731	17 750
- Dotations aux provisions et dépréciations	1 821	2 191	333	936	2 898	286
RESULTAT D'EXPLOITATION	1 009	3 369	1 379	829	5 108	4 024
+ Produits financiers	47	41	1	2	2	0
- Charges financières	4 911	4 721	5 032	5 192	5 262	5 472
RESULTAT COURANT	-3 855	-1 311	-3 652	-4 361	-151	-1 448
+ Produits exceptionnels	5 533	5 540	3 110	5 213	7 901	5 617
- Charges exceptionnelles	9 785	9 526	3 118	4 257	8 088	5 687
RESULTAT EXCEPTIONNEL	-4 252	-3 986	-8	956	-186	-70
RESULTAT NET	-8 107	-5 297	-3 660	-3 405	-338	-1 518

ANNEXE 4

Tableau 1 : impact sur les résultats du recodage des séjours des années antérieures :

Retraitement	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Résultat budget avant traitement	-8 043 044 €	-5 715 875 €	-4 097 521 €	-3 897 295 €	-536 856 €	-337 616 €
Lambda n comptabilisé en n+1	26 354 €					
Lambda n retraité en n-1	-556 000 €	-26 354 €				
Lambda 2010 retraité en 2008 et 2009	75 594 €	172 457 €	-248 051 €			
Lambda 2011 retraité en 2010			244 290 €	-244 290 €		
Lambda 2012 retraité en 2010			530 723 €		-530 723 €	
Lambda 2012 retraité en 2011				245 606 €	-245 606 €	
Lambda 2013 retraité en 2012					74 473 €	-74 473 €
Ajustements recettes par lambda	-454 052 €	146 103 €	526 962 €	1 316 €	-701 856 €	-74 473 €
Résultat corrigé après lambda	-8 497 096 €	-5 569 772 €	-3 570 559 €	-3 895 979 €	-1 238 712 €	-412 089 €
Impact du retraitement en % du résultat	-5,65%	2,56%	12,86%	0,03%	-130,73%	-22,06%

Source : chambre régionale des comptes à partir des arrêtés d'activité

Tableau 2 : comptabilisation des produits constatés d'avance suite à un changement de normes comptables :

compte	libellés	2008	2009	2010	2011	2012	2013
487	Produits comptabilisés d'avance	- €	- €	- €	- €	2 216 664 €	3 242 237 €

Source : chambre régionale des comptes à partir des comptes financiers

Tableau 3 : comptabilisation des admissions en non valeur de 2008 à 2013 :

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Compte 415 (débit)	719 666 €		724 044 €	342 141 €		575 932 €
Admissions annuelles en non valeur (compte 654)	719 666 €		724 110 €	376 422 €		577 368 €
Compte 68174 provisions (débit)		575 000 €			492 649 €	139 062 €
Compte 78174 reprise sur provisions (crédit)	241 095 €		350 000 €			419 222 €
Compte 491 ou 496 (débit)	241 095 €		350 000 €			419 222 €

Source : CRC à partir des comptes financiers.

Tableau 4 : évolution des provisions de 2009 à 2013 :

	2009	2010	2011	2012	2013
Compte 143 : Provisions pour charges de personnel	3 718 447 €	3 391 637 €	3 456 637 €	4 917 500 €	8 151 567 €
Compte 158 : Provisions pour autres charges	3 320 180 €	2 683 201 €	3 194 416 €	3 284 046 €	294 595 €
Compte 491 : Provisions pour dépréciation des comptes de redevables	879 819 €	529 819 €	529 819 €	1 022 468 €	742 307 €
Compte 1518 : Provisions pour risques	125 193 €	75 193 €	75 193 €	125 193 €	- €
Compte 1572 : Provisions pour gros entretien	336 965 €	336 965 €	336 965 €	336 965 €	- €
Compte 142 : Provisions pour renouvellement des immobilisations	29 799 256 €	30 072 562 €	30 726 900 €	29 628 288 €	28 703 968 €
TOTAL	38 179 859 €	37 089 376 €	38 319 930 €	39 314 459 €	37 892 436 €
Evolution en %	17%	-3%	3%	3%	-4%

Source : rapport d'activité 2013 page 46

ANNEXE 5

Tableau 1 : retraitement du résultat comptable.

Colonne1	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Résultat budget avant traitement	-8 043 044 €	-5 715 875 €	-4 097 521 €	-3 897 295 €	-536 856 €	-337 616 €
Retraitement fiabilité des comptes						
Retraitement recettes d'activité						
Lambda n comptabilisé en n+1	26 354 €					
Lambda n retraité en n-1	-556 000 €	-26 354 €				
Lambda 2010 retraité en 2008 et 2009	75 594 €	172 457 €	-248 051 €			
Lambda 2011 retraité en 2010			244 290 €	-244 290 €		
Lambda 2012 retraité en 2010			530 723 €		-530 723 €	
Lambda 2012 retraité en 2011				245 606 €	-245 606 €	
Lambda 2013 retraité en 2012					74 473 €	-74 473 €
Engagements CET personnel médical						
Complément provision AA	-1 056 000 €	-1 059 000 €	-1 118 000 €	-374 000 €		
Reprise de provision AA						
annulation reprise de provision du GHH	-1 051 000 €		-200 000 €			
annulation provision du GHH passée dans l'exercice		1 179 000 €		200 000 €		
Dépréciation des créances irrécouvrables						
Constitution d'une provision complémentaire						-100 000 €
Sous total des retraitements	-2 561 052 €	266 103 €	-791 038 €	-172 684 €	-701 856 €	-174 473 €
Résultat après retraitement de fiabilisation	-10 604 096 €	-5 449 772 €	-4 888 559 €	-4 069 979 €	-1 238 712 €	-512 089 €
Retraitements éléments exceptionnels						
Aides tensions budgétaires	-6 500 000 €	-6 000 000 €	-6 000 000 €	-5 500 000 €	-5 000 000 €	-4 500 000 €
Impact du coefficient de transition	-6 403 000 €	-4 305 000 €	-2 369 000 €	-329 000 €		
Litige ISOTHERMA						
Annulation titre émis	-18 995 000 €					
Annulation provision pour dépréciation	18 995 000 €					
Sous total retraitements exceptionnels	-12 903 000 €	-10 305 000 €	-8 369 000 €	-5 829 000 €	-5 000 000 €	-4 500 000 €
Résultat après tous les retraitements	-23 507 096 €	-15 754 772 €	-13 257 559 €	-9 898 979 €	-6 238 712 €	-5 012 089 €
TOTAL DES PRODUITS	283 363 883 €	266 504 693 €	269 366 997 €	273 847 698 €	287 290 998 €	288 452 738 €
Résultat en pourcentage des produits	-2,8%	-2,1%	-1,5%	-1,4%	-0,2%	-0,1%
Résultat retraité en pourcentage des produits	-8,3%	-5,9%	-4,9%	-3,6%	-2,2%	-1,7%

Source : CRC à partir des comptes de gestion.

Tableau 2 : marge et CAF après retraitement par l'expert comptable :

Comptes de résultat principal en K€	2008	2008 retraité	2009	2009 retraité	2010	2010 retraité	2011	2011 retraité
Produits encaissables	248 509 000 €	229 274 000 €	250 974 000 €	234 937 000 €	255 577 000 €	241 254 000 €	259 471 000 €	247 826 000 €
Marge brute	13 398 000 €	-5 837 000 €	15 971 000 €	-66 000 €	14 638 000 €	315 000 €	16 881 000 €	5 236 000 €
Taux de marge brute	5,4%	-2,5%	6,4%	0,0%	5,7%	0,1%	6,5%	2,1%
Produits financiers et exceptionnels	20 477 000 €	1 482 000 €	1 214 000 €	1 214 000 €	1 505 000 €	1 505 000 €	1 798 000 €	1 798 000 €
Charges décaissables du titre IV	-6 324 000 €	-4 495 000 €	-5 828 000 €	-3 687 000 €	-6 653 000 €	-4 373 000 €	-6 827 000 €	-4 623 000 €
Capacité d'autofinancement	27 551 000 €	-8 850 000 €	11 357 000 €	-2 539 000 €	9 490 000 €	-2 553 000 €	11 852 000 €	2 411 000 €
Taux de capacité d'autofinancement	11,1%	-3,9%	4,5%	-1,1%	3,7%	-1,1%	4,6%	1,0%
Dotations aux amortissements	-10 969 000 €	-10 969 000 €	-11 367 000 €	-11 367 000 €	-15 225 000 €	-15 225 000 €	-17 265 000 €	-17 265 000 €
Neutralisation de dot aux amort par rep prov		64 000 €		179 000 €		4 010 000 €		4 165 000 €
Dotations aux provisions	-28 333 000 €	-5 567 000 €	-9 682 000 €	-4 184 000 €	-585 000 €	-1 903 000 €	-1 155 000 €	-1 329 000 €
Reprises sur provisions et quote part de subventions	3 727 000 €	1 834 000 €	4 111 000 €	1 791 000 €	2 191 000 €	1 779 000 €	1 315 000 €	824 000 €
Résultat net	-8 042 000 €	-23 506 000 €	-5 715 000 €	-16 254 000 €	-4 099 000 €	-13 861 000 €	-3 897 000 €	-9 838 000 €
% des produits	-3,2%	-10,3%	-2,3%	-6,9%	-1,6%	-5,7%	-1,5%	-4,0%

Tableau 3 : tableau de financement

TABLEAU DE FINANCEMENT						
	2008	2009	2010	2011	2012	2013
	-	-	-	-	-	-
Remboursement de dettes financières	11 337 610 €	11 662 075 €	11 756 093 €	12 064 991 €	11 944 439 €	11 224 003 €
Acquisition d'immobilisations corporelles, incorporelles et financières	27 670 058 €	33 845 980 €	16 748 509 €	15 638 544 €	16 800 803 €	16 812 598 €
Immobilisations financières		-	-	220 512 €	-	151 941 €
TOTAL DES EMPLOIS	39 007 668 €	45 508 055 €	28 504 602 €	27 924 047 €	28 745 242 €	28 188 543 €
Capacité d'autofinancement	28 346 573 €	12 691 734 €	10 988 832 €	13 659 249 €	17 753 907 €	14 311 518 €
Emprunts et dettes assimilées	28 593 000 €	14 195 000 €	14 271 000 €	13 140 494 €	12 963 656 €	7 861 159 €
Dotations, subventions, dons et legs	492 433 €	246 197 €	350 802 €	2 519 891 €	678 370 €	8 045 243 €
Autres ressources (hors cessions d'immobilisations)	3 454 €	3 574 €	1 935 €	31 664 €	-	711 090 €
Cessions d'immobilisations	5 800 €	700 €	30 742 €	1 410 762 €	268 534 €	244 742 €
TOTAL DES RESSOURCES	57 441 260 €	27 137 205 €	25 643 311 €	30 762 060 €	31 664 467 €	31 173 753 €
Apport ou prélèvement sur fonds de roulement	18 433 592 €	- 18 370 850 €	- 2 861 291 €	2 838 013 €	2 919 225 €	2 985 210 €

Source : CRC à partir des comptes financiers.

ANNEXE 6 :

Analyse du bilan après retraitement :

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Financements stables						
Apports	47 882 029 €	47 883 029 €	48 129 554 €	48 336 585 €	48 369 008 €	48 167 851 €
Excédents affectés à l'investissement	4 446 698 €	4 477 827 €	4 555 307 €	4 874 874 €	5 039 874 €	6 143 974 €
Réserves de trésorerie et de compensation	17 795 140 €	17 795 140 €	17 795 140 €	17 795 140 €	17 795 140 €	17 871 365 €
Résultat de l'exercice	- 8 176 531 €	- 5 296 999 €	- 3 660 028 €	- 3 407 795 €	- 337 616 €	- 1 517 947 €
Reports à nouveau excédentaires	397 355 €	301 179 €	808 905 €	1 341 257 €	1 845 210 €	2 692 520 €
Report à nouveau déficitaire (signe -)	- 25 701 166 €	- 33 812 651 €	- 39 694 856 €	- 44 206 802 €	- 48 283 550 €	- 50 741 523 €
Sous-total capitaux propres	36 643 524 €	31 347 525 €	27 934 022 €	24 733 259 €	24 428 066 €	22 616 240 €
Capitaux propres en % des ressources stables	18,2%	15,4%	13,8%	12,2%	11,9%	10,9%
Sous total dettes financières (à long terme)	131 932 926 €	134 465 851 €	136 980 758 €	138 056 261 €	139 075 476 €	136 925 238 €
Dettes en % des ressources stables	65,4%	65,9%	67,7%	67,9%	67,9%	66,1%
Subventions d'investissements	831 362 €	993 354 €	1 008 963 €	2 858 336 €	3 119 099 €	10 561 223 €
Provisions pour risques et charges	3 237 039 €	3 782 338 €	3 095 359 €	3 606 575 €	3 746 205 €	294 595 €
Provisions réglementées	28 959 854 €	33 517 703 €	33 464 199 €	34 183 537 €	34 545 788 €	36 855 535 €
Sous-total subventions et provisions	33 028 255 €	38 293 395 €	37 568 521 €	40 648 448 €	41 411 092 €	47 711 353 €
subventions et provisions en % des ressources	16,4%	18,8%	18,6%	20,0%	20,2%	23,0%
Total des ressources stables	201 604 705 €	204 106 771 €	202 483 301 €	203 437 968 €	204 914 634 €	207 252 831 €
Immobilisations (valeurs brutes)	- 354 976 148 €	- 382 668 901 €	- 388 212 813 €	- 397 608 808 €	- 396 097 300 €	- 388 167 176 €
Amortissements cumulés	188 972 570 €	195 217 405 €	199 873 495 €	211 152 836 €	210 591 237 €	204 800 890 €
créances article 58	- 3 620 418 €	- 3 620 418 €	- 3 620 418 €	- 3 620 418 €	- 3 620 418 €	- 3 620 418 €
Autres dépréciations	304 819 €	879 819 €	529 819 €	529 819 €	1 022 468 €	742 307 €
Total des emplois stables	- 169 319 177 €	- 190 192 095 €	- 191 429 917 €	- 189 546 571 €	- 188 104 013 €	- 186 244 397 €
Fonds de roulement net global positif	32 285 528 €	13 914 676 €	11 053 384 €	13 891 397 €	16 810 621 €	19 795 830 €

Capacité d'autofinancement et variation du fonds de roulement						
	2008	2009	2010	2011	2012	2013
RÉSULTAT COMPTABLE (EXCÉDENT ou DÉFICIT)	- 8 176 530 €	- 5 297 000 €	- 3 660 027 €	- 3 407 795 €	- 337 615 €	- 1 517 947 €
+ valeur comptable des éléments d'actifs cédés (c/675)	23 742 €	134 870 €	- €	54 245 €	19 821 €	106 209 €
+ dotations aux amortissements et aux dépréciations des immobilisations incorporelles et corporelles (c/68)	40 282 462 €	22 042 361 €	16 925 937 €	19 829 992 €	21 202 803 €	21 178 882 €
- produits des cessions d'éléments d'actifs (c/775)	5 800 €	700 €	30 742 €	1 410 762 €	268 534 €	244 742 €
- quote-part des subventions d'investissement virée au résultat de l'exercice (c/777)	63 316 €	83 205 €	88 669 €	245 165 €	385 184 €	520 676 €
- reprises sur dépréciations et provisions (c/78)	3 713 985 €	4 104 592 €	2 157 667 €	1 161 266 €	2 477 384 €	4 690 208 €
Capacité d'autofinancement brute	28 346 573 €	12 691 734 €	10 988 832 €	13 659 249 €	17 753 907 €	14 311 518 €
Remboursement des emprunts	11 337 610 €	11 662 075 €	11 756 093 €	12 064 991 €	11 944 439 €	11 224 003 €
Capacité d'autofinancement nette	17 008 963 €	1 029 659 €	- 767 261 €	1 594 258 €	5 809 468 €	3 087 515 €
Acquisition d'immobilisations	27 670 058 €	33 845 980 €	16 748 509 €	15 859 056 €	16 800 803 €	16 964 539 €
Besoin de financement des investissements	- 10 661 095 €	- 32 816 321 €	- 17 515 770 €	- 14 264 798 €	- 10 991 335 €	- 13 877 024 €
Cession d'immobilisations	5 800 €	700 €	30 742 €	1 410 762 €	268 534 €	244 742 €
Dotations, subventions et autres ressources	495 887 €	249 771 €	352 737 €	2 551 555 €	678 370 €	8 756 333 €
Emprunts nouveaux	28 593 000 €	14 195 000 €	14 271 000 €	13 140 494 €	12 963 656 €	7 861 159 €
Total financement des investissements	29 094 687 €	14 445 471 €	14 654 479 €	17 102 811 €	13 910 560 €	16 862 233 €
Variation du fonds de roulement	18 433 592 €	- 18 370 850 €	- 2 861 291 €	2 838 013 €	2 919 225 €	2 985 209 €

ANNEXE 7

Retraitement fiabilité des comptes de l'expert comptable sur la période 2007-2011 :

	BO 2007	CdR 2007	CdR 2008	CdR 2009	CdR 2010	EPRD 2011
Résultat budget principal avant retraitements		-12 912	-8 042	-5 715	-4 099	-3 897
Retraitements "fiabilité" des comptes						
Reporte de produits						
- lambda N comptabilisé en N+1		558	26			
- lambda N retraité en N-1			-556	-26		
- lambda 2010 comptabilisé en 2008 et 2009			76	172	-248	
- lambda 2011 comptabilisé en 2010					172	-172
- lambda 2012 comptabilisé en 2011						244
Engagements CET PERSONNEL MEDICAL						
- complément provision "AA"	-323	-889	-1 056	-1 059	-1 118	-374
- reprise de provision "AA"			-1 051		-200	
- annulation reprise de provision du GHH				1 179		200
- annulation provision GHH passée dans l'exercice		636				
Dépréciation des créances irrécouvrables						
- constitution d'une provision complémentaire				-500		
Sous-total des retraitements de fiabilisation des comptes	-323	303	-2 661	-234	-1 394	-102
Résultat après retraitements de fiabilisation		-12 609	-10 603	-5 949	-5 492	-3 999
Retraitements "éléments exceptionnels"						
Aides tensions budgétaires		-6 500	-6 500	-6 000	-6 000	-5 500
Impact du coefficient de transition			-6 403	-4 305	-2 369	-339
Crédits PFME						
Retraitement crédits reçus (T1P/AC)		-5 174	-5 878	-5 878	-5 878	-5 878
Retraitement dot aux prov. effectuée		5 174	5 878	5 878		
Retraitement reprise provision			-1 893	-2 320	-412	-491
Retraitement frais financiers neutralisés			1 829	2 141	2 280	2 204
Retraitement dot aux amortissements neutralisée			64	179	4 010	4 165
Litige Isotherma						
Annulation titre émis			-18 995			
Annulation provision pour dépréciation			18 995			
Sous-total des retraitements "éléments exceptionnels"		-6 500	-12 903	-10 305	-8 369	-5 839
Résultat après tous les retraitements		-19 109	-23 506	-16 254	-13 861	-9 838
Total des retraitements de capitaux propres à l'ouverture	-323					
Capitaux propres retraités à l'ouverture 1/1/2007	44 315					

ANNEXE 8

Répartition des emprunts du Groupe hospitalier du Havre selon la charte Gisler :

Classification charte	Capital restant dû	% de la dette globale	Nombre d'emprunts
1A	86 607 528 €	62,36%	38
1B	8 246 728 €	5,94%	1
1C	19 342 405 €	13,93%	2
	114 196 661 €	82,23%	41
2E	4 908 333 €	3,53%	1
3E	4 368 642 €	3,15%	1
4E	4 398 087 €	3,17%	1
5E	5 618 838 €	4,05%	1
6F	5 382 264 €	3,88%	1
	138 872 825 €		46

ANNEXE 9

Graphique 1 : évolution de la durée moyenne de séjour de 2009 à 2012 :

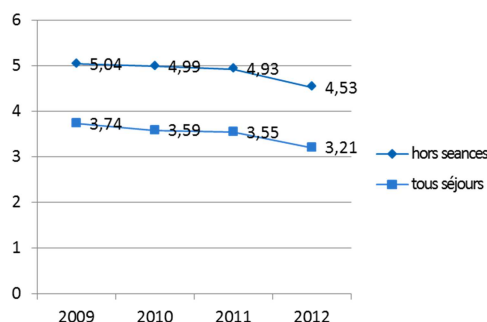
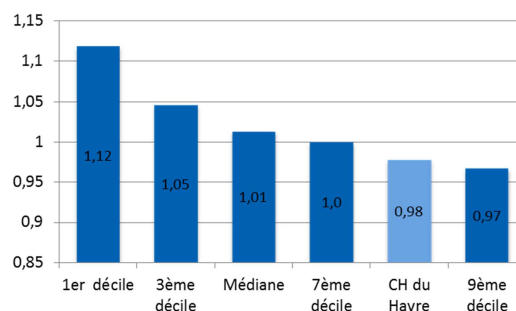


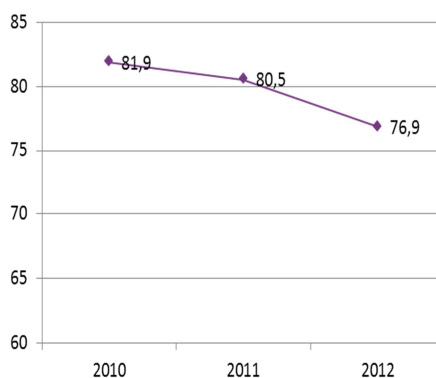
Tableau 2 : évolution de l'indice de performance de la durée moyenne de séjour de 2010 à 2012 :

Année	2010	2011	2012
IPDMS	1,07	1,07	0,98

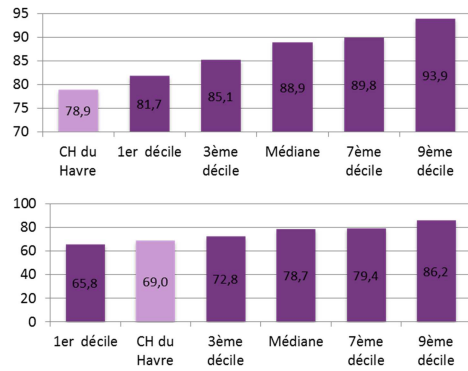
Graphique 3 : positionnement du Groupe hospitalier du Havre par rapport aux établissements de même catégorie sur l'indicateur IPDMS :



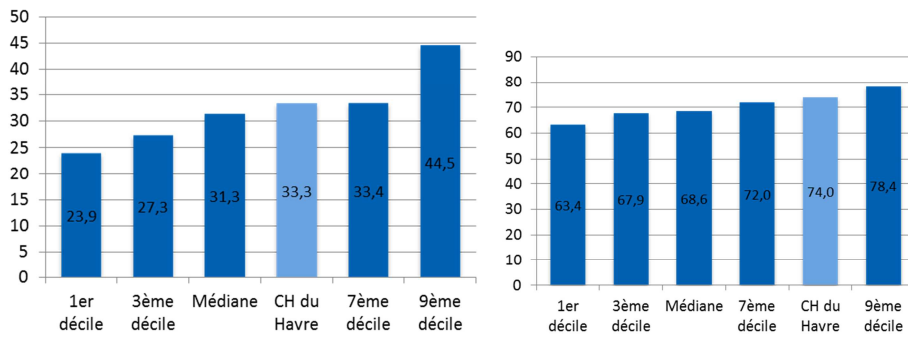
Graphique 4 : évolution du taux d'occupation de 2010 à 2012 :



Graphique 5 : faiblesse du taux d'occupation du Groupe hospitalier du Havre en médecine et en chirurgie comparée aux établissements de même taille :



Graphique 6 : Positionnement de la chirurgie ambulatoire du Groupe hospitalier du Havre en % des actes opératoires (graphique de gauche) et sur les gestes marqueurs (graphique de droite) :



ANNEXE 10

Gain théorique de la baisse des durées moyennes de séjour :

ACTIVITE 2011 CH DU HAVRE										
sources : PMSI 2012 - ATIH DGOS		OBSERVE (1)				THEORIQUE (1)(2)			DIFFERENCE	
n°MCO	MCO au sens de l'ATIH (6)	Nombre Séjours	Nombre Journées (3)	DMS (3)	CA (5)	Nombre Séjours	DMS (3)	CA (5)	DMS (3)	CA (5)
1	1- Chirurgie	9 134	50 949	5,58	26 644 583 €	9 358,0	5,44	28 815 814 €	+0,13	-2 171 231,00 €
2	2- Médecine	29 852	189 955	6,4	62 052 261 €	30 923,0	6,1	65 802 987 €	+ 0,22	-3 750 726,00 €
3	3- Obstétrique	4 633	22 608	4,9	8 742 654 €	4 832,0	4,7	8 990 151 €	+ 0,20	-247 497,00 €
	TOTAL	43 619	263 512	6,0	97 439 498 €	45 113,0	5,8	103 608 952 €	+ 0,2	-6 169 454,00 €
IMPACT DES DUREES DE SEJOURS PAR MEDECINE-CHIRURGIE-OBSTETRIQUE ACTIVITE 2012 CH DU HAVRE										
sources : PMSI 2012 - ATIH DGOS		OBSERVE (1)				THEORIQUE (1)(2)			DIFFERENCE	
n°MCO	MCO au sens de l'ATIH (6)	Nombre Séjours	Nombre Journées (3)	DMS (3)	CA (5)	Nombre Séjours	DMS (3)	CA (5)	DMS (3)	CA (5)
1	1- Chirurgie	9 236	48 497	5,3	29 715 170 €	9 056,0	5,4	29 527 320 €	- 0,1	187 850,82 €
2	2- Médecine	31 102	179 197	5,8	67 514 085 €	30 488,6	5,9	65 553 618 €	- 0,1	1 960 466,93 €
3	3- Obstétrique	4 765	21 862	4,6	9 046 459 €	4 585,3	4,8	8 718 097 €	- 0,2	328 361,36 €
	TOTAL	45 103	249 556	5,5	106 275 714 €	44 129,9	5,7	103 799 035 €	- 0,1	2 476 679,11 €
									Ecart :	8 646 133,11 €

ANNEXE 11

Evolution des sites dans le cadre de l'accord cadre sur les EHPAD du Havre :

Le mouvement des sites et lits peut être résumé comme suit :

	Sites	Lits actuels	Lits maintenus	Lits détruits	Lits reconstruits	Capacité finale
GHH	Pasteur	124	0	124	0	0
	Sanvic	120	120	0	60	180
	Rouelles	170	0	170	0	0
CDJ	GLC	100	100	0	0	100
	Hauser/Iris	150	0	150	0	0
Futur EHPAD	Caucriauville	0			120	120
	A déterminer	0			264	264
TOTAL		664	220	444	444	664

L'opération s'organise autour de trois tranches :

- Première tranche : construction de 180 lits dont 120 lits sur le terrain de Caucriauville avec l'administration du nouvel établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et 60 lits sur le terrain à Sanvic- ceci permettra le transfert des résidences Iris et Hauser (150 lits) et le transfert de 30 lits de la résidence de Rouelles, (les études pour cette construction sont lancées immédiatement à la signature de l'accord-cadre).
- Deuxième tranche : transfert des 124 lits de Pasteur ou les 140 lits restants de Rouelles.
- Troisième tranche : le solde des lits à reconstruire.

ANNEXE 12

