



**RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES  
ET SA RÉPONSE**

**GROUPE HOSPITALIER  
INTERCOMMUNAL  
LE RAINCY-MONTFERMEIL**

(Seine-Saint-Denis)

Exercices 2012 et suivants

Observations délibérées le 2 décembre 2019



## TABLE DES MATIÈRES

<b>SYNTHESE</b> .....	<b>6</b>
<b>RAPPELS AU DROIT ET RECOMMANDATIONS</b> .....	<b>8</b>
<b>PROCÉDURE</b> .....	<b>10</b>
<b>OBSERVATIONS</b> .....	<b>11</b>
<b>1 CONTEXTE</b> .....	<b>11</b>
1.1 La présentation de l'établissement .....	11
1.1.1 Un établissement proposant une offre de soins large et diversifiée.....	12
1.1.2 Une faible attractivité .....	12
1.2 Le territoire de santé.....	13
1.2.1 Une population jeune.....	13
1.2.2 Une population pauvre avec une plus forte prévalence de risques sanitaires .....	13
1.2.3 Une offre de soins riche et structurée autour de nombreux établissements malgré la faible densité de médecine libérale .....	14
<b>2 LA GOUVERNANCE</b> .....	<b>15</b>
2.1 Les instances de direction .....	15
2.1.1 Une composition et un fonctionnement irréguliers du directoire et du conseil de surveillance	15
2.1.2 Des instances de concertation mais pas toujours de décision.....	16
2.2 Un projet d'établissement tardif.....	18
2.3 Une organisation en pôles à réactiver .....	18
2.4 La mise en place du groupement hospitalier de territoire « <i>Grand-Paris-Nord-Est</i> » et de la direction commune.....	20
2.4.1 Un choix d'établissement difficile.....	20
2.4.2 La convention constitutive.....	20
2.4.3 Le projet médical partagé .....	21
2.4.4 Des périmètres de patientèles qui ne se recouvrent pas.....	22
2.4.5 Une coopération approfondie depuis la mise en place d'une direction commune .....	23
2.5 L'organisation de la fonction achat dans le cadre du groupement hospitalier de territoire .....	24
<b>3 L'ACTIVITÉ EN MÉDECINE, CHIRURGIE ET OBSTÉTRIQUE</b> .....	<b>25</b>
3.1 Un ajustement capacitaire en cours.....	26
3.2 Une activité en légère croissance .....	27
3.3 Une intense concurrence publique et privée .....	28
3.4 La décomposition du résultat de l'activité de médecine, chirurgie et obstétrique .....	31
3.5 L'évolution du <i>casemix</i> en médecine, chirurgie et obstétrique .....	31
3.6 La qualité du codage et de l'analyse de l'activité .....	37
<b>4 LA FIABILITÉ DES COMPTES</b> .....	<b>38</b>
4.1 La certification des comptes.....	38
4.1.1 Une certification avec réserve pour 2015, 2016 et 2017 .....	38
4.1.2 Des écritures au bilan pour fiabiliser les états financiers .....	39
4.1.3 La tenue de l'inventaire comptable.....	39

4.1.4	Les stocks .....	40
4.2	Le principe de prudence et de permanence des méthodes.....	40
4.2.1	Les provisions pour renouvellement des immobilisations.....	41
4.2.2	Les dépréciations des comptes de tiers.....	42
4.3	Le principe d'indépendance des exercices .....	45
4.3.1	Le rattachement des produits et des charges.....	45
4.3.2	Les produits et les charges constatés d'avance.....	45
4.3.3	Les produits sur exercices antérieurs.....	46
4.4	Le principe de sincérité .....	46
4.4.1	L'exécution budgétaire .....	46
4.4.2	Un établissement support du groupement hospitalier de territoire .....	46
4.4.3	La participation des budgets annexes aux charges communes .....	47
<b>5</b>	<b>LA SITUATION FINANCIERE .....</b>	<b>48</b>
5.1	Un résultat net comptable dégradé depuis 2013.....	48
5.1.1	Un déficit récurrent à partir de 2013 .....	48
5.1.2	Le résultat retraité du budget principal.....	49
5.2	L'évolution des charges et des recettes du budget principal.....	50
5.2.1	Les recettes évoluent faiblement .....	51
5.2.2	Les charges progressent davantage que les recettes .....	55
5.2.3	Des plans de retour à l'équilibre successifs et peu efficaces .....	60
5.3	Une marge brute insuffisante et une capacité d'autofinancement en baisse .....	61
5.4	Une dégradation du bilan .....	63
5.4.1	Les capitaux propres en baisse .....	63
5.4.2	Les financements reçus pour l'investissement sont faibles .....	64
5.4.3	Un fonds de roulement en baisse.....	64
5.4.4	Le besoin en fonds de roulement.....	65
5.4.5	Une trésorerie affaiblie et les délais de paiement stables .....	66
5.4.6	L'endettement progresse.....	68
5.5	L'investissement du groupement hospitalier intercommunal .....	69
5.5.1	Un patrimoine vieillissant.....	69
5.5.2	Un faible rythme de renouvellement des immobilisations .....	70
5.5.3	Le plan pluriannuel d'investissements non réalisé.....	71
5.5.4	Le devenir de l'ancien hôpital Valère Lefebvre : un produit de cession espéré depuis quinze ans .....	71
5.5.5	Les perspectives de financement de l'investissement.....	72
<b>6</b>	<b>LES RESSOURCES HUMAINES.....</b>	<b>73</b>
6.1	Le projet social.....	73
6.2	L'évolution des charges de personnel .....	75
6.3	L'évolution des effectifs .....	77
6.4	Le décompte du temps de travail reste irrégulier .....	78
6.4.1	Un accord de réduction du temps de travail qui résorbe certaines irrégularités mais en crée de nouvelles.....	78
6.4.2	Des jours de congés prévus par aucun texte .....	79
6.4.3	Des médecins qui ne prennent pas assez de congés .....	79
6.5	Le contrôle des heures supplémentaires.....	80

6.6	Le régime indemnitaire du personnel non médical .....	82
6.6.1	La prime de fonctions et de résultats des personnels de direction contractuels .....	82
6.6.2	La prime de service versée à des contractuels .....	82
6.6.3	Les logements de fonction.....	83
6.6.4	La prime de technicité accordée à des ingénieurs hospitaliers contractuels.....	83
6.6.5	La prime associée à la médaille du travail, une prime sans texte .....	84
6.7	Le personnel médical .....	84
6.7.1	Les personnels médicaux contractuels.....	85
6.7.2	L'activité libérale.....	86
<b>7</b>	<b>LES SYSTEMES D'INFORMATION .....</b>	<b>89</b>
7.2	La gouvernance informatique déléguée à un groupement de coopération sanitaire .....	90
7.3	L'établissement dessaisi du pilotage de son système d'information en application d'un marché d'assistance à maîtrise d'ouvrage.....	90
7.4	Des fragilités persistantes mais identifiées.....	91
7.5	La remise à niveau dans la perspective du groupement hospitalier de territoire.....	92
<b>ANNEXES</b> .....		<b>94</b>

## SYNTHESE

Le groupe hospitalier intercommunal Le Raincy-Montfermeil est issu de la fusion des hôpitaux de Montfermeil et Valère Lefebvre (Le Raincy), le 1<sup>er</sup> janvier 1999, étendue au 1<sup>er</sup> janvier 2009 au centre de moyen et long séjour Les Ormes (Montfermeil).

Situé à la frontière entre la Seine-et-Marne et la Seine-Saint-Denis, il se positionne comme un établissement de proximité mettant en œuvre un large champ d'activités en médecine, chirurgie et obstétrique. Il dispose de 607 lits et places, dont 406 en médecine, chirurgie et obstétrique.

L'établissement est soumis à une forte concurrence hospitalière publique et privée dans son département mais aussi à un important taux de fuite vers Paris, du fait notamment des difficultés d'accès aux établissements dionysiens en transports en commun, dans l'attente de la prolongation des lignes de métro et de tramway.

Peu de domaines d'activités peuvent devenir des relais de croissance. L'enjeu pour l'établissement est de maîtriser ses coûts pour bénéficier de l'effet de quantité tout en compensant les baisses tarifaires.

### **Une gouvernance interne à renforcer**

L'établissement a développé certaines spécialités : oncologie médicale et chirurgicale, gastro-entérologie, cardiologie, pneumologie et gériatrie. Il a aussi noué un partenariat médical avec d'autres hôpitaux du département : le centre hospitalier intercommunal Robert Ballanger pour la chirurgie pédiatrique, le centre hospitalier intercommunal de Montreuil pour la néphrologie et le centre hospitalier universitaire Avicenne pour la chirurgie thoracique.

La réduction du nombre de lits autorisés de 706 à 607 depuis 2012 et la réduction de la durée moyenne de séjour ont permis d'augmenter les recettes par lit. La chambre invite l'établissement à développer l'ambulatoire et à anticiper la rationalisation de son portefeuille d'activités dans le cadre de la mise en œuvre du projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire Grand-Paris-Nord-Est.

Les instances de gouvernance ne jouent pas assez leur rôle de pilotage et ne contribuent pas à l'impulsion d'une dynamique dans la conduite de l'établissement. Ces difficultés de pilotage ont retardé l'élaboration des documents internes de planification (projet médical, projet de soins, projet social) et l'affirmation des pôles en tant qu'échelon opérationnel de gouvernance.

### **Des mutualisations bienvenues au sein du groupement hospitalier de territoire dont le groupe hospitalier intercommunal est l'établissement support**

Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2016, le groupe hospitalier intercommunal Le Raincy-Montfermeil est le support du groupement hospitalier de territoire « *Grand-Paris-Nord-Est* », qui associe aussi le centre hospitalier intercommunal Robert Ballanger d'Aulnay-sous-Bois et le centre hospitalier intercommunal André Grégoire de Montreuil. Leur direction est commune depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2018.

La mise en place du groupement hospitalier de territoire et notamment le choix de l'établissement support ont été difficiles du fait des taux de fuite constatés et de l'enclavement de l'établissement. Cependant, la fusion des directions des trois hôpitaux a permis de renforcer la gouvernance du groupe hospitalier intercommunal Le Raincy-Montfermeil et de dynamiser la coopération entre établissements, notamment la mutualisation des fonctions support.

Ainsi, la fonction achat est désormais mutualisée au sein du groupement hospitalier de territoire ce qui devrait permettre à l'établissement de bénéficier d'une meilleure performance dans ses achats.

Le rapprochement des systèmes d'information avec ceux des autres membres du groupement hospitalier de territoire offre l'opportunité d'une montée en compétence interne et d'une meilleure réponse aux services utilisateurs.

### **Un déficit budgétaire structurel depuis 2012 qui empêche d'investir suffisamment**

La croissance de l'activité de médecine, chirurgie et obstétrique, de 4 % entre 2012 et 2017, reste inférieure à celle d'un échantillon d'établissements franciliens de même type, qui s'est élevée à 6 % sur la même période, et entraîne une progression des recettes inférieures aux charges.

La chambre invite l'établissement à renforcer son contrôle des charges de personnel qui représentent en moyenne près de 73 % des charges courantes. En effet, les modalités de gestion du temps de travail ne sont pas toutes régulières (congrés supplémentaires récompensant le « *présentisme* » ou l'ancienneté du personnel non-médical, recours irrégulier aux heures supplémentaires, dépassement des plafonds de certains contractuels médicaux, primes irrégulières). De même, l'activité libérale, peu développée, est insuffisamment contrôlée.

Les plans de retour à l'équilibre (2004, 2011, 2012 et 2014), la mise en œuvre en 2015 du programme régional d'accompagnement de l'agence régionale de santé et deux plans d'action de la direction (2015 et 2017) n'ont pas permis de résorber un déficit persistant.

Après trois années successives de déficit, représentant en moyenne 1 % de la totalité des recettes, le budget principal est revenu à l'équilibre en 2016 mais a affiché de nouveau un déficit (-1,4 M€) en 2017. Cependant, ce déficit a été artificiellement aggravé par une provision de 5,9 M€ (fin 2017) pour créances irrécouvrables dépassant de manière importante les risques d'irrécouvrabilité. Le retour à l'équilibre a été repoussé à 2019.

Du fait de la dégradation de sa situation financière, le groupement hospitalier intercommunal ne dégage pas les marges de manœuvre nécessaires pour renouveler un patrimoine vieillissant et des équipements dont le taux de vétusté est élevé. Toutefois, son endettement mesuré pourra faciliter ce renouvellement une fois l'équilibre budgétaire durablement retrouvé. De plus, l'établissement pourra s'appuyer sur le plan d'aide débloqué par l'État pour les services publics en Seine-Saint-Denis en octobre 2019.

## RAPPELS AU DROIT ET RECOMMANDATIONS

*Au terme de ses travaux, la chambre adresse les recommandations reprises dans la présente section.*

### Les recommandations qui suivent sont des rappels au droit :

---

Rappel au droit n° 1 : Mettre en place une organisation par pôle conforme à l'article L. 6164-1 du code de la santé publique, désigner des responsables de pôles et établir des contrats de pôles.....	20
Rappel au droit n° 2 : Etablir une convention d'association avec l'AP-HP.....	21
Rappel au droit n° 3 : Fixer les tarifs des prestations journalières conformément à l'article R. 6145-22 du code de la santé publique .....	54
Rappel au droit n° 4 : Transmettre au comité technique le rapport annuel relatif à l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes conformément à la loi n° 2012-347 du 12 mars 2012.....	75
Rappel au droit n° 5 : Réaliser le bilan social annuel prévu par le décret n°88-951 du 7 octobre 1988 .....	77
Rappel au droit n° 6 : Appliquer le décompte du temps de travail effectif et des congés légaux.....	80
Rappel au droit n° 7 : Respecter la réglementation applicable aux heures supplémentaires ...	82
Rappel au droit n° 8 : Respecter les conditions réglementaires d'attribution des primes.....	84
Rappel au droit n° 9 : Respecter la durée et les règles de renouvellement des contrats des praticiens contractuels prévues à l'article R. 6152-402 du code de la santé publique. ....	85
Rappel au droit n° 10 : Respecter les plafonds de rémunération des praticiens contractuels aux montants fixés à l'article R. 6152-416 du code de la santé publique. ....	86
Rappel au droit n° 11 : Identifier les plages d'activité libérale dans les contrats et les tableaux de service.....	88

---

**Les autres recommandations adressées par la chambre sont les suivantes :**

---

-----

-----

Recommandation n° 1 : Poursuivre l'ajustement capacitaire de l'hospitalisation complète et accélérer le développement de l'ambulatoire.....	33
Recommandation n° 2 : Améliorer la fiabilité du codage et conduire des analyses de l'activité.....	38
Recommandation n° 3 : Adapter la méthode statistique de calcul de la provision pour dépréciation des créances au risque de non recouvrement.....	45
Recommandation n° 4 : Revoir les clés de répartition des charges communes et les imputer comptablement dans les budgets annexes selon la nomenclature M21. ....	47
Recommandation n° 5 : Mettre en place un relevé de l'ensemble de l'activité publique des praticiens. ....	87
Recommandation n° 6 : Obtenir les relevés SNIR de tous les praticiens exerçant une activité libérale.....	88

---

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

## PROCÉDURE

La chambre régionale des comptes Île-de-France a procédé, dans le cadre de son programme de travail de 2018, au contrôle des comptes et à l'examen de la gestion du groupe hospitalier intercommunal Le Raincy-Montfermeil, pour les exercices 2012 et suivants.

Les différentes étapes de la procédure, notamment au titre de la contradiction avec l'ordonnateur, telles qu'elles ont été définies par le code des juridictions financières et précisées par le recueil des normes professionnelles des chambres régionales et territoriales des comptes, sont présentées en annexe 1.

Ont participé au délibéré sur le rapport d'observations définitives, qui s'est tenu le 2 décembre 2019 sous la présidence de M. Patrick Prioleaud, président de section ; Mme Florence Bonnafoux, présidente de section ; Mme Anne-Christine Priolet, première conseillère ; MM. Frédéric Mahieu, premier conseiller ; Philippe Lavastre, conseiller et Pierre Caille-Vuarier, conseiller.

Ont été entendus :

en leur rapport, Mme Florence Bonnafoux, présidente de section ; M. Pierre Caille-Vuarier, conseiller, assistés de Mme Noëlline Violy, vérificatrice des juridictions financières ;

en ses conclusions, sans avoir pris part au délibéré, procureur financier.

Mme Mélanie Menant, auxiliaire de greffe, assurait la préparation de la séance de délibéré et tenait les registres et dossiers.

## OBSERVATIONS

### 1 CONTEXTE

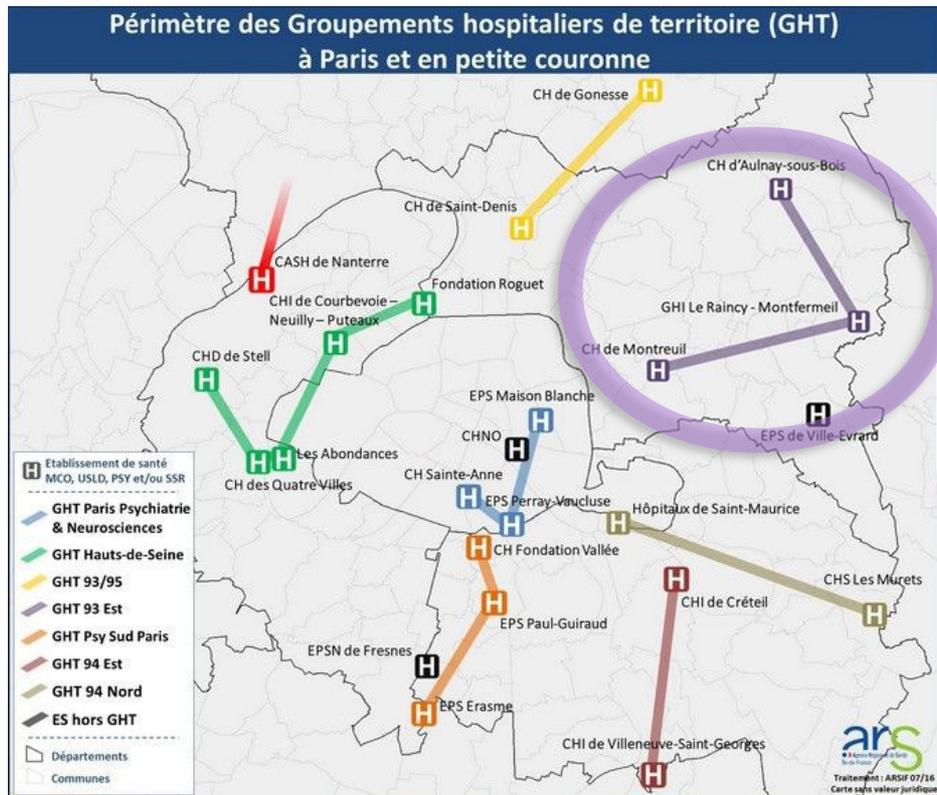
#### 1.1 La présentation de l'établissement

L'hôpital de Montfermeil a été créé en 1927 par un syndicat intercommunal constitué de neuf communes : Clichy-sous-Bois, Coubron, Gagny, Gournay-sur-Marne, Livry-Gargan, Montfermeil, Neuilly-Plaisance, Neuilly-sur-Marne et Vaujours. Il est situé sur la commune de Montfermeil, dans la petite couronne francilienne, et demeure d'un accès compliqué en transports en commun.

Au 1<sup>er</sup> janvier 1999, il fusionna avec l'hôpital Valère Lefebvre du Raincy et donna naissance au centre hospitalier intercommunal Le Raincy-Montfermeil. Il fonctionnera toutefois sur les deux sites (un site « *hôpital* » et un site « *maison de retraite* ») jusqu'en 2004, date à laquelle s'est achevé le transfert de l'ensemble des services de l'hôpital Valère Lefebvre. À cette occasion, est créé un court séjour de soins de suite gériatriques.

L'établissement prend le nom de groupe hospitalier intercommunal Le Raincy Montfermeil lors de la fusion au 1<sup>er</sup> janvier 2009 avec le centre de moyen et long séjour Les Ormes, également situé à Montfermeil. Cette fusion permettra de compléter l'offre de soins et de consolider une filière gériatrique à l'hôpital.

Carte n° 1 : Le périmètre des groupements hospitaliers de territoire à Paris et petite couronne



Source : agence régionale de santé

Le groupement hospitalier intercommunal a été désigné comme structure support du groupement hospitalier de territoire « *Grand-Paris-Nord-Est* » par décision n°16-686 du 1<sup>er</sup> juillet 2016 du directeur général de l'agence régionale de santé Île-de-France, conduisant à la mise en place le 1<sup>er</sup> septembre 2018 d'une direction commune avec le groupement hospitalier intercommunal Le Raincy Montfermeil et celui d'Aulnay-sous-Bois et Montreuil.

### **1.1.1 Un établissement proposant une offre de soins large et diversifiée**

Le groupement hospitalier intercommunal met en œuvre un large champ d'activités de médecine, d'obstétrique et de chirurgie. Il dispose au 31 décembre 2017 de 607 lits et places dont 406 en médecine, chirurgie et obstétrique.

Il a développé un certain nombre de spécialités : cancérologie médicale et chirurgicale, gastro-entérologie, cardiologie, pneumologie et gériatrie, ainsi qu'un partenariat médical avec d'autres hôpitaux du département, dont le centre hospitalier intercommunal Robert Ballanger pour la chirurgie pédiatrique et le centre hospitalier intercommunal de Montreuil pour la néphrologie, ainsi qu'avec le centre hospitalier universitaire Avicenne pour la chirurgie thoracique sur Paris.

Son plateau technique se compose d'un service d'anesthésie réanimation et d'une unité de surveillance continue, de laboratoires de biochimie et de biologie, d'un service d'imagerie conventionnelle disposant de deux scanners et d'un IRM, d'un service de médecine nucléaire équipé de deux caméras gamma, d'une pharmacie à usage intérieur disposant d'une centrale d'approvisionnement en matériel stérile et d'une unité de reconstitution des anticancéreux et d'un service de rééducation et de réadaptation.

### **1.1.2 Une faible attractivité**

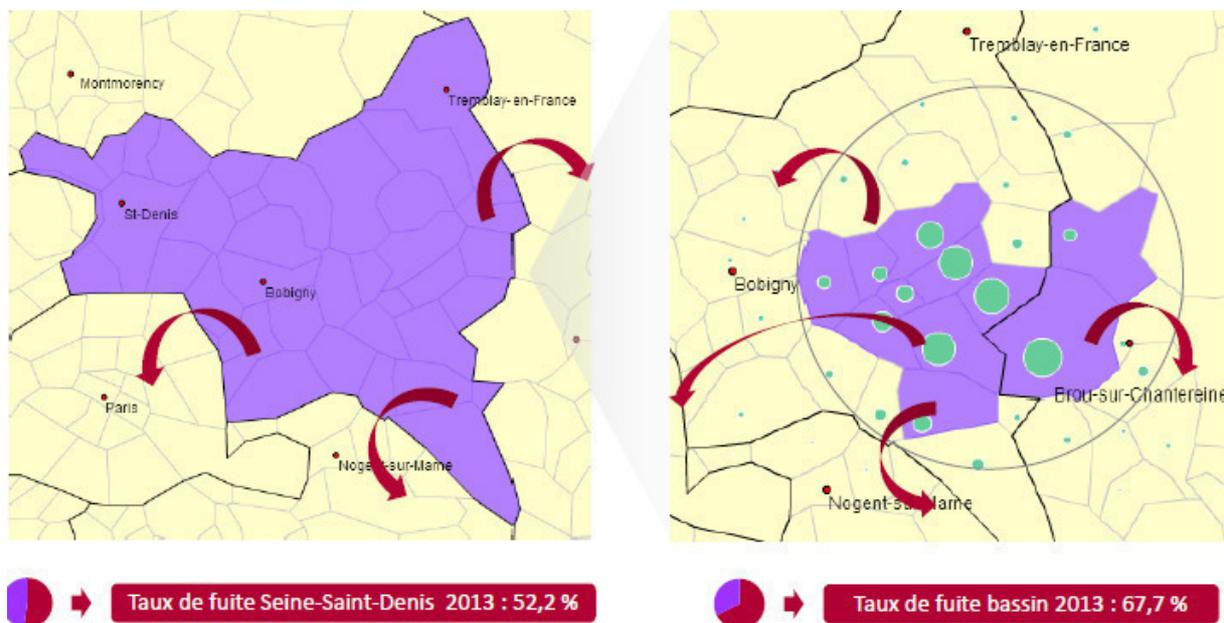
Le groupement hospitalier intercommunal est situé à la frontière entre la Seine-Saint-Denis et la Seine-et-Marne. Son bassin de recrutement est constitué d'une dizaine de communes<sup>1</sup>.

En 2013, le taux de fuite des patients du groupement hospitalier intercommunal vers des établissements situés en dehors de son bassin de recrutement atteignait 67,7 % soit un niveau supérieur à celui de l'ensemble du département de la Seine-Saint-Denis qui s'élevait à 52,2 %.

---

<sup>1</sup> Chelles, Montfermeil, Clichy-sous-Bois, Gagny, Livry-Gargan, Villemomble, Neuilly sur Marne, Le Raincy, Les Pavillons-sous-Bois, Bondy et Courtry.

## Carte n° 2 : Le taux de fuite des patients du groupement hospitalier intercommunal en 2013



Source : rapport de diagnostic du 6 octobre 2015

### 1.2 Le territoire de santé

Le département de Seine-Saint-Denis est un territoire globalement dynamique qui regroupait en 2014 une population de 1,55 million d'habitants, soit 13 % de la population francilienne. Toutefois, l'est de la Seine-Saint-Denis où se situe le groupement hospitalier intercommunal connaît une évolution démographique moins dynamique que le reste du département et certaines communes ont une population plus vieillissante (Le Raincy, Montfermeil et Livry-Gargan). Densément peuplé comme l'ensemble de la petite couronne, le territoire de santé dionysien présente des indicateurs socio-économiques et sanitaires défavorables.

#### 1.2.1 Une population jeune

Les moins de 30 ans représentent 43 % de la population et les plus de 60 ans seulement 15 %, contre respectivement 37 % et 24 % au niveau national. La natalité est plus élevée que la moyenne nationale (respectivement 1,9 % et 1,3 %) et la mortalité est plus faible.

#### 1.2.2 Une population pauvre avec une plus forte prévalence de risques sanitaires

Les principaux indicateurs socio-économiques sont nettement défavorables en Seine-Saint-Denis au regard de ceux de l'Île-de-France. Le taux de pauvreté s'élevait à 26,9 % en 2012 contre 15 % au niveau régional et le taux de chômage à 13,2 % en 2014 contre 8,9 % au niveau régional.

L'épidémiologie s'avère plus dégradée que la moyenne, en particulier du fait des affections longues durées. La prévalence du diabète est nettement supérieure au reste du territoire tant national que régional (517 cas pour 100 000 habitants contre 352 au niveau national), et celle des maladies cardio-vasculaires légèrement plus élevée (815 cas pour 100 000 habitants contre 791).

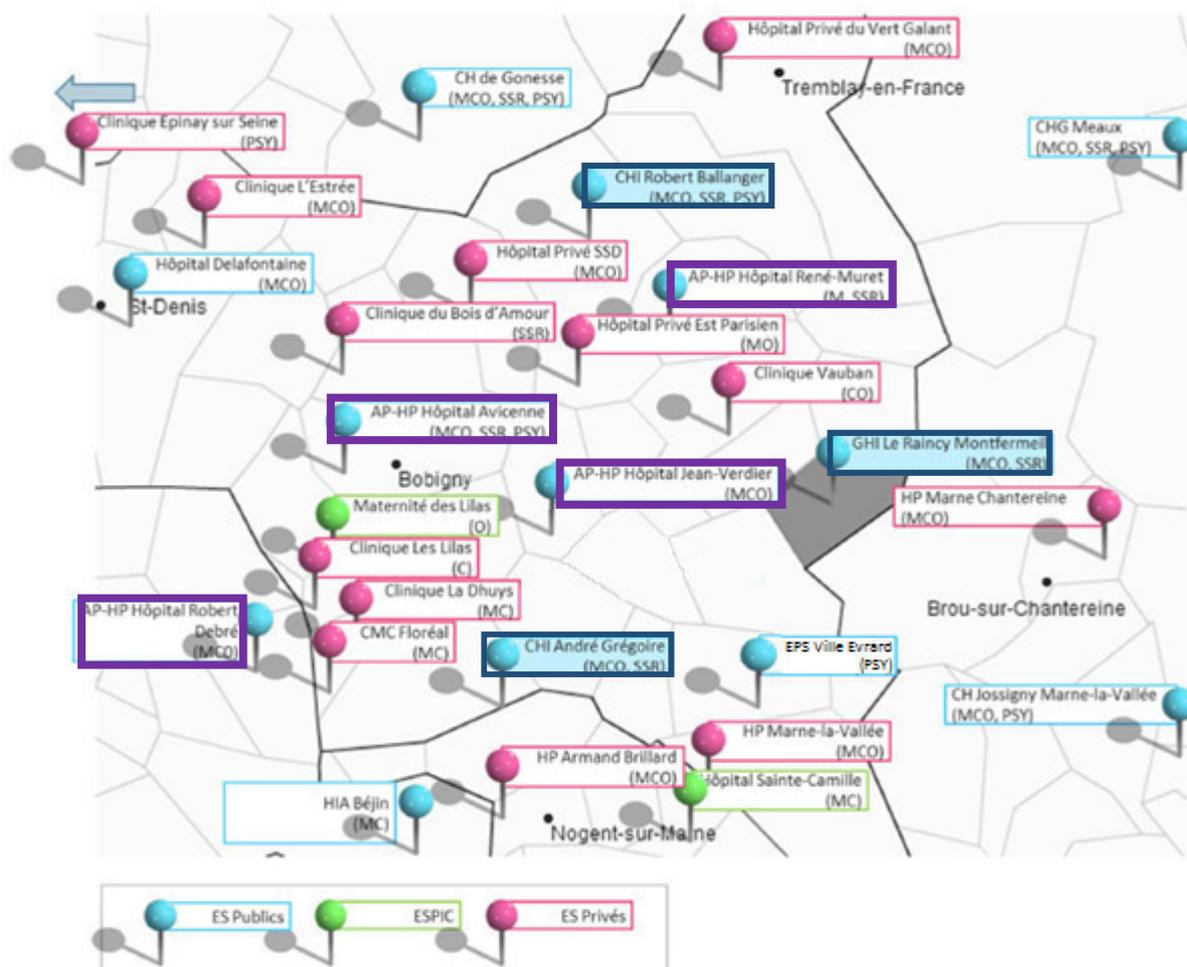
Si le taux de mortalité général est en retrait par rapport à la moyenne nationale, la mortalité prématurée (avant 65 ans) l'égale et dépasse la moyenne régionale (260 morts pour

100 000 hommes et 130 morts pour 100 000 femmes contre respectivement 270 et 123 au niveau national et 227 et 116 en Île-de-France) en raison notamment de l'incidence de la surmortalité cancéreuse.

### 1.2.3 Une offre de soins riche et structurée autour de nombreux établissements malgré la faible densité de médecine libérale

La Seine-Saint-Denis fait face à un déficit important de médecins libéraux, tout comme la Seine-et-Marne voisine, déficit accentué concernant les spécialistes : 74 médecins généralistes et 64 spécialistes pour 100 000 habitants contre respectivement 106 et 94 en Île-de-France. En revanche le territoire est densément couvert par les établissements hospitaliers :

Carte n° 3 : Une forte densité d'établissements de santé publics et privés



Source : convention constitutive du groupement hospitalier de territoire, actualisation CRC.  
Les établissements qui constituent le groupement hospitalier de territoire sont encadrés en bleu foncé, ceux de l'AP-HP sont en violet.

Selon l'agence régionale de santé, la question de la concurrence avec les établissements privés est bien connue de l'ensemble des acteurs de ce territoire. Des projets de coopérations territoriales (PIMM) sont par ailleurs à l'étude avec notamment des réflexions en imagerie ou en médecine nucléaire qui pourraient se concrétiser en 2020. Les coopérations avec les établissements privés devraient se développer car elles constituent une thématique prioritaire des « CPOM de groupe » conclus entre l'agence régionale de santé et les groupes d'établissements privés.

À cette concurrence hospitalière s'ajoute un important taux de fuite vers Paris, du fait notamment des difficultés d'accès aux établissements dionysiens via les transports en commun.

## 2 LA GOUVERNANCE

Trois directeurs ont été en fonction depuis 2012. M. Jean-Louis Feutrie a été directeur du groupement hospitalier intercommunal à partir de sa création le 1<sup>er</sup> janvier 2009 (il dirigeait le centre hospitalier de Montfermeil depuis mai 1999). Après son départ en août 2017, un intérim de treize mois a été exercé par M. Pascal De Wilde, alors directeur des Hôpitaux universitaires de l'Est Parisien à l'AP-HP. Puis Mme Yolande Di Natale a été nommée lors de la mise en place d'une direction commune pour les trois établissements du groupement hospitalier de territoire, le 1<sup>er</sup> septembre 2018.

### 2.1 Les instances de direction

#### 2.1.1 Une composition et un fonctionnement irréguliers du directoire et du conseil de surveillance

##### 2.1.1.1 Le directoire

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

Le directoire était, d'après la décision de nomination de ses membres rédigée par le directeur le 24 juin 2015, irrégulièrement composé entre cette date et le 20 décembre 2016, date de la dernière décision de nomination. Il ne comportait en effet que six membres sur les sept prévus à l'article L. 6143-7-5 du code de la santé publique.

En outre, l'arrêté de nomination ne vise pas nommément un des membres du directoire et renvoie à sa fonction de « *médecin membre responsable de l'information médicale* », ce qui constitue là aussi une irrégularité, puisque les membres du directoire sont choisis *intuitu personae* et non *ès qualités*. La seule qualité de responsable du département d'information médicale n'emporte nullement la participation de droit au directoire.

Au-delà de ces manquements formels à la réglementation en vigueur, la lecture des ordres du jour et des procès-verbaux du directoire montre que celui-ci fonctionnait sur un mode « *élargi* » avec une composition différente de celle fixée par l'arrêté de nomination. Selon l'ancien directeur, les chefs de pôle étaient systématiquement associés, ce qui a permis d'asseoir la légitimité du directoire et de mobiliser les chefs de pôle sur la politique de l'établissement<sup>2</sup>. La possibilité de nommer des invités permanents n'est pas irrégulière en soi tant que ceux-ci n'ont pas voix délibérative. En revanche, elle aurait pu être formalisée dans l'arrêté de nomination.

Le directoire a néanmoins assuré les compétences qui lui sont imparties par la loi. En effet, la comparaison des ordres du jour avec l'article L. 6143-7 du code de la santé publique qui énumère les attributions du directoire montre que ce dernier a été correctement mobilisé au cours de la période.

---

<sup>2</sup> Les directrices des finances et de la qualité étaient aussi associées à toutes les réunions du directoire

### 2.1.1.2 Le conseil de surveillance

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

Aux termes des articles L. 6143-5 et L. 6143-6 du code de la santé publique, le conseil de surveillance est composé de trois collèges, respectivement des collectivités territoriales, du personnel médical et non médical, et des personnalités qualifiées, chacun de ces collèges comprenant au plus cinq membres. L'article L. 6143-5 dispose que « *le nombre de membres de chacun des collèges est identique* ». Or l'arrêté du 13 décembre 2017 n° 2017-3714 de l'agence régionale de santé modifiant la composition du conseil de surveillance ne nomme que quatre membres au sein du collège des collectivités territoriales. Dès lors, d'une part la composition du conseil de surveillance n'est plus régulière, et d'autre part la représentante de la communauté d'agglomération Clichy-Montfermeil siège alors qu'elle ne figure pas dans l'arrêté susmentionné. Cette négligence n'en produit pas moins des effets juridiques : l'irrégularité de la composition du conseil de surveillance emporte la nullité des délibérations approuvées par celui-ci.

L'arrêté de l'agence régionale de santé en date du 2 mars 2018 est venu modifier et régulariser la composition du conseil de surveillance qui comprend de nouveau quinze membres. Pour parer tout risque juridique, il convient de vérifier qu'aucune délibération obligatoire ou produisant encore des effets n'a été adoptée durant la période durant laquelle la composition était illégale, et le cas échéant d'adopter à nouveau les délibérations concernées.

Le conseil de surveillance n'a pas toujours respecté la fréquence minimale prescrite par l'article R.6143-8 du code précité de quatre séances annuelles : en effet il ne s'est réuni que deux fois en 2013, à nouveau deux fois seulement en 2014 (la première séance ne se tenant que le 3 octobre en raison des élections municipales et de la désignation tardive des représentants de communes siégeant en son sein). Il se sera donc écoulé près de 16 mois entre le 21 juin 2013 et le 3 octobre 2014 sans que le conseil de surveillance se réunisse.

**Tableau n° 1 : Fréquence des réunions des instances de gouvernance**

	<i>Fréquence réglementaire</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>	<i>2014</i>	<i>2015</i>	<i>2016</i>	<i>2017</i>
Conseil de surveillance	4	4	2	2	4	5	6
Directoire	8	7	8	10	9	14	10

*Source : procès-verbaux du directoire et du conseil de surveillance*

Selon la directrice de l'établissement, d'autres réunions thématiques ont permis en 2013 et 2014 d'assurer le pilotage de l'établissement en concertation avec le président du conseil de surveillance et l'agence régionale de santé.

### 2.1.2 Des instances de concertation mais pas toujours de décision

La composition et le fonctionnement de la commission médicale d'établissement ou du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail n'appellent pas de remarques de régularité. En revanche, sur le plan de la gestion, il convient de relever que le chef d'établissement, en droit président du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail depuis juin 2013, y assiste peu.

Les comptes rendus, tant du conseil de surveillance que de la commission médicale d'établissement ou du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, attestent que les sujets dont ces instances doivent régulièrement discuter sont abordés. De manière

générale, les débats semblent nourris et les participants interviennent librement. Cependant, si nombre de problématiques sont évoquées, elles ne sont pas toujours tranchées.

### **2.1.2.1 Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail**

Les procès-verbaux du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail montrent qu'un même problème, parfois uniquement matériel, est abordé à plusieurs reprises (absence d'ordinateur et de courriel, de bureau, réclamation de chaises ergonomiques, lits souillés...). Cela concerne aussi des situations de mal-être au travail : ainsi, des actions pour répondre à des tensions dans deux services ne sont engagées qu'une année après avoir été évoquées pour la première fois en comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (la radiologie entre 2012 et 2014, le service des radio-isotopes en 2012 et 2013), et les signalements réalisés par la médecin du travail, constamment présente lors des réunions du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, sont réitérés : elle requiert même que ses signalements soient traités efficacement (6 mai 2015).

L'élaboration du document unique d'évaluation des risques professionnels est également tardive ; démarrée le 12 juin 2012 elle n'est validée que le 2 avril 2014, sans les risques psycho-sociaux ni les troubles musculo-squelettiques. En l'absence de document unique d'évaluation des risques professionnels, la prévention des risques psycho-sociaux n'est abordée que lors de deux séances, puis fait l'objet d'une prestation d'accompagnement (2016), tandis que la prévention des troubles musculo-squelettiques est relancée en 2015 mais se heurte au changement des référents et aux difficultés d'implantation des matériels adéquats. En l'absence d'une démarche globale le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail traite ces problématiques au coup par coup, sans politique de prévention.

Les réponses aux difficultés s'accroissent toutefois nettement à partir de mi-2016, et les procès-verbaux du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail témoignent d'une analyse plus poussée des situations et d'une recherche de solutions plus systématique.

### **2.1.2.2 La commission médicale d'établissement**

Ce manque de prise de décisions opérationnelles se retrouve au sein de la commission médicale d'établissement, qui constate au demeurant son insuffisante coopération avec le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (17 avril 2015) et le manque d'implication de ses membres dans le fonctionnement des instances en général (trois séances sont nécessaires pour nommer un représentant de la commission médicale d'établissement au comité technique d'établissement faute de candidats, 22 mars 2013, 18 octobre 2013 et 7 décembre 2013).

La politique de qualité apparaît révélatrice des difficultés de pilotage. L'établissement et particulièrement la communauté médicale se sont mobilisés pour répondre aux réserves émises par le rapport de certification de la haute autorité de santé d'octobre 2011, avec un plan d'action (2013), qui a permis d'obtenir en décembre 2013 la levée de ces réserves (six recommandations subsistent).

Cependant la démarche qualité apparaît insuffisamment formalisée et investie. Si la prise en charge médicamenteuse sera réellement engagée avec un plan d'action (20 juin 2014) les autres outils sont présentés mais pas réellement suivis. L'établissement se trouve donc très surpris que la haute autorité de santé émette des réserves lors de la certification de 2016, reprochant « *l'appropriation hétérogène et inégale selon les services des démarches qualité [...]; le déficit de pilotage institutionnel de la politique de qualité notamment concernant l'élaboration d'un plan d'actions par la CME [...] et le peu de connaissance du vocabulaire*

*HAS de la qualité [lié à] la volonté de l'établissement de simplifier les démarches » (12 février 2016).*

Ces réserves de la haute autorité de santé provoqueront toutefois une prise de conscience de la part de la communauté médicale, et à partir de 2016 les séances de la commission médicale d'établissement comportent davantage d'analyses et de décisions.

## 2.2 Un projet d'établissement tardif

Tout établissement public de santé doit développer un projet d'établissement, lequel est composé, aux termes de l'article L. 6143-2 du code de la santé publique, du projet médical qui en constitue le cœur, du projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotechnique et d'un projet social. La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 y a ajouté un projet psychologique. Or le groupement hospitalier intercommunal du Raincy-Montfermeil n'a adopté son projet médical et son projet de soins que le 6 février 2015, six ans après sa création. La durée d'élaboration du projet médical est révélatrice de l'étirement du processus décisionnel caractéristique de l'établissement puisque son écriture figure à l'ordre du jour des instances (directoire notamment) dès le début de la période. Le projet social attendra davantage encore puisqu'il n'est adopté qu'en 2017. Par conséquent jusqu'en 2015 le groupement hospitalier intercommunal du Raincy-Montfermeil n'a pas formellement défini sa stratégie et ses orientations, et jusqu'en 2017 cette stratégie n'est qu'imparfaitement articulée aux moyens humains et à la politique de ressources humaines de l'établissement.

Pour tardif qu'il soit, le projet médical apparaît structuré et son contenu répond aux items listés par l'article D. 6143-37-1 du code de la santé publique. Il fixe comme orientations prioritaires l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, afin de répondre notamment aux exigences de la certification de la haute autorité de santé, une fluidité accrue du service des urgences, la structuration de l'offre de cancérologie et d'hématologie et le développement de la filière gériatrique, parallèlement à la consolidation des spécialités existantes.

## 2.3 Une organisation en pôles à réactiver

Conformément à l'article L. 6146-1 du code de la santé publique, le groupement hospitalier intercommunal du Raincy-Montfermeil a depuis 2007 structuré sa gouvernance interne en pôles cliniques et médicotechniques. L'établissement a choisi de ne pas constituer de pôle administratif, lequel n'est pas obligatoire.

**Tableau n° 2 : Contrats de pôle**

Intitulé du pôle	Signature du contrat de pôle	Durée du contrat de pôle
Urgences et médecine polyvalente	15 février 2010	3 ans
Spécialités médicales	3 novembre 2010	4 ans
Soins de suite et gériatrie	31 janvier 2011	3 ans
Oncologie - Hématologie	3 novembre 2010	4 ans
Médicotechnique	31 janvier 2011	3 ans
Femme-enfant	3 novembre 2010	3 ans
Imagerie	néant	néant
Chirurgie-anesthésie-réanimation	néant	néant

Source : données de l'établissement

Un chef de pôle a été nommé à la tête de chacun d'eux mais les pôles de l'imagerie et de la chirurgie-anesthésie-réanimation sont dépourvus de contrats de pôle. Pour le second, une note du 14 avril 2017 esquisse de potentiels axes d'un futur contrat.

Les contrats de pôle doivent être obligatoirement signés entre le directeur et les chefs de pôle pour définir les objectifs, notamment en matière de politique et de qualité des soins, assignés au pôle, ainsi que les moyens qui lui sont attribués. Il fixe les indicateurs permettant d'évaluer la réalisation de ces objectifs (article R.6146-8 du code de la santé publique).

Or ces contrats n'ont pas été contresignés par le président de la commission médicale d'établissement comme l'exige l'article L.6146-1 du code précité pour les pôles d'activité clinique et médicotechnique. Ce dernier « *atteste, ainsi, par sa signature, la conformité du contrat avec le projet médical de l'établissement* ». Aucun des contrats n'était donc juridiquement correctement approuvé.

Ces contrats de pôle ne comportaient que peu d'orientations stratégiques, ni engagements ou objectifs chiffrés et apparaissent déconnectés de la pratique quotidienne. Ils avaient tous une partie commune, notamment concernant les problématiques d'évaluation des pratiques professionnelles et de revues de morbi-mortalité (qui seules se voyaient assorties d'objectifs précis, quantifiés et datés) et une partie spécifique à chaque pôle moins précise. Le pôle « *spécialités médicales* » par exemple, reçoit comme objectif de « *satisfaire aux niveaux d'exigence des référentiels de la haute autorité de santé concernant [les activités à risque]* », ce qui constitue en réalité une obligation légale. Même si la contractualisation interne n'est pas aussi contraignante qu'un contrat au sens plein, elle apparaît ici vidée de ses objectifs, le chef du pôle femme-enfant ajoutant au contrat de pôle un commentaire qualifiant « *la délégation de gestion [d'] assez dérisoire et la finalité du contrat [d'] obscure* ».

Conformément à la réglementation, chacun des pôles (y compris ceux dépourvus de contrat de pôle) dispose d'un tableau de bord qui, selon l'ancien directeur, sert au dialogue de gestion mensuel tenu entre la direction et les chefs et cadres de pôles.

Le fonctionnement en pôle apparaît peu intégré à la vie institutionnelle de l'établissement, comme le constatent régulièrement les procès-verbaux de la commission médicale d'établissement et du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ainsi que le diagnostic réalisé par un cabinet extérieur. La commission médicale d'établissement n'a émis aucune proposition pour revivifier la gouvernance polaire. Aucun contrat de pôle n'a été renouvelé et tous sont échus depuis fin 2014 au plus tard. Depuis cette date, aucun des pôles n'est donc assorti d'un contrat.

En outre, à partir de 2015 les consultations externes sont dotées d'un tableau de bord de pôle et d'un « *cadre de pôle* » dans le but, selon l'ancien directeur, d'optimiser leur fonctionnement. Cependant, elles figurent dans la décision du directeur n°2017-47 relative à l'organisation polaire en tant que « *cellule* », ajoutant à la confusion sur l'effectivité de l'échelon polaire.

De plus, les conseils de service, censément supprimés par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 dite HPST et précisément remplacés par l'organisation polaire, subsistent comme l'échelon réellement opérationnel et investi. La commission médicale d'établissement avait ainsi validé en septembre 2014 (lors de l'expiration des contrats de pôle) la réactivation des conseils de service et le conseil de surveillance avait approuvé en octobre de la même année le projet de charte de fonctionnement des conseils de services. Pour le directeur, ces conseils de service, qui réunissent plus de membres que ceux de pôle permettent de mieux impliquer les praticiens hospitaliers, qui n'avaient pas le sentiment de participer à la vie du pôle.

La contractualisation, mise en place tardivement, lors du précédent contrôle de la chambre (2011), n'est donc désormais plus active. Les pôles, sans contrat de pôle effectif et officiellement supplantés par une instance concurrente, sont dévitalisés depuis la fin de l'année 2014, malgré leur caractère obligatoire.

**Rappel au droit n° 1 : Mettre en place une organisation par pôle conforme à l'article L. 6164-1 du code de la santé publique, désigner des responsables de pôles et établir des contrats de pôles.**

A la suite des observations de la chambre, le président de la commission médicale d'établissement et la directrice se sont engagés à redonner une place plus importante au pilotage polaire en renommant des chefs de pôles et en redynamisant le dialogue de gestion. De plus, la mise en œuvre de pôles inter établissement est envisagée dans le cadre de la mise en œuvre du projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire.

## **2.4 La mise en place du groupement hospitalier de territoire « Grand-Paris-Nord-Est » et de la direction commune**

### **2.4.1 Un choix d'établissement difficile**

Le périmètre du groupement hospitalier de territoire « Grand-Paris-Nord-Est » est longtemps resté en suspens. Initialement, il devait réunir le centre hospitalier intercommunal Robert Ballanger à Aulnay-sous-Bois, le centre hospitalier intercommunal André Grégoire à Montreuil-sous-Bois et le groupement hospitalier intercommunal Le Raincy Montfermeil à Montfermeil ainsi que l'établissement public de santé mentale de Ville-Evrard. Ce dernier ne souhaitait cependant pas appartenir à un groupement hospitalier de territoire polyvalent et obtint de ce fait une dérogation au 1<sup>er</sup> juillet 2016, date à laquelle l'agence régionale de santé a fixé le périmètre des futurs groupements hospitaliers de territoire.

Le groupement hospitalier de territoire « Grand-Paris-Nord-Est » est donc composé du centre hospitalier intercommunal Robert Ballanger à Aulnay-sous-Bois, du centre hospitalier intercommunal André Grégoire à Montreuil-sous-Bois et du groupement hospitalier intercommunal Le Raincy Montfermeil à Montfermeil<sup>3</sup>. Le choix de l'établissement support, pour lequel l'établissement avait fait valoir ses arguments en septembre 2016, a été arrêté par l'agence régionale de santé le 17 novembre 2016<sup>4</sup>.

### **2.4.2 La convention constitutive**

La convention constitutive du groupement hospitalier de territoire « Grand-Paris-Nord-Est » (GPNE) a été adoptée le 6 octobre 2016. Conformément au décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire, « *la convention détermine [...] les compétences déléguées à l'établissement support du groupement, fixe la durée de ces délégations et les modalités de leur reconduction expresse, définit les objectifs à atteindre et les modalités de contrôle de l'établissement délégant sur l'établissement support du groupement* ». La convention constitutive du groupement hospitalier de territoire « Grand-Paris-Nord-Est » demeure en-deçà de ce degré de précision car, si elle définit les fonctions mutualisées et quelques principes directeurs de leur organisation, elle stipule en son article 17 que « *les modalités de réalisation des fonctions mutualisées [...] sont précisées autant que de besoin dans le règlement intérieur du groupement* ». En outre, toujours aux termes du décret précité, le projet médical partagé constitue l'un des volets de la convention constitutive. Or l'article 1<sup>er</sup> de la convention constitutive stipule que le projet médical partagé devra être adopté dans un délai d'un an, soit en octobre 2017 : non seulement cette disjonction s'avère contraire aux textes, mais en outre le projet médical ne sera adopté qu'en 2018.

<sup>3</sup> Décision n° 16-686 du directeur général de l'Agence régionale de santé Île-de-France du 1<sup>er</sup> juillet 2016.

<sup>4</sup> Décision 16-1254 du 17 novembre 2016 du directeur général de l'agence régionale de santé Île-de-France désignant le groupement hospitalier intercommunal Le Raincy-Montfermeil en qualité d'établissement support.

Concernant les instances du groupement hospitalier de territoire, la convention constitutive répond aux exigences du décret précité, à l'exception du comité des usagers qu'elle se borne à créer sans préciser ni sa composition ni sa compétence, renvoyant là encore ces points au règlement intérieur. La mise en place du GHT apparaît donc laborieuse et repousse dans le temps le règlement des modalités concrètes de fonctionnement.

### 2.4.3 Le projet médical partagé

Le décret du 27 avril 2016 précité définit le contenu du projet médical partagé. Il dispose notamment que celui-ci « *devra comprendre à terme [...] l'organisation par filière d'une offre de soins graduée ; les principes d'organisation des activités, au sein de chacune des filières, avec leur déclinaison par établissement* ». Le décret prévoit donc que la démarche soit progressive, et de fait le projet médical partagé pose le principe d'une graduation structurée en un niveau de premier recours présent dans les trois établissements, un niveau intermédiaire présent dans deux des trois établissements et un niveau de pointe concentré dans un seul établissement. Pour la plupart des filières le projet médical partagé se garde d'opérer la répartition par établissement, mais elle se lit en transparence du recensement par filière des services et équipements de chaque établissement. Le groupement hospitalier intercommunal du Raincy-Montfermeil semble ainsi bien placé en cancérologie, pour le digestif, la pharmacie et l'imagerie. Il se situe au contraire en retrait pour les filières de pédiatrie, le domaine neuro-vasculaire et la néphrologie, l'endocrinologie et la gériatrie se situant dans une position intermédiaire. Cette stratégie de gradation est suscitée par les taux de fuite et par l'existence de seuils critiques d'activité conditionnant l'investissement dans certains équipements lourds, comme le constate lucidement le projet médical partagé. Les coopérations établies pour certaines filières devraient faciliter la transition vers la gradation de l'offre, qui devrait s'avérer plus épineuse dès lors que chaque établissement a conservé une filière de soins complète.

Pour la chambre cette stratégie est la seule compatible avec la situation financière des trois établissements (le centre hospitalier intercommunal de Montreuil pâtissant de son volume d'emprunts structurés entrés en phase toxique<sup>5</sup> et le centre hospitalier d'Aulnay connaissant d'importants déficits cumulés après avoir beaucoup investi<sup>6</sup>), car aucun ne peut désormais assumer seul le renouvellement des équipements ni les ressources humaines nécessaires à la réalisation de l'ensemble des activités sur son site.

Enfin, la chambre souligne l'absence de convention d'association avec l'AP-HP. Elle rappelle qu' le IV de l'article L. 6132-3 du code de la santé publique, issu de la loi du 26 janvier 2016, impose aux centres hospitaliers universitaires de « *coordonne[r], au bénéfice des établissements parties aux groupements hospitaliers de territoire auxquels ils sont associés : 1° les missions d'enseignement de formation initiale des professionnels médicaux ; 2° les missions de recherche (...); 3° les missions de gestion de la démographie médicale ; 4° les missions de référence et de recours.* » et que le III de l'article L. 6132-1 du code de la santé publique<sup>7</sup> précise que cette association se traduit dans le projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire et dans une convention d'association entre l'établissement support du groupement hospitalier de territoire et le centre hospitalier universitaire.

#### **Rappel au droit n° 2 : Etablir une convention d'association avec l'AP-HP**

<sup>5</sup> Cf. le rapport de la chambre régionale des comptes d'Île-de-France, 5 janvier 2017, exercices 2011 et suivants.

<sup>6</sup> Cf. le rapport de l'IGAS motivé par cette situation financière délicate : *mission d'appui à l'agence régionale de santé Île-de-France relative au CHI Robert Ballanger d'Aulnay-sous-Bois*, octobre 2017 (n°2017-044R).

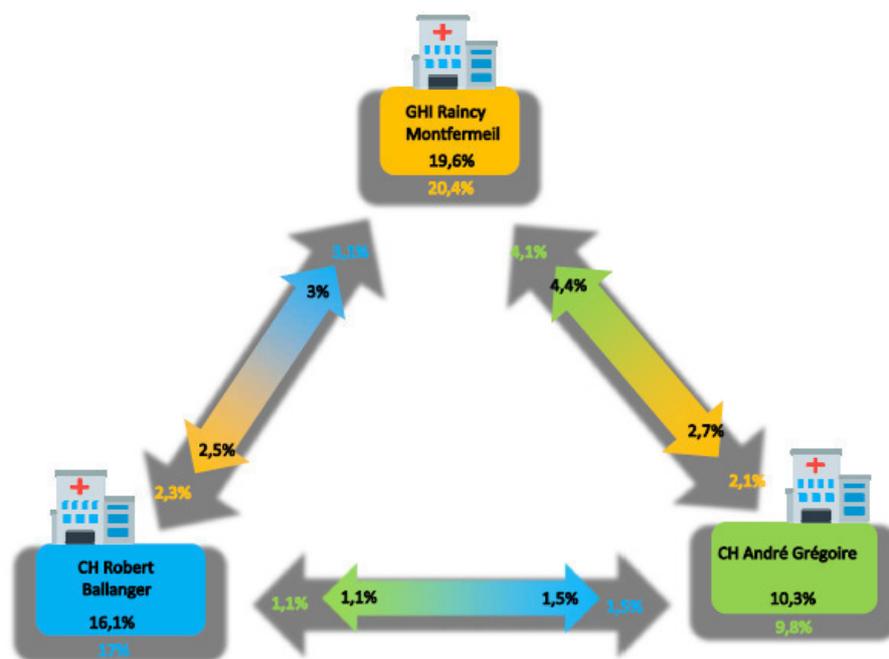
<sup>7</sup> Article L. 6132-1 du code de la santé publique : « [...] III.-Tous les groupements hospitaliers de territoire s'associent à un centre hospitalier universitaire au titre des activités hospitalo-universitaires prévues au IV de l'article L. 6132-3. Cette association est traduite dans le projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire ainsi que dans une convention d'association entre l'établissement support du groupement hospitalier de territoire et le centre hospitalier universitaire. Cette convention d'association définit notamment les modalités selon lesquelles les hôpitaux des armées associés au groupement hospitalier de territoire coopèrent avec le centre hospitalier universitaire et les parties au groupement, au titre des activités hospitalo-universitaires prévues au IV de l'article L. 6132-3. [...] »

A la suite des observations de la chambre, l'agence régionale de santé indique qu'une démarche spécifique a été engagée pour ce territoire et un accompagnement par des consultants externes doit permettre d'élaborer une convention d'association entre le groupement hospitalier de territoire et l'AP-HP début 2020, ainsi que, le cas échéant, la participation du groupement hospitalier de territoire à un ou plusieurs départements médico-universitaires de l'AP-HP.

#### 2.4.4 Des périmètres de patientèles qui ne se recouvrent pas

Les zones d'attractivité des trois établissements du groupement hospitalier de territoire ne se recouvrent qu'à la marge.

**Schéma n° 1 : Circulation des patientèles entre les établissements du groupement hospitalier de territoire, évolution 2013-2017**



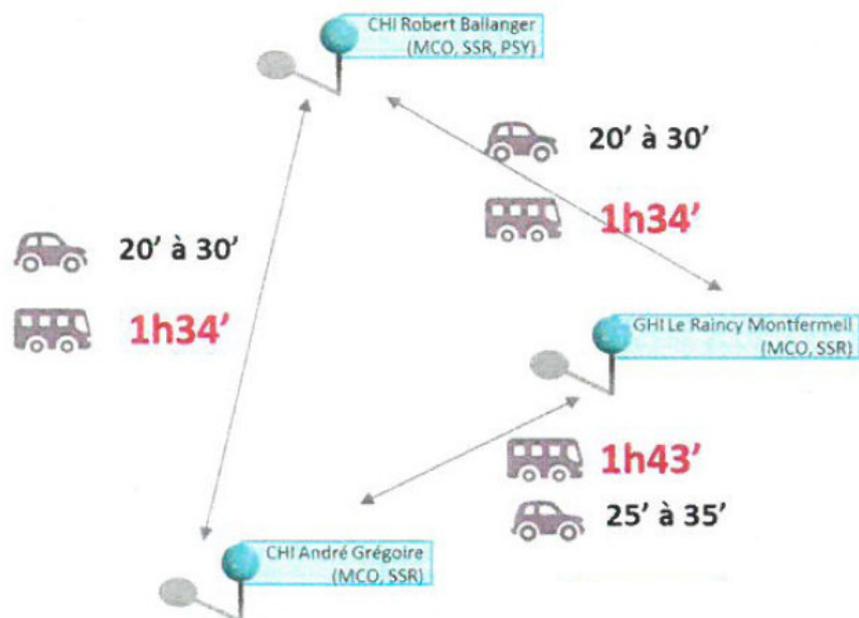
Chiffres ou flèches oranges	patients de la zone d'attractivité du	groupement hospitalier intercommunal le Raincy	qui se rendent dans l'un des deux autres établissements du groupement hospitalier de territoire
Chiffres ou flèches bleus		Centre hospitalier d'Aulnay	
Chiffres ou flèches verts		Centre hospitalier de Montreuil	

Formes pleines : 2017 – Formes ombrées : 2013

Source : Scansanté et convention constitutive du groupement hospitalier de territoire, actualisation par la chambre

Les trois établissements sont diversement accessibles : alors que le centre hospitalier d'Aulnay est proche de la gare de RER, le centre hospitalier de Montreuil et le groupement hospitalier intercommunal du Raincy ne sont accessibles qu'en bus. Surtout aucune liaison rapide et directe n'existe entre ces trois établissements, ce qui pourrait faire obstacle à la logique déployée par le projet médical partagé de répartition des soins de pointe entre les établissements, si le patient ne peut se rendre facilement de son établissement de premier recours à l'établissement intermédiaire ou de pointe. À réseaux de transports publics constants, il existe un fort risque de fuite.

## Schéma n° 2 : Temps de trajet entre les trois établissements du groupement hospitalier de territoire



Source : convention constitutive du groupement hospitalier de territoire

La question se pose dans les mêmes termes concernant la ressource médicale et soignante en général qui pourrait ne pas suivre les transferts d'activité au sein du groupement hospitalier de territoire « *Grand-Paris-Nord-Est* ». La construction d'une ligne de tramway T4 et l'extension de la ligne 9 du métro réduiront l'enclavement du territoire à partir de 2020-2022. Enfin, la refonte des réseaux de transports publics dans le cadre du Grand Paris express pourrait faciliter les trajets. Cependant les temporalités de ces différents projets ne concordent pas avec celles du groupement hospitalier de territoire, et le risque d'hystérèse du taux de fuite ne peut être écarté, car les établissements bénéficiaires de ces fuites construiront des filières et contribueront à l'intensification de la concurrence.

### 2.4.5 Une coopération approfondie depuis la mise en place d'une direction commune

La coopération au sein du groupement hospitalier de territoire « *Grand-Paris-Nord-Est* » a été approfondie par une direction commune. Celle-ci découle directement d'un rapport de l'inspection générale des affaires sociales d'octobre 2017 relatif au CH d'Aulnay-sous-Bois<sup>8</sup> qui, au vu de la situation financière de l'établissement et des retards à la mise en place du GHT, préconisait un rapprochement entre le CH d'Aulnay-sous-Bois et le groupement hospitalier intercommunal du Raincy-Montfermeil. Ceux-ci ont préféré intégrer le centre hospitalier intercommunal de Montreuil à ce projet de direction commune, formalisée par une convention signée le 23 mars 2018 et mise en œuvre depuis le 1er septembre 2018.

Si chaque établissement a conservé son autonomie juridique et financière, disposant par exemple de ses instances propres, une équipe de direction commune renouvelée a été instituée. Elle comprend un directeur délégué pour chaque établissement.

<sup>8</sup> Cf. le rapport de l'IGAS : *mission d'appui à l'agence régionale de santé Île-de-France relative au CHI Robert Ballanger d'Aulnay-sous-Bois*, octobre 2017 (n°2017-044R).

## **2.5 L'organisation de la fonction achat dans le cadre du groupement hospitalier de territoire**

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018, la fonction achat est mutualisée au sein du groupement hospitalier de territoire sur le périmètre défini par l'article R. 6132-16 du code de la santé publique, à savoir « *la politique, la planification, de la stratégie d'achat* », « *la passation des marchés et de leurs avenants* » et le « *contrôle de gestion des achats* ». Continuent de relever de chaque établissement le recensement et l'expression des besoins ainsi que l'exécution des marchés.

### **2.5.1 La mutualisation de la fonction achat depuis 2018**

L'établissement s'était engagé dans les différentes vagues du programme de performance hospitalière pour des achats responsables (PHARE). Deux plans d'action achats successifs avaient été élaborés qui identifient des priorités, quelques-unes généralistes (réduire les achats hors marchés, regrouper les contrats d'une même marque) et beaucoup d'autres ciblées et opérationnelles. Ces priorités, ont été ensuite déclinées en fiches d'actions, bénéficiaient d'un suivi et les économies qui en ont découlé ont été chiffrées conformément à la méthodologie du programme PHARE, avec par exemple une économie de 55 000 € sur l'électricité par an (à compter de 2015) ou un gain de 8 % sur les dépenses de blanchisserie (à compter de 2016).

Une cellule des achats commune au groupement hospitalier de territoire a été mise en place en 2018 et structurée en trois départements chargés respectivement des achats médicaux, non médicaux et des services techniques. Les 10,5 ETP qui la composent sont rémunérés via le budget annexe G, auquel sont imputés les frais de fonctionnement afférents. Un comité de coordination des politiques d'achat présidé par le directeur des achats du groupement hospitalier de territoire a également été constitué. De nouvelles procédures internes ont été réalisées, décrivant les processus à suivre, remplaçant le guide des procédures du groupement hospitalier intercommunal Le Raincy-Montfermeil qui n'avait pas été actualisé depuis 2008. Enfin, chaque hôpital reste compétent pour l'expression des besoins et le suivi de l'exécution.

Des délégations de signatures ont été consenties aux directeurs des travaux et des services techniques, aux pharmaciens chefs de service et aux référents des achats locaux des trois établissements, pour procéder en cas d'urgence à des achats plafonnés à 8 000 € HT (25 000 € HT dans le cas des travaux et des molécules hors marché).

En application de l'article R. 6132-16 du code de la santé publique, un plan d'action des achats territorial (PAAT) a été élaboré au sein du groupement hospitalier de territoire, avec cinq objectifs : sécurité et maîtrise du risque juridique, qualité des achats et approvisionnements, performance économique des achats, développement durable et éco-responsabilité, pédagogie et transparence à l'égard des utilisateurs.

### **2.5.2 L'évaluation préalable du recours à l'achat**

Dans le cadre de la nouvelle organisation résultant de la mutualisation de la fonction achat à l'échelle du groupement hospitalier de territoire, l'expression des besoins demeure du ressort de chaque établissement, ce que souligne le plan d'action du groupement hospitalier de territoire. Chaque établissement demeure responsable financièrement de son achat.

La priorité du plan d'action achat du groupement hospitalier de territoire, en particulier celui de 2018, a été mis sur les équipements, avec notamment la mise en place d'une commission du matériel médical, puis sur les achats logistiques, en particulier ceux des produits hôteliers. Certaines prestations de service telles que les transports ou la restauration ont également fait

l'objet d'une priorisation, mais les prestations de service courantes, récurrentes et de faible montant n'ont pas été identifiées comme porteuses d'enjeux.

Le point faible du processus d'achat pris dans sa globalité reste l'arbitrage entre une réalisation en régie et un achat du fait notamment d'une moindre connaissance par les services demandeurs des gains possibles par une mutualisation à l'échelle du groupement hospitalier de territoire. L'exemple des dépenses de communication, s'avère à cet égard révélateur. Le groupement hospitalier intercommunal du Raincy-Montfermeil avait conservé trois services de reprographie assurant une grande diversité de travaux d'impression. Pourtant, des travaux réalisables en régie ont été externalisés pour des montants, selon les données transmises par l'établissement, de 92 316,96 € en 2015, 86 820,22 € en 2016, 90 527,01 € en 2017 et 64 485,51 € en 2018. Une importante part de ces achats de service a été réalisée sans mesure de publicité (alors au seuil de 25 000 € HT depuis 2009) ni procédure adaptée (alors au seuil de 25 000 € HT entre 2016 et 2018).

Outre leur inefficience, ces dépenses font potentiellement courir un risque juridique à l'établissement.

A la suite des observations de la chambre, l'établissement indique que la mutualisation des services de reprographie du groupement hospitalier de territoire a été réalisée début 2019 avec une diminution très forte des dépenses. La chambre invite le groupement hospitalier intercommunal Le Raincy-Montfermeil à poursuivre une revue de la pertinence des achats de services, au regard des prestations que le groupement hospitalier intercommunal est en mesure d'assurer en interne.

---

### **CONCLUSION INTERMÉDIAIRE**

---

*Les instances de gouvernance, dont la composition et la fréquence des réunions sont certaines années irrégulières, ne jouent pas assez leur rôle de pilotage et ne contribuent pas à l'impulsion d'une dynamique dans la conduite de l'établissement. En outre, les pôles doivent être réaffirmés comme l'échelon pertinent de gouvernance interne et les contrats de pôle renouvelés pour qu'ils contribuent au pilotage stratégique de l'établissement.*

*La mise en place du groupement hospitalier de territoire et notamment le choix de l'établissement support ont été difficiles du fait des taux de fuite constatés et de l'enclavement de l'établissement. Cependant, la fusion des directions des trois hôpitaux a permis de renforcer la gouvernance du groupement hospitalier intercommunal Le Raincy-Montfermeil et a dynamisé la coopération entre établissements, notamment la mutualisation des fonctions support. Ainsi, la fonction achat est désormais mutualisé au sein du groupement hospitalier de territoire ce qui devrait permettre à l'établissement de bénéficier d'une meilleure performance dans ses achats.*

---

## **3 L'ACTIVITÉ EN MÉDECINE, CHIRURGIE ET OBSTÉTRIQUE**

La chambre a analysé l'activité en médecine, chirurgie et obstétrique du groupement hospitalier intercommunal Le Raincy-Montfermeil sur la base des données fournies par l'établissement ainsi que celles disponibles sur Scansanté. En outre, elle a établi des comparaisons lorsque c'était pertinent avec un échantillon d'établissements<sup>9</sup> franciliens disposant d'un profil d'activité et d'une surface financière comparable entre 2012 et 2017 pour

---

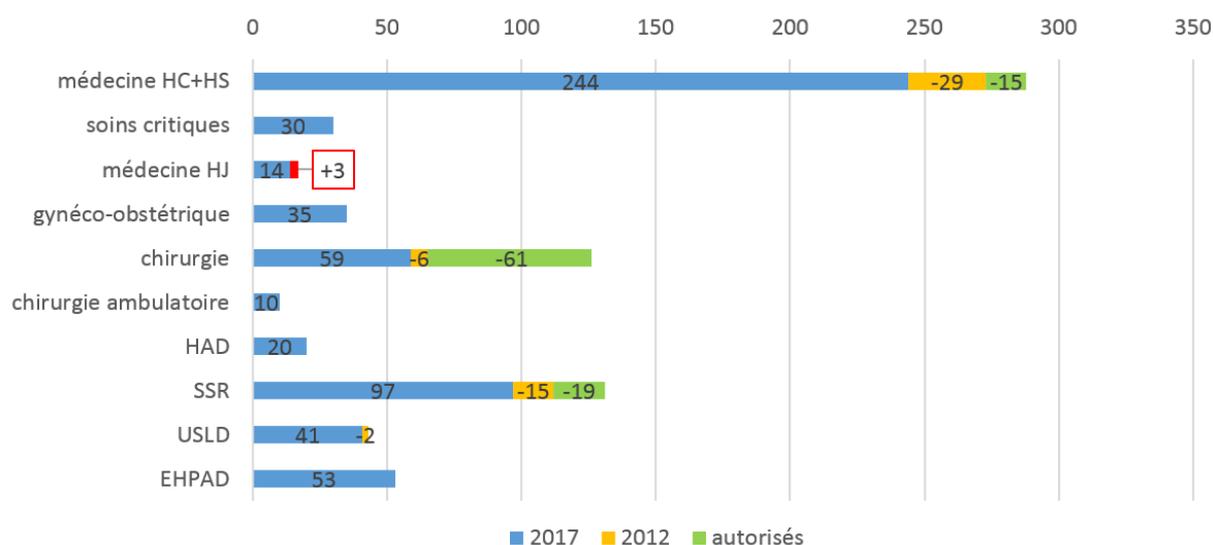
<sup>9</sup> Centre hospitalier François Quesnay à Mantes la Jolie, groupe hospitalier Nord Essonne, centre hospitalier Robert Ballanger à Aulnay, centre hospitalier intercommunal de Villeneuve-Saint-Georges, groupe hospitalier Eaubonne Montmorency Simone Veil, centre hospitalier de Gonesse.

lequel les données<sup>10</sup> sont issues de la statistique annuelle des établissements (SAE) gérée par la DREES et de la plateforme ANCRE gérée par l'ATIH.

### 3.1 Un ajustement capacitaire en cours

Les capacités du groupement hospitalier intercommunal du Raincy-Montfermeil se trouvaient en-deçà des lits autorisés dès 2012 (655 pour 706 autorisés), l'ajustement s'est poursuivi de façon particulièrement marqué en ce qui concerne les lits d'hospitalisation complète et de semaine<sup>11</sup> ainsi que de soins de suite. L'ajustement en chirurgie s'est majoritairement effectué antérieurement à 2012 et se poursuit. En revanche l'établissement a ouvert en 2015 et maintenu depuis, trois places d'hospitalisation partielle de médecine au-delà de l'autorisation. Si ce dépassement correspond à un besoin, la chambre invite l'établissement à régulariser ces lits. La chambre note également un léger décalage par rapport aux lits en places installés tels qu'ils figurent dans les bilans d'activité<sup>12</sup> (respectivement 395 en médecine, chirurgie et obstétrique contre 396).

Graphique n° 1 : Évolution des lits et places installés



Source : données de l'établissement

Cet ajustement a permis d'enrayer très nettement la dégradation du taux d'occupation en hospitalisation de semaine, lequel avait atteint des niveaux très bas et demeure plutôt médiocre. L'effet est beaucoup plus mitigé en ce qui concerne l'hospitalisation complète, du fait de la nette diminution de la durée moyenne de séjour qui classe le groupement hospitalier intercommunal Montfermeil parmi les hôpitaux performants en la matière.

<sup>10</sup> Sur la période 2012 à 2017 : total des produits, total des charges, ration des charges de personnel sur le total des charges, intensité de l'investissement, taux de vétusté des équipements, nombre total de résumés standardisés de sorties en médecine, chirurgie et obstétrique, taux d'activité ambulatoire, nombre de séances, nombre d'accouchements, nombre d'actes chirurgicaux, nombre de forfait d'accueil et de traitement aux urgences.

<sup>11</sup> Hospitalisation du lundi au vendredi uniquement.

<sup>12</sup> Bilans d'activité du CHI pour 2012, 2013, 2014, 2015 et 2017 (non transmis pour 2016).

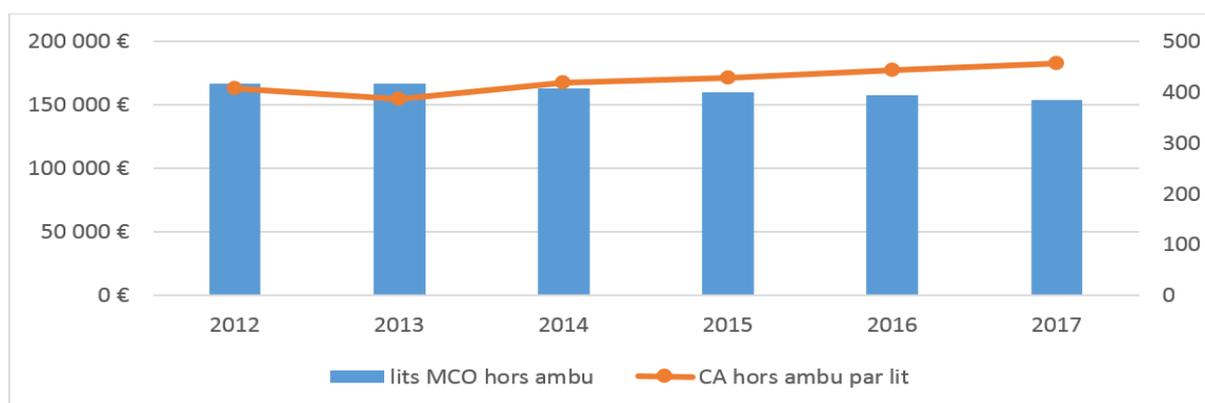
**Tableau n° 3 : Occupation des services d'hospitalisation complète et de semaine**

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<b>Hospitalisation complète</b>							
<i>Lits</i>	367	372	373	362	372	367	350
<i>Taux d'occupation</i>	90,82%	90,79%	88,67%	88,34%	86,99%	84,99%	85,07%
<i>Durée moyenne de séjour</i>	5,42	5,32	5,34	5,12	4,91	4,56	4,49
<b>Hospitalisation de semaine</b>							
<i>Lits</i>	31	31	31	31	11	11	17
<i>Taux d'occupation</i>	57,18%	47,51%	44,99%	43%	52,74%	75,43%	73,46%
<i>Durée moyenne de séjour</i>	1,92	1,91	1,86	1,76	1,86	2,02	1,87

Source : bilans d'activité<sup>13</sup>

Cette réduction du nombre de lits en médecine, chirurgie et obstétrique, dans un contexte de hausse des séjours, fait augmenter les recettes des séjours hors ambulatoire par lit de 12 % sur la période.

**Graphique n° 2 : Recettes d'hospitalisation (hors ambulatoire) rapportées au nombre de lits**



Source : PMSI<sup>14</sup>, données de l'établissement

La réduction capacitaire doit se poursuivre pour l'hospitalisation complète comme pour l'hospitalisation de semaine d'autant que le virage ambulatoire demeure timide et offre encore des marges de manœuvre et que le développement de l'activité n'est pas assuré.

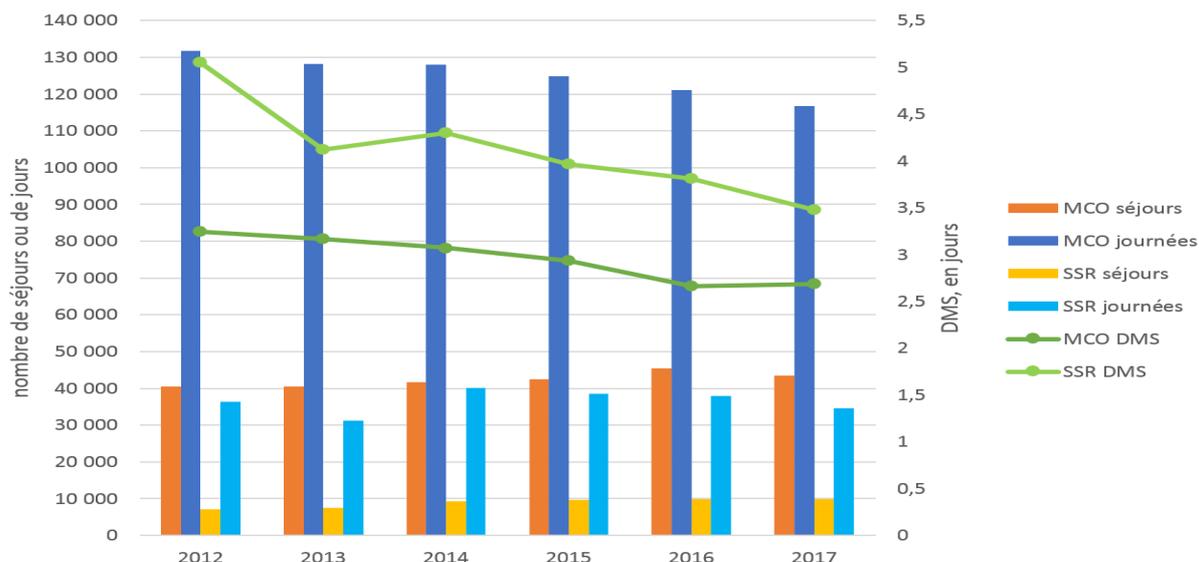
### 3.2 Une activité en légère croissance

Tant en médecine-chirurgie-obstétrique qu'en soins de suite et de réadaptation, l'activité exprimée en nombre de séjours a connu une légère croissance, à l'exception de l'année 2013. Parallèlement le nombre de journées réalisées (voir détail en annexe 8) n'a cessé de diminuer, d'où une amélioration tout à fait notable de la durée moyenne de séjour.

<sup>13</sup> Bilans d'activité du groupement hospitalier intercommunal pour 2012, 2013, 2014, 2015 et 2017 (non transmis pour 2016).

<sup>14</sup> Département d'information médicale (DIM), casemix détaillé.

**Graphique n° 3 : Séjours, journées et durée moyenne de séjour de 2012 à 2017**



Source : bilans d'activité, PMSI MCO, PMSI SSR

La croissance de l'activité de médecine, chirurgie et obstétrique, de 4 % entre 2012 et 2017, reste toutefois inférieure à celle d'un échantillon d'établissements franciliens de même typologie<sup>15</sup> qui s'est élevée à 6 % sur la même période. L'établissement a vu le nombre d'accouchements diminuer de 8 % ainsi que le nombre d'actes chirurgicaux de 6 % entre 2012 et 2017 alors que ceux-ci ont augmenté respectivement de 13 % et de 7 % pour l'échantillon d'établissements franciliens retenu par la chambre. Le nombre de forfaits « *accueil et traitement des urgences* » a augmenté de 14 % et le nombre de séances de 6 % contre respectivement 25 % et 33 % pour les établissements de l'échantillon entre 2012 et 2017.

### 3.3 Une intense concurrence publique et privée

Le groupement hospitalier intercommunal du Raincy-Montfermeil opère dans un contexte fortement concurrentiel. Il ne parvient à se classer premier sur sa zone d'attractivité que pour six domaines d'activité sur 24, et encore sa part de marché n'atteint jamais 40 % : il ne domine donc sur sa zone dans aucune activité. La concurrence publique se réduit pour l'essentiel à l'AP-HP, laquelle dépasse pour sept domaines d'activité la moitié des parts de marché et constitue le principal facteur de fuite. Les deux autres établissements du groupement hospitalier de territoire exercent une concurrence négligeable, à l'exception des domaines de l'obstétrique et de la périnatalité pour lesquels le centre hospitalier André Grégoire de Montreuil constitue un concurrent notable, sans être toutefois le premier.

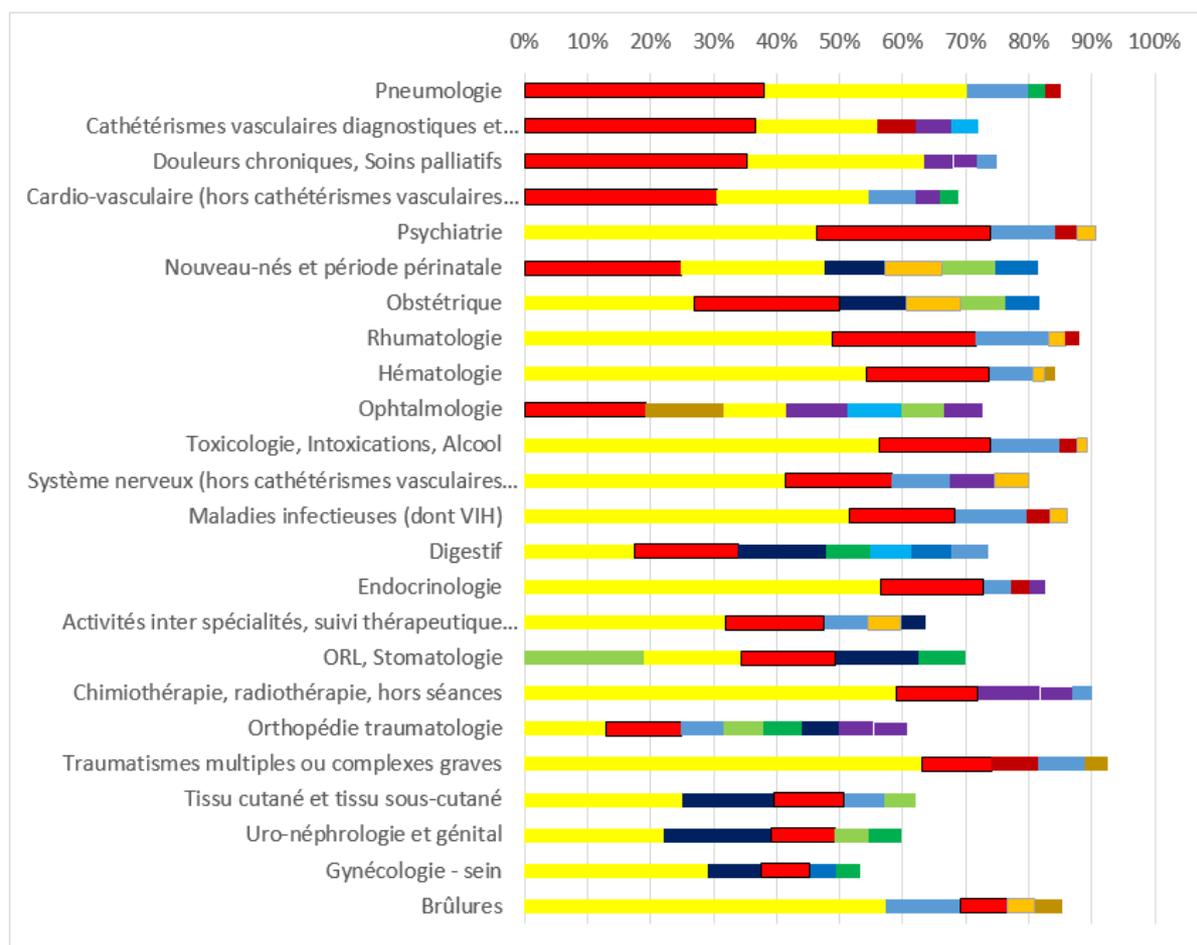
La concurrence privée est marquée dans les domaines classiques que sont l'ophtalmologie, le digestif et l'orthopédie – traumatologie, mais, certes moins intensément, elle n'épargne aucun domaine. En particulier l'hôpital Saint-Camille présente un *casemix*<sup>16</sup> comparable à celui du Raincy puisqu'il est présent dans quasiment tous les domaines. C'est également le cas, à un degré moindre, de la polyclinique Vauban. Ces deux établissements s'avèrent donc à même de construire des filières potentiellement concurrentes.

Ont été retenus les cinq premiers établissements de la zone d'attractivité en termes de parts de marché et/ou tous les établissements détenant au moins 5 % de parts de marché.

<sup>15</sup> Voir annexe 3.

<sup>16</sup> Anglicisme désignant l'éventail des cas médicaux et chirurgicaux traités par un établissement de santé.

**Graphique n° 4 : Répartition des parts de marchés sur la zone d'attractivité du groupement hospitalier intercommunal du Raincy-Montfermeil en 2017**

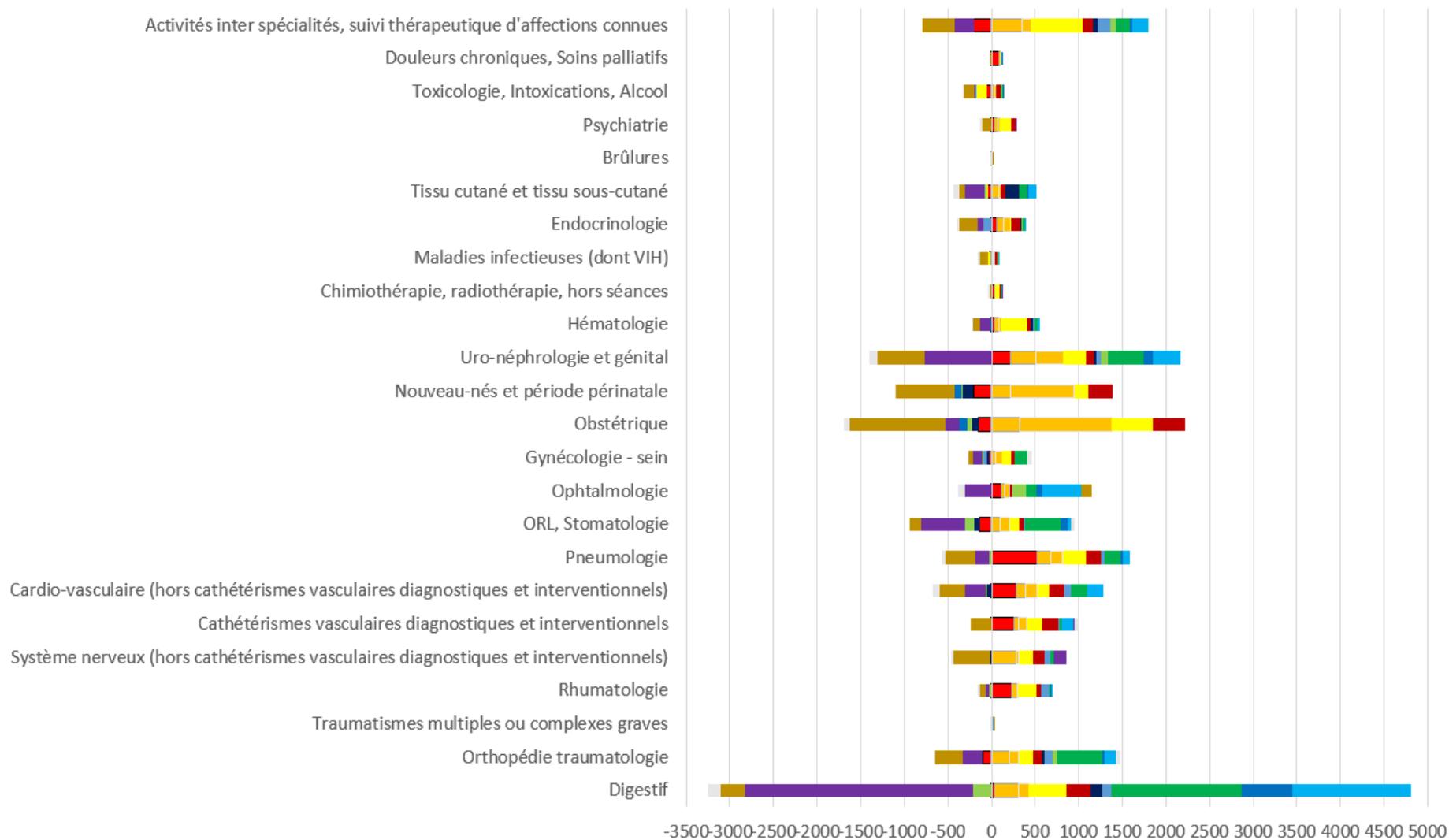


Source : Scansanté, calculs de la chambre  
Légende (pour les graphiques ci-dessus et ci-dessous)

GHT		concurrence publique	concurrence privée
groupement hospitalier intercommunal LE RAINCY-MONTFERMEIL	AP-HP	HÔPITAL SAINT-CAMILLE	
CH ROBERT BALLANGER	GRAND HÔPITAL DE L'EST FRANCIEN	HÔPITAL PRIVÉ DE MARNE-LA-VALLÉE	
CH ANDRÉ GRÉGOIRE	autres hôpitaux publics	HÔPITAL PRIVÉ DE MARNE CHANTERINE	
		POLYCLINIQUE VAUBAN	
		HÔPITAL PRIVÉ ARMAND BRILLARD	
		CLINIQUE D'AULNAY	
		autres établissements privés	

Le groupement hospitalier intercommunal a su capter une partie de la demande de soins supplémentaire enregistrée entre 2013 et 2017 en pneumologie, en cardiologie et en rhumatologie, et tout particulièrement dans le domaine des soins palliatifs où il capte la quasi-intégralité de la demande supplémentaire. Dans les autres domaines, il ne capte qu'une part marginale voire régresse dans des domaines d'activité pourtant en progression. Ainsi, les deux autres établissements du groupement hospitalier de territoire ont récupéré la majorité de la demande supplémentaire au détriment du groupement hospitalier intercommunal, en obstétrique et périnatalité, ainsi qu'à un degré moindre, en uro-néphrologie, une activité dont le transfert au centre hospitalier de Montreuil était envisagé en 2010.

**Graphique n° 5 : Répartition de l'évolution de la demande de soins sur la zone d'attractivité  
du groupement hospitalier intercommunal du Raincy-Montfermeil entre 2013 et 2017**



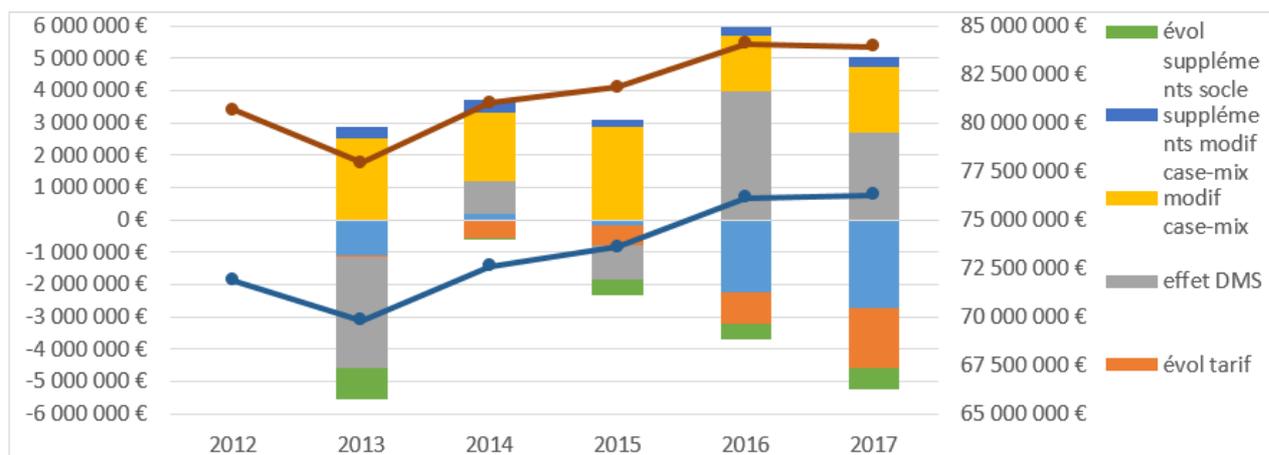
La recomposition de l'offre privée est manifeste dans des domaines comme le digestif, l'ORL-stomatologie et l'uro-néphrologie. De cette recomposition émergent des concurrents actifs tels que la clinique d'Aulnay, l'hôpital de Marne-Chantereine et l'hôpital privé Armand Brillard.

### 3.4 La décomposition du résultat de l'activité de médecine, chirurgie et obstétrique

Le résultat généré par l'activité de médecine, chirurgie et obstétrique enregistre un recul notable en 2013, une croissance dynamique de 2014 à 2016 et se tasse en 2017. Sa décomposition permet d'identifier la contribution de chacun des secteurs.

La baisse de 2,7 M€ du résultat d'activité de médecine, chirurgie et obstétrique en 2013 trouve son origine dans la perte d'une partie de l'activité socle<sup>17</sup> et des suppléments qui lui sont liés. Cependant, la diversification<sup>18</sup> couvre plus du double de cette perte. La principale raison réside dans la dégradation de la durée moyenne de séjour. L'évolution des tarifs n'influe pas en 2013, contrairement aux années suivantes durant lesquelles le *casemix* du groupement hospitalier intercommunal du Raincy-Montfermeil se montre beaucoup plus sensible aux diminutions tarifaires. Sur la période, le groupement hospitalier intercommunal a profité de l'amélioration globale de la durée moyenne de séjour, mais le bon niveau désormais atteint rend ce levier moins mobilisable à l'avenir.

Graphique n° 6 : Les composantes de l'évolution du chiffre d'affaires de 2012 à 2017



Légende : l'évolution du chiffre d'affaires est à gauche, son volume est à droite.  
Source : PMSJ<sup>19</sup>

L'activité socle diminue de 2015 jusqu'en 2017, et cette diminution n'est couverte qu'à 75 % environ par les gains issus de la diversification. Bien que les nouveaux groupes homogènes de malades s'avèrent générateurs de suppléments, ils ne suffisent pas à couvrir la diminution des recettes de suppléments de l'activité socle (baisse du nombre de séjours et de leur intensité en suppléments).

### 3.5 L'évolution du *casemix* en médecine, chirurgie et obstétrique

L'activité de médecine, chirurgie et obstétrique au groupement hospitalier intercommunal du Raincy-Montfermeil présente un profil d'évolution assez courant en ce qui concerne

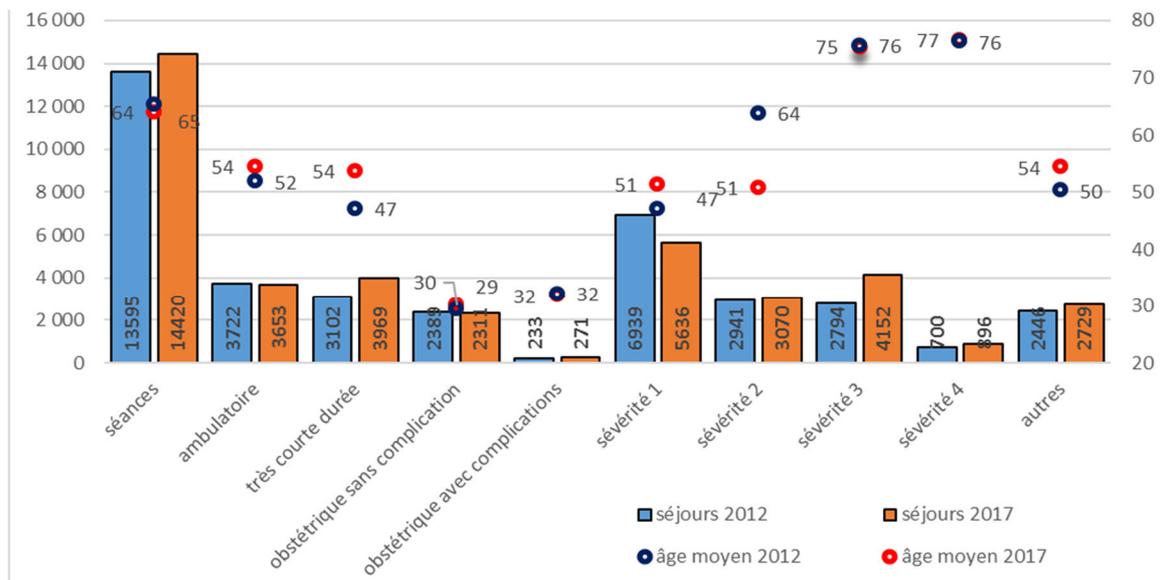
<sup>17</sup> Définie comme les GHM présents en n-1 et en n. Cela permet de comparer l'évolution annuelle des pathologies à périmètre constant pour identifier les causes exogènes et endogènes de l'évolution du résultat.

<sup>18</sup> Définie comme les GHM présents en n qui n'étaient pas présents en n-1

<sup>19</sup> Département d'information médicale (DIM), casemix détaillé.

l'hospitalisation non ambulatoire, marqué par un accroissement de la sévérité moyenne et le vieillissement de la patientèle (à l'exception d'un singulier rajeunissement pour la sévérité 2).

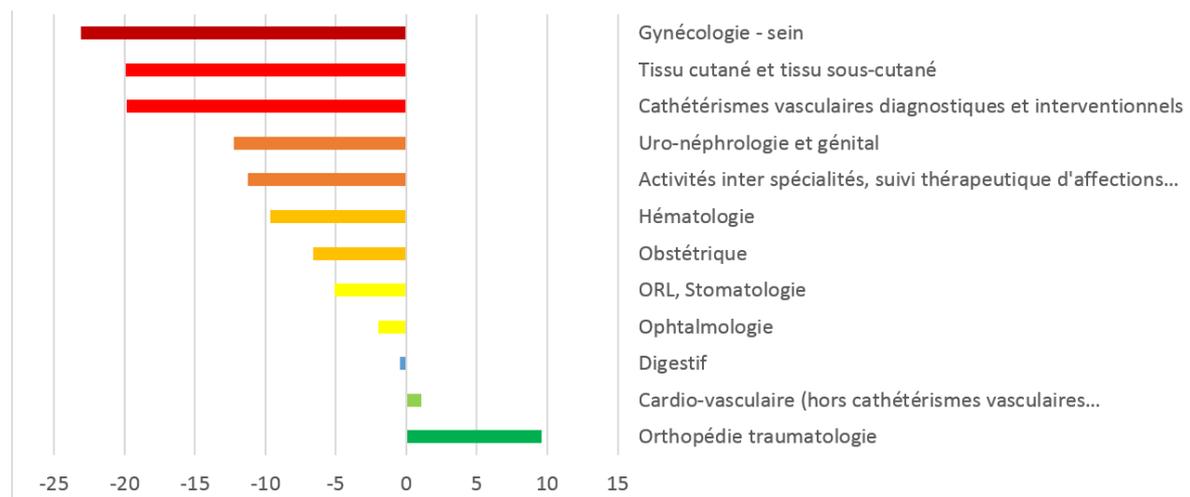
**Graphique n° 7 : Évolution de la sévérité et de l'âge moyen de 2012 à 2017**



Source : Scansanté

Plus étonnant est le léger recul de l'activité ambulatoire. De plus, le taux de séjours ambulatoires présente d'importants écarts à la moyenne nationale, à l'exception de l'orthopédie traumatologique. Cette stagnation explique vraisemblablement la hausse importante des hospitalisations de très courte durée, ce qui implique une prise en charge plus lourde. Enfin le nombre de séances, déjà très important en 2012, croît encore légèrement.

**Graphique n° 8 : Décalage moyen du taux d'ambulatoire par rapport à la moyenne nationale, en points de pourcentage**



Sources : PMSI établissement<sup>20</sup>, PMSI national scansanté.

Ont été retenues ici les racines de groupes homogènes de malades pour lesquelles le taux d'ambulatoire national n'est pas nul.

<sup>20</sup> Département d'information médicale (DIM), casemix détaillé pour 2012, 2013, 2014, 2015, 2016 et 2017.

Si les domaines de l'hématologie ou des tissus ne sont guère significatifs tant leurs effectifs sont réduits, de nets retards dans le virage ambulatoire se constatent dans des domaines denses en séjours tels que les cathétérismes. Aucune corrélation nette ne se dégage toutefois avec la durée moyenne de séjour : le retard ambulatoire n'explique donc pas la bonne performance en la matière. De même, le taux d'ambulatoire du groupement hospitalier intercommunal Le Raincy Montfermeil, 24 % en 2017 sur le nombre total de RSA<sup>21</sup>, est similaire à celui des établissements de l'échantillon francilien retenu par la chambre (26 %).

Ce recul des séjours ambulatoires observé entre 2012 et 2017 intervient alors même que les politiques publiques de santé continuent d'inciter au virage ambulatoire. Dans le cadre de la stratégie nationale de santé 2018-2022, les objectifs ont été rehaussés pour 2022 et remplacent les objectifs prévus pour 2020. Pour les séjours hospitaliers en médecine, l'objectif fixé est de passer de 39,9% (moyenne nationale 2016) à 55% des 55 gestes marqueurs en 2022. Pour la chirurgie ambulatoire, l'objectif est de passer de 54,1% (moyenne nationale 2016) à 70% des 18 gestes marqueurs en 2022, contre un objectif de 66,2% en 2020.

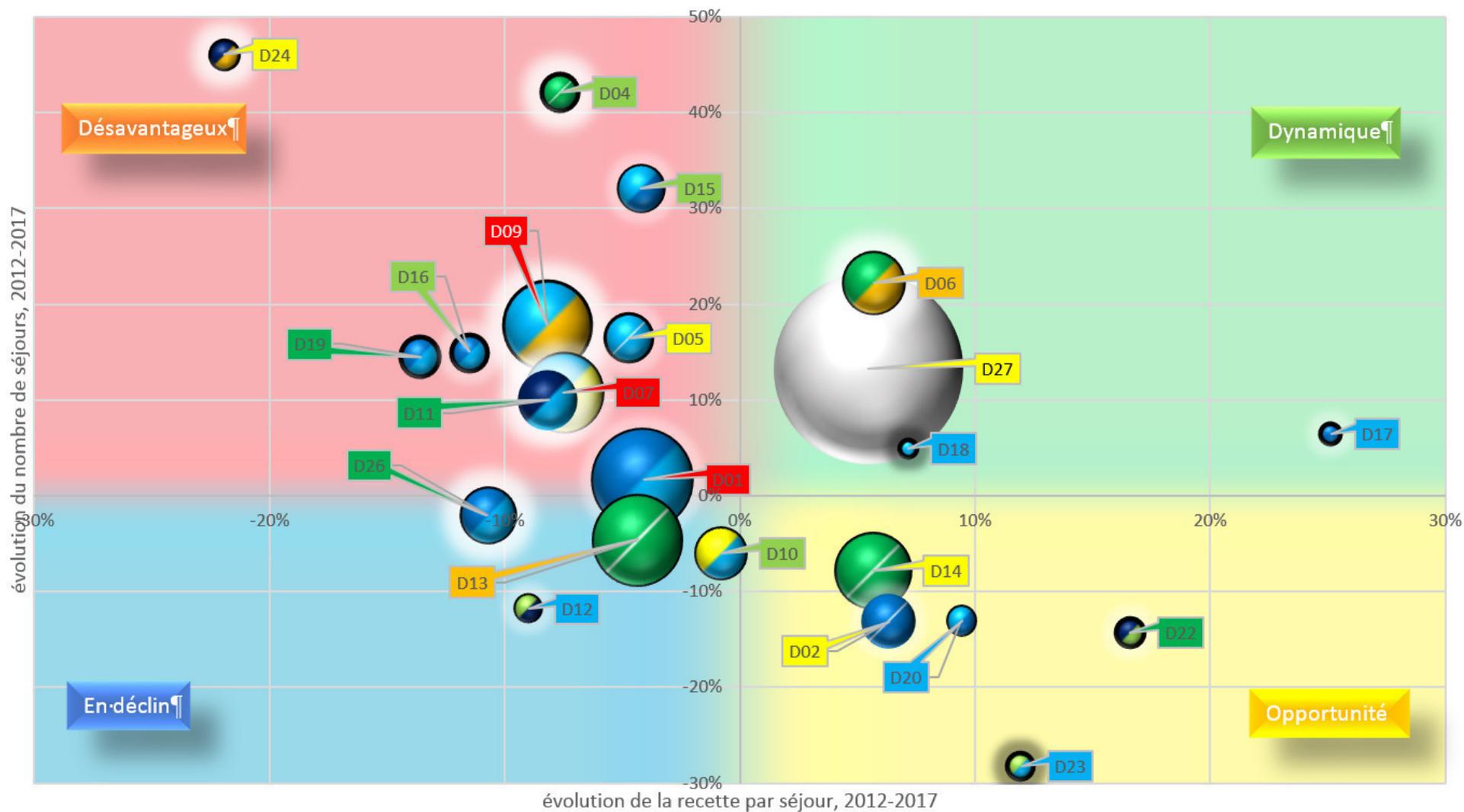
**Recommandation n° 1 : Poursuivre l'ajustement capacitaire de l'hospitalisation complète et accélérer le développement de l'ambulatoire.**

Le positionnement du *casemix* du groupement hospitalier intercommunal Montfermeil révèle certaines vulnérabilités, sans être toutefois totalement défavorable.

---

<sup>21</sup> Résumé de sortie anonyme, produit pour tout séjour hospitalier en médecine, chirurgie ou obstétrique et contenant un nombre limité d'informations d'ordre administratif et médical, qui doivent être systématiquement renseignées et codées selon des nomenclatures et des classifications standardisées, afin de bénéficier d'un traitement automatisé.

Graphique n° 9 : Positionnement des domaines d'activité de l'établissement



Sources : PMSI, Scansanté, calculs de la chambre

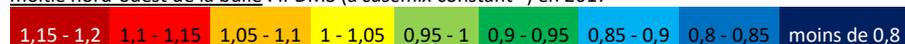
Groupe hospitalier intercommunal Le Raincy-Montfermeil, exercices 2012 et suivants,  
Rapport d'observations définitives

**Légende<sup>22</sup>**

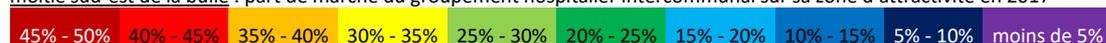
D01 – Digestif	D15 - Uro-néphrologie et génital
D02 - Orthopédie traumatologie	D16 – Hématologie
D03 - Traumatismes multiples ou complexes graves	D17 - Chimiothérapie, radiothérapie, hors séances
D04 – Rhumatologie	D18 - Maladies infectieuses (dont VIH)
D05 - Système nerveux (hors cathétérismes vasculaires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

Taille de la bulle : nombre de séjours en 2017

moitié nord-ouest de la bulle : IPDMS (à *casemix* constant<sup>23</sup>) en 2017



moitié sud-est de la bulle : part de marché du groupement hospitalier intercommunal sur sa zone d'attractivité en 2017<sup>24</sup>



épaisseur du trait de la bulle : indice de concurrence<sup>25</sup> en 2017

Concurrence très éclatée	absence de contour
Concurrence éclatée	contour fin
Concurrence concentrée	contour moyen
Concurrence très concentrée	contour épais

Halo autour de la bulle : évolution du nombre de séjour sur la zone d'attractivité, 2013-17

halo blanc	intense	plus de 15%
	léger	de 5% à 15%
pas de halo		de -5% à 5%
halo noir	léger	de -15% à -5%
	intense	moins de -15%

Couleur de l'étiquette de légende : chiffre d'affaires



Le gris signale une absence de données.

*Sources : Département d'information médicale, casemix détaillé pour 2012, 2013, 2014, 2015, 2016 et 2017.*

<sup>22</sup> L'extraction de PMSI fournie initialement et celle par séjour ne concordent pas, avec une anomalie pour le GHM 28Z24Z qui compte 8141 séjours en 2012 et 9005 en 2013 pour la première, contre respectivement 853 et 8129 pour la seconde. Les premiers chiffres ont été retenus comme plus cohérents ; le chiffre d'affaires correspondant a été reconstitué en multipliant les séjours supplémentaires par le tarif de GHS de 2012 et 2013 soit 137,67€ et 137,89€.

<sup>23</sup> L'indice de performance de la DMS a été calculé à iso-casemix, c'est-à-dire en pondérant les DMS nationales exactement comme le case-mix du groupement hospitalier intercommunal du Raincy-Montfermeil

<sup>24</sup> Restitution Scansanté. Absence de données pour les séances (D27)

<sup>25</sup> L'indice utilisé est l'indice de Herfindahl – Hirschmann, consistant à sommer le carré de la part de marché, exprimée en points de pourcentage, de l'ensemble des concurrents. Les pas retenus sont respectivement : moins de 1000 – de 1000 à 2000 – de 2000 à 3000 – plus de 3000.

L'activité du groupement hospitalier intercommunal Le Raincy-Montfermeil est particulièrement éclatée, car 115 GHM (groupes homogènes de malades) sont nécessaires pour en représenter 80 % (114 en 2013, source Hospidiag<sup>26</sup>).

Sur la période, peu de domaines d'activités progressent à la fois en nombre de séjours et en recettes par séjour, et sont susceptibles de générer un supplément de chiffre d'affaires : ce sont les cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels (D06) et les séances (D27). Ces dernières, quoique première activité en nombre de patients, ne représentent pas un volume de chiffre d'affaires considérable. Ces deux domaines présentent des perspectives favorables : les cathétérismes croissent sur la zone d'attractivité et l'établissement s'y assure, face à une concurrence éclatée, une part de marché de 37 %, l'un de ses chiffres les plus élevés. Quant aux séances, le contexte épidémiologique de la zone d'attractivité, marqué par la prévalence du diabète et des cancers, laisse présager la poursuite de leur développement, d'autant que le groupement hospitalier intercommunal se situe en pointe du groupement hospitalier de territoire en cancérologie. Dès lors la réorientation des capacités vers ces deux domaines paraît pertinente.

A l'inverse, les deux autres domaines présents dans la zone dynamique, à savoir la chimiothérapie et radiothérapie hors séances (D17) et les maladies infectieuses (dont VIH, D18) ne présentent pas les mêmes perspectives. Peu significatifs en termes de nombre de séjours comme de chiffre d'affaires, ils s'avèrent de surcroît en stagnation ou en déclin sur la zone d'attractivité et déjà préemptés par la concurrence de l'AP-HP.

Plus de la moitié des séjours et des recettes concerne des activités où le positionnement est défavorable : ils ont connu au pire une légère stagnation, le plus souvent une nette augmentation mais la recette par séjour a légèrement diminué. Il importe donc pour l'établissement de jouer de l'effet de quantité et des économies d'échelle qu'il permet pour compenser cette baisse tarifaire. Ainsi les séjours en digestif (D1) et en obstétrique (D13) ont respectivement stagné (1,7 %) et diminué (-4,4 %), mais la mise en place du groupement hospitalier de territoire devrait bénéficier à l'établissement pour le digestif, car il apparaît comme le mieux équipé des trois établissements en ce domaine, tandis que l'obstétrique n'offrant pas les mêmes perspectives, le groupement hospitalier intercommunal devra veiller au maintien de ce domaine plus vulnérable car il représente une source importante de recettes. D'autres activités sont plus dynamiques, car l'établissement a su capter leur croissance importante sur sa zone, voire l'a dépassée pour regagner des parts de marché dans le cas du système nerveux (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels, D05), de la rhumatologie (D04) ou de l'uro-néphrologie (D15).

L'endocrinologie (D19) et l'hématologie (D16) sont dans une situation beaucoup plus dégradée, le groupement hospitalier intercommunal a peu de perspectives d'accroissement de leurs faibles parts de marché. La situation est sensiblement identique pour l'ophtalmologie (D11) malgré une concurrence cette fois-ci très éclatée. Ces domaines d'activité ne portent néanmoins que sur de faibles volumes financiers.

Les soins palliatifs (D24) ont une évolution favorable tant en termes de croissance que de performance de la durée moyenne de séjour, car il est le premier offreur de soins sur la zone d'attractivité face à une concurrence dispersée, mais la perte tarifaire y dépasse 20%.

A l'inverse la situation de la gynécologie (D12) est réellement préoccupante. Contrairement au reste des activités, sa durée moyenne de séjour est équivalente à la moyenne nationale et la part de marché du groupement hospitalier intercommunal du Raincy est très faible, plaçant celui-ci au troisième rang des offreurs de soins sur sa propre zone. La poursuite de cette activité au sein du groupement hospitalier de territoire mérite d'être posée. La problématique se présente en des termes voisins pour la toxicologie (D23) qui subit un véritable décrochage,

<sup>26</sup> Hospi Diag est un outil d'aide à la décision permettant de mesurer la performance d'un établissement de santé qui pratique de la médecine, de la chirurgie ou de l'obstétrique, en comparaison avec d'autres établissements de santé.

même au regard de son évolution défavorable sur la zone d'attractivité en raison de la prédominance de l'AP-HP.

Enfin les domaines de la natalité et péri-natalité (D14) et de l'orthopédie traumatologie (D02), beaucoup plus significatifs par leur apport au chiffre d'affaires total régressent, la recherche d'une plus grande part de marché doit tenir compte d'une logique de filière intégrant l'obstétrique et la pédiatrie. Or la première présente des fragilités, et le groupement hospitalier intercommunal du Raincy-Montfermeil se situe plutôt en retrait des deux autres établissements du groupement hospitalier de territoire quant à la seconde.

Le précédent rapport de la chambre soulignait déjà la nécessité d'une réflexion sur le positionnement de l'établissement, et une absence prolongée d'orientation stratégique le conduira à subir les évolutions de son environnement. Dans le cadre de la mise en œuvre du projet médical partagé, la chambre invite l'établissement à entamer une réflexion, pour définir les activités susceptibles de lui procurer un surcroît d'activité, en considérant le niveau de la concurrence exercée par d'autres établissements publics ou privés et, au vu des coûts internes, le niveau de rentabilité attendu.

### **3.6 La qualité du codage et de l'analyse de l'activité**

La qualité du codage a fait l'objet d'un plan d'action a donc été mis en place dès 2016 pour diminuer le taux de reclassement suite aux contrôles menés par l'assurance maladie. Le rapport de contrôle de l'assurance maladie de 2014-2015 sur 2013 concluait en effet à 43 % de résumés de sortie standardisés (c'est-à-dire de séjours) à recalculer sur les 228 de l'échantillon. Cette mauvaise performance a justifié une sanction financière de 35 707,07 €. Le contrôle sur le codage de l'année 2016 témoigne d'une amélioration puisque « *seulement* » 27,5 % des 193 dossiers contrôlés nécessitaient un recalcul. A été pointée en particulier une surévaluation de la sévérité dans la moitié des cas. Selon le responsable du département d'information médicale, la mauvaise qualité du codage n'était pas causée uniquement par une méconnaissance des règles mais aussi par une traçabilité insuffisante pour justifier le codage et valoriser la prise en charge réelle. L'établissement se fixe désormais pour objectif de descendre au-dessous de 20 % de reclassement.

Le codage est intégré au sein du service de santé publique et d'information médicale, dont relève le département d'information médicale. Ce service, qualifié d'« *observatoire de l'activité médicale au sein du groupement hospitalier intercommunal Le Raincy-Montfermeil* » réalise « *des études de consommation de soins dans le territoire et les besoins en santé de la population* ». Or les documents intitulés analyses ou rapports du responsable du département d'information médicale consistent le plus souvent en de simples extractions de données du PMSI<sup>27</sup> ou de Scansanté<sup>28</sup>, sans aucun commentaire ou interprétation. En outre les données de ces différentes sources ne sont pas croisées. L'établissement a expliqué que le responsable du département d'information médicale palliait pour partie l'absence de traitement des besoins informatiques métiers. Selon l'ancien directeur, le responsable du département d'information médicale animait aussi les réunions hebdomadaires du comité dossier patient en vue de son informatisation. L'expertise dont dispose ce service ne semble néanmoins pas avoir été mise au profit d'analyses de l'activité et de son évolution, ce dont l'établissement aurait pourtant bien besoin afin d'opérer des choix stratégiques plutôt que de reconduire l'existant et de subir les évolutions de son environnement.

Ce travail d'aide à la décision s'avère d'autant plus nécessaire que, d'une part le projet médical partagé se fonde sur des stratégies sous-jacentes qui s'imposeront à l'établissement, et que, d'autre part la vétusté de ses équipements jointe à la situation financière dégradée empêchera le renouvellement complet des immobilisations et contraindra à des choix. Il importe dès lors

<sup>27</sup> Le PMSI est un dispositif de recueil d'informations standardisées relatives à l'activité des établissements de santé.

<sup>28</sup> Bases de données disponibles sur internet sur l'activité des établissements de santé.

que ceux-ci soient faits au regard de l'orientation future qu'entend donner l'établissement à son activité et non au fil de l'eau. Si le groupement hospitalier intercommunal du Raincy-Montfermeil n'anticipe pas le devenir des activités porteuses pour lui, celles-ci risquent d'être préemptées par d'autres établissements dans le cadre du groupement hospitalier de territoire.

**Recommandation n° 2 : Améliorer la fiabilité du codage et conduire des analyses de l'activité.**

Selon la directrice, ce travail d'analyse stratégique est, depuis 2018, réalisé par le responsable du département d'information médicale de territoire, notamment en ce qui concerne la définition des filières de soins et la gradation des soins dans le cadre de la mise en œuvre du projet médical partagé en lien avec le collège médical et la direction commune.

**CONCLUSION INTERMÉDIAIRE**

*Le positionnement du groupement hospitalier intercommunal, sans être totalement défavorable, présente certaines vulnérabilités. Globalement, la réduction du taux de fuite (part des habitants du secteur s'adressant à un autre établissement) pourrait offrir un important gisement d'activités. Peu de domaines d'activités peuvent devenir des relais de croissance et l'intense concurrence publique et privée limite les perspectives d'accroissement des parts de marché. L'enjeu pour l'établissement est de maîtriser ses coûts pour bénéficier de l'effet de quantité tout en compensant les baisses tarifaires.*

*La réduction du nombre de lits autorisés de 706 à 607 depuis 2012 et la réduction de la durée moyenne de séjour ont permis une augmentation des recettes par lit. La chambre invite l'établissement à développer l'ambulatoire et à anticiper la rationalisation de son portefeuille d'activités dans le cadre de la mise en œuvre du projet médical partagé du groupement hospitalier Grand-Paris-Nord-Est.*

## 4 LA FIABILITÉ DES COMPTES

En application de la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) instaurant la certification des comptes des établissements publics de santé, l'arrêté du 1<sup>er</sup> août 2014 fixe la liste des établissements publics de santé soumis à la certification des comptes à compter de l'exercice 2015, dont le groupement hospitalier intercommunal Le Raincy-Montfermeil<sup>29</sup>.

### 4.1 La certification des comptes

#### 4.1.1 Une certification avec réserve pour 2015, 2016 et 2017

Un premier diagnostic réalisé par un cabinet extérieur en 2014-2015 avait permis de mettre en exergue plusieurs points d'amélioration, notamment en matière d'immobilisations, de provisions, de gestion des stocks et de rattachements des charges et des produits.

Après avoir validé en 2015 le bilan d'ouverture de l'établissement, le commissaire aux comptes a certifié les comptes de l'établissement des exercices 2015, 2016 et 2017 avec, pour chacun d'eux, une réserve identique concernant l'état de l'actif. Le groupement hospitalier intercommunal fait partie des 95 établissements de la deuxième vague de la certification des

<sup>29</sup> Arrêté du 1<sup>er</sup> août 2014 fixant la liste des établissements publics de santé soumis à la certification des comptes à compter de l'exercice 2015.

établissements publics de santé au titre de l'année 2015. À titre de comparaison, seuls 53 % des établissements avaient été certifiés sans réserve en 2015 et 69 % en 2016<sup>30</sup>.

En effet, le commissaire aux comptes n'était pas en mesure de valider la valorisation, la réalité ni l'exhaustivité des valeurs brutes et nettes des immobilisations inscrites en comptabilité au 31 décembre, dans la mesure où les travaux d'inventaire physique et comptable sont toujours en cours, ainsi que ceux relatifs à la valorisation de la provision pour gros entretien.

La certification des comptes a conduit l'établissement à revoir ses méthodes d'évaluation, notamment des immobilisations et des amortissements, des provisions de dépréciations des comptes de redevables et la comptabilisation de ses stocks.

#### **4.1.2 Des écritures au bilan pour fiabiliser les états financiers**

Les comptes de bilan ont connu des corrections d'erreurs et des régularisations suite à des changements de méthodes comptables en 2015, 2016 et 2017 suite aux observations du commissaire aux comptes. En 2015, ces écritures ont été de 4,5 M€. Elles ont ainsi diminué le report excédentaire de 0,75 M€ et augmenté le report à nouveau déficitaire de 5,2 M€. En 2016, ces écritures concernent à nouveau des ajustements de provisions et d'amortissement pour un montant de 0,67 M€. Enfin, en 2017 l'écriture d'un montant de 0,25 M€ porte uniquement sur la régularisation des durées d'amortissement.

Ces opérations de régularisation ont permis d'ajuster la durée des amortissements et de corriger les écritures d'un prêt en 2015 provenant de la fusion avec l'hôpital du Raincy. Des reprises et ajustements de provisions ont également été réalisés. Enfin, elles ont permis d'harmoniser la méthode de dépréciation des créances et de changer celle de valorisation des stocks.

#### **4.1.3 La tenue de l'inventaire comptable**

Pour assurer le principe de sincérité et de régularité, il est nécessaire de recenser les immobilisations, qui sont les biens et valeurs durables inscrits à l'inventaire de l'établissement, les amortissements qui constatent leur dépréciation, et de procéder à leur actualisation (cession, rebut, etc...). Des opérations correctives, entamées en 2015, sont toujours en cours et répondent aux réserves émises lors de la certification des comptes.

Lors du bilan d'ouverture du 1er janvier 2015, le commissaire aux comptes avait noté qu'un important travail de nettoyage des immobilisations anciennes avait déjà été réalisé. Les durées d'amortissements des biens avaient été modifiées en 2013 pour se conformer à celles recommandées par l'instruction budgétaire et comptable M21 (amortissement des véhicules sur 10 ans au lieu de 4 à 5 ans, du matériel technique de 10 à 15 ans au lieu de 7 à 10...).

En 2018, l'établissement a complété ses règles d'amortissement, fixant un seuil minimal des biens amortis à 500 € TTC, un amortissement *pro rata temporis* et linéaire, et définissant ses durées d'amortissement, par composant.

La correction des amortissements des immobilisations a été réalisée par des écritures comptables, sans impact budgétaire, qui expliquent les écarts constatés en 2015, 2016 et 2017 sur les amortissements.

---

<sup>30</sup> DGFIP Fiche n° 5 certification des comptes des établissements publics de santé.

**Tableau n° 4 : Les écritures de comptabilisation des dotations aux amortissements**

En €	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Crédit de l'année	7 506 680	7 806 542	7 795 078	33 198 469	13 301 651	8 054 736
Débit de l'année	7 506 680	7 705 054	7 783 528	8 129 515	8 205 149	7 806 283
<b>Écart</b>	<b>0</b>	<b>101 488</b>	<b>11 550</b>	<b>25 068 954</b>	<b>5 096 502</b>	<b>248 453</b>

Source : comptes financiers

L'intégration des « immobilisations en cours » (travaux) sur leurs comptes définitifs d'immobilisations corporelles ou incorporelles est effectuée conformément à la nomenclature comptable.<sup>31</sup>

Ensuite, en 2015, l'établissement a effectué un travail important de fiabilisation à la suite de la réalisation de l'inventaire physique, qui a conduit à 2 994 mises en rebut ou sorties d'actifs pour un montant de 9 807 400 €. Les écarts constatés sur les écritures de cessions d'actif ont été expliqués par les corrections réalisées en 2015 et 2016.

Enfin, le groupement hospitalier intercommunal considère qu'il n'y a pas lieu de déprécier la valeur du site de l'hôpital Valère Lefebvre (situé sur la commune du Raincy, dite maison de retraite de l'ermitage), même s'il est inoccupé depuis 2006 et non générateur de recettes, car le groupement hospitalier intercommunal considère que la vente de la propriété couvrira la valeur nette comptable. (Cf. 5.5.5 « Le devenir de l'ancien hôpital Valère Lefebvre : un produit de cession espéré depuis quinze ans »).

Les immobilisations sont dorénavant enregistrées selon des procédures révisées, les écritures ont été corrigées et ont fait l'objet d'un rapprochement avec l'inventaire physique – conduisant à une diminution du bilan.

#### 4.1.4 Les stocks

Entre 2012 et 2017, les stocks ont augmenté de 355 900 €, soit 18 %. Il s'agit principalement des médicaments gérés par la pharmacie à usage intérieur.

Lors du diagnostic préalable à la certification, le cabinet missionné avait mis en exergue plusieurs points d'amélioration (procédures, complétude des inventaires, interfaces informatiques), et une erreur d'écriture a été corrigée en 2015. Dans le cadre de la certification, un comité de pilotage a été chargé de mettre en place des plans d'action. Un audit est réalisé par le commissaire aux comptes chaque année, retraçant les constats de l'année antérieurs et fixant des objectifs pour la clôture suivante.

En 2017, cet audit demandait d'analyser les écarts d'inventaires et d'actualiser les procédures d'inventaires, ce qui a été réalisé pour la première fois en mars 2018 avec une identification des principales causes d'écart.

En outre, la chambre estime que l'inventaire annuel doit comprendre le « stock déporté » (présent dans les services de soins et hors de la pharmacie à usage intérieur), tel que constaté par comptage et non par une estimation réalisée en fin d'année au prix moyen pondéré.

## 4.2 Le principe de prudence et de permanence des méthodes

Les provisions font partie des éléments prudentiels liés à la fiabilité. L'évolution des provisions<sup>32</sup> est en moyenne de 8 % sur la période contrôlée. Une forte progression en 2015

<sup>31</sup> Les écarts constatés en 2015 et 2016 sont des écritures correctives.

<sup>32</sup> Annexe 4 l'évolution des provisions et l'équilibre des écritures.

(de 116 % par rapport à 2014) est observée, notamment aux comptes « *provisions réglementées pour renouvellement d'immobilisations* » et « *provisions pour dépréciation des créances de redevables* ».

**Tableau n° 5 : Evolution des provisions**

En €	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Provisions réglementées pour renouvellement d'immobilisations	4 285 462	154 006	130 051	5 079 740	5 477 637	6 141 960
Provisions pour charges de personnel (compte épargne temps)	3 190 893	3 239 615	3 711 767	4 120 547	3 782 721	3 897 867
Provisions pour litiges	359 346	359 346	527 146	147 000	267 000	50 260
Provisions pour autres risques	446 896	112 000	112 000	0	0	0
Provisions pour gros entretien et grandes révisions	206 227	351 427	399 093	560 836	560 836	560 836
Provisions pour autres charges	1 716 464	6 028 325	6 847 535	1 659 930	1 611 055	1 832 402
Provision pour dépréciation des immobilisations	0	3 800	0	0	0	0
Provision pour dépréciation des stocks	437 924	0	0	0	0	0
Provision pour dépréciation des créances de redevables	689 785	738 550	1 189 862	5 518 242	6 528 804	5 853 970
<b>Total</b>	<b>11 332 997</b>	<b>10 987 069</b>	<b>12 917 454</b>	<b>17 086 295</b>	<b>18 228 053</b>	<b>18 337 295</b>

Source : comptes financiers de l'établissement

Lors des certifications des comptes réalisées en 2015 et 2016, le commissaire aux comptes a recommandé d'améliorer le processus de justification et de documentation des provisions, et des écritures consécutives à ce changement de méthode comptable ont été passées directement dans les comptes de bilan, conformément à l'instruction budgétaire et comptable M21<sup>33</sup>, plutôt que dans les comptes d'exploitation de l'exercice au cours duquel ces erreurs ont été constatées.

Mais un écart subsiste depuis 2012 entre les dotations et les comptes de bilan avec l'absence de reprise de dotation au compte 78158 « *Reprise sur autres provisions pour charges* » pour un montant de 757 241 €. En effet, le compte financier affiche au débit des opérations non budgétaires un montant de 1 335 415 €. Or le compte 78158 est seulement crédité de 578 174 €, soit un écart de 757 241 € que la chambre invite à corriger ou à justifier.

#### 4.2.1 Les provisions pour renouvellement des immobilisations

Les provisions pour renouvellement des immobilisations sont des provisions réglementées, fondées sur le principe d'une allocation anticipée d'aides destinées à la couverture des surcoûts d'exploitation générés par de nouveaux investissements, sous forme de dotations budgétaires supplémentaires versées par l'assurance maladie. Elles représentent un mécanisme de préfinancement des surcoûts occasionnés par une opération d'investissement.

A l'occasion de la fusion avec le centre hospitalier intercommunal Le Raincy-Montfermeil et le centre de moyen et long séjour Les Ormes, l'unité de soins palliatifs a basculé dans le champ sanitaire. Depuis 2009, l'établissement provisionne un montant variant de 0,7 à 0,8 M€.

En 2013, le solde du compte 142 « *Provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations* » a diminué de 4,1 M€. Outre la reprise sur provisions pour renouvellement d'immobilisations pour un montant de 49 099 € relative à l'aide ponctuelle SMUR et à la dotation annuelle de financement perçue à la suite de la fusion du groupement hospitalier

<sup>33</sup> Tome 2 de l'instruction budgétaire et comptable M21, titre 2, chapitre 10 « *Les corrections d'erreur, changement de méthode, changement d'estimation* ».

intercommunal et du centre de moyen et long séjour Les Ormes, un transfert au compte 158 « *Autres provisions pour charges* » a été réalisé pour un montant de 4 082 357 € comprenant la dotation annuelle de financement perçue à l'occasion de la fusion et d'« *autres immobilisations* ».

En 2015, l'agence régionale de santé a versé une dotation de 0,7 M€ complétée annuellement d'un montant équivalent. Des travaux ont déjà été réalisés et font l'objet de reprises sur la provision constituée pour un montant de 137 063 € et le groupement hospitalier intercommunal a bénéficié d'une aide régionale aux SMUR en 2012, reprise chaque année au rythme des amortissements, pour un montant de 23 955 €.

De plus, la progression en 2015 du compte 142 « *Provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations* » pour un montant de 4,9 M€ s'explique par un changement de méthode d'imputation comptable par l'établissement réalisé dans le cadre de la certification<sup>34</sup>. En effet, la provision de 4,4 M€ constituée en 2009 à la suite du protocole de fusion avec Les Ormes qui était comptabilisée au compte 158 « *Autres provisions pour charges* », a été transférée le 1er janvier 2015 au compte 142 « *Provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations* ». La chambre s'interroge sur la justification de cette provision et de son transfert du compte 158 « *Autres provisions pour charges* » au compte 142 « *Provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations* » en 2015. Elle invite l'établissement à la reprendre si elle est devenue sans objet.

Au final, en 2013 le transfert de la provision du compte 142 (provisions réglementées) au compte 158 (hors capitaux propres) a conduit à réduire les fonds propres au bilan de 30 %. À contrario en 2015, le transfert des provisions du compte 158 au compte 142 a permis de limiter la baisse des capitaux propres, alors que les corrections d'erreurs réalisées dans le cadre de la certification ont notamment conduit à dégrader le report à nouveau. La chambre n'a pas obtenu d'explication au transfert de cette provision en 2013.

#### **4.2.2 Les dépréciations des comptes de tiers**

Le solde du compte 491 « *Provisions pour dépréciation des comptes de redevables* » est de 5,9 M€ au 31 décembre 2017. La progression du compte 49 « *provisions pour dépréciation des créances de redevables* » a conduit la chambre à s'interroger d'une part sur la fiabilité des écritures de constatation et de reprise d'une dépréciation des comptes de redevables, et d'autre part à analyser la méthode de calcul des provisions pour créances irrécouvrables modifiée lors de la certification des comptes en 2015. L'analyse s'est concentrée sur les deux plus significatives : les dépréciations pour compte de tiers et les provisions réglementées pour comptes de tiers.

##### **4.2.2.1 La fiabilité des écritures de constatation et de reprise d'une dépréciation des comptes de redevables**

Les reprises sur dépréciation des comptes (compte 78174 « *Reprises sur dépréciations – créances* ») doivent normalement correspondre aux créances irrécouvrables admises en non-valeur (compte 654 « *Pertes sur créances irrécouvrables* »). Des écarts existent en 2012, 2016 et 2017. Or, l'établissement ayant constitué une provision destinée à couvrir ce risque et n'ayant pas démontré que des créances autres que celles concernées par la provision ont dû être admises en non-valeur, chaque admission en non-valeur aurait dû faire l'objet d'une reprise équivalente sur la provision constituée à cette fin.

---

<sup>34</sup> Rapport du commissaire aux comptes en 2015 page 40 et 55.

**Tableau n° 6 : Les écritures de reprises sur dépréciation des comptes de redevables et les admissions en non-valeur**

En €	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Crédit du compte 78174 Reprise sur dépréciation des comptes de redevables	0	306 196	263 749	522 350	461 755	674 834
Débit du compte 6541 Admissions en non-valeur	310 823	306 196	263 749	522 350	553 835	751 554
<b>Écart entre le débit compte 6541 et le crédit du compte 78174</b>	<b>310 823</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>92 080</b>	<b>76 720</b>

Source : comptes financiers de l'établissement

De plus, les créances irrécouvrables au compte 4152 « Créances irrécouvrables admises en non-valeur par l'ordonnateur » doivent être créditées par le débit du compte 6541 « *Pertes sur créances admises en non-valeur* », or un écart en 2017 subsiste pour 9 211 €<sup>35</sup>. Le respect des subdivisions des comptes de redevables conformément à l'instruction budgétaire et comptable M21 est nécessaire au suivi des provisions pour dépréciation des comptes de redevables.

**Tableau n° 7 : Les créances irrécouvrables**

En €	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Créances irrécouvrables admises en non-valeur (crédit du compte 4152)	310 823	281 623	239 401	511 880	531 073	734 890
Créances admises en non-valeur – (débit du compte 6541)	310 823	281 623	239 401	511 880	531 073	725 679
<b>Ecart entre le crédit du 4152 et le débit du 6541</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>9 211</b>

Source : comptes financiers de l'établissement

La chambre invite l'établissement à corriger ces écarts et à modifier les imputations utilisées pour enregistrer ces mouvements.

#### 4.2.2.2 La méthode de calcul des provisions pour créances irrécouvrables

Le taux de reste à recouvrer contentieux sur les produits totaux est inférieur au seuil de 3 %<sup>36</sup> fixé par la DDFiP. Ce ratio mesure le risque financier que les restes à recouvrer font peser sur les résultats futurs.

**Tableau n° 8 : Le poids des restes à recouvrer par rapport à la totalité des produits**

Restes à recouvrer (en e)	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Solde débiteur du compte 416	2 194 474	2 898 673	3 614 434	3 689 112	3 528 824	3 839 646
solde débiteur du compte 467-26	165 383	729 984	123 746	236 970	337 182	246 518
Total des restes à recouvrer	2 359 858	3 628 658	3 738 180	3 926 081	3 866 007	4 086 164
Total Produits consolidés	149 767 463	148 949 356	152 573 287	158 767 770	160 395 587	161 622 751
<b>Restes à recouvrer / total produits (%)</b>	<b>1,58%</b>	<b>2,44%</b>	<b>2,45%</b>	<b>2,47%</b>	<b>2,41%</b>	<b>2,53%</b>
Créances irrécouvrables admises en non-valeur	310 823	281 623	239 401	511 880	531 073	734 890
<b>Part des admissions en non-valeur sur le total des restes à recouvrer</b>	<b>13,2%</b>	<b>7,8%</b>	<b>6,4%</b>	<b>13,0%</b>	<b>13,7%</b>	<b>18,0%</b>

Source : Comptes financiers de l'établissement

<sup>35</sup> Mandat n°26711 de 2017.

<sup>36</sup> Tel que défini dans le guide des tableaux de bord des indicateurs financiers des établissements publics de santé (DDFiP), février 2003, page 27.

Néanmoins, les créances irrécouvrables admises en non-valeur progressent de 136 % sur la période contrôlée, ce qui est très supérieur à la progression des restes à recouvrer (+73 %).

**Tableau n° 9 : L'évolution des restes à recouvrer, de leur provisionnement et des admissions en non-valeur**

En €	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Variation annuelle moyenne (en %)
Restes à recouvrer amiables	17 726 569	14 486 139	14 201 125	16 548 691	17 486 012	19 452 578	1,56
Restes à recouvrer contentieux	2 194 474	2 898 673	3 614 434	3 689 112	3 528 824	3 839 646	9,77
<b>Restes à recouvrer amiable et contentieux</b>	<b>19 921 044</b>	<b>17 384 812</b>	<b>17 815 559</b>	<b>20 237 803</b>	<b>21 014 836</b>	<b>23 292 224</b>	2,64
<b>% des restes à recouvrer contentieux</b>	<b>11,02%</b>	<b>16,67%</b>	<b>20,29%</b>	<b>18,23%</b>	<b>16,79%</b>	<b>16,48%</b>	6,95
<b>Provision pour dépréciation des comptes de redevables</b>	<b>689 785</b>	<b>738 550</b>	<b>1 189 862</b>	<b>5 518 242</b>	<b>6 528 804</b>	<b>5 853 970</b>	42,82
<i>Taux de provisionnement des restes à recouvrer amiable et contentieux</i>	3,46%	4,25%	6,68%	27,27%	31,07%	25,13%	
<i>Taux de provisionnement des restes à recouvrer contentieux</i>	31,43%	25,48%	32,92%	149,58%	185,01%	152,46%	
Créances irrécouvrables admises en non-valeur - Débit compte 415	310 823	281 623	239 401	511 880	531 073	734 890	15,42
<i>Provisions pour dépréciations/ Admissions en non-valeur</i>	221,92%	262,25%	497,02%	1078,03%	1229,36%	806,69%	

Source : comptes financiers de l'établissement

Pour réaliser le bilan d'ouverture au 1<sup>er</sup> janvier 2015, l'établissement a retenu des taux de dépréciation élevés (100 % pour les créances douteuses des personnes morales de plus de 4 ans ; 100 % pour les créances douteuses des personnes physiques de plus de 5 ans ; 20 % pour les créances douteuses des personnes physiques de 1 à 5 ans ; 100 % pour les créances non-douteuses des personnes physiques de moins de 1 an et inférieures à 30 €). Lors des exercices suivants, le commissaire aux comptes a recommandé de tenir compte des éléments de l'année en cours et d'utiliser une étude statistique (modifiée en 2017 pour être étendue de 3 à 5 ans), mais également d'élargir la dépréciation aux créances amiables.

**Tableau n° 10 : Les taux retenus pour le calcul de la dépréciation des créances liées aux hospitalisés et consultants en 2017**

	Antérieur à 2013	2013	2014	2015	2016	2017
<b>Taux (en %)</b>	100	77,70	62,15	49,89	38,13	15,38

Source : rapport du commissaire aux comptes 2017

Avec 5,9 M€ en 2017, le montant de la provision pour dépréciation des comptes de redevables représente depuis 2015 plus du quart de l'ensemble des restes à recouvrer (23,3 M€, amiables et contentieux) et plus de 1,5 fois le montant des seuls restes à recouvrer contentieux (3,8 M€). Malgré une progression des admissions de non-valeur de 239 401€ en 2014 à 511 880 € en 2015 (soit +114 %), celles-ci ne représentent selon les années contrôlées que de 6 à 18 % des restes à recouvrer. En outre, les reprises de provisions pour dépréciation ne sont réalisées chaque année qu'à hauteur des admissions en non-valeur, sans réviser les montants selon les créances réglées entretemps par les redevables.

Cette provision pour dépréciation des comptes de redevables paraît excessive au regard du montant des admissions en non-valeur (2,6 M€ cumulés en 2012 et 2017). De plus, l'instruction budgétaire et comptable M21 applicable à l'établissement ne prévoit l'obligation de déprécier la créance que si elle est en phase de recouvrement contentieux (p. 57 du tome II), et la possibilité si elle présente un risque d'irrécouvrabilité.

Bien que régulier au regard de la nomenclature budgétaire et comptable M21, le mode de calcul retenu par l'établissement conduit à créer une provision trop importante, dépassant les seules créances contentieuses ou le montant des admissions en non-valeur ; cela est de nature à fausser la sincérité des comptes. Cette surestimation, au-delà des montants des

créances contentieuses, engendre la création de réserves, qui accroissent artificiellement le fonds de roulement de l'établissement tout en minorant son résultat annuel.

**Recommandation n° 3 : Adapter la méthode statistique de calcul de la provision pour dépréciation des créances au risque de non recouvrement.**

### 4.3 Le principe d'indépendance des exercices

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

#### 4.3.1 Le rattachement des produits et des charges

Les rattachements des produits sont effectués et les taux de rattachement sont raisonnables. La progression des montants de 35 % de 2012 à 2017 s'explique par l'intégration, à partir de 2014, des rattachements des séjours à cheval entre deux exercices et par une progression des rattachements de l'activité libérale.

En dépenses, les commandes passées en fin d'exercice ayant donné lieu à service fait, mais dont la facture n'est pas parvenue avant la clôture, doivent être rattachées pour ne pas minorer les charges. La liste des rattachements permet de constater une stabilité et un faible taux des rattachements, qui peut s'expliquer par une bonne anticipation de l'établissement en matière de réception des factures, comme l'atteste le calendrier de clôture fourni. Néanmoins, lors de la revue du bilan d'ouverture au 1er janvier 2015, le commissaire aux comptes avait préconisé de réaliser une revue des achats post journée complémentaire en janvier 2016 pour avoir l'assurance qu'aucun rattachement significatif ne manque.

En 2014, le taux de rattachement plus élevé s'explique par la présence de la prime de service au compte de tiers 408 « *Fournisseurs, factures non parvenues* », correctement imputée au compte 4281 « *Prime de service à payer* » à partir de l'année suivante.

**Tableau n° 11 : Taux de rattachement des produits et des charges**

En €	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Redevables, produits à recevoir	8 382 762	9 304 062	10 773 100	11 067 912	11 135 327	11 314 597
Produits courants de fonctionnement	141 344 752	140 731 876	146 294 304	149 401 453	154 364 430	154 862 536
<b>Taux de rattachement en %</b>	<b>5,93</b>	<b>6,61</b>	<b>7,36</b>	<b>7,41</b>	<b>7,21</b>	<b>7,31</b>
Fournisseurs, factures non parvenues	405 223	396 342	2 060 754	564 714	1 284 026	1 456 384
Comptes de charges d'exploitation	37 267 547	37 531 135	38 440 941	41 141 344	42 494 025	43 151 172
<b>Taux de rattachement en %</b>	<b>1,09</b>	<b>1,06</b>	<b>5,36</b>	<b>1,37</b>	<b>3,02</b>	<b>3,38</b>

Source : comptes financiers de l'établissement

#### 4.3.2 Les produits et les charges constatés d'avance

Les charges constatées d'avance permettent à l'établissement de constater des charges relevant de l'exercice suivant (fluides, assurances...). Ce compte est mouvementé seulement à partir de 2015, première année de certification, et représente moins de 0,1 M€ par an.

Les produits constatés d'avance ont baissé de 22 % depuis 2012, baisse liée notamment à l'amélioration du rattachement des séjours à cheval sur deux exercices.

**Tableau n° 12 : Évolution des produits constatés d'avance**

En €	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Compte 487	2 547 202	2 547 342	2 524 452	2 362 605	2 137 529	1 995 058
Évolution au regard de l'année précédente en %		0	-1	-6	-10	-7

Source : comptes financiers de l'établissement

Enfin, les dépenses et recettes à classer ou à régulariser représentent des montants très faibles en fin d'année et n'ont pas d'impacts significatifs sur le résultat.

### 4.3.3 Les produits sur exercices antérieurs

Les émissions de titres relatifs à des exercices antérieurs, à la suite des annulations de titre ou à des rattrapages, représentent 0,9 M€ en 2017 contre 3,9 M€ en 2012. Cet effort de réduction entre 2012 et 2017, notamment sur les produits de l'assurance maladie, est à la fois la conséquence d'une augmentation des rattachements de produits et d'une diminution des titres annulés. Cette dernière s'explique par la baisse des rejets de la facturation individuelle des séjours. Les réémissions concernent pour 70 % d'entre elles des titres annulés relatifs à la facturation des hospitalisations et des consultations externes.

Les reports de charges sont quant à eux globalement inférieurs à 0,2 % sur la période.

## 4.4 Le principe de sincérité

### 4.4.1 L'exécution budgétaire

L'analyse des prévisions budgétaires révèle que pour le budget principal de l'établissement les prévisions de charges sont sous-évaluées de 2 % en moyenne sur la période et celles des produits de 3 %. Les écarts les plus importants entre l'état prévisionnel de recettes et de dépenses initial et le compte financier ont été constatés pour les exercices 2013, 2014. Si les prévisions de l'établissement s'améliorent depuis 2016, des progrès restent possibles.

Les écarts sont beaucoup plus importants sur le budget annexe E (établissement d'hébergement des personnes âgées dépendantes), avec des écarts significatifs entre le prévisionnel et le réalisé. Cela concerne tant les charges (par exemple +11,8 % en 2014 et 22,7 % en 2017) que les produits (soit +17 % en 2014 et 28,1 % en 2017). En 2017, ces écarts ont représenté 0,9 M€ en produits et 0,7 M€ en charges.

La chambre souligne la nécessité d'une meilleure prévision budgétaire, en particulier sur le budget annexe E.

### 4.4.2 Un établissement support du groupement hospitalier de territoire

La mise en place du groupement hospitalier de territoire s'est traduite comptablement par la mise en place du budget G. Toutes les dépenses afférentes aux activités du groupement hospitalier de territoire sont couvertes par les contributions des membres. Conformément à l'arrêté du 6 novembre 2017, la répartition de la contribution de chaque établissement est déterminée à partir d'une clé de répartition. En 2017, la contribution du groupement hospitalier intercommunal Le Raincy-Montfermeil représentait 35 % du budget G.

#### 4.4.3 La participation des budgets annexes aux charges communes

Le groupement hospitalier intercommunal Le Raincy-Montfermeil dispose de plusieurs budgets annexes (unité de soins de longue durée, établissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes, centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie). Le budget principal supporte des charges communes. Chaque année, la comptabilité analytique de l'établissement permet de répartir les charges communes sur l'ensemble des budgets annexes. La bonne répartition des charges communes est donc nécessaire au risque sinon d'impacter à tort le tarif supporté par les résidents.

Les charges sont imputées au compte 6286 « *Participation aux charges communes* » de chaque budget annexe et une recette est constatée au budget principal au compte 7087 « *Remboursement de frais par les comptes de résultats annexes* ».

La chambre constate l'existence d'une comptabilité analytique au sein de l'établissement et ce dernier déclare développer une analyse de l'imputation des charges communes à partir de cette comptabilité. Une note de service indique la clé de répartition des charges communes en fonction du nombre de lits.

**Tableau n° 13 : Synthèse des écritures relatives aux remboursements des charges communes de l'ensemble des budgets annexes sur la période contrôlée**

En €	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Budget principal compte 7087	438 339	534 956	865 690	878 690	931 196	956 828
Total des comptes 6286 des budgets annexes	0	0	0	0	0	0
<b>Écart</b>	<b>438 339</b>	<b>534 956</b>	<b>865 690</b>	<b>878 690</b>	<b>931 196</b>	<b>956 828</b>

Source : comptes financiers de l'établissement

Cependant, contrairement au compte 7087, le compte 6286 n'est pas mouvementé pour l'ensemble des budgets annexes depuis 2012. Cette pratique ne permet pas de vérifier et donc de garantir l'équilibre de l'écriture d'imputation des charges entre budgets. De plus, au vu la diversité des activités de l'établissements sur le budget principal comme sur les budgets annexes, cette clé unique n'est pas suffisante pour répartir des activités aussi différentes.

**Recommandation n° 4 : Revoir les clés de répartition des charges communes et les imputer comptablement dans les budgets annexes selon la nomenclature M21.**

À la suite des observations de la chambre, l'établissement a revu l'ensemble des charges des budgets annexes, afin d'améliorer la fiabilité de la répartition des charges entre les budgets. Selon l'établissement, un travail d'uniformisation et une proposition de réaffectation des charges est à l'étude.

#### **CONCLUSION INTERMÉDIAIRE**

*L'obligation de faire certifier les comptes à partir de 2015 a entraîné la rédaction de nouvelles procédures internes et un important travail de correction et d'actualisation des inventaires, qui reste à achever notamment pour les stocks, et des provisions.*

*Toutefois, la provision pour créances irrécouvrables (5,9 M€) apparaît très supérieure aux restes à recouvrer contentieux (3,8 M€) et accroît artificiellement le déficit de l'établissement. Ses modalités de calcul, ainsi que la répartition des charges entre budgets principal et annexes, doivent être revues pour une meilleure fiabilité comptable.*

## 5 LA SITUATION FINANCIERE

L'établissement a fait l'objet d'un plan de retour à l'équilibre financier (PREF) en 2015 et avait ainsi obtenu un retour à l'équilibre en 2016. Néanmoins, l'établissement est à nouveau déficitaire à partir de 2017 et la situation prévisionnelle de 2018 apparaît dégradée.

### 5.1 Un résultat net comptable dégradé depuis 2013

#### 5.1.1 Un déficit récurrent à partir de 2013

L'analyse du résultat net comptable du budget principal permet de constater un déficit récurrent à partir de 2013. Celui-ci s'établit autour de 1,5 M€ (à l'exception de l'exercice 2016) en raison d'une progression de 2012 à 2017 plus rapide des charges (+8,9 %) que des recettes (7,5 %).

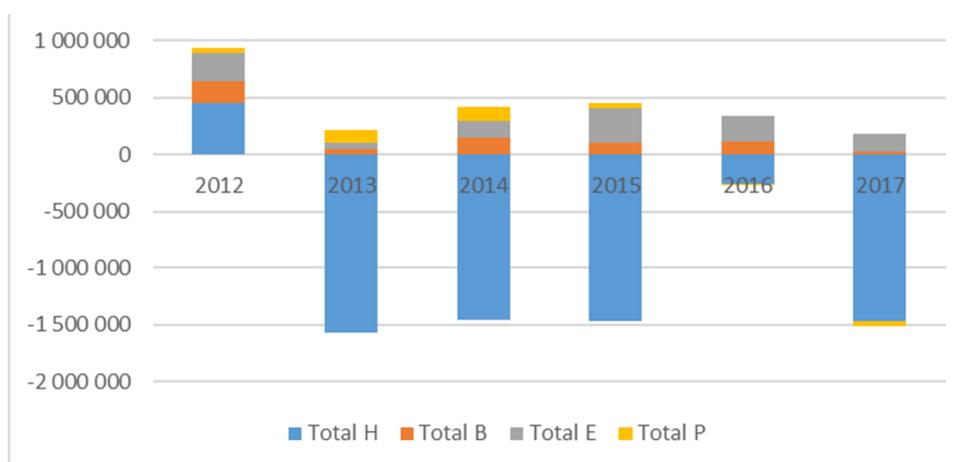
**Tableau n° 14 : Évolution du résultat net comptable du budget H et du résultat consolidé**

Budget H	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Produits	143 087 519	142 196 549	145 499 312	151 459 152	152 785 896	153 840 172
Charges	142 633 391	143 763 219	146 956 096	152 926 112	153 042 309	155 310 137
<b>Résultat</b>	<b>454 129</b>	<b>-1 566 670</b>	<b>-1 456 785</b>	<b>-1 466 960</b>	<b>-256 413</b>	<b>-1 469 965</b>
<b>Budgets consolidés</b>						
	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Produits	149 767 463	148 949 356	152 573 287	158 767 770	160 395 587	161 622 751
Charges	148 832 061	150 305 056	153 614 962	159 781 234	160 308 931	162 952 964
<b>Résultat</b>	<b>935 402</b>	<b>-1 355 700</b>	<b>-1 041 675</b>	<b>-1 013 463</b>	<b>86 656</b>	<b>-1 330 213</b>

Source : comptes financiers de l'établissement

Le déficit observé depuis 2013 concerne essentiellement le budget principal. Les autres budgets sont excédentaires sauf le budget P (relatif aux autres activités relevant du code de l'action sociale et des familles) en 2017.

**Graphique n° 10 : Le résultat par budget de 2012 à 2017**



Source : comptes financiers de l'établissement

Pour 2018, le résultat déficitaire de son budget principal a été de 3,0 M€ au lieu de 1,5 M€ en 2017.

## 5.1.2 Le résultat retraité du budget principal

Le résultat du budget principal a été retraité pour ajouter ou retirer du résultat, les montants des dépenses et recettes antérieures ou exceptionnelles, ainsi que celui des aides de l'agence régionale de santé versées en soutien financier, afin d'isoler la seule performance de l'établissement.

**Tableau n° 15 : Le retraitement du budget principal de 2012 à 2017**

En €	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Total charges	142 633 391	143 763 219	146 956 096	152 926 112	153 042 309	155 310 137
Total produits	143 087 519	142 196 549	145 499 312	151 459 152	152 785 896	153 840 172
<b>Résultat net comptable</b>	<b>454 129</b>	<b>-1 566 670</b>	<b>-1 456 785</b>	<b>-1 466 960</b>	<b>-256 413</b>	<b>-1 469 965</b>
+Charges antérieures (comptes 673, 672 et 472)	2 075 929	1 431 331	2 022 691	1 143 882	1 260 097	1 114 741
- Produits antérieurs (comptes 772, 773 et 471)	3 916 870	2 563 989	1 669 893	1 200 134	704 329	833 761
<b>Résultat retraité</b>	<b>-1 386 812</b>	<b>-2 699 328</b>	<b>-1 103 986</b>	<b>-1 523 212</b>	<b>299 356</b>	<b>-1 188 985</b>
+Charges exceptionnelles (comptes 675, 671 et 678)	515 300	816 366	70 275	256 873	169 933	90 798
- Produits exceptionnels (comptes 775, 771, 772 et 778)	1 474 496	1 431 455	1 053 855	1 427 807	496 590	514 483
<b>Résultat structurel</b>	<b>-2 346 008</b>	<b>-3 314 417</b>	<b>-2 087 566</b>	<b>-2 694 146</b>	<b>-27 300</b>	<b>-1 612 671</b>
Dotation exceptionnelles d'équilibre (aides à la contractualisation versées par l'agence régionale de santé)	1 649 330	567 109	687 869	523 541	1 251 141	686 857
<b>Résultat structurel non aidé</b>	<b>-3 995 338</b>	<b>-3 881 526</b>	<b>-2 775 435</b>	<b>-3 217 687</b>	<b>-1 278 441</b>	<b>-2 299 528</b>

Source : comptes financiers de l'établissement

Les deux premières phases de retraitement permettent d'appréhender le résultat sur une seule année budgétaire et d'exclure le résultat exceptionnel de la structure. Le déficit rattachable à chaque exercice se réduit tendanciellement malgré d'importantes variations annuelles. Le retraitement des aides exceptionnelles<sup>37</sup> accordées entre 2012 et 2017 pour un montant de 5,4 M€ accentue le constat d'un déficit structurel.

L'amélioration du résultat observée en 2016 n'apparaît alors plus confortée en 2017. Cela est principalement causé par l'imputation au bilan, et non plus en produit au compte de résultat, à partir de cet exercice, du soutien à l'investissement (1,5 M€ en 2017), contrairement aux exercices antérieurs (2,8 M€ entre 2012 et 2016).

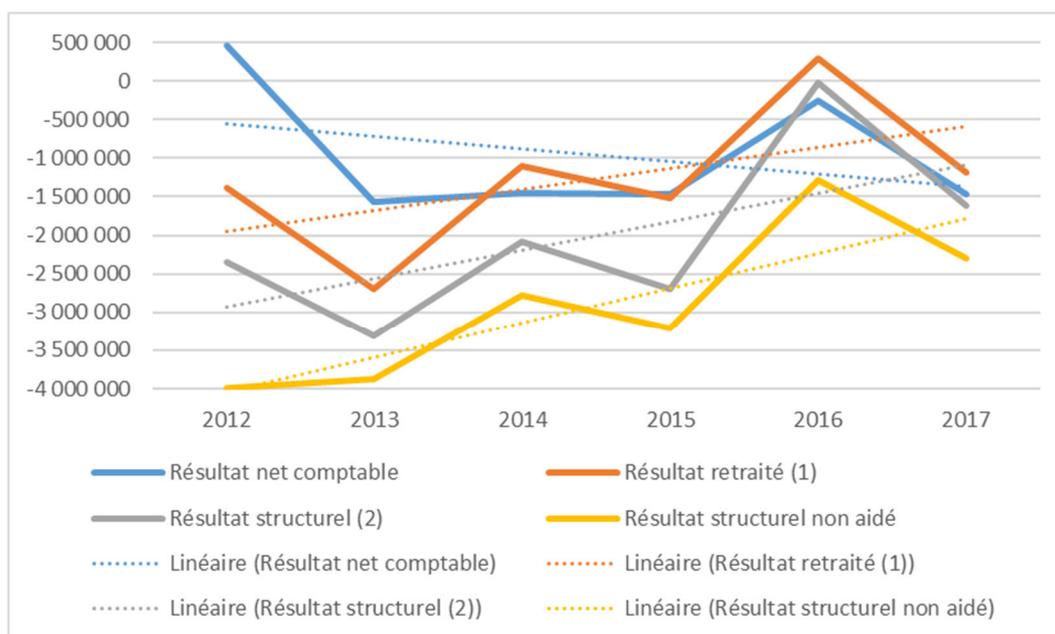
Le déficit s'est donc trouvé minoré par les aides exceptionnelles de l'agence régionale de santé qui se sont élevées au total à près de 5,4 M€ entre 2012 et 2017.

Constamment en déficit depuis 2013, le groupement hospitalier intercommunal Le Raincy-Montfermeil n'a cependant pas connu une aggravation continue de son résultat comme d'autres établissements comparables en Île-de-France<sup>38</sup>. Il se caractérise par la constance de ses pertes, alors que les autres établissements comparables, qui ont parfois accumulé plusieurs dizaines de millions d'euros de pertes entre 2012 et 2017, alternent résultats positifs et négatifs, et sont pour la plupart en amélioration.

<sup>37</sup> La circulaire DHOS/F2/CNAMS/2009/295 du 23 septembre 2009 relative à l'équilibre financier des établissements de santé identifie les aides ponctuelles de la manière suivante : toute aide allouée qui ne correspond pas à la mise en œuvre d'une prestation identifiée (ajustements de fin de campagne, aides attribuées dans le cadre de PREF et aides ponctuelles).

<sup>38</sup> Données issues de l'échantillon de sept hôpitaux publics franciliens, aux mêmes caractéristiques et à périmètre stable pour la période 2012-2017, (Centre hospitalier François Quesnay à Mantes la Jolie, groupe hospitalier Nord Essonne, centre hospitalier Robert Ballanger à Aulnay, centre hospitalier intercommunal de Villeneuve-Saint-Georges, groupe hospitalier Eaubonne Montmorency Simone Veil, centre hospitalier de Gonesse).

**Graphique n° 11 : Le résultat net comptable et le résultat retraité du budget principal**

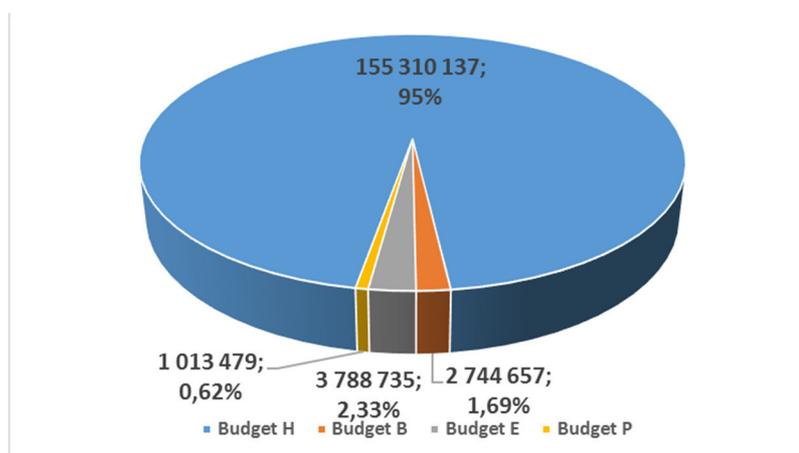


Source : comptes financiers de l'établissement

## 5.2 L'évolution des charges et des recettes du budget principal

Le budget principal représente 95 % des charges du groupement hospitalier intercommunal du Raincy-Montfermeil.

**Graphique n° 12 : Le poids des charges 2017 des budgets en € et en%**

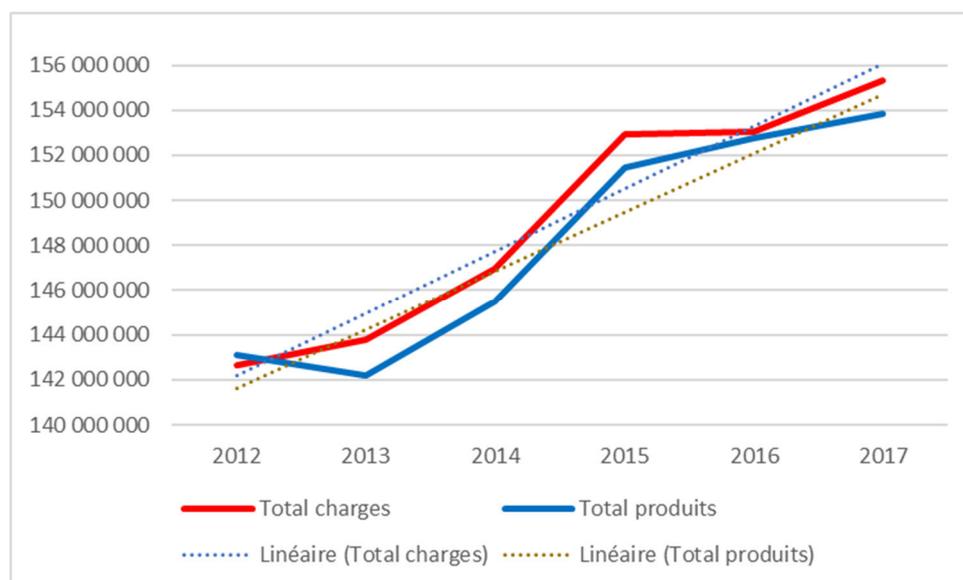


Source : comptes financiers de l'établissement

Au regard de la prédominance du budget principal, la chambre a réalisé une analyse des recettes et des charges uniquement de celui-ci.

Les charges du budget principal progressent en moyenne plus vite que les produits depuis 2012 avec une évolution annuelle moyenne de 1,72 % pour les charges contre 1,46 % pour les produits, créant de ce fait un classique effet de ciseaux.

**Graphique n° 13 : Évolution des produits et des charges de 2012 à 2017**



Source : comptes financiers de l'établissement

Après trois années successives de déficit représentant en moyenne 1 % de la totalité des recettes, le budget principal tente de renouer avec un résultat à l'équilibre en 2016. Les charges progressent seulement de 0,1 % contre une progression des produits de 0,9 %.

La stagnation des charges en 2016 s'explique d'une part par une baisse de celles à caractère hôtelier et général de 5,1 % et des charges relatives aux amortissements, provisions et charges financières exceptionnelles de 10,4 %. D'autre part, les recettes relatives à l'assurance maladie progressent de 4 % par rapport à 2015.

Cependant, cette tendance n'a pas été pérennisée et dès 2017 le budget principal a connu un déficit de 1,4 M€.

### 5.2.1 Les recettes évoluent faiblement

Les recettes se composent pour 79 % de produits de l'assurance maladie, pour 9 % de produits de l'activité hospitalière et pour 12 % d'autres produits.

**Tableau n° 16 : La dynamique des recettes de 2012 à 2017**

En €	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Évolution moyenne 2012/2017
titre 1 produits de l'assurance maladie	114 322 351	109 579 060	112 366 761	119 339 569	124 119 597	123 820 921	1,61%
% évolution annuelle		-4,15%	2,54%	6,21%	4,01%	-0,24%	
titre 2 produits de l'activité hospitalière	14 129 392	13 526 325	13 761 455	13 485 589	13 253 875	12 289 986	-2,75%
% évolution annuelle		-4,27%	1,74%	-2,00%	-1,72%	-7,27%	
titre 3 autres produits (dont remboursement des budget annexe, rétrocessions)	14 635 776	19 091 164	19 371 095	18 633 994	15 412 424	17 729 266	3,91%

En €	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Évolution moyenne 2012/2017
% évolution annuelle		30,44%	1,47%	-3,81%	-17,29%	15,03%	
<b>Total produits</b>	<b>143 087 519</b>	<b>142 196 549</b>	<b>145 499 311</b>	<b>151 459 152</b>	<b>152 785 896</b>	<b>153 840 173</b>	1,46%
% évolution annuelle		-0,62%	2,32%	4,10%	0,88%	0,69%	

Source : comptes financiers de l'établissement

La dynamique des produits de l'assurance maladie et des produits de l'activité hospitalière reste faible voir négative. Parallèlement, le groupement hospitalier intercommunal est soumis aux fluctuations conjoncturelles des autres produits comprenant notamment des recettes exceptionnelles et des reprises sur amortissement, dépréciations et provisions.

### 5.2.1.1 La faible progression des produits versés par l'assurance maladie

Les produits versés par l'assurance maladie (voir le détail en annexe 7) progressent seulement de 1,61 % par an sur la période.

Tableau n° 17 : Évolution des produits de l'assurance maladie de 2012 à 2017

En €	2012	2013	2014	2015	2016	2017	taux moyen d'évolution 2012/2017 (en %)
Produits de la tarification à l'activité	82 512 883	81 165 608	84 110 974	84 897 895	86 777 272	87 810 017	1,25
Produits forfaitaires	20 566 996	17 875 576	17 800 758	18 440 002	20 769 907	19 156 411	-1,41
Produits faisant l'objet d'une tarification spécifique	9 569 470	9 683 716	10 191 208	10 962 448	11 739 723	11 931 420	4,51
Produits autres	1 673 002	854 159	263 820	5 039 224	4 832 695	4 923 073	24,09
<b>Total</b>	<b>114 322 351</b>	<b>109 579 060</b>	<b>112 366 761</b>	<b>119 339 569</b>	<b>124 119 597</b>	<b>123 820 921</b>	<b>1,61</b>
% évolution annuelle		-4,15%	2,54%	6,21%	4,01%	-0,24%	

Source : retraitement des comptes par la chambre à partir des comptes financiers

Les produits de la tarification, représentant en moyenne 72 % des produits de l'assurance maladie, progressent de seulement 6,4 % entre 2012 et 2017. Cette évolution moyenne est surtout marquée par une faible évolution des produits de la tarification des séjours de médecine, chirurgie et obstétrique de 4,1 % durant la même période, dans un contexte où l'activité avait pourtant progressé davantage, de 4,9 %.

Les produits forfaitaires, correspondant aux soutiens versés par l'agence régionale de santé, sont en baisse en moyenne de 1,41 % depuis 2012.

Les produits faisant l'objet d'une tarification spécifique, représentant en moyenne seulement 9% des produits de l'assurance maladie, progressent en moyenne annuelle de 4,51 %. Cette progression concerne essentiellement les consultations externes.

Enfin, la progression des autres produits de l'assurance maladie de 24 % depuis 2012 s'explique par l'intégration des aides du fonds d'intervention régional aux produits de l'assurance maladie à compter du 2015. Les produits sur exercices antérieurs de l'assurance maladie ont significativement diminué en passant de 1,6 M€ en 2012 à 17 694 € en 2017 traduisant l'amélioration des procédures de contrôle interne de l'établissement.

Ainsi, la faible progression des produits de l'assurance maladie est marquée par une stagnation des produits de la tarification, malgré une augmentation de ceux des consultations externes et une réduction du soutien de l'agence régionale de santé sur la période. La chambre invite à nouveau l'établissement à revoir son positionnement en termes de *casemix*, afin de recentrer ses activités sur celles susceptibles de lui apporter un surcroît de recettes.

### 5.2.1.2 Une baisse sensible des produits relatifs à l'activité hospitalière

Les produits de l'activité hospitalière comprennent essentiellement les produits restant à la charge des patients ou des organes complémentaires (soit 75 % des produits du titre 2).

Les produits de l'activité hospitalière ne représentent en moyenne que 9 % des recettes du budget principal et diminuent en moyenne de 2,75 % par an depuis 2012. Cette baisse s'explique par une chute du nombre de journées<sup>39</sup> de 8 % en 2013 et en 2017, malgré une progression de 6 % des hospitalisations de jour, et par une baisse du prix des prestations.

En effet, l'établissement établit chaque année le prix des prestations<sup>40</sup> par décision du directeur de l'établissement. Ces recettes regroupent l'ensemble des prestations directement liées à la mission de soins mais non prises en charges par l'assurance maladie. Les prestations servent de base de calcul du ticket modérateur acquitté par le patient, ou sa mutuelle, si ce dernier est assuré social, et réglées intégralement s'il s'agit d'un patient non couvert par la sécurité sociale (cas notamment des patients étrangers). Le groupement hospitalier intercommunal du Raincy-Montfermeil a diminué ses tarifs à partir de 2015, car la baisse du nombre de journées d'hospitalisation complète et la réduction de la durée moyenne de séjour impliquent moins de charges hôtelières par patient.

**Tableau n° 18 : Évolution des produits relatifs à l'activité hospitalière de 2012 à 2017**

En €	2012	2013	2014	2015	2016	2017	taux moyen d'évolution 2012/2017 (en %)
Produits à la charge des patients ou organes complémentaire	10 768 432	9 959 305	9 956 669	9 975 775	9 691 233	9 239 395	-3,02
Produits des soins délivrés à des patients étrangers	2 914 682	3 010 940	3 270 925	2 957 145	3 023 612	2 641 095	-1,95
Produits effectués au profit des malades d'un autre établissement	446 278	556 080	533 862	552 669	539 030	409 496	-1,71
<b>Total</b>	<b>14 129 392</b>	<b>13 526 325</b>	<b>13 761 455</b>	<b>13 485 589</b>	<b>13 253 875</b>	<b>12 289 986</b>	<b>-2,75</b>
% évolution annuelle		-4,27%	1,74%	-2,00%	-1,72%	-7,27%	

Source : retraitement des comptes par la chambre à partir des comptes financiers

En principe, le calcul de ce tarif se fonde sur le coût de revient prévisionnel divisé par le nombre de journées prévisionnel. De fait l'établissement procède à ce calcul sur le fondement d'une comptabilité analytique qui intègre les amortissements. Cependant ce calcul du coût de revient (prévisionnel ou réel) est déconnecté de la fixation des tarifs des prestations journalières : ces derniers semblent jusqu'en 2015 bloqués à un niveau historique. À partir de 2015 une évolution se fait jour pour rapprocher les tarifs des coûts réels, mais la convergence demeure limitée, si bien que pour la plupart des catégories un décalage substantiel avec le coût de revient affiché persiste, le plus souvent à la hausse.

Or aux termes de l'article R. 6145-22 du code de la santé publique, « *Les tarifs des prestations mentionnés aux 1° et 2° de l'article R. 6145-21, à l'exception de ceux relatifs aux unités de soins de longue durée, sont obtenus, pour chaque catégorie tarifaire, en divisant le coût de revient prévisionnel par le nombre de journées d'hospitalisation prévues, après déduction des produits ne résultant pas de la facturation des tarifs de prestations* ». Dès lors, puisque les tarifs établis ne correspondent pas à la définition réglementaire, ils sont perçus avec une base de liquidation erronée, au moins pour la fraction dépassant le coût de revient (calculé quant à

<sup>39</sup> Annexe 10 Nombre de journées en hospitalisation complète et ambulatoire de 2013 à 2017.

<sup>40</sup> Le calcul des prix de prestations.

lui conformément à la réglementation). L'établissement se trouve fragilisé juridiquement face à une éventuelle contestation.

La plupart des tarifs des prestations hôtelières fixés par l'hôpital dépassent, malgré leur convergence, leur coût de revient, en particulier sur les prestations les plus couramment facturées telles que les journées d'hospitalisation complète de médecine. Cette surévaluation exerce un impact positif non négligeable sur le résultat.

**Rappel au droit n° 3 : Fixer les tarifs des prestations journalières conformément à l'article R. 6145-22 du code de la santé publique**

### 5.2.1.3 Une faible hausse des autres produits

Les autres produits représentent 12 % des recettes. Leur évolution se montre très fluctuante avec une augmentation de 30 % en 2013, puis une baisse significative en 2016 de 17 % et enfin une progression de 15 % en 2017

**Tableau n° 19 : Évolution des autres produits de 2012 à 2017 en €**

En €	2012	2013	2014	2015	2016	2017	taux moyen d'évolution 2013/2016 (en %)
Variation stock	1 983 198	1 299 274	1 771 361	2 041 952	2 163 096	2 339 099	3
Rétrocession de médicaments	2 316 484	2 309 691	3 493 915	3 994 754	4 036 902	5 542 872	19
ventes de produits	2 065 244	2 037 452	2 409 516	2 441 430	2 604 799	2 625 732	5
Production immobilisée	16 937	18 187	24 415	24 859		54 649	26
Subvention d'exploitation	2 434 543	5 982 198	5 960 927	1 154 027	837 567	791 236	-20
Autres produits de gestions courantes	1 188 339	1 648 717	1 674 336	2 008 978	2 207 938	2 345 247	15
Produits financiers	6 494	541	0	4 874	5 280	3 996	-9
Produits exceptionnels	3 654 130	3 117 886	2 459 520	2 506 577	1 089 009	1 319 511	-18
Reprises sur amortissement dépréciation et provisions	769 092	2 475 443	1 346 017	4 049 331	2 120 337	2 134 055	23
Transferts de charges	0	0	0	0	0	80 826	#DIV/0!
remboursement dépenses de personnel	201 313	201 775	224 517	312 827	291 523	480 198	19
Atténuation de charge CET	0	0	6 572	94 386	55 973	11 845	!
<b>Total titre 3</b>	<b>14 635 776</b>	<b>19 091 164</b>	<b>19 371 095</b>	<b>18 633 994</b>	<b>15 412 424</b>	<b>17 729 266</b>	<b>4</b>
Évolution annuelle		30%	1%	-4%	-17%	15%	

Source : comptes financiers de l'établissement

Les produits des rétrocessions progressent en moyenne de 19 % depuis 2012. Néanmoins, cette dynamique est neutralisée par la progression des achats de médicaments imputés dans les charges à caractère médical.

Les autres produits augmentent en 2013 de 3,4 M€ du fait de la progression du fonds d'intervention régional (FIR). Cette recette sera transférée au titre 1 relatif aux produits de l'assurance maladie à compte de 2015, ce qui explique un taux d'évolution négatif sur la période.

La progression des autres produits de gestion de 15 % s'explique par une augmentation des recettes liées à l'activité libérale et à la co-utilisation de l'IRM.

Enfin, les reprises sur amortissement, dépréciations et provisions progressent en moyenne de 23 % depuis 2012. Cette progression est assez soutenue à partir de 2013 avec un pic de plus de 4,0 M€ en 2015, lors de la certification et en lien avec celle-ci.

Il convient de noter que l'établissement a mis en place la facturation et donc l'encaissement des majorations de chambres particulières seulement en 2017.

## 5.2.2 Les charges progressent davantage que les recettes

La répartition moyenne des charges entre 2012 et 2017 est la suivante : 65 % de charges de personnel, 17 % à caractère médical, 9 % à caractère hôtelier et générales et 9 % autres (amortissements, provisions, charges financières exceptionnelles).

Les charges évoluent depuis 2012 de 1,72 % en moyenne annuelle. Malgré, un ralentissement des charges à caractère général et des charges liées à l'amortissement, aux provisions et aux charges financières exceptionnelles, la dynamique des dépenses de personnel et des charges à caractère médical reste soutenue.

**Tableau n° 20 : La dynamique des charges en % du budget principal de 2012 à 2017**

En €	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Évolution moyenne 2012/2017 (en %)
Charges relatives au personnel	91 738 853	94 189 922	95 572 368	97 891 333	98 845 391	101 063 249	<b>1,95</b>
% évolution annuelle		2,67%	1,47%	2,43%	0,97%	2,24%	
Charges à caractère médical	22 605 564	22 765 409	23 738 245	27 218 612	28 536 895	29 355 148	<b>5,36</b>
% évolution annuelle		0,71%	4,27%	14,66%	4,84%	2,87%	
Charges à caractère hôtelier et général	14 223 271	14 534 957	14 210 975	13 876 594	13 168 506	13 603 640	<b>-0,89</b>
% évolution annuelle		2,19%	-2,23%	-2,35%	-5,10%	3,30%	
Amortissements, provisions, charges financières exceptionnelles	14 065 702	12 272 931	13 434 509	13 939 573	12 491 518	11 288 100	<b>-4,30</b>
% évolution annuelle		-12,75%	9,46%	3,76%	-10,39%	-9,63%	
<b>Total charges</b>	<b>142 633 390</b>	<b>143 763 219</b>	<b>146 956 097</b>	<b>152 926 112</b>	<b>153 042 310</b>	<b>155 310 137</b>	<b>1,72</b>
% évolution annuelle		0,79%	2,22%	4,06%	0,08%	1,48%	

Source : comptes financiers de l'établissement

### 5.2.2.1 Les dépenses de personnel

Les charges de personnel représentent de 65 % à 68 % de l'ensemble des charges du budget principal entre 2012 et 2017, davantage que la moyenne des établissements comparables (de 61 à 64 %) <sup>41</sup>.

Elles progressent plus vite (+1,95 % de progression annuelle moyenne) que l'ensemble des charges entre 2012 et 2017 (+1,72 %). Cette progression est cependant plus faible que celle d'établissements comparables (+2,36 % de progression annuelle moyenne).

Les dépenses de personnel interne évoluent de façon régulière de 2013 à 2015 (soit 6 % sur les trois ans). Puis un net ralentissement est observé en 2016 (1,0 %) pour ensuite s'inverser en 2017 avec une progression de 2,2 %.

<sup>41</sup> Données issues de l'échantillon de sept hôpitaux publics franciliens, aux mêmes caractéristiques et à périmètre stable pour la période 2012-2017, (Centre hospitalier François Quesnay à Mantes la Jolie, groupe hospitalier Nord Essonne, centre hospitalier Robert Ballanger à Aulnay, centre hospitalier intercommunal de Villeneuve-Saint-Georges, groupe hospitalier Eaubonne Montmorency Simone Veil, centre hospitalier de Gonesse).

**Tableau n° 21 : Le poids des charges de personnels du budget principal de 2012 à 2017**

En €	2012	2013	2014	2015	2016	2017	taux moyen d'évolution 2012/2017 (en %)
Charges de personnel interne	91 139 405	93 817 712	95 268 011	97 398 616	97 808 284	99 987 773	1,87
Charges de personnel externe	398 136	170 435	73 268	85 504	705 689	646 705	10,19
Charges de personnel totales budget H	<b>91 537 541</b>	<b>93 988 147</b>	<b>95 341 279</b>	<b>97 484 120</b>	<b>98 513 973</b>	<b>100 634 478</b>	<b>1,91</b>
Total charges du budget H	142 633 391	143 763 219	146 956 096	152 926 112	153 042 309	155 310 137	<b>1,72</b>
Le poids des charges de personnel / les charges totales en % de charges courantes	<b>64%</b>	<b>65%</b>	<b>65%</b>	<b>64%</b>	<b>64%</b>	<b>65%</b>	

Source : retraitement des comptes par la chambre à partir des comptes financiers

En revanche, les dépenses de personnel externe sont en forte progression (soit +62 % entre 2012 et 2017). L'augmentation est particulièrement nette en 2016 (+725 %) avec une augmentation de 620 185 €. Elle correspond à la progression du compte 6215 « *personnel affecté à l'établissement* » portant sur des mises à disposition.

La rémunération du personnel médical progresse à un taux moyen de +1,50 % par an. Cette dynamique s'observe surtout en 2014 et 2015 (soit +2,8 % et 4,9 %). Lors de l'approbation de la seconde proposition de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses pour l'exercice 2015, l'agence régionale de santé avait attiré l'attention sur la nécessité d'évaluer l'opportunité de renforcer l'équipe médicale au regard de l'activité réalisée et d'effectuer des mesures correctrices si l'objectif fixé pour les recettes n'est pas atteint. En effet, le groupement hospitalier intercommunal prévoyait une hausse de six ETPR moyens en vue du développement des activités de chirurgie viscérale et d'oncologie. De fait, ces deux dernières ont progressé sur la période, mais ne se rangent pas parmi les domaines d'activité les plus dynamiques de l'établissement.

La progression moyenne de la rémunération du personnel non médical est plus modérée avec une croissance annuelle de 1,24%. Les propositions budgétaires intègrent dès 2016 la mesure de réduction des effectifs présente dans le cadre du programme de suivi renforcé des établissements en plan de redressement de l'agence régionale de santé.

**Tableau n° 22 : Les rémunérations du personnel médical et non médical du budget principal de 2012 à 2017**

En €	2012	2013	2014	2015	2016	2017	taux moyen d'évolution 2012/2017 (en %)
Personnel non médical	45 234 635	46 232 908	46 538 461	47 244 883	47 197 255	48 120 650	<b>1,24</b>
Personnel médical	15 517 903	15 736 899	16 171 493	16 968 334	16 441 740	16 713 742	<b>1,50</b>
<b>Ensemble du personnel</b>	<b>60 752 538</b>	<b>61 969 807</b>	<b>62 709 954</b>	<b>64 213 217</b>	<b>63 638 995</b>	<b>64 834 392</b>	<b>1,31</b>

Source : retraitement des comptes par la chambre à partir des comptes financiers

Le ratio relatif à la part des recettes de l'assurance maladie absorbée par les charge de personnel<sup>42</sup> était de 85 % en 2012 et atteint 89 % en 2017. Il n'est pas anormal que ce ratio augmente en cas de diminution des recettes d'activité et notamment de la tarification à l'activité, du fait de la relative rigidité des dépenses de personnel et du temps d'ajustement nécessaire : telle est la configuration que présente l'année 2013. Cependant la persistance de ce ratio élevé au-delà de l'année 2013, alors que les recettes d'activité retrouvent puis dépassent le niveau constaté en 2012, indique une dégradation de la rentabilité et une moindre productivité. La baisse des tarifs de groupes homogènes de séjours, toutes choses égales par ailleurs, contribue légèrement à la hausse de ce ratio mais pas dans ces proportions. Le maintien à ce niveau implique qu'une part plus réduite des recettes d'activité peut être affectée à d'autres postes, notamment à l'investissement.

<sup>42</sup> Circulaire DHOS/F2/CNAMS/2009/295 du 23 septembre 2009 relative à l'équilibre financier des établissements de santé page 27.

### 5.2.2.2 Les charges à caractère médical

Les charges à caractère médical bondissent de 30 % entre 2012 et 2017. La progression est particulièrement dynamique en 2015 (+15 %), exercice au cours duquel les produits pharmaceutiques progressent de 1,6M€, les stocks de 0,52 M€ et la sous-traitance de 0,87 M€ (du fait notamment de la mise en place de la sous-traitance de la stérilisation à l'hôpital Robert-Ballanger à Aulnay-Sous-Bois).

Néanmoins, depuis 2016 l'évolution des dépenses à caractère médical est plus mesurée soit +5 % en 2016 et 3 % en 2017.

**Tableau n° 23 : Charges à caractère médical de 2012 à 2017**

Intitulé du compte	2012	2013	2014	2015	2016	2017	taux moyen d'évolution 2012/2017 (en %)
Produits pharmacie	7 954 026	8 118 565	9 508 504	11 153 172	12 704 915	13 308 161	11
Fournitures petit matériel médical	9 663 702	9 219 091	9 435 282	9 774 333	9 319 013	9 556 988	0
Variation Stock médical	1 767 568	1 768 812	1 103 353	1 631 239	1 755 678	1 890 924	1
Fournitures médicales	328 148	372 072	388 574	430 643	404 658	385 620	3
Sous-traitance	1 049 182	1 316 686	1 242 655	2 118 117	2 149 752	2 018 053	14
Location à caractère médical	238 465	285 239	246 773	353 441	318 015	394 555	1
Entretien réparation à caractère médical	1 604 474	1 684 942	1 813 104	1 757 668	1 884 865	1 800 846	2%
<b>Total titre 2</b>	<b>22 605 564</b>	<b>22 765 409</b>	<b>23 738 245</b>	<b>27 218 612</b>	<b>28 536 895</b>	<b>29 355 148</b>	<b>5</b>
<b>Évolution annuelle</b>		<b>1%</b>	<b>4%</b>	<b>15%</b>	<b>5%</b>	<b>3%</b>	

Source comptes financiers de l'établissement

Entre 2012 et 2017, la progression des dépenses de médicaments (+5,3 M€) n'est pas compensée par les rétrocessions de médicaments (+ 3,2 M€), soit une différence de 2,2 M€ à la charge de l'établissement.

**Tableau n° 24 : L'évolution des dépenses et des rétrocessions de médicaments de 2012 à 2017**

En €	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Rétrocession de médicaments	2 316 484	2 309 691	3 493 915	3 994 754	4 036 902	5 542 872
<b>Évolution annuelle</b>		<b>-6 793</b>	<b>1 184 224</b>	<b>500 839</b>	<b>42 148</b>	<b>1 505 970</b>
Produits pharmacie	7 954 026	8 118 565	9 508 504	11 153 172	12 704 915	13 308 161
<b>Évolution annuelle</b>		<b>164 539</b>	<b>1 389 938</b>	<b>1 644 668</b>	<b>1 551 743</b>	<b>603 246</b>

Source comptes financiers de l'établissement

L'instruction budgétaire et comptable M21 n'oblige plus à comptabiliser séparément les achats de médicaments destinés à la rétrocession ; néanmoins rien n'empêche un établissement d'utiliser les subdivisions les plus fines, pour comptabiliser séparément les achats de médicaments rétrocédés, de ceux destinés à la consommation propre de l'établissement afin de pouvoir suivre la correcte facturation des rétrocessions.

La part des recettes de l'assurance maladie absorbée par les charges à caractère médical<sup>43</sup> doit être de l'ordre de 10 à 15 %. En dépit de la stabilité du taux observé ces trois dernières années, il reste supérieur aux taux préconisés, et croît légèrement pour atteindre 20 % en 2017, ce qui augure mal de la maîtrise de ce poste, alors même que le nombre de séjours diminue.

<sup>43</sup> La circulaire DHOS/F2/CNAMS/2009/295 du 23 septembre 2009 relative à l'équilibre financier des établissements de santé page 28.

### 5.2.2.3 Les charges à caractère hôtelier et général

Contrairement aux charges de personnel et aux dépenses à caractère médical, les dépenses à caractère hôtelier et général sont en moyenne en baisse de 0,89 %. Cette baisse est surtout observée en 2014 (-2 %), 2015 (-2 %) et en 2016 (-5 %).

La chambre observe des mesures d'économies depuis 2014 à la suite de la mise en place des différents plans de redressement. Plusieurs évolutions de poste de dépenses illustrent cet effort.

La baisse du coût du chauffage de 59 % entre 2012 et 2017, soit une économie de 528 644 €, résulte d'un changement de combustible.

Une économie de 386 620 € est réalisée sur le poste « *alimentation* » entre 2012 et 2017. Un audit réalisé en 2014 préconisant une réorganisation de la restauration et la mise en place d'un nouveau marché a permis de diminuer ces dépenses. La base d'Angers<sup>44</sup> illustre favorablement cet effort en matière de restauration. La comparaison du coût unitaire du repas<sup>45</sup> de 2012 à 2016 permet de constater une baisse de 18 % du prix du repas,<sup>46</sup> passant ainsi de 6,5 à 5,34 € et de disposer d'un coût unitaire en 2016 inférieur à la moyenne nationale (5,59 €).

Un effort d'économie est également constaté sur le compte « *petit matériel hôtelier* » (-49 %) et le compte « *autres fournitures hôtelières* » (-14 %). En 2016, l'établissement a mis en place une nouvelle politique hôtelière<sup>47</sup> en recrutant une conseillère hôtelière, avec pour objectif une économie de 2 % sur les achats de produits d'entretien, de linge et consommation de linge. Les dépenses d'entretien baissent de 3 % et de 22 % pour celles de linge et d'habillement sur la période.

Il convient également de noter qu'à partir de 2015 la mise en service du bâtiment des archives a permis de mettre fin aux différents baux et contrats de location. Ainsi, les dépenses des locations immobilières baissent de 57 % soit un montant total de 186 722 € depuis 2012.

Ces efforts d'économie se poursuivent en 2017 malgré une hausse de 3 % des charges à caractère hôtelier et général qui s'explique essentiellement par une progression des créances admises en non-valeur et des charges diverses de gestion.

**Tableau n° 25 : Charges à caractère hôtelier et général de 2012 à 2017**

En €	2012	2013	2014	2015	2016	2017	taux moyen d'évolution 2012/2017 (en %)
Achats stockés	2 289 778	2 261 745	2 275 650	2 217 999	2 052 422	1 969 987	-2,96
Variation Stock	247 495	214 386	195 921	282 071	286 274	272 172	1,92
Achats non stockés	2 465 144	2 259 486	2 027 015	1 955 152	1 861 124	2 026 731	-3,84
Services extérieurs	4 083 476	3 992 980	4 008 539	3 917 928	3 898 464	3 973 435	-0,54
Autres services extérieurs	4 325 890	4 997 321	5 250 774	4 565 391	4 213 800	4 005 389	-1,53
Impôts et taxes	35 593	35 405	24 737	55 741	77 317	60 341	11,1
Autres charges de gestion courante	775 895	773 636	428 339	882 312	779 105	1 295 585	10,80
<b>Total titre 3</b>	<b>14 223 271</b>	<b>14 534 957</b>	<b>14 210 975</b>	<b>13 876 594</b>	<b>13 168 506</b>	<b>13 603 640</b>	<b>-0,89</b>
Évolution annuelle		2%	-2%	-2%	-5%	3%	

Source : comptes financiers de l'établissement

<sup>44</sup> La base d'Angers met en application le Tome 2 du Guide méthodologique de la Comptabilité Analytique Hospitalière paru pour la première fois au BO le 1er août 1997. L'objectif de la base est d'appréhender des coûts de production d'activités de l'hôpital et de pouvoir comparer dans le temps l'évolution de ses coûts à ceux de l'échantillon.

<sup>45</sup> Annexe 13 comparatif des coûts unitaire de la restauration base Angers.

<sup>46</sup> Le prix du repas est exprimé en charges directes.

<sup>47</sup> Rapport du directeur lors de la présentation de l'EPRD 2016.

Les efforts d'économie sur certains postes de dépenses liées à l'activité doivent être relativisés par rapport à la baisse du nombre de journées réalisées, et au développement de l'hospitalisation à domicile engagé par l'établissement depuis 2012. Les charges hôtelières comprennent indéniablement une part de coûts fixes incompressibles, néanmoins la diminution importante de la durée moyenne de séjour, passée de 5,32 jours en 2012 à 4,49 jours en 2017 pour l'hospitalisation complète, et celle du nombre total de journées, passées de 125 480 à 115 236 entre 2013 et 2017, soit une baisse de 8 %, nécessitent une poursuite des économies sur ces postes.

#### 5.2.2.4 Les autres charges

Les autres charges se répartissent en moyenne de la manière suivante : 6 % de charges financières, 14 % de charges exceptionnelles et 80 % de dotations aux amortissements et provisions.

**Tableau n° 26 : Evolution des autres charges**

Intitulé du compte	2012	2013	2014	2015	2016	2017	taux moyen d'évolution 2012/2017 (en %)
Charges financières	607 436	701 686	761 406	867 134	741 140	613 618	0
Charges exceptionnelles	2 590 506	2 247 697	2 092 716	1 400 755	1 427 409	1 205 145	-14
Immobilisations incorporelles	351 912	387 678	422 173	555 841	555 686	549 127	9
Immobilisations corporelles	6 781 586	6 945 524	7 006 030	7 084 852	7 062 032	6 652 980	0
Dotations aux provisions pour risques	446 896		167 800	147 000	120 000	19 160	-47
Dotations aux provisions pour compte épargne temps	1 641 622	552 386	1 127 911	575 605	511 721	629 861	-17
Dotations aux provisions pour charges à répartir sur plusieurs		275 200	156 532	380 173			
Autres provisions pour charges	258 000	700 000	880 880	1 017 363	396 302	818 308	26
Dépréciations de stocks	437 924						-100
Dotation dépréciation créances		354 960	715 061	1 106 849	897 861		
Charges financières à répartir	104 000	104 000	104 000	104 000		8 065	-40
Immobilisations financières		3 800					
Dotations provisions renouvellement immobilisations	845 821			700 000	779 367	791 835	-1
Dotations aux amortissements provisions	10 867 760	9 323 548	10 580 387	11 671 683	10 322 969	9 469 336	-3
<b>Total</b>	<b>14 065 702</b>	<b>12 272 931</b>	<b>13 434 509</b>	<b>13 939 573</b>	<b>12 491 518</b>	<b>11 288 100</b>	<b>-4</b>
Évolution annuelle		-13%	9%	4%	-10%	-10%	

Source : comptes financiers de l'établissement

Les autres charges, quoique de manière erratique, baissent de 20 % depuis 2012. En 2013, une chute de 13 % s'explique par une baisse des provisions pour les compte épargne temps et l'absence de provisions pour renouvellement d'immobilisations. A contrario, en 2014 et 2016, les autres charges progressent respectivement de 9 % et 4 % (cela concerne essentiellement les provisions pour les compte épargne temps, les dotations pour dépréciations de créances et les provisions pour charges). Enfin les autres charges baissent de 10 % en 2016 et 2017.

### 5.2.3 Des plans de retour à l'équilibre successifs et peu efficaces

Depuis 2004, plusieurs plans ont accompagné l'établissement : plan de retour à l'équilibre financier (PREF) dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) en 2004, plan de retour à l'équilibre par l'activité, plan d'action financier (PAF) dans le cadre du contrat d'objectifs et de moyens puis un plan de redressement en 2011.

Le précédent plan de retour à l'équilibre financier reposait sur un effort porté sur la maîtrise des charges avec une baisse des effectifs, une réduction des coûts de production et l'augmentation des recettes, via le développement de l'activité et l'amélioration de l'organisation des soins.

Le plan de redressement de 2011 se donnait pour objectif de dégager de nouvelles sources de recettes (cession de l'hôpital Valère Lefèvre, versement d'un loyer par le centre de dialyse préimplanté sur le site, augmentation de la redevance de la mise à disposition des équipements de radiothérapie).

Après un déficit de 4,5 M€ en 2010 et de près de 2,3 M€ en 2011 avant prise en compte des aides de l'agence régionale de santé, l'état prévisionnel des recettes et des dépenses 2012 intégrait déjà les mesures d'économies et de croissance d'activité prévues dans le plan de redressement présenté en septembre 2011.

Le retour à l'équilibre, qui était prévu en 2013, a pu être atteint dès 2012. Cependant l'excédent dégagé présentait un caractère quelque peu artificiel car partiellement dû à des produits exceptionnels et des aides d'équilibre.

De fait, après un résultat légèrement excédentaire en 2012, dès 2013 le budget principal est à nouveau déficitaire de 1,57 M€ et de 1,46 M€ en 2014. Un plan de retour à l'équilibre a été présenté à l'automne 2014 prévoyant un retour à l'équilibre en 2016. Les résultats se sont améliorés en 2015 (-1 M€) et en 2016 (+87 000 €), mais l'équilibre budgétaire atteint en 2016 reste fragile et sans caractère pérenne. La hausse des charges courantes a été contrôlée (+7,4 % entre 2013 et 2017 contre 15,6 % pour les établissements comparables), mais l'établissement ne parvient pas à améliorer son taux de marge, notamment faute de croissance de ses recettes (+7,5 % entre 2013 et 2017, contre 14,2 % pour les établissements comparables<sup>48</sup>).

Remplissant les deux critères définis par l'article D. 6143-39 du code de la santé publique pour définir une situation de déséquilibre financier, à savoir un seuil de 2 % du total des produits pour le déficit d'exploitation et une capacité d'autofinancement insuffisante pour couvrir le remboursement en capital des emprunts, l'établissement s'est inscrit dans une démarche d'accompagnement visant à rechercher les causes objectives du déséquilibre financier. Elle a abouti à l'inscription du groupement hospitalier intercommunal, sur décision de l'agence régionale de santé, au programme de suivi renforcé des établissements en plan de redressement. La démarche d'accompagnement, financée par l'agence régionale de santé, s'est déroulée de juin à septembre 2015<sup>49</sup>. Cet audit a mis en évidence un déficit d'attractivité de l'établissement, une sous productivité médicale, un manque d'efficacité et des problématiques de management. Il a également confirmé la gravité de la situation financière.

L'audit a préconisé la mise en œuvre de mesures visant à améliorer l'efficacité globale, tant pour l'organisation de la prise en charge que pour certaines fonctions support et une révision du management institutionnel et opérationnel de l'établissement. Néanmoins, les mesures

<sup>48</sup> Données issues de l'échantillon de sept hôpitaux publics franciliens, aux mêmes caractéristiques et à périmètre stable pour la période 2012-2017, (Centre hospitalier François Quesnay à Mantes la Jolie, groupe hospitalier Nord Essonne, centre hospitalier Robert Ballanger à Aulnay, centre hospitalier intercommunal de Villeneuve-Saint-Georges, groupe hospitalier Eaubonne Montmorency Simone Veil, centre hospitalier de Gonesse).

<sup>49</sup> Le coût de la prestation du cabinet extérieur s'est élevé à 207 492 € dont une partie a été financé par l'agence régionale de santé.

d'amélioration de l'efficience seraient insuffisantes pour garantir le retour à l'équilibre compte tenu de l'ampleur du déséquilibre.

Le plan d'action issu de cet audit (plan d'amélioration de son attractivité, de son management, de son efficience et de révision de sa stratégie) comprend quatre axes :

- amélioration de l'efficience dans l'organisation de la prise en charge (ambulatoire, fluidification des parcours...) et des fonctions support ;
- révision du management institutionnel et opérationnel (pôles, dialogue social, management opérationnel, fonctions support...);
- amélioration de l'attractivité du groupement hospitalier intercommunal (accessibilité, images, lien avec la médecine de ville) ;
- révision du projet médical du groupement hospitalier intercommunal, en lien avec celui du groupement hospitalier de territoire. Cette révision bénéficie d'un nouvel accompagnement par un cabinet de conseil financé par l'agence régionale de santé.

Les premières actions de ce plan avaient permis d'élaborer un état prévisionnel des recettes et des dépenses 2016, certes déficitaire, mais marqué par les premiers effets de la mobilisation de l'établissement et celle de la communauté médicale vis-à-vis des enjeux de l'efficience des activités et du management.

Néanmoins, malgré les économies issues du premier plan, l'établissement est à nouveau déficitaire à partir de 2017 (-2 M€) et rédige un second plan (gestion du temps de travail, politique de remplacement, pilotage de l'activité...) tandis que le retour à l'équilibre a été repoussé à 2019 dans le plan global de financement pluriannuel.

La chambre constate que malgré la succession de plans, les mesures engagées jusqu'à présent ne permettent pas un retour durable à l'équilibre. Ce retour à l'équilibre est indispensable pour parvenir à une amélioration du taux de marge brute et subvenir aux besoins futurs d'investissement.

### **5.3 Une marge brute insuffisante et une capacité d'autofinancement en baisse**

La marge brute correspond à l'excédent des produits issus de l'activité de l'établissement sur les charges de même nature, et doit permettre de faire face aux charges financières, d'amortissements et de provisions. Un taux de marge brute compris entre 7 et 8 % est préconisé<sup>50</sup>. Ce taux correspond à une situation moyenne, il doit également être apprécié au regard de la situation propre de l'établissement.

La marge brute d'exploitation de l'établissement a varié entre 3,6 et 6,6 % entre 2012 et 2017, et a fortement baissé (- 8 % par an en moyenne). Elle est constamment en-dessous du taux préconisé. Néanmoins, les évolutions sont contrastées et marquées par une forte baisse en 2013, 2015 et 2017). Les produits d'exploitation ont augmenté à un taux moyen annuel de 1,6 % entre 2012 et 2017, ce qui ne compense pas le rythme moyen annuel d'augmentation des charges de personnel de 2 %. Le personnel constituant l'un des principaux facteurs de la production de soins, ce décalage implique une dégradation de la rentabilité de l'activité de l'établissement.

---

<sup>50</sup> Circulaire DGOS/F2/CNAMS/2009/295 du 23 septembre 2009 relative à l'équilibre financier des établissements de santé

**Tableau n° 27 : L'évolution de la marge brute d'exploitation consolidée**

En €	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<b>Produits d'exploitation</b>	<b>139 646 171</b>	<b>138 374 502</b>	<b>143 399 039</b>	<b>146 297 641</b>	<b>151 058 922</b>	<b>151 349 406</b>
- Sous-traitance médicale et médico-sociale	1 077 516	1 336 292	1 264 491	2 148 910	2 197 791	2 058 361
<b>= Production propre</b>	<b>138 568 655</b>	<b>137 038 210</b>	<b>142 134 547</b>	<b>144 148 731</b>	<b>148 861 131</b>	<b>149 291 044</b>
- Achats	23 285 345	23 461 608	23 673 005	25 914 894	26 737 298	27 556 249
- Services extérieurs	6 039 510	6 095 782	6 215 709	6 195 495	6 258 983	6 349 816
- Autres services extérieurs	4 483 842	5 167 743	5 442 564	4 750 101	4 411 200	4 132 760
- Impôts et taxes (hors taxes sur personnel)	43 812	44 330	33 920	66 267	78 873	62 028
+ Transferts de charges d'exploitation	0	0	0	0	0	0
+ Autres subventions	71 904	173 701	355 240	215 254	166 374	211 056
- Charges totales de personnel*	96 285 169	98 786 047	100 333 920	102 749 027	103 999 028	106 495 348
+ Remboursement de frais entre budgets	438 339	534 956	865 690	878 690	931 196	956 828
<b>= Résultat économique brut</b>	<b>8 941 219</b>	<b>4 191 357</b>	<b>7 656 359</b>	<b>5 566 891</b>	<b>8 473 320</b>	<b>5 862 726</b>
+ Autres produits de gestion	1 188 339	1 648 717	1 674 336	2 009 869	2 207 938	2 441 203
- Autres charges de gestion	792 637	793 636	448 339	902 568	802 431	1 348 403
<b>= Marge brute d'exploitation</b>	<b>9 336 921</b>	<b>5 046 438</b>	<b>8 882 356</b>	<b>6 674 192</b>	<b>9 878 827</b>	<b>6 955 527</b>
<i>en % des produits courants de fonctionnement</i>	6,63%	3,60%	6,11%	4,49%	6,44%	4,52%

Source : comptes financiers retraités par la chambre régionale des comptes

La chambre a enlevé du calcul de la marge brute un ensemble d'aides non liées directement à l'activité. Le calcul de cette marge brute non aidée<sup>51</sup> conduit à s'éloigner encore davantage du taux préconisé.

**Tableau n° 28 : La marge brute du budget principal retraitée des aides de l'agence régionale de santé**

En €	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Marge brute budget principal	8 417 112	4 258 232	7 908 367	5 803 507	8 910 135	5 503 773
Produits courants de fonctionnement	134 458 658	133 906 667	138 500 298	141 548 951	146 067 787	145 602 460
<i>en % des produits courants de fonctionnement du budget principal</i>	6,26%	3,18%	5,71%	4,10%	6,10%	3,78%
Aides agence régionale de santé*	1 649 330	567 109	687 869	523 541	1 251 141	2 160 398
<b>Marge brute non aidée</b>	<b>6 767 782</b>	<b>3 691 123</b>	<b>7 220 498</b>	<b>5 279 966</b>	<b>7 658 994</b>	<b>3 343 375</b>
Taux de marge brute non aidée	5,03%	2,76%	5,21%	3,73%	5,24%	2,30%

Source : Comptes financiers retraités par la chambre régionale des comptes

La capacité d'autofinancement brute représente l'excédent résultant de l'exploitation utilisable pour financer les opérations d'investissement. Soumise aux fluctuations et aux poids de produits exceptionnels (-23,8 % en moyenne sur la période), la capacité d'autofinancement a diminué de 51 % sur la période.

<sup>51</sup> Circulaire interministérielle DGOS/PF1/DSS/DGFIP/2013/271 du 5 juin 2013 relative à la mise en place du comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO) : « La marge brute non aidée est obtenue en retirant des produits d'exploitation les AC investissements et les AC soutien budgétaire. Le taux de marge brute non aidée est obtenu avec les produits d'exploitation ainsi obtenus. ». L'instruction n° DGOS/PF1/2017/139 du 26 avril 2017 relative à l'organisation des revues de projets d'investissement 2017 bénéficiant d'un accompagnement financier de l'échelon national précise qu'il convient de retirer à la marge brute d'exploitation les aides financières ponctuelles allouées au titre d'un soutien budgétaire (restructuration et soutien financier aux établissements), les aides financières à l'investissement inscrites en compte de résultat et correspondant à du soutien régional (FIR et DAF à partir de 2013) et les aides financières à l'investissement maintenues en AC (aides financières nationales issues de plans H2007 ou H2012).

**Tableau n° 29 : L'évolution de la capacité d'autofinancement brute**

En €	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Variation annuelle moyenne (en %)
<b>= Marge brute d'exploitation</b>	<b>9 336 921</b>	<b>5 046 438</b>	<b>8 882 356</b>	<b>6 674 192</b>	<b>9 878 827</b>	<b>6 145 395</b>	-8,0
- Frais financiers nets réels	602 157	701 974	761 830	862 261	735 860	528 796	-2,6
+ Produits exceptionnels réels (hors cessions)	5 365 448	3 594 919	2 722 336	2 611 189	1 254 901	1 377 063	-23,8
- Charges exceptionnelles réelles	2 615 870	1 827 331	2 096 601	1 361 834	1 411 036	1 337 061	-12,6
<b>= Capacité d'autofinancement brute</b>	<b>11 484 343</b>	<b>6 112 051</b>	<b>8 746 260</b>	<b>7 061 286</b>	<b>8 986 832</b>	<b>5 656 600</b>	-13,2

Source : comptes financiers de l'établissement

La capacité d'autofinancement brute permet de couvrir le remboursement des annuités d'emprunt sur la période sauf en 2013 (capacité d'autofinancement négative pour un montant de 480 107 €). Les autres années permettent de dégager un financement mais il reste faible et insuffisant.

Les annuités en capital de la dette représentent en moyenne 80 % de la capacité d'autofinancement brute. La capacité d'autofinancement nette disponible sur la période reste ainsi positive sauf en 2013 (-480 107 €) mais elle demeure néanmoins faible, correspondant ainsi à 4,09 % des produits totaux en 2012.

**Tableau n° 30 : L'évolution de la capacité d'autofinancement nette**

En €	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<b>Capacité d'autofinancement brute</b>	<b>11 484 343</b>	<b>6 112 051</b>	<b>8 746 260</b>	<b>7 061 286</b>	<b>8 986 832</b>	<b>5 656 600</b>
- Annuité en capital de la dette	5 769 707	6 592 159	6 597 112	6 652 433	6 716 359	5 427 319
<b>= Capacité d'autofinancement nette (a)</b>	<b>5 714 636</b>	<b>-480 107</b>	<b>2 149 148</b>	<b>408 853</b>	<b>2 270 473</b>	<b>229 282</b>
<b>en % du produit total</b>	<b>4,09%</b>	<b>-0,35%</b>	<b>1,50%</b>	<b>0,28%</b>	<b>1,50%</b>	<b>0,15%</b>
% des annuités de la dette/CAF brute	50%	108%	75%	94%	75%	96%

Source : comptes financiers retraités par la chambre régionale des comptes

Ainsi, l'activité ne permet plus de dégager suffisamment de ressources pour financer les investissements et rembourser les dettes de l'établissement.

## 5.4 Une dégradation du bilan

La mauvaise situation financière de l'établissement est également visible dans le bilan dont les capitaux propres et le fond de roulement baissent tandis que l'endettement augmente.

### 5.4.1 Les capitaux propres en baisse

Les capitaux propres ont diminué de 33 % depuis 2012, essentiellement en raison d'une progression de 56 % du report à nouveau déficitaire et de résultats de l'exercice déficitaires et récurrents.

La baisse de 30 % en 2013 s'explique par des changements d'imputation comptable en matière de provisions réglementées : transfert de la provision réglementée du compte 142 « Provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations » au compte 158 « Autres provisions pour charges » et disparition du compte 143 « provision CET » au profit de la création du compte 153 « Provisions pour charges de personnel liées à la mise en œuvre du compte épargne temps ».

Les changements d'imputations comptables et les corrections d'erreurs ont été réalisés directement au bilan, sans impact sur le compte de résultat. Ces mouvements affectant les capitaux propres de l'établissement viennent ainsi aggraver le report déficitaire notamment en 2015 pour un montant de 5,2 M€ soit 78 % de la variation de ce compte.

**Tableau n° 31 : L'évolution des capitaux propres**

En M€	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Évolution 2012/2017 (en %)
Apports	16 047 412	16 318 352	16 323 352	16 062 791	16 067 291	16 076 061	0
Réserves	19 053 869	19 478 946	19 587 089	19 860 901	19 961 790	19 944 336	5
Report à nouveau	-15 584 594	-15 074 269	-16 538 112	-22 356 479	-24 144 716	-24 289 058	56
Résultat de l'exercice	935 402	-1 355 700	-1 041 675	-1 013 463	86 656	-1 330 213	-242
Subventions d'investissement	203 905	174 480	148 463	419 375	974 140	2 294 902	1025
Provisions réglementées	7 476 355	154 006	130 051	5 079 740	5 477 637	6 141 960	-18
<b>Total capitaux propres</b>	<b>28 132 349</b>	<b>19 695 816</b>	<b>18 609 169</b>	<b>18 052 864</b>	<b>18 422 799</b>	<b>18 837 988</b>	<b>-33</b>
Évolution annuelle		-30%	-6%	-3%	2%	2%	/

Source : comptes financiers de l'établissement

Néanmoins, les capitaux propres au bilan évoluent peu (-3 % en 2015, 2 % en 2016 et 2,3 % en 2017), le changement d'imputation comptable d'une provision de 4,4 M€ du compte 158 4 « *Autres provisions pour charges* » au compte 142 « *provisions réglementées* » ayant permis de limiter l'impact de la première certification des comptes en 2015.

#### 5.4.2 Les financements reçus pour l'investissement sont faibles

L'établissement a reçu des financements pour renforcer ses fonds propres, notamment en 2016 une subvention d'équipement de la région pour un montant de 1,1 M€ destinée au secteur médico-social (unité de soins de longue durée et établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes), et en 2017 une subvention d'équipement pour un montant de 1,4 M€, aide ponctuelle à l'investissement de l'agence régionale de santé (sous forme d'aide pour les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation).

**Tableau n° 32 : Les financements reçus pour les fonds propres du groupement hospitalier intercommunal**

En €	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Évolution 2012/2017 (en %)
Subvention d'équipement de la région	277 601	277 601	277 601	538 196	1 146 253	1 146 253	313
Subvention d'équipement du département				78 245	117 367	156 489	
Contributions aux investissements communs du groupement hospitalier de territoire						7 660	
Subvention d'équipement - missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation						1 468 800	
Subvention d'équipement autres	11 649	5 413	7 574	7 574	9 006	12 036	3
<b>Total</b>	<b>289 250</b>	<b>283 014</b>	<b>285 175</b>	<b>624 015</b>	<b>1 272 626</b>	<b>2 791 238</b>	<b>865</b>

Source : comptes financiers de l'établissement

Les financements du groupement hospitalier de territoire demeurent encore anecdotiques, ce dernier n'ayant été institué qu'en 2017.

#### 5.4.3 Un fonds de roulement en baisse

Le fonds de roulement correspond à l'excédent de ressources stables de l'établissement. Il permet de mesurer sa capacité à financer son cycle d'exploitation par des ressources stables. Lorsque le fonds de roulement est positif, les ressources stables de l'établissement sont supérieures à l'actif immobilisé. Ainsi, les ressources stables couvrent les besoins de financement à long terme

L'équilibre financier est donc respecté et l'établissement dispose d'un excédent de ressources stables qui lui permettra de financer ses autres besoins de financement. Néanmoins, le fonds de roulement baisse entre 2012 et 2017 en moyenne de 2,2 % par an. Les ressources stables de l'établissement se sont appauvries de 3 % et parallèlement, l'actif net immobilisé a progressé de 2 % sur la période.

**Tableau n° 33 : L'évolution du fonds de roulement**

En €	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Variation annuelle moyenne (en %)
<b>Apports, réserves et reports</b>	19 516 687	20 723 029	19 372 329	13 567 213	11 884 366	11 731 339	-9,7
<b>+ Résultat de l'exercice</b>	935 402	-1 355 700	-1 041 675	-1 013 463	86 656	-2 088 492	N.C.
<b>= Fonds propres</b>	<b>20 452 088</b>	<b>19 367 329</b>	<b>18 330 655</b>	<b>12 553 750</b>	<b>11 971 022</b>	<b>9 642 847</b>	-14,0
<b>+ Subventions d'investissement et droits de l'affectant</b>	203 905	174 480	148 463	419 375	974 140	2 294 902	62,3
<b>+ Provisions réglementées</b>	7 476 355	3 393 621	3 841 818	9 200 287	9 260 358	10 039 827	6,1
<b>= Fonds propres élargis</b>	<b>28 132 349</b>	<b>22 935 431</b>	<b>22 320 936</b>	<b>22 173 412</b>	<b>22 205 520</b>	<b>21 977 577</b>	-4,8
<b>+ Dettes financières</b>	31 578 103	31 633 228	34 390 643	38 111 273	35 453 218	36 071 003	2,7
<b>= Ressources stables (a)</b>	<b>59 710 452</b>	<b>54 568 659</b>	<b>56 711 579</b>	<b>60 284 684</b>	<b>57 658 738</b>	<b>58 048 579</b>	-0,6
<b>Immobilisations d'exploitation</b>	37 327 222	38 080 715	42 003 339	40 691 735	39 991 540	38 248 092	0,5
<b>+ Immobilisations financières</b>	499 077	445 813	437 613	424 770	424 625	424 625	-3,2
<b>+ Charges à répartir</b>	312 000	208 000	104 000	0	0	72 587	-25,3
<b>= Actif immobilisé (b)</b>	<b>38 138 299</b>	<b>38 734 528</b>	<b>42 544 952</b>	<b>41 116 505</b>	<b>40 416 165</b>	<b>38 745 304</b>	0,3
<b>Fonds de roulement (a-b=c)</b>	<b>21 572 152</b>	<b>15 834 131</b>	<b>14 166 628</b>	<b>19 168 179</b>	<b>17 242 573</b>	<b>19 303 276</b>	-2,2
<i>en nombre de jours de charges courantes</i>	60	43	38	50	44	48	-4,3

Source: comptes financiers retraités par la chambre régionale des comptes

La certification des comptes a conduit l'établissement à corriger des erreurs directement au bilan. Ainsi, le montant des apports, réserves et reports est passé de 19 M€ à 11 M€ sur la période, soit une baisse moyenne de 9,7 % malgré une progression moyenne des provisions réglementées de 6,1 % et de la dette financière de 2,7 %.

#### 5.4.4 Le besoin en fonds de roulement

Le besoin en fonds de roulement correspond à l'excédent des créances d'exploitation de l'établissement sur le montant des dettes d'exploitation. Il permet de définir la part des financements du fonds de roulement non immédiatement disponible pour l'établissement.

Le besoin en fonds de roulement est en baisse de 15 % entre 2012 et 2017, ce qui s'explique par une baisse moyenne des comptes de redevables et rattachés de 1,1 %, traduisant une légère amélioration du recouvrement des créances, et une augmentation de la dette fournisseur de 7,3 %.

Le besoin en fonds de roulement baisse de 52 % entre 2012 et 2013 du fait de la progression de 4,1 M€ des provisions pour risques et charges, dont le montant vient en atténuation dans le calcul du besoin en fonds de roulement net global.

Néanmoins, depuis 2016, le besoin en fonds de roulement se stabilise à 16 M€ correspondant en nombre de jours de charges courantes à environ 41 à 42 jours.

**Tableau n° 34 : L'évolution du besoin en fonds de roulement**

En €	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Variation annuelle moyenne (en %)
Stocks et en-cours (a)	2 421 122	1 299 274	1 771 361	2 041 952	2 163 096	2 339 099	-0,70
Redevables et comptes rattachés (b)	27 613 868	25 940 944	27 392 358	25 778 657	24 831 404	26 117 392	-1,10
Dettes fournisseurs (c)	4 815 099	5 075 758	7 123 932	6 023 475	5 371 839	6 857 488	7,30
Autres Dettes et créances (e)	-3 026 186	-5 923 930	-3 248 914	-6 345 962	-2 612 856	-2 635 125	-2,70
Intérêts courus non échus (f)	57 793	31 078	36 209	108 804	115 219	73 743	5,00
Provisions pour risques et Charges (h)	2 728 933	6 851 098	7 885 774	2 367 765	2 438 891	2 443 497	-2,20
<b>Besoin en Fonds de roulement net global* (a+b-c+e-f-h)</b>	<b>19 406 978</b>	<b>9 358 353</b>	<b>10 868 889</b>	<b>12 974 603</b>	<b>16 455 695</b>	<b>16 446 638</b>	-3,30
<i>en nombre de jours de charges courantes</i>	<i>54</i>	<i>25</i>	<i>29</i>	<i>34</i>	<i>42</i>	<i>41</i>	-5,30

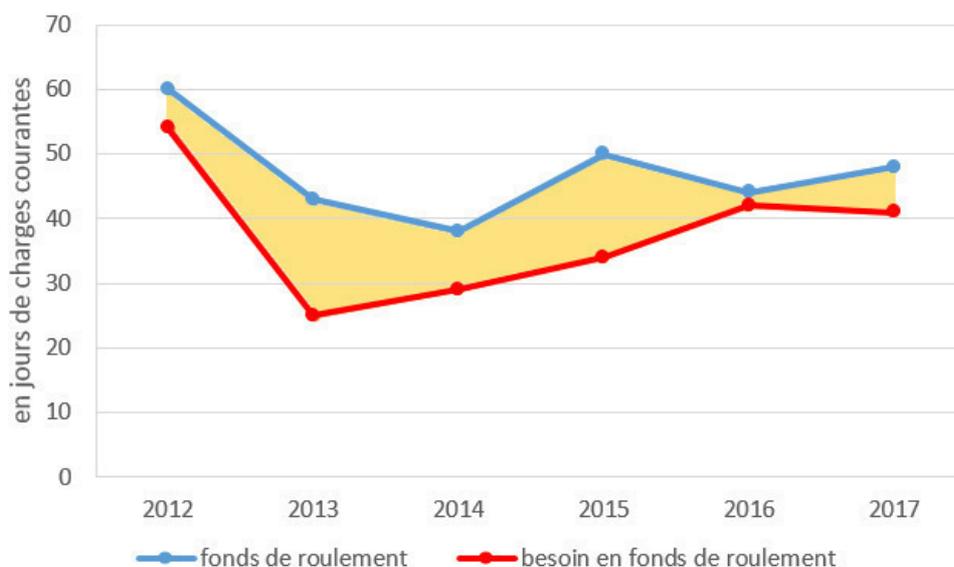
Source: comptes financiers retraités par la chambre régionale des compte

## 5.4.5 Une trésorerie affaiblie et les délais de paiement stables

### 5.4.5.1 L'évolution de la trésorerie

La trésorerie nette, résultant de la gestion financière de l'établissement, traduit ce qui reste du fond de roulement après financement des besoins liés au cycle d'exploitation.

**Graphique n° 14 : Évolution comparée du fonds de roulement, du besoin en fonds de roulement net global et de la trésorerie**



Source : comptes financiers de l'établissement

La trésorerie nette a augmenté sur la période, passant de 2,1 M€ en 2012 à 2,8 M€ en 2017 soit une progression moyenne de 5,7 %. Néanmoins, elle reste faible : au cours des exercices 2013 et 2015 elle atteint respectivement 18 et 16 jours. Pour le reste de la période elle se situe en-deçà de 10 jours, atteignant un minimum de deux jours en 2016, ce qui signifie que l'établissement fonctionne quasiment en trésorerie zéro, mais sans les outils (ligne de trésorerie, planification et suivi fin des encaissements et décaissements...) qu'implique ce mode de gestion.

**Tableau n° 35 : L'évolution de la trésorerie nette au 31 décembre**

En €	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Variation annuelle moyenne (en %)
Trésorerie nette	2 165 174	6 475 778	3 297 739	6 193 576	786 878	2 856 638	5,7
en nombre de jours de charges courantes	6	18	9	16	2	7	3,5

Source: comptes financiers retraités par la chambre régionale des comptes

Conformément à l'instruction M21, le compte 5193 « *Ligne de crédit de trésorerie* » est destiné à recevoir le montant des fonds provenant de l'ouverture d'une ligne de trésorerie auprès d'un établissement financier. L'ouverture d'une ligne de trésorerie a pour seul objectif de faire face à un besoin ponctuel et infra-annuel de disponibilités. Elle ne peut être analysée comme un recours à l'emprunt.

L'établissement a dû recourir à une ligne de trésorerie en 2012 et 2014, afin de faire face à des obligations de fonctionnement. Les fonds inscrits en 2012 pour un montant de 4,7 M€, ont été remboursés en totalité la même année pour un montant de 8,1 M€ (le remboursement comprenant le remboursement des fonds perçus en 2012 ainsi que des fonds antérieurs).

Puis en 2014, une nouvelle ligne de trésorerie a été mise en place pour un montant de 1,6 M€, remboursés en totalité la même année.

L'établissement connaît également des difficultés de trésorerie en 2018 avec, selon la direction des affaires financières, un montant de 4,4 M€ de factures en attente de paiement au 14 décembre 2018. Au regard de ces tensions, elle souhaite centraliser les mandatements, afin d'assurer un suivi plus rigoureux de la trésorerie. À ce jour, le mandatement est réalisé par une multitude d'acteurs éclatés physiquement au sein du groupement hospitalier intercommunal.

#### 5.4.5.2 L'évolution des créances

Le taux de rotation des dettes fournisseurs mesure le délai moyen de paiement relatif à l'ensemble des dettes envers les fournisseurs. Il varie de 41 en 2012 à 48 jours en 2017.

**Tableau n° 36 : Délai de rotation des dettes fournisseurs en jours**

En €	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Stock de dettes fournisseurs	4 371 396	4 571 187	4 927 576	4 866 974	3 961 110	5 283 887
Mandats fournisseurs de l'exercice	39 288 309	37 169 513	38 566 409	41 762 263	41 818 983	40 200 761
<b>Délai de rotation en nombre de jours</b>	<b>41</b>	<b>45</b>	<b>47</b>	<b>43</b>	<b>35</b>	<b>48</b>

Source : comptes financiers de l'établissement

Par conséquent, l'établissement ne peut accroître davantage le délai de paiement des fournisseurs sans courir le risque de se voir appliquer des intérêts moratoires. Les marges de manœuvre en termes de besoin en fonds de roulement se situent donc dans le recouvrement plus rapide des créances.

**Tableau n° 37 : L'évolution des créances**

En €	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Variation annuelle moyenne (en %)
Hospitalisés et consultants	5 633 127	6 542 542	6 980 530	8 061 493	8 519 698	10 024 618	12,2
+ Caisses de sécurité sociale	18 620 362	16 497 989	17 813 322	18 424 114	19 029 426	18 640 494	0,0
+ Départements	855 628	981 237	851 384	1 393 166	1 593 941	2 028 441	18,8
+ Autres tiers payants	3 170 949	2 642 574	2 636 187	2 365 837	2 493 317	2 242 399	-6,7
+ Autres redevables*	23 588	15 152	300 797	1 052 290	-276 175	-964 589	N.C.
+ Créances irrécouvrables admises en non-valeur	0	0	0	0	0	0	N.C.
- Dépréciations des comptes de redevables	689 785	738 550	1 189 862	5 518 242	6 528 804	5 853 970	53,4
<b>= Redevables et comptes rattachés (b)</b>	<b>27 613 868</b>	<b>25 940 944</b>	<b>27 392 358</b>	<b>25 778 657</b>	<b>24 831 404</b>	<b>26 117 392</b>	-1,1
en nombre de jours de chiffre d'affaires	72	68	70	64	60	63	-2,6

Source: comptes financiers retraités par la chambre régionale des comptes

Les créances ont en effet augmenté de 13% entre 2012 et 2017 pour atteindre au total près de 32 M€ avant dépréciation, soit 77 jours de chiffre d'affaires contre 71 en 2012. En réponse à la chambre, la directrice affirme conduire des actions d'amélioration du recouvrement, notamment la mise en place d'un accompagnement social lors de l'ouverture des droits des patients.

#### 5.4.6 L'endettement progresse

L'encours de la dette progresse de 14 % depuis 2012 (soit de 4,5 M€). L'établissement a souscrit plusieurs emprunts pour un montant de 44,9 M€, avec un capital restant dû de 35,9 M€ fin 2017. Même en hausse, son endettement est maîtrisé : entre 2012 et 2015, son encours représente entre 21 et 24% de ses produits, contre 38 à 61 % pour les hôpitaux franciliens comparables<sup>52</sup>.

**Tableau n° 38 : État de la dette financière de 2012 à 2017**

En €	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Évolution 2012/2017 (en %)
Emprunts	31 432 540	31 511 476	34 293 205	37 997 221	35 331 352	35 940 136	14
Dépôts et cautionnements reçus	90 857	98 007	89 816	114 052	121 866	130 867	44
Prêts des caisses d'assurance maladie	15 244	0	0	0	0	0	-100
Autres prêts assortis de conditions particulières	39 462	23 745	7 622	0	0	0	-100
<b>Total général</b>	<b>31 578 103</b>	<b>31 633 228</b>	<b>34 390 643</b>	<b>38 111 273</b>	<b>35 453 218</b>	<b>36 071 003</b>	<b>14</b>
Évolution annuelle		0,2%	8,7%	10,8%	-7,0%	1,7%	

Source : comptes financiers retraités par la chambre régionale des comptes

L'établissement a été contraint de réaliser un programme d'investissement important pour les mises en sécurité et en conformité ainsi que pour les mises aux normes de locaux spécialisés (bloc opératoire, unité de préparation des cytotoxiques, médecine nucléaire), auquel s'ajoute

<sup>52</sup> Données issues de l'échantillon de sept hôpitaux publics franciliens, aux mêmes caractéristiques et à périmètre stable pour la période 2012-2017, (Centre hospitalier François Quesnay à Mantes la Jolie, groupe hospitalier Nord Essonne, centre hospitalier Robert Ballanger à Aulnay, centre hospitalier intercommunal de Villeneuve-Saint-Georges, groupe hospitalier Eaubonne Montmorency Simone Veil, centre hospitalier de Gonesse).

un programme de rénovation de locaux accueillant du public comprenant l'extension du service d'accueil des urgences.

Les ratios d'endettement se détériorent sur la période en raison des mauvais résultats financiers de l'établissement : ils traduisent davantage une moindre capacité de remboursement qu'un accroissement important du poids de la dette.

Le groupement hospitalier intercommunal ne fait pas partie des établissements dont le recours à l'emprunt est subordonné à l'autorisation préalable du directeur général de l'agence régionale de la santé.<sup>53</sup>

**Tableau n° 39 : Les indicateurs d'alerte relatifs à l'endettement**

En €	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Taux moyen d'évolution 2012/2017	Valeurs maximum
Ratio d'indépendance financière (dette financière / ressources stables)	52,89%	57,97%	60,64%	63,22%	61,49%	62,14%	3,3%	50%
Ratio de solvabilité dit aussi durée apparente de la dette (dette financière / CAF brute)	3	6	4	6	4	7	19,1	10 ans
Dette financière rapporté au total des produits	21,40%	21,46%	22,84%	24,38%	22,46%	22,73%	1,2%	30%

Source: comptes financiers retraités par la chambre régionale des comptes

La dette est intégralement composée d'emprunts cotés 1A dans l'instruction N° 10-019-MO du 3 août 2010 dite charte Gissler. À partir de 2015, certains d'entre eux ont été renégociés afin de passer d'un taux variable, fondé sur des indices courants et donc sans risque, à un taux fixe. D'autres renégociations ont diminué des taux d'intérêt élevés pour des emprunts contractés. Un seul emprunt a fait l'objet d'un remboursement anticipé partiel pour 320 000 euros, montant mineur au regard de l'encours de la dette : la capacité d'autofinancement nette de l'établissement entre 2012 et 2017 ne laisse en effet guère de marges de manœuvre pour procéder à des remboursements anticipés.

La dette du groupement hospitalier intercommunal du Raincy-Montfermeil ne suscite pas d'inquiétudes. Cependant, compte tenu de l'état d'obsolescence de son patrimoine, l'établissement pourrait devoir mobiliser sa capacité à s'endetter dans l'avenir.

## 5.5 L'investissement du groupement hospitalier intercommunal

Selon l'ancien directeur, l'établissement a priorisé le renouvellement du matériel médical et a fait réaliser des études par un programmiste en vue d'une reconstruction des bâtiments. Cependant, ces études, qui n'ont pas été transmises à la chambre, n'ont pas permis de déboucher sur des travaux du fait des contraintes d'implantation de l'établissement.

### 5.5.1 Un patrimoine vieillissant

Le taux de vétusté mesure l'obsolescence de l'appareil de production, à savoir la part des équipements et des bâtiments déjà amortis (il est de 100 % avec des immobilisations entièrement amorties).<sup>54</sup>

<sup>53</sup> Article D6145-70 du code de la santé.

<sup>54</sup> Le taux de vétusté des équipements est calculé par le ratio entre d'une part les soldes créditeurs des comptes : 2815 « Amortissements des installations techniques, matériel et outillage industriel » + 2818 « Amortissements des autres immobilisations corporelles » et d'autre part les soldes débiteurs des comptes : 215 « Installations techniques, matériel et outillage industriel » + 218 « Autres immobilisations corporelles ».

En 2017, le taux de vétusté est de 78 % pour les équipements et de 86 % pour les bâtiments, ce qui indique un patrimoine vieillissant, en particulier pour les équipements qui ont une durée de vie moindre que les biens immobiliers et dont l'amortissement était pourtant ralenti jusqu'en 2015 par le choix de durées d'amortissement plus longues que celles prévues règlementairement.

Ce taux de vétusté est proche de la moyenne des hôpitaux comparables en Île-de-France (71 % en 2017 pour les équipements), mais s'est accru en quelques années (70 % en 2012), tandis que les établissements comparables<sup>55</sup> ont connu des cycles d'investissement au cours de la période et des évolutions fortes de cet indicateur (74 % en 2016, 71 % en 2017).

### 5.5.2 Un faible rythme de renouvellement des immobilisations

L'effort annuel d'amortissement des immobilisations est faible, car il atteint au maximum 4,1 % du total des immobilisations corporelles propres, avec une moyenne de seulement 0,29 % entre 2012 et 2017. Parmi un échantillon d'établissements franciliens comparables<sup>56</sup>, le groupement hospitalier intercommunal a investi presque deux fois moins que la moyenne au cours de la période, notamment en l'absence de travaux immobiliers d'ampleur.

**Tableau n° 40 : L'effort annuel d'amortissement**

En €	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Moyenne
Effort annuel d'amortissement (dotations aux amortissements des immobilisations propres / Immobilisations. corporelles propres)	2,33%	-7,18%	4,12%	-1,03%	1,71%	1,78%	0,29%

Source : comptes financiers retraités par la chambre régionale des comptes

Le rythme de renouvellement des immobilisations exprimé en années reflète la faiblesse des investissements réalisés sous réserve de la fiabilité des données de l'état de l'actif.

**Tableau n° 41 : Le rythme apparent de renouvellement des immobilisations propres sur la période contrôlée en années**

En €	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Moyenne
Rythme apparent de renouvellement des immobilisations (immobilisations corporelles propres / investissement d'équipement de l'année)*	26	21	22	-11	20	24	17
Total constructions	35	33	33	20	19	25	28
Total installations techniques et industrielles	17	11	17	-2	38	21	17
Total autres immobilisations. corporelles	16	13	7	12	9	21	13
Intensité de l'investissement en % des produits	2,62%	-7,17%	7,27%	-1,78%	1,18%	0,98%	0,52%

Source : comptes financiers retraités par la chambre régionale des comptes

Celui des bâtiments est calculé par le ratio entre d'une part les soldes créditeurs des comptes :2813 « Amortissements des constructions sur sol propre » +2814 « Amortissements des constructions sur sol d'autrui » +2913 « Dépréciations des constructions sur sol propre » +2914 « Dépréciations des constructions sur sol d'autrui » et d'autre part les soldes débiteurs des comptes :213 « Constructions sur sol propre » +214 « Constructions sur sol d'autrui ».

<sup>55</sup> Données issues de l'échantillon de sept hôpitaux publics franciliens, aux mêmes caractéristiques et à périmètre stable pour la période 2012-2017, (Centre hospitalier François Quesnay à Mantes la Jolie, groupe hospitalier Nord Essonne, centre hospitalier Robert Ballanger à Aulnay, centre hospitalier intercommunal de Villeneuve-Saint-Georges, groupe hospitalier Eaubonne Montmorency Simone Veil, centre hospitalier de Gonesse).

<sup>56</sup> Données issues de l'échantillon de sept hôpitaux publics franciliens, aux mêmes caractéristiques et à périmètre stable pour la période 2012-2017, (Centre hospitalier François Quesnay à Mantes la Jolie, groupe hospitalier Nord Essonne, centre hospitalier Robert Ballanger à Aulnay, centre hospitalier intercommunal de Villeneuve-Saint-Georges, groupe hospitalier Eaubonne Montmorency Simone Veil, centre hospitalier de Gonesse).

En moyenne, le rythme de renouvellement est de 28 ans pour les constructions, de 17 ans pour les installations techniques et industrielles et de 13 ans pour les autres immobilisations corporelles.

Enfin, l'intensité de l'investissement, rapportant les acquisitions de l'année aux produits de l'exercice, est faible, avec une moyenne de 0,52 % sur la période contrôlée et même négative en 2013 (-7,17 %).

Ces différents indicateurs soulignent l'effort d'investissement que devra accomplir l'établissement pour assurer le renouvellement des équipements et bâtiments.

### 5.5.3 Le plan pluriannuel d'investissements non réalisé

Le groupement hospitalier intercommunal du Raincy-Montfermeil a investi 49,5 M€ entre 2012 et 2017, mais les trois montants les plus faibles figurent tous parmi les trois dernières années (7,0 M€ en 2015, 7,9 M€ et 6,4 M€ en 2017).

En outre, le taux de réalisation des investissements par rapport au prévisionnel initial constaté sur la période est très variable, passant de 68% en 2012 à 98% en 2014 et est en moyenne de 80 %. Au total, ce sont donc 16,8 M€ d'investissement qui ont été reportés vers d'autres exercices.

**Tableau n° 42 : Le taux de réalisation des investissements par rapport au plan prévisionnel d'investissements**

En €	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Prévisionnel initial des investissements	11 771 000	11 020 754	11 944 412	11 348 035	9 144 540	11 087 966
Flux d'investissements de l'année (comptes 20, 21 et 23)	8 010 092	8 494 397	11 706 196	7 029 377	7 896 753	6 370 930
<b>Taux de réalisation des investissements par rapport au prévisionnel initial</b>	<b>68%</b>	<b>77%</b>	<b>98%</b>	<b>62%</b>	<b>86%</b>	<b>57%</b>

Source : comptes financiers retraités par la chambre régionale des comptes

Selon l'établissement, le programme pluriannuel d'investissement des années 2012-2017, très fortement marqué par des opérations de mise en sécurité et de conformité, a subi des retards. Les reports portent notamment sur le schéma directeur de sécurité incendie et plus particulièrement sur le dossier de désenfumage d'un bâtiment d'hospitalisation. De plus, compte tenu de l'évolution de la réglementation, le désamiantage du service de radiologie est venu s'ajouter au programme.

De plus, des opérations de rénovation et d'extension ont nécessité des phasages allongeant les délais de réalisation (le service d'accueil des urgences). La création d'une unité d'hébergement renforcée a nécessité la fermeture d'une unité de soins de suite.

### 5.5.4 Le devenir de l'ancien hôpital Valère Lefebvre : un produit de cession espéré depuis quinze ans

Le site Valère Lefebvre correspond à un legs effectué en 1902 par la personne éponyme à la ville du Raincy, constitué d'une propriété sise sur un terrain de 8730 m<sup>2</sup> et affecté à la création d'un « hospice pour les malades pauvres ». L'hôpital Valère Lefebvre a été créé en 1906 et doté par la commune du Raincy de cette parcelle léguée. Il a ensuite acquis deux parcelles mitoyennes puis une propriété séparée où a été installée la maison de retraite de l'Ermitage. L'hôpital Valère Lefebvre et le centre hospitalier de Montfermeil ont fusionné au 1<sup>er</sup> janvier 1999 et le site de l'hôpital Valère Lefebvre a été désaffecté en 2004. La maison de retraite de l'Ermitage a quant à elle été fermée en 2006 du fait d'une mise aux normes impossible.

L'établissement souhaitait vendre les parcelles correspondantes, mais la mairie du Raincy s'y opposait au motif que la désaffectation lui faisait recouvrer la pleine propriété du bien. Le précédent examen des comptes et de la gestion du groupement hospitalier intercommunal du Raincy-Montfermeil pointait la charge que représente cet ancien hôpital, qui devait être gardé et entretenu et conseillait « *aux deux parties de porter la question en cause devant la juridiction compétente pour trancher ce débat en l'absence d'accord amiable* ».

Depuis la publication du précédent rapport de la chambre, l'établissement et la mairie du Raincy sont parvenus à un accord formalisé dans un protocole signé le 2 juillet 2013. Celui-ci prévoit la présentation conjointe d'une requête devant le tribunal de grande instance de Bobigny pour réviser le legs et vendre la parcelle et l'immeuble, ainsi que les modalités de répartition du produit de cette vente, laquelle devra nécessairement financer un objet conforme au legs.

Parallèlement la recherche des héritiers a été entreprise afin de pouvoir réaliser cette cession. À la suite de la publication de l'avis d'action en révision de legs en février 2014, deux héritières, représentées par un seul avocat, ont contesté cette révision en décembre 2014. Le recours à la médiation, un temps envisagé par les requérantes, a été écarté par le juge. L'audience ne cesse depuis lors d'être renvoyée du fait de multiples incidents de procédure et demandes de pièces. L'établissement espère un jugement pour la fin de l'année 2019.

Si la ville et l'hôpital sont parvenus à un accord pour régler juridiquement la question du bénéficiaire du legs, sa cession, toujours envisagée, se trouve quinze ans après la désaffectation du bâtiment, encore suspendue à l'issue d'une procédure judiciaire. L'établissement escompte de la cession un produit équivalent, voire un peu supérieur, à l'estimation de 9,3 M€ de France Domaine<sup>57</sup>.

Si cette somme ne saurait servir à combler le déficit puisqu'un tel objet n'a manifestement aucun rapport avec les volontés du légataire, elle pourrait pleinement s'inscrire dans le cadre de nouveaux investissements couplés à une réflexion sur l'activité et les orientations futures.

### **5.5.5 Les perspectives de financement de l'investissement**

Le niveau élevé de vétusté tant des bâtiments que des équipements implique que la question du renouvellement des immobilisations deviendra rapidement prégnante. À l'évidence le renouvellement de l'ensemble des immobilisations n'est pas supportable. Il convient donc pour le groupement hospitalier intercommunal de lancer une réflexion stratégique sur ce qui constituera son activité à moyen terme et de programmer les investissements en fonction. En effet, renouveler les investissements au fur et à mesure de leur obsolescence sans considération pour les recettes futures qu'ils sont susceptibles de générer, conduirait d'une part, à une impasse financière rapide et, d'autre part, à des décisions qui obèreraient les orientations à venir de l'établissement et conduiraient à un choix par défaut.

La chambre a constaté depuis 2012 un attentisme en matière de projets d'investissement, l'établissement cherchant prioritairement à améliorer ses résultats. Dans ce contexte, le choix, opéré en particulier à partir de 2015, de réduire l'investissement (et parfois d'affecter la faible capacité d'autofinancement disponible au désendettement) et d'en faire une variable d'ajustement a constitué une solution de second rang d'une prudence de bon aloi. Cette approche ne saurait cependant être poursuivie trop longtemps car elle nuit à l'attractivité de l'établissement, en particulier dans le contexte du groupement hospitalier de territoire. Les deux autres établissements qui le constituent ont en effet investi massivement, ce qui les place certes dans une situation financière difficile, mais joue en leur faveur lorsqu'il s'agira de déterminer la répartition de l'offre de soin au sein du groupement hospitalier de territoire et le

---

<sup>57</sup> La valeur vénale a été estimée par France Domaine à 6 500 000 € pour l'ensemble du site de l'hôpital (partie issue du legs et parties acquises), et 2 783 300 € pour le site de la maison de retraite de l'Ermitage.

choix de spécialité de chaque établissement, ne serait-ce que parce que la question de la rentabilisation de ces investissements massifs se posera inévitablement.

Il convient que l'hôpital lance cette réflexion afin d'utiliser au mieux les quelques marges de manœuvre de l'établissement, qui résident dans sa capacité à s'endetter quelque peu. Ce levier devra être mobilisé avec prudence au regard de la faiblesse de la capacité d'autofinancement, au risque de ne pouvoir assumer à l'avenir la charge de la dette. Au-delà, notamment pour la création ou le développement d'activités, un financement extérieur devra être recherché.

Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, la directrice a indiqué qu'un dossier sera présenté au comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins à l'échelle du groupement hospitalier de territoire. En parallèle, le Premier ministre a annoncé le 31 octobre 2019 un plan « *l'Etat plus fort en Seine-Saint-Denis* », dont le volet sanitaire comprend plusieurs mesures destinées à soutenir l'investissement des hôpitaux de ce département<sup>58</sup>.

---

### **CONCLUSION INTERMÉDIAIRE**

---

*De 2012 à 2017, le résultat a été négatif (2,1 M€ en 2017) trois années sur six, avec une diminution des fonds propres de moitié. Malgré le recours accru à l'endettement (+4,5 M€ sur la période) l'encours est resté maîtrisé, toutefois à proximité des indicateurs d'alerte.*

*Les difficultés budgétaires récurrentes depuis 2004 ont justifié plusieurs plans de redressement et de retour à l'équilibre (2011, 2012, 2014) puis un accompagnement par l'agence régionale de santé (2015), suivi de deux plans d'action de la direction (2015 et 2017), qui ont permis de réduire les déficits. Le retour à l'équilibre a été repoussé à 2019.*

*Les efforts réalisés pour maîtriser les dépenses ont permis de ralentir la progression des charges hors personnel. Cependant, l'évolution des dépenses, dont celles relatives au personnel, a été plus rapide que celle des recettes.*

*Le resserrement de l'écart entre le fonds de roulement de l'établissement et son besoin en fonds de roulement s'est traduit par la diminution de sa trésorerie, conduisant au recours à des lignes de trésorerie bancaire, qui appelle un suivi plus rigoureux du recouvrement des créances.*

*Le niveau mesuré de l'endettement de l'hôpital comme la cession du site Valère Lefebvre pourra permettre en partie de répondre au fort besoin de renouvellement des investissements. L'établissement devra aussi se saisir de l'aide apportée par l'Etat dans le cadre des annonces faites par le Premier ministre en octobre 2019, pour réaliser les restructurations indispensables au maintien de son activité et au renforcement de son attractivité, tout en confortant durablement sa solvabilité budgétaire.*

---

## **6 LES RESSOURCES HUMAINES**

### **6.1 Le projet social**

Le projet social, élaboré en 2017, s'inscrit dans le plan de retour à l'équilibre financier qui implique des restructurations d'activités et la maîtrise de la masse salariale. L'établissement se donne pour objectif l'amélioration des organisations de travail, l'optimisation du service rendu et l'action sur les risques de souffrance au travail. Trois orientations générales ont été

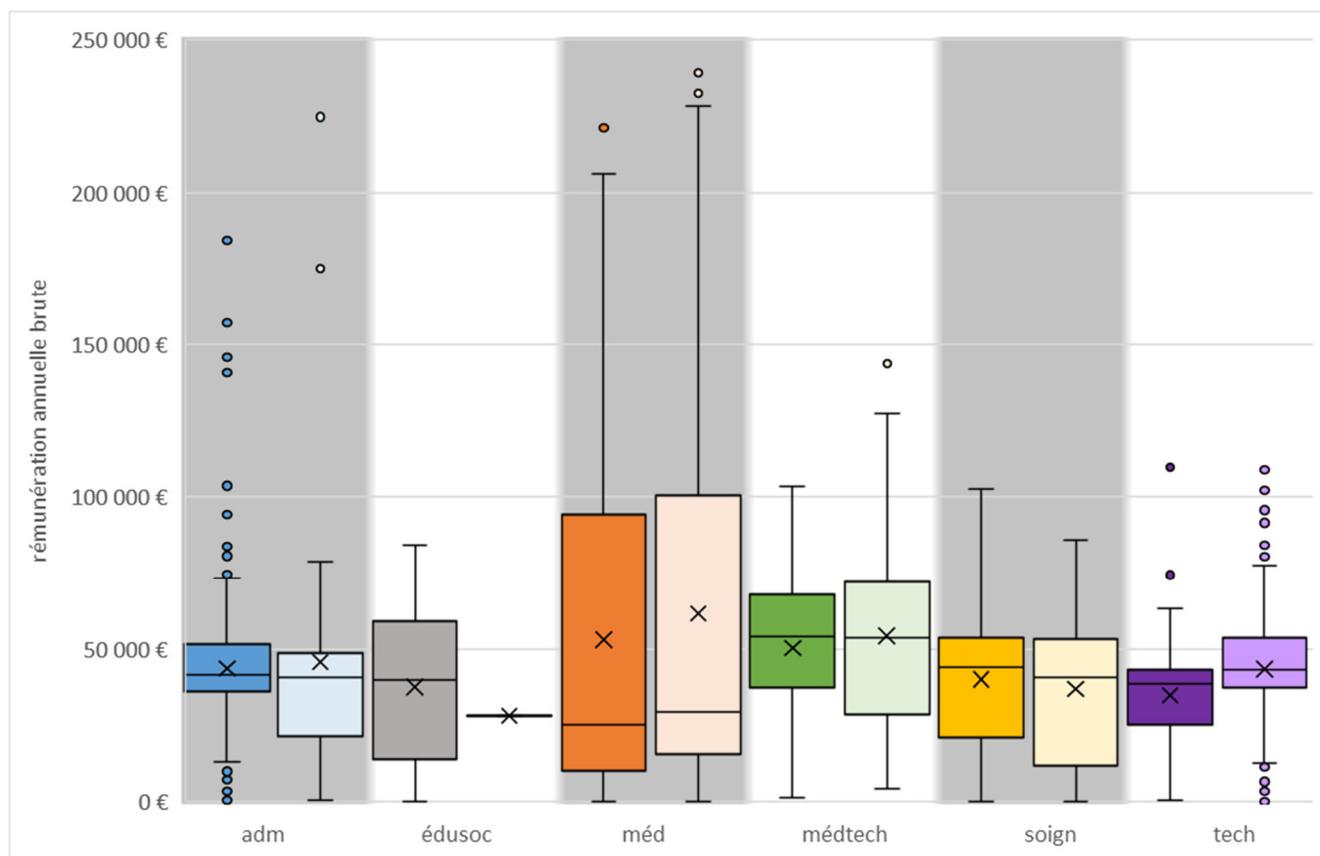
---

<sup>58</sup> Dont 1,5 M€ versés en 2019 pour la rénovation des urgences du groupe hospitalier intercommunal Le Raincy Montfermeil et le lancement du chantier de la restructuration du site de l'établissement d'ici 2024.

retenues : l'organisation des prises en charge et la fluidification du parcours patient, l'efficacité des prises en charge, l'attractivité, l'évolution de l'offre de soins ; l'amélioration de la performance des activités support et le développement du management institutionnel et opérationnel. Il est articulé aux autres projets et notamment au projet médical, en ce qu'il vise à prendre en compte l'impact sur les soignants de l'évolution des prises en charge des patients, qui constituerait un facteur de mal-être pour les équipes soignantes, du fait de la réduction de la durée moyenne de séjour, du taux de rotation des personnels et du changement de comportement des patients et de leur entourage.

Quoique plutôt complet, le projet social n'aborde pas la question de l'inégalité salariale entre hommes et femmes, que l'on peut pourtant détecter pour certaines catégories de personnel<sup>59</sup>.

**Tableau n° 43 : Dispersion comparée des rémunérations brutes annuelles (pour chaque cadre d'emploi, femmes à gauche et hommes à droite)**



Chaque rectangle regroupe 80% de l'effectif. Le trait horizontal représente la médiane et la croix la moyenne.

Source : analyse des fiches de paie par la chambre régionale des comptes

Pour les personnels médicaux l'inégalité de rémunération est patente à tous les niveaux de la distribution : la dispersion est à peu près similaire entre les deux sexes mais est inférieure pour les femmes. Ce décalage peut trouver sa source dans de multiples phénomènes : temps partiels plus fréquents chez les femmes, moindre accès au statut de professeur des universités-praticien hospitalier ou aux postes à responsabilité, choix de spécialités moins rémunératrices (en particulier pour les médecins contractuels).

L'inégalité est aussi flagrante chez les personnels techniques, catégorie pour laquelle les rémunérations des femmes sont inférieures à celle des hommes. Les rémunérations les plus

<sup>59</sup> L'analyse a été réalisée à partir des fiches de paie. L'attribution à un genre s'est faite sur le fondement du prénom. Les porteurs de prénoms épiciques ou inconnus ont été écartés. La catégorie des personnels éducatifs et sociaux, presque entièrement féminine, n'a pas été analysée.

élevées concentrent très majoritairement des hommes, ce qui traduit vraisemblablement la difficulté des femmes à accéder aux grades les plus élevés.

A l'inverse la situation des soignants masculins se révèle légèrement plus défavorable que celle de leurs homologues féminines, avec une part plus importante de faibles rémunérations, peut-être liée à une proportion plus importante d'hommes parmi les contrats courts. Ils sont également moins représentés au sein des rémunérations les plus élevées. Mais les inégalités au sein de cette catégorie demeurent cependant beaucoup plus limitées qu'au sein des personnels médicaux ou techniques.

Ces inégalités sont moins marquées parmi les agents administratifs et médicot techniques, où toutefois les rémunérations les plus élevées sont monopolisées par des hommes.

Si indéniablement des inégalités salariales existent, du moins le groupement hospitalier intercommunal ne les aggrave-t-il pas : l'évolution salariale des salariées titulaires entre janvier 2013 et décembre 2017 n'est pas inférieure à celle des agents masculins. Pour autant la question du décalage systématique en défaveur des femmes médecins et le désavantage marqué des agentes techniques mérite d'être étudié afin d'en cerner les causes.

Cela est l'objet du rapport relatif à l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes, qui doit être obligatoirement présenté lors du bilan social devant le comité technique de chaque hôpital depuis 2012 (article 51 de la loi n° 2012-347 du 12 mars 2012), et comprendre notamment des données relatives au recrutement, à la formation, au temps de travail, à la promotion professionnelle, aux conditions de travail, à la rémunération et à l'articulation entre activité professionnelle et vie personnelle<sup>60</sup>. Ce rapport n'a pas été joint au bilan social.

**Rappel au droit n° 4 : Transmettre au comité technique le rapport annuel relatif à l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes conformément à la loi n° 2012-347 du 12 mars 2012**

Selon la directrice, à la suite des observations de la chambre, un groupe de travail relatif aux rémunérations a été missionné pour, notamment, identifier les écarts de rémunération entre les hommes et les femmes par filière et par métier et proposer des solutions adaptées.

## 6.2 L'évolution des charges de personnel

En 2017, les charges de personnel (qui comprennent la rémunération, les cotisations et taxes et le personnel extérieur mis à disposition du groupement hospitalier intercommunal) s'élevaient à 106,42 M€. Elles représentaient 72,7 % des charges courantes, ayant évolué au même rythme qu'elles.

<sup>60</sup> L'article 51 de la loi n° 2012-347 du 12 mars 2012 relative à l'accès à l'emploi titulaire et à l'amélioration des conditions d'emploi des agents contractuels dans la fonction publique, à la lutte contre les discriminations et portant diverses dispositions relatives à la fonction publique a prévu un rapport annuel sur l'égalité professionnelle homme-femme qui doit être examiné devant le comité technique. Cet article dispose que « Chaque année est présenté devant les comités techniques prévus aux articles 15 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 précitée, 33 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 précitée, L. 315-13 du code de l'action sociale et des familles et L. 6144-4 du code de la santé publique, dans le cadre du bilan social, un rapport relatif à l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes comportant notamment des données relatives au recrutement, à la formation, au temps de travail, à la promotion professionnelle, aux conditions de travail, à la rémunération et à l'articulation entre activité professionnelle et vie personnelle. » Enfin, l'accord relatif à l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes dans la fonction publique 30 novembre 2018 rend obligatoire pour tout employeur public l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan d'action « égalité professionnelle », avec une pénalité financière là où il y aura inégalité. Il sera précisé par le projet de loi « fonction publique » en cours.

**Tableau n° 44 : L'évolution des charges de personnel**

En €	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Variation annuelle moyenne (en %)
Charges de personnel	96 285 169	98 786 047	100 333 920	102 749 027	103 999 028	106 423 508	2,0
Charges courantes	131 507 466	135 026 461	136 885 937	141 309 102	142 989 952	146 405 730	2,2
Poids des charges de personnel dans les charges courantes	73,22%	73,16%	73,30%	72,71%	72,73%	72,69%	

Source : comptes financiers de l'établissement

Depuis 2012, elles ne sont quasiment composées que de charges internes. Ce sont, toutefois, les charges de personnel externe qui ont crû le plus rapidement, passant de 0,4 M€ en 2012 à 0,7 M€ en 2017.

**Tableau n° 45 : La structure des charges de personnel**

En €	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Variation annuelle moyenne (en %)
Rémunérations du personnel	63 889 382	65 113 311	65 974 668	67 657 196	67 182 722	68 578 324	1,4
+ Charges sociales totales sur personnel	22 588 102	23 723 059	24 367 649	24 959 448	25 876 115	26 680 079	3,4
+ Honoraires médecine libérale	1 427 614	1 556 557	1 601 423	1 652 523	1 649 837	1 690 091	3,4
+ Autres charges de personnel	62 977	123 172	97 246	86 385	93 907	90 910	7,
- Atténuations de charges	0	0	8 601	94 386	55 973	11 845	N.C.
+ Impôts et taxes liés au personnel	7 918 958	8 099 512	8 227 724	8 397 869	8 542 841	8 744 335	2,0
dont taxe sur les salaires	6 290 785	6 409 915	6 481 206	6 603 184	6 683 447	6 843 027	1,7
= Charges de personnel interne	95 887 033	98 615 611	100 260 110	102 659 035	103 289 448	105 771 892	2,0
+ Charges de personnel externe	398 136	170 435	73 810	89 992	709 580	651 616	10,4
<b>=Charges personnel totales consolidées</b>	<b>96 285 169</b>	<b>98 786 047</b>	<b>100 333 920</b>	<b>102 749 027</b>	<b>103 999 028</b>	<b>106 423 508</b>	<b>2,0</b>

Source : comptes financiers de l'établissement

L'augmentation des charges externes est due au recrutement d'infirmiers anesthésistes intérimaires pour les blocs opératoires et au remboursement à divers centres hospitaliers n'appartenant pas forcément au groupement hospitalier de territoire (Ville Evrard, Saint Denis, Soissons, Toul, Chaumont en Vexin et Avicenne) de personnel médical et, plus rarement, de personnel non médical (des informaticiens) mis à disposition du groupement hospitalier intercommunal. Ces personnels mis à disposition, dont le directeur de l'établissement par intérim en 2017 et 2018, étaient confondus avec le personnel titulaire jusqu'en 2015.

Les rémunérations du personnel non médical représentent depuis 2012 en moyenne près de 75 % du total des rémunérations. Elles n'ont que légèrement augmenté, de 1,3 %.

**Tableau n° 46 : L'évolution des rémunérations**

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Variation annuelle moyenne
Rémunérations du personnel non médical	48 027 385	49 026 449	49 402 015	50 222 110	50 240 367	51 286 975	1,3%
en % des rémunérations totales	75,17%	75,29%	74,88%	74,23%	74,78%	74,79%	-0,1%
Rémunérations du personnel médical	15 861 998	16 086 862	16 572 653	17 435 086	16 942 355	17 291 349	1,7%
en % des rémunérations totales	24,83%	24,71%	25,12%	25,77%	25,22%	25,21%	0,3%
<b>Total</b>	<b>63 889 384</b>	<b>65 113 312</b>	<b>65 974 669</b>	<b>67 657 197</b>	<b>67 182 723</b>	<b>68 578 325</b>	

Source : comptes financiers de l'établissement

### 6.3 L'évolution des effectifs

L'établissement n'utilise pas, pour le suivi de ses effectifs, d'unité de référence homogène et a recours indifféremment aux équivalents temps pleins (ETP) (dans le « *suivi des effectifs médicaux par pôles* » et au bilan social 2012), ou aux équivalents temps pleins rémunérés (ETPR) (dans les tableaux des emplois permanents, établis cependant pour les seuls effectifs du budget principal, au bilan social 2013 et dans « *l'analyse comparative des bilans sociaux 2013-2014-2015* »). En outre, les données relatives aux effectifs diffèrent entre la statistique annuelle des établissements de santé, dont l'alimentation en données fiable, constitue une obligation pour les établissements de santé, les bilans sociaux et les données fournies par l'établissement à la chambre.

Dans la mesure où la maîtrise des effectifs constitue l'un des enjeux de l'établissement dans le cadre des plans de redressement, la chambre invite celui-ci à fiabiliser le suivi des effectifs et l'analyse de leur évolution. L'établissement a au demeurant omis de fournir les bilans sociaux pour les années 2016 et 2017. Le décret n°88-951 du 7 octobre 1988, relatif au bilan social dans les établissements publics énumérés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986, portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, rend pourtant obligatoire l'établissement d'un bilan social annuel pour tout établissement public de santé, comprenant au moins 300 agents, personnels médicaux compris.

**Rappel au droit n° 5 : Réaliser le bilan social annuel prévu par le décret n°88-951 du 7 octobre 1988**

La chambre a analysé l'évolution des effectifs (selon les catégories de la nomenclature de la statistique annuelle des établissements de santé, personnels de direction et personnels administratifs, personnels des services de soins, personnels éducatifs et sociaux, personnels médicotechniques, personnels techniques et ouvriers et « *autres* » (stagiaires, apprentis et contrats aidés) et l'évolution de la masse salariale à partir du fichier de la paye.

Entre 2013 et 2017, les effectifs non médicaux sont restés presque stables (+0,81 %) alors que la masse salariale<sup>61</sup> a augmenté de 7,7 %, ce que l'établissement justifie par des mesures de revalorisation et de reclassement du personnel (sages-femmes, agents de catégorie C), un nombre plus important de postes « *à haute technicité* » notamment dans le domaine de l'informatique, la hausse du point d'indice de la fonction publique et le glissement vieillesse-technicité.

<sup>61</sup> La masse salariale est égale au total des charges de personnel (rémunération chargée du personnel et charges de personnel externe).

**Tableau n° 47 : L'évolution des effectifs par filière**

ETPR	2013	2014	2015	2016	2017
Administrative	258,04	260,59	260,28	260,55	257,05
Autre	13,56	9,42	8,68	9,79	6,67
Éducative/Sociale	20,24	22,01	21,27	21,51	22,19
Médicale	302,54	309,3	313,33	309,26	299,06
Médecotechnique	104,97	105,71	106,07	109,07	111,68
Soignants	1 145,88	1 146,55	1 148,27	1 165,63	1 155,81
Technique	208,43	208,38	216,79	216,89	217,87
<b>Total</b>	<b>2 053,66</b>	<b>2 061,96</b>	<b>2 074,69</b>	<b>2 092,7</b>	<b>2 070,33</b>

Source : fiches de paye retraitées par la chambre

Les restructurations d'unités (fermeture en 2014 de la polyclinique, ouverture en 2015 d'une unité avancée de médecine polyvalente) n'ont pas généré les gains escomptés sur la catégorie la plus nombreuse, celle des soignants. Sous l'effet du protocole « *parcours professionnel carrière retraite* » et de celle du diplôme d'infirmier (qui a entraîné le passage des personnels infirmiers de la catégorie B à la catégorie A), sa masse salariale a, en effet, crû de 6,24 % alors que la progression des effectifs (de 10 ETPR, soit 0,87 %) était sensiblement plus faible.

Entre 2012 et 2017, le nombre de médecins n'a diminué que légèrement (-1,15 %) alors que la masse salariale médicale progressait de 9,63 %, ce qui, selon le directeur, s'expliquerait par le glissement vieillesse-technicité, les changements de statut et les nominations sur des postes de praticiens hospitaliers temps plein.

## 6.4 Le décompte du temps de travail reste irrégulier

### 6.4.1 Un accord de réduction du temps de travail qui résorbe certaines irrégularités mais en crée de nouvelles

Reliquat de la fusion passée, deux accords de réduction du temps de travail s'appliquaient au groupement hospitalier intercommunal du Raincy-Montfermeil, l'un pour le site principal de Montfermeil et l'autre pour le site des Ormes. Ces deux accords comprenaient des stipulations irrégulières qui ont été remises à plat le 1er juillet 2014. Toutefois deux dispositions irrégulières subsistent et, selon l'ancien directeur, il n'était pas possible de mener sans conflit social une négociation visant à récupérer du temps de travail en appliquant les dispositions réglementaires sans laisser subsister certains dispositifs historiques, d'autant que l'établissement est en concurrence avec d'autres employeurs, y compris publics, pouvant avoir maintenus des accords plus généreux.

D'une part, l'accord instaure une « *valorisation du présentisme* », consistant à accorder un jour de congé par quadrimestre pour les agents sans aucun jour d'absence au cours du quadrimestre précédent, soit trois jours supplémentaires possibles par an. Or ce motif de congé n'est prévu par aucun texte et est donc illégal. Il s'avère de surcroît discriminatoire, puisqu'il ne peut résulter aucun désavantage pour un agent du fait d'un congé maternité ou de paternité. La valorisation du présentisme ne peut être régulière que via la modulation de la prime de service.

D'autre part, le temps d'habillage et de déshabillage est décompté comme un temps de travail effectif pour l'ensemble du personnel non médical. Ce temps n'est cependant pas défini en minutes ni décompté séparément mais forfaitisé avec le temps de repas pour aboutir à 30 minutes par jour<sup>62</sup>. Or tant le temps d'habillage et de déshabillage que le temps de repas

<sup>62</sup> Ce dispositif est similaire à celui pratiqué par l'AP-HP que la chambre critique dans ses rapports d'observations définitives.

ne saurait être décomptés sans égard pour la nature du poste. Pour le premier, l'article 5 du décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 dispose qu'il n'est considéré comme temps de travail effectif que « *lorsque le port d'une tenue de travail est rendu obligatoire par le chef d'établissement après avis du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail* », ce qui est le cas pour le personnel soignant mais pas, par exemple, pour le personnel administratif ou socio-éducatif. Il en va de même du temps du repas qui ne peut être considéré comme temps de travail effectif que si l'agent, soit travaille durant ce temps (par exemple des soignants qui déjeunent avec les patients) ou, quoiqu'en pause, demeure à la disposition immédiate de l'employeur (article 5 du décret susmentionné). Là encore ces critères restrictifs sont loin de s'appliquer à l'ensemble du personnel. Au cas d'espèce, si l'on admet que la plupart des agents des filières administratives, éducative ou sociale, technique et autres ne sont pas à la disposition de leur employeur pendant le temps de pause, actuellement forfaitisé à 30 minutes et considéré comme du travail effectif donc rémunéré, la perte de temps de travail s'élève à 36 ETP par an soit 1,1 M€<sup>63</sup>.

La directrice de l'établissement a indiqué en réponse à la chambre son attachement à la qualité de la prise en charge des patients d'une part et à prévenir les surcoûts liés aux conflits sociaux d'autre part. Cependant, la chambre invite l'établissement à revoir son accord d'aménagement et de réduction du temps de travail pour clarifier les conditions de prise en compte des temps de pause et d'habillage déshabillage.

#### **6.4.2 Des jours de congés prévus par aucun texte**

Il existe depuis très longtemps au groupement hospitalier intercommunal du Raincy-Montfermeil une pratique non écrite consistant à accorder un jour de congé supplémentaire par année d'ancienneté de l'agent. Cette pratique est rapportée et confirmée par la direction des ressources humaines qui atteste avoir en vain tenté de la supprimer. Si peu nombreux que fussent les agents à avoir effectué la totalité ou la grande majorité de leur carrière au sein de l'établissement, cette pratique conduit néanmoins certains agents à voir leurs jours de congés et de réduction du temps de travail doubler, voire plus. Outre la perte de temps de travail que cela engendre, il en résulte une rupture d'égalité entre les agents. La chambre invite l'établissement à supprimer au plus vite cette pratique totalement dérogatoire au droit et coûteuse.

A la suite des observations de la chambre, la direction a engagé un projet de réécriture du guide du temps de travail prévu pour aboutir en 2020 et prévoyant la suppression de ces jours de congés supplémentaires.

#### **6.4.3 Des médecins qui ne prennent pas assez de congés**

À l'inverse, certains médecins ne prennent pas suffisamment, voire pas du tout, de congés. La directive 2003/88/CE du Parlement européen et du Conseil du 4 novembre 2003 concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail impose que « *tout travailleur bénéficie d'un congé annuel payé d'au moins quatre semaines* ». De nombreux praticiens ne prennent pas 20 jours de congés annuels, ou l'équivalent proratisé en cas de temps partiel. Parmi eux, huit médecins à temps plein n'ont posé aucun jour de congé annuel, et parfois aucun jour de réduction du temps de travail en 2017.

Cette situation fait courir un risque juridique important à l'établissement puisque le droit ne laisse pas à l'agent le choix de ne pas poser de congés mais impose à l'employeur de s'organiser de telle sorte que l'agent bénéficie au moins de 20 jours de congés annuels, fût-ce contre sa volonté. Elle génère un risque pour la santé et la sécurité au travail ainsi que pour la sécurité des soins et engage dès lors la responsabilité de l'établissement pour faute si une

<sup>63</sup> Pour 503,78 ETPR travaillant 213 jours par an.

erreur médicale venait à être commise par l'un de ces praticiens. Une seconde conséquence, moins dramatique, réside dans la monétisation indue de ces jours de congés non pris s'ils sont placés sur le compte épargne temps des personnes concernées puisque l'abondement de ce dernier au titre des congés annuels est limité à 5 jours pour un agent à temps plein par le décret n° 2002-788 pour obtenir que 20 jours de congés annuels au moins soient pris.

Se conformer aux règles de droit applicables représente, au-delà du respect du droit, un gisement d'économies de gestion. La chambre invite l'établissement à revenir au temps de travail défini légalement ; en supprimant les jours de congé liés à l'ancienneté et ceux de valorisation du présentisme ; en décomptant les temps d'habillage et de repas comme temps de travail effectif, pour les seuls agents soumis au port d'une tenue professionnelle ou à la disposition de l'employeur durant le temps de repas ; en décomptant les pauses du temps de travail effectif à moins que l'agent reste à disposition immédiate de l'employeur. Il appartient également à l'établissement de veiller à ce que tous ses agents prennent chaque année au minimum quatre semaines de congés annuels ou l'équivalent en cas de temps partiel.

**Rappel au droit n° 6 : Appliquer le décompte du temps de travail effectif et des congés légaux.**

## 6.5 Le contrôle des heures supplémentaires

Le groupe hospitalier intercommunal du Raincy-Montfermeil fait un recours modéré aux heures supplémentaires (un peu moins d'une heure par mois par ETPR) et constant depuis 2015.

**Tableau n° 48 : Heures supplémentaires rémunérées**

	2013	2014	2015	2016	2017
Nombre d'heures supplémentaires	26 919,6	21 974,1	23 564,88	23 397,49	23 511,56
Nombre d'agents concernés	517	404	510	543	575
Nombre d'ETP	16,75	13,67	14,66	14,56	14,63

Source : fiches de paie

La direction prétend que le respect strict et systématique des plafonds d'heures supplémentaires se heurte aux impératifs de service publics que sont la continuité des soins ou la continuité et la sécurité de l'activité. Malgré ces contraintes, la chambre invite l'établissement à respecter les plafonds réglementaires.

De plus, ces heures supplémentaires sont très inégalement réparties entre les agents. Le nombre d'heures supplémentaires que peuvent effectuer les agents de la fonction publique hospitalière est plafonné par l'article 15 du décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 à un maximum annuel de 180 heures, plafond porté à 220 heures pour les infirmiers spécialisés, cadres de santé infirmiers, sages-femmes, sages-femmes cadres de santé, personnels d'encadrement technique et ouvrier, manipulateurs d'électroradiologie médicale. Ce plafond est régulièrement dépassé par certains agents de l'établissement. Ainsi, en 2017, 2 251 heures supplémentaires au-delà des plafonds ont été effectuées et ont donc été payées de manière irrégulière.

**Tableau n° 49 : Nombre d'agents dépassant le plafond réglementaire d'heures supplémentaires**

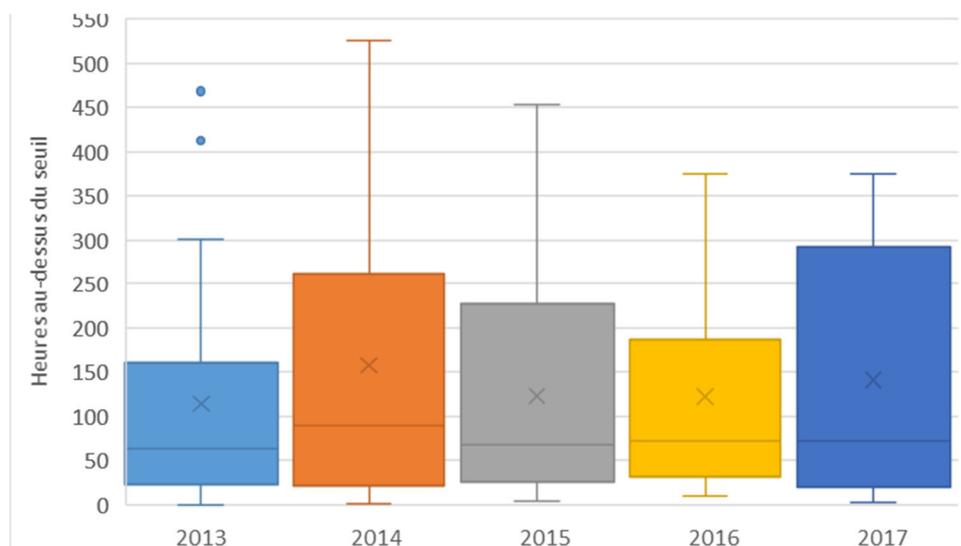
	2013	2014	2015	2016	2017
Personnels relevant du plafond à 180 h	15	11	12	11	6
Personnels relevant du plafond à 220 h	11	8	9	8	10
Nombre d'heures supplémentaires totales effectuées	7 914,26	6 710,78	6 829,43	5 911,84	5 531,53

Source : fiches de paie

Parmi eux huit agents dépassent le plafond pour quatre années au moins des cinq pour lesquelles des données sont disponibles. Dans certains cas extrêmes le dépassement du plafond paraît de nature à mettre la santé et la sécurité de l'agent, ainsi que le cas échéant de ses collègues ou des patients dans le cadre de ses fonctions, en danger. Ainsi un manipulateur radio atteint le chiffre faramineux en 2014 de 745,91 heures supplémentaires. Sur une base de 1607 heures légales et 213 jours travaillés (15 jours de RTT), cela signifie que l'agent a travaillé en moyenne 11 heures par jour, tous les jours travaillés, ce qui contrevient au code du travail (articles L. 3121-24 et suivants) et à la charte sociale européenne qui interdisent à tout salarié (et assimilés) de travailler plus de 48 heures une semaine donnée et plus de 44 heures en moyenne pour un cycle de 12 semaines consécutives.

De surcroît la plupart des agents excédant le plafond d'heures supplémentaires le dépassent de beaucoup : la moitié excède les 70 heures de dépassement et la tendance va croissant.

**Graphique n° 15 : Dépassement d'heures supplémentaires**



Chaque rectangle regroupe 80% de l'effectif. Le trait horizontal représente la médiane et la croix la moyenne.

Source : fiches de paie

Il ne s'agit donc pas de dépassements accidentels dans le cadre d'un surcroît d'activité ponctuel et imprévu mais d'une organisation du travail délibérée. À ce titre les dépassements, et plus encore les dépassements importants, sont concentrés sur deux catégories de personnel, à savoir les personnels ouvriers et les manipulateurs radio. Il convient donc de réviser l'organisation de ces services afin de limiter le recours aux heures supplémentaires à l'intérieur du plafond réglementaire.

Pour être valablement rémunérées, les heures supplémentaires doivent avoir été demandées par l'employeur et donner lieu à une vérification du service fait. En d'autres termes elles ne sauraient être forfaitisées, sinon elles sont un complément irrégulier de rémunération. Or l'analyse des fichiers de paie montre que des forfaits d'heures supplémentaires sont accordés. Ont été isolés les agents qui présentent exactement le même nombre d'heures supplémentaires d'une année sur l'autre ou un multiple exact, et cela durant au moins trois années sur les cinq pour lesquelles des données sont disponibles.

**Tableau n° 50 : Heures supplémentaires forfaitisées**

	2013	2014	2015	2016	2017
Nombre d'agents concernés par une forfaitisation des heures supplémentaires	42	42	39	36	34
Nombre total d'heures supplémentaires concernées	2 855,99	1 947,46	2 426,85	2 123	1 848,25

Source : fiches de paie

Si les heures supplémentaires correspondent à un véritable besoin, la probabilité que la quantité de travail soit exactement identique d'une année sur l'autre, ou corresponde à un ratio qui tombe juste est faible, au surplus à trois reprises au moins en cinq ans. De fait pour la majorité des agents le ratio d'heures supplémentaires de l'année en cours sur les heures supplémentaires de l'année précédente ne génère pas un nombre entier. Au total, 46 agents présentent des anomalies renvoyant à une forfaitisation de leurs heures supplémentaires, qui constitue dès lors une prime irrégulière. Ainsi, entre 2012 et 2017, ce sont environ 11 200 heures supplémentaires qui sont accordées de façon forfaitaire.

**Rappel au droit n° 7 : Respecter la réglementation applicable aux heures supplémentaires**

Selon la direction, la mise en place depuis juin 2019 d'un nouvel outil informatisé de gestion des remplacements à l'échelle du groupement hospitalier de territoire contribuera à la régulation de l'attribution des heures supplémentaires en informant en temps réel l'encadrement des cumuls d'heures supplémentaires de chaque agent. De plus, les mesures visant à la résorption des forfaits d'heures supplémentaires seront poursuivies.

## **6.6 Le régime indemnitaire du personnel non médical**

### **6.6.1 La prime de fonctions et de résultats des personnels de direction contractuels**

La « prime de fonctions et de résultats des corps ou emplois fonctionnels des personnels de direction et des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière » a été créée par le décret n° 2012-749 du 9 mai 2012 qui précise d'emblée que les « publics concernés » sont les fonctionnaires des corps de direction de la fonction publique hospitalière.

Or, entre 2012 et 2017, deux directeurs adjoints hors classe non titulaires, ont bénéficié de manière irrégulière d'une prime de fonctions et de résultats pour un montant total cumulé entre 2013 et 2017 de 175 547,33 €.

### **6.6.2 La prime de service versée à des contractuels**

La prime de service, instituée par l'arrêté du 24 mars 1967 relatif aux conditions d'attribution de primes de service aux personnels de certains établissements énumérés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 ne prévoit son attribution qu'aux agents titulaires et stagiaires de la fonction publique hospitalière, ce qu'a confirmé le conseil d'État (décision n° 312446 du 23 mars 2009). Le groupement hospitalier intercommunal respecte dans l'ensemble cette disposition, mais un à six agents chaque année entre 2012 et 2017 reçoivent également cette prime alors qu'ils ne remplissent pas les conditions statutaires.

**Tableau n° 51 : Prime de service versée à des agents contractuels**

	2013	2014	2015	2016	2017
Nombre d'agents	6	2	1	6	1
Montant (€)	7 498,77	995,33	288,33	992,1	1 081,98

Source : analyse des fiches de paie

Cette attribution irrégulière ne porte pas sur des montants importants puisqu'un maximum de 7 500 € de prime de service injustifiée est attribué en 2013, puis ce montant revient à environ 1 000 € annuels. Les agents concernés n'ont touché cette prime qu'au cours d'une seule année. A la suite des observations de la chambre, la direction s'est engagée à ce qu'aucun contractuel ne touche la prime de service.

### 6.6.3 Les logements de fonction

Conformément au décret n°2010-30 du 8 janvier 2010, les personnels de direction et les directeurs de soins bénéficient de concessions de logement pour nécessité absolue de service. L'établissement loue deux logements pour des personnels de direction.

L'un de ces logements, d'une superficie de 90 m<sup>2</sup>, est sis dans le douzième arrondissement de Paris et l'établissement acquitte un loyer de 2 263 € pour le logement et son parking. Sans être illégale, cette location paraît peu opportune : il n'y a guère de raison de loger un directeur d'hôpital à 17 km de son établissement (soit une demi-heure de trajet en voiture et de 1h à 1h30 en transports en commun). En outre la superficie louée interroge, puisque l'intéressé n'a pas d'enfant à charge. Enfin, le nombre de gardes par an pour justifier un logement de fonction (40) n'est pas atteint.

Le surcoût du loyer acquitté par rapport à l'attribution d'une indemnité compensatrice, arrêtée depuis 2010 à 1 828 €, s'élève à 435 € mensuels, soit 26 100 € pour les cinq ans de location de cet appartement.

Les autres personnels de direction se voient attribuer l'indemnité compensatrice, dans le respect des textes.

### 6.6.4 La prime de technicité accordée à des ingénieurs hospitaliers contractuels

La prime de technicité est instaurée par décret n° 91-870 du 5 septembre 1991 qui dispose qu'en bénéficient « *les ingénieurs hospitaliers titulaires ou stagiaires* ». Elle se trouve cependant accordée bien au-delà de son périmètre régulier au sein de l'établissement : 33 ingénieurs hospitaliers non titulaires l'ont touchée sur la période sous revue, ainsi que deux personnes qui ne sont pas ingénieurs hospitaliers.

**Tableau n° 52 : Périmètre de la prime de technicité**

	2013	2014	2015	2016	2017
Nombre d'agents concernés	33	20	23	23	29
Montant	215 983,72 €	225 045,53 €	216 702,25 €	209 589,80 €	235 735,99 €

Source : fiches de paie

Contrairement aux deux primes précédemment évoquées, le bénéfice irrégulier de la prime de technicité n'est ni ponctuel ni négligeable en termes de montant, et constitue un complément de rémunération substantiel pour les intéressés. A la suite des observations de la chambre, la direction s'est engagée à régulariser la situation de l'ensemble du personnel contractuel d'ici 2020.

### 6.6.5 La prime associée à la médaille du travail, une prime sans texte

La médaille du travail est instituée par le décret n°84-591 du 4 juillet 1984, qui en prévoit le bénéfice pour les « *salariés et assimilés* » et en exclut les fonctionnaires. Les fonctionnaires territoriaux peuvent en bénéficier au titre de l'article R.411-42 du code des communes qui dispose que « *la médaille d'honneur régionale, départementale et communale est destinée à récompenser ceux qui ont manifesté une réelle compétence professionnelle et un dévouement constant au service des régions, des départements, des communes et de leurs établissements publics ainsi que des offices publics d'habitation à loyer modéré et des caisses de crédit municipal* ». Depuis la loi « *hôpital, patients, santé et territoires* » du 21 juillet 2009, les établissements publics de santé ne sont plus rattachés à une collectivité territoriale mais relèvent d'un ressort territorial qui peut être communal, intercommunal, départemental, régional, interrégional ou national. Les centres hospitaliers sont des établissements publics de l'État (article L. 6141-1 du code de la santé publique). Par conséquent les fonctionnaires hospitaliers ne peuvent prétendre à la médaille du travail.

Le groupement hospitalier intercommunal du Raincy-Montfermeil continue cependant d'attribuer des médailles du travail et surtout d'y associer une prime de 76,22 €, 114,34 € ou 152,45 € selon l'ancienneté que récompense cette médaille, barème qui reprend vraisemblablement celui de la médaille honneur régionale, départementale et communale qui instaure trois échelons correspondant à 20 ans, 30 ans et 35 ans de service.

**Tableau n° 53 : Périmètre de la prime de médaille du travail**

	<b>Nombre d'agents concernés</b>	<b>Montant (en €)</b>
2013	97	10 518,98
2014	55	5 640,59
2015	54	5 259,39
2016	48	5 526,28
2017	51	5 411,91
<b>Total</b>	<b>305</b>	<b>32 357,15</b>

Source : fiches de paie

Or, puisque le bénéfice de la médaille d'honneur du travail ou de son équivalent pour les collectivités territoriales n'est pas ouvert aux agents hospitaliers, cette prime n'est pas régulièrement instituée par un texte. Si un nombre non négligeable d'agents est concerné chaque année, les montants attribués restent cependant faibles.

Trois agents se voient également attribuer une prime deux années de suite, et un agent trois années de suite, alors que le régime de la médaille d'honneur régionale, départementale et communale impose un délai minimal d'un an avant l'attribution de l'échelon supérieur.

**Rappel au droit n° 8 : Respecter les conditions réglementaires d'attribution des primes**

### 6.7 Le personnel médical

Selon l'article L. 6152-1 du code de la santé publique, le personnel médical des établissements publics de santé comprend les médecins, odontologistes et pharmaciens statutaires ou contractuels, recrutés par contrat sur des emplois présentant une difficulté particulière à être pourvus (les cliniciens hospitaliers) et les praticiens contractuels associés.

## 6.7.1 Les personnels médicaux contractuels

Selon l'ancien directeur, il était nécessaire d'allonger la durée des contrats ou d'augmenter la rémunération de certains praticiens contractuels pour pallier au déficit d'attractivité du groupement hospitalier intercommunal.

### 6.7.1.1 Des contrats renouvelés au-delà des limites de la réglementation

L'article R. 6152-402 du code de la santé publique définit les motifs qui peuvent autoriser le recrutement des praticiens contractuels et les durées maximales :

- exercer des fonctions temporaires en vue de faire face à un surcroît occasionnel d'activité, sur une durée de six mois par période de douze mois ;
- remplacer en cas de nécessité de service, des praticiens hospitaliers, sur une durée de six mois renouvelables dans la limite d'une durée d'engagement totale d'un an ;
- occuper, en cas de nécessité de service et lorsqu'il s'avère impossible d'opérer un tel recrutement, un poste de praticien à temps plein ou partiel resté vacant, sur une durée maximale de six mois renouvelable dans la limite de deux ans ;
- exercer des fonctions temporaires liées à des activités nouvelles ou en voie d'évolution nécessitant des connaissances hautement spécialisées, sur une durée de six mois renouvelables dans la limite d'une durée totale de deux ans.

Un praticien peut bénéficier, au sein d'un même établissement, de recrutements successifs en qualité de praticien contractuel pour une durée maximale de trois années.

Au groupement hospitalier intercommunal Le Raincy-Montfermeil, de nombreux médecins ont continué à exercer leur activité de manière ininterrompue au-delà de la durée d'engagement prévue à leur contrat, qui n'a pas été renouvelé, et au-delà de la période maximale prévue par la loi. La chambre a examiné seize contrats dont la durée est irrégulière.

**Rappel au droit n° 9 : Respecter la durée et les règles de renouvellement des contrats des praticiens contractuels prévues à l'article R. 6152-402 du code de la santé publique.**

### 6.7.1.2 Une rémunération qui excède le plafond réglementaire dans la majorité des cas

La rémunération des praticiens contractuels est fixée par l'article R. 6152-416 du code de la santé publique, l'arrêté du 12 juillet 2010 relatif à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes et l'arrêté du 15 juin 2016 relatif aux émoluments, rémunérations ou indemnités des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques exerçant leurs fonctions à temps plein ou à temps partiel dans les établissements publics de santé :

	Avant le 1er juillet 2016	Après 1er juillet 2016
<i>Praticiens hospitaliers (application des 1°, 2°, 4° et 5° de l'article R. 6152-402 )</i>		
4ème échelon +10%	57 534,18 €	57 879,38 €
<i>Assistants spécialistes (application du 3° de l'article R. 6152-402)</i>		
1ère et 2ème année	31 644,19 €	31 835,06 €
3ème et 4ème année	34 449,09 €	34 655,78 €

La rémunération de la plupart des praticiens contractuels recrutés au titre du 3° de l'article R. 6152-402 du code de la santé publique excède, souvent largement, ces plafonds. Le contrat de seulement trois praticiens sur les quatorze ainsi recrutés est en partie conforme au plafond réglementaire. En d'autres termes, la rémunération des onze autres praticiens recrutés au titre du 3° a enfreint la réglementation depuis leur embauche jusqu'à la fin de leur contrat ou à la fin de l'année 2017. Les dépassements apparaissent très variables d'un praticien à l'autre, mais le record échoit sans conteste à l'un d'entre eux, rémunéré à hauteur de l'échelon terminal des praticiens hospitaliers, correspondant à une carrière de 24 ans au minimum. Les rémunérations de trois autres praticiens équivalent quant à elles à peu près au 7<sup>ème</sup> échelon de praticien hospitalier.

Ces dépassements, très loin d'être uniformes, créent une inégalité de traitement avec les praticiens hospitaliers titulaires qui ont passé le concours ad hoc et se voient moins bien rémunérés avec une ancienneté supérieure, mais également entre praticiens contractuels, puisque sans raison valable ces dépassements varient de un à douze fois le montant de la rémunération normale.

En outre, certains de ces praticiens, dont les quatre qui cumulent les dépassements les plus importants, touchent en sus une prime de service exclusif, dont le bénéfice n'est pourtant pas ouvert aux praticiens contractuels.

**Tableau n° 54 : Surcoût lié à la sur-rémunération des praticiens contractuels au-delà des limites réglementaires**

En €	2013	2014	2015	2016	2017
Surcoût de rémunération	191 303,22	252 770,55	253 824,39	282 296,21	208 619,94
Indemnité de service public exclusif	2 924,94	37 439,23	53 536,23	54 918,90	40 513,46
<b>Total</b>	<b>194 228,16</b>	<b>290 209,78</b>	<b>307 360,62</b>	<b>337 215,11</b>	<b>249 133,40</b>

Source : fiches de paie

Le surcoût pour l'établissement s'avère tout-à-fait significatif, et n'a commencé à régresser qu'en 2017 :

**Rappel au droit n° 10 : Respecter les plafonds de rémunération des praticiens contractuels aux montants fixés à l'article R. 6152-416 du code de la santé publique.**

## 6.7.2 L'activité libérale

L'activité libérale permet de garder au sein de l'établissement des praticiens reconnus, notamment en chirurgie, en cardiologie, en ORL, en imagerie et en radiothérapie, spécialités confrontées à des difficultés de recrutement.

### 6.7.2.1 Une activité peu développée

En 2018, neuf praticiens (tous à temps plein) sur les 127 qu'emploie l'hôpital exerçaient une activité libérale. Ce chiffre a peu varié au cours de la période sous revue.

**Tableau n° 55 : Praticiens exerçant une activité libérale**

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Nombre de praticiens	11	10	10	10	10	9

Source : données fournies par l'établissement

Seulement six services sont concernés et un à deux spécialistes par service ont une activité libérale, dont cinq chefs de service.

### 6.7.2.2 Composition et fonctionnement de la commission d'activité libérale

La commission d'activité libérale a été composée de manière réglementaire<sup>64</sup>, mais, l'arrêté pris par le directeur général de l'agence régionale de santé le 21 décembre 2017 comprenait des membres dont la désignation par leurs instances était ancienne et il était de ce fait peu opérant. Un nouvel arrêté modifiant la composition de la commission d'activité libérale a été pris par l'agence régionale de santé le 21 novembre 2018.

Elle s'est réunie chaque année, sauf en 2014, année de son renouvellement. La commission doit tirer un bilan annuel du contrôle effectué sur l'activité libérale, comme l'exige l'article R. 6154-11 du code de la santé publique. La chambre invite la commission d'activité libérale et l'établissement à s'inspirer des bonnes pratiques et à publier le bilan annuel de l'activité libérale sur son site internet, à l'instar de l'AP-HP.

### 6.7.2.3 Le contrôle de l'activité libérale

- Le contrôle du temps passé et du volume d'actes privés et publics

La commission de l'activité libérale doit vérifier que le nombre des actes et consultations effectués au titre de l'activité libérale n'excède pas celui effectué au titre de l'activité publique de chaque praticien, conformément à l'article L. 6154-5 et suivants du code de la santé publique.

Bien que les comptes rendus des commissions d'activité libérale et leurs annexes démontrent une volonté de contrôle, l'établissement n'a pas été en mesure de fournir les relevés du système national inter régime (SNIR) de chacun des trois praticiens ayant opté pour une perception directe de leurs honoraires. De plus, l'activité publique de certains praticiens n'est pas individualisée, seule est recensée l'activité du service.

Ainsi, ni l'établissement ni la commission d'activité libérale ne disposent d'un suivi complet et précis du nombre d'actes et de consultation exercés par les praticiens concernés par l'activité libérale en 2018, tant au titre de leur activité publique qu'au titre de leur activité privée, rendant tout contrôle impossible.

Cette situation fait courir un risque juridique à l'établissement en cas d'accident médical. En l'absence d'information sur le caractère public ou privé de l'acte ou de la consultation, la responsabilité de l'établissement, et non celle du professionnel, pourra être recherchée.

**Recommandation n° 5 : Mettre en place un relevé de l'ensemble de l'activité publique des praticiens.**

- La concordance des déclarations des praticiens avec les informations contenues dans les relevés SNIR

La commission d'activité libérale a pour mission de vérifier la concordance entre, d'une part, les données d'activité saisies et déclarées par les praticiens et, d'autre part, les informations contenues dans les relevés SNIR établis par l'assurance maladie à partir des demandes de remboursement des patients. Elle peut ainsi vérifier l'exactitude du volume d'actes et des honoraires déclarés, et donc la validité du calcul de la redevance.

<sup>64</sup> Art. R.6154-12 du code de santé publique issu du décret n°2010-344 du 31 mars 2010, art. 204.

En effet, en contrepartie du service rendu par l'établissement au praticien, autorisé à percevoir une rémunération à l'acte tout en bénéficiant des installations et du personnel de l'établissement, l'activité libérale donne lieu au versement d'une redevance par le praticien à l'établissement en application des articles D.6154-3 et D.6154-10-1 du code de la santé publique.

Si le praticien perçoit lui-même ses honoraires, le montant de la redevance est calculé par les services financiers sur la base de sa déclaration. Elle pourra faire l'objet le cas échéant de redressement en fin d'année à partir de la comparaison de l'activité déclarée avec celle recensée sur les relevés SNIR de l'assurance maladie.

Un différentiel de 15 % entre activité libérale déclarée et les relevés SNIR est toléré. En effet, la réglementation autorise l'envoi par les patients des demandes de remboursement à la sécurité sociale dans un délai de deux ans et trois mois. Les honoraires figurant sur les SNIR correspondent aux actes remboursés au cours de l'année et non aux actes réellement pratiqués.

Les tableaux de suivi de l'activité libérale réalisés par le régisseur de l'activité libérale sont particulièrement détaillés et complets.

Toutefois, l'établissement n'a pu fournir les relevés SNIR de l'ensemble des praticiens qui permettent de rapprocher l'activité et le niveau de la redevance perçue, notamment des praticiens ayant choisi un encaissement direct.

**Recommandation n° 6 : Obtenir les relevés SNIR de tous les praticiens exerçant une activité libérale**

- Les contrats d'activité libérale

Les plannings de service ne font pas apparaître les plages d'activité libérale. Cela ne permet pas à l'établissement ou à la commission d'activité libérale de suivre le volume horaire consacré à l'activité libérale, ou sa bonne insertion dans les plannings d'activité des services et plateaux techniques.

**Rappel au droit n° 11 : Identifier les plages d'activité libérale dans les contrats et les tableaux de service.**

A la suite des observations de la chambre, le président de la commission d'activité libérale et l'établissement ont adressé en 2019 des courriers aux praticiens concernés pour leur rappeler le nécessaire respect des plages d'activités prévues dans leur contrat d'activité libérale. En outre, la direction indique que le groupement hospitalier intercommunal va investir en 2021 dans un logiciel de gestion du temps de travail permettant le suivi de l'activité libérale.

**CONCLUSION INTERMÉDIAIRE**

*L'augmentation de la masse salariale, alors que les effectifs sont maîtrisés, apparaît principalement causée par des mesures exogènes. Dans ce contexte, la chambre rappelle la nécessité de veiller au respect de la réglementation, en particulier en ce qui concerne le temps de travail, l'attribution de primes ainsi que le recrutement et la rémunération de contractuels. Enfin, la chambre invite l'établissement à renforcer son suivi de l'activité libérale des praticiens.*

## 7 LES SYSTEMES D'INFORMATION

Les systèmes d'information ont été profondément remaniés depuis 2012. Ils sont dorénavant intégrés au sein d'une gestion mutualisée par le groupement hospitalier de territoire.

### 7.1 La priorité donnée au réseau

Le développement du système d'information a été très largement marqué par l'incident majeur de 2010 (crash du cœur de réseau, interruption de service et perte de données) qui a été un véritable traumatisme pour l'établissement. Le diagnostic porté par le prestataire en 2012 dressait un constat sévère de l'état d'obsolescence du réseau, dont le matériel « *a largement dépassé le niveau des mean time between failures* [temps moyen statistique, à partir duquel les probabilités de panne deviennent plus que significatives] *et n'est plus sous maintenance* ». Le groupement hospitalier intercommunal a dès lors entrepris la reconstruction de son système d'information avec plusieurs écueils.

Du fait de la nature de la panne, et dès la passation du marché d'assistance à maîtrise d'ouvrage avec le prestataire, la priorité a été donnée au réseau du système d'information plutôt qu'aux applicatifs. Le schéma directeur des réseaux a ainsi précédé le schéma directeur des systèmes d'information qui aurait dû le déterminer. De plus, le schéma directeur des réseaux ne s'est pas contenté de procéder au recensement des équipements existants et à la mise à niveau, mais a défini une cible à moyen terme et préconisé une infrastructure sans intégrer les besoins futurs.

Dès lors les spécifications du réseau ont été très exigeantes, notamment en demandant un taux de disponibilité ce celui-ci de 99,999%, c'est-à-dire dont les interruptions ne dépassent pas 5 minutes et 16 secondes cumulées sur l'année. La formulation manque de précision dans la mesure où l'on ignore si cette exigence doit être atteinte pour l'ensemble de l'hôpital ou pour quelques fonctions critiques seulement, au demeurant non identifiées. Quoiqu'il en soit, il s'agit d'un niveau extrêmement élevé de disponibilité, qui en 2012 n'était atteint que par quelques industries très sensibles et qui paraît quelque peu surdimensionné pour un hôpital. D'après un audit de 2016 cette haute disponibilité ne sera pas atteinte.

Mais malgré les problèmes majeurs observés en 2016, aussi bien cet audit que le rapport préalable à la certification loueront la qualité du réseau, le qualifiant de « *bien conçu, évolutif et robuste* » pour le premier, constatant pour le deuxième le renforcement du réseau par le renouvellement complet du matériel et le débit élevé qu'il assure.

La déconnexion avec les besoins des métiers des utilisateurs est néanmoins patente. Un autre audit réalisé en 2017 constate la séparation entre la direction des systèmes d'information, tournée vers les besoins des métiers, et le service informatique, concentré sur les problématiques techniques et d'infrastructure. Peu de grands projets applicatifs seront menés entre 2012 et 2017, et l'audit préalable à la certification ne recense qu'un seul projet « *métier* » parmi les grands projets pour l'année 2015, les autres portant sur l'infrastructure. Il relève également l'absence de gestion en mode projet, ce que confirme l'audit de 2016 qui constate une « *interface avec les métiers limitée* », une « *image dégradée du service* ». De fait, tant les rapports de la commission médicale d'établissement que ceux du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail se font régulièrement l'écho des frustrations des utilisateurs face à un système d'information qui ne répond pas à leurs attentes. L'audit de 2016 finit par préconiser des principes de base de la gestion de projet et par rappeler l'évidence en recommandant de « *retrouver la confiance des directions métiers en positionnant le SI au service des utilisateurs* », soit la définition d'un service support.

## **7.2 La gouvernance informatique déléguée à un groupement de coopération sanitaire**

Les systèmes d'information font partie des compétences obligatoirement mutualisées au sein des groupements hospitaliers de territoire, mais, pour ce qui concerne le groupement hospitalier intercommunal Le Raincy-Montfermeil, cette mutualisation a d'abord été réalisée au sein du groupement de coopération sanitaire du « *territoire du Nord-Est Ile-de-France en santé et système d'information hospitalier* » (groupement de coopération sanitaire Teneissih) sur un périmètre différent, rassemblant deux groupements hospitaliers de territoire, celui de Grand-Paris-Nord-Est et celui de Plaine de France.

Le groupement de coopération sanitaire a pour objectif la cohérence et l'interopérabilité des applicatifs, la mutualisation des compétences et des expériences, et la constitution d'un acteur de taille suffisante (celle d'un centre hospitalier universitaire moyen d'après la convention constitutive) pour peser dans les relations avec les fournisseurs. Le directeur du système d'information est commun aux cinq établissements membres du groupement de coopération sanitaire.

## **7.3 L'établissement d'un essai de pilotage de son système d'information en application d'un marché d'assistance à maîtrise d'ouvrage**

En dépit de cette coopération territoriale, le groupement hospitalier intercommunal Le Raincy-Montfermeil s'est dessaisi de son pouvoir de décision et de la vision stratégique au profit d'un de ses prestataires. Le marché d'assistance à maîtrise d'ouvrage pour la mise en œuvre du schéma directeur du nouveau réseau informatique confie de larges missions à ce prestataire à partir de 2012, qui relèvent pourtant de choix stratégiques. La chambre s'étonne qu'incombe à un prestataire de définir « *l'évolution de la charge du réseau sur les cinq années suivantes* », c'est-à-dire toute la réflexion stratégique. Le service des marchés voit ses prérogatives elles aussi très largement dévolues au prestataire qui, « *en accord avec le pouvoir adjudicateur devra organiser la stratégie de publication des appels d'offres* » et « *aura à sa charge la définition, l'architecture et la rédaction des CCTP* ». Il assurera ensuite « *le dépouillement et l'analyse de pertinence des offres* » et « *à l'issue des auditions [...] devra fournir le document de restitution du choix final* », appelé plus loin « *le rapport de choix définitif* ». Il revient donc au prestataire d'effectuer quasiment le choix à la place du pouvoir adjudicateur, et dans la suite de la procédure de tenir le planning, d'assurer le suivi des échéances, etc. Il se voit même reconnaître toute latitude pour préconiser l'achat de matériels supplémentaires.

En quelque sorte, la conduite stratégique du système d'information dans son aspect réseau a été dans les faits externalisée, sans prévoir les modalités à même de garantir au service informatique qu'il ne perdra pas le contrôle de son système d'information.

De plus, l'attribution de ce marché n°2012-0173 d'assistance à maîtrise d'ouvrage pour la mise en œuvre du schéma directeur du nouveau réseau informatique cumule plusieurs irrégularités.

Le délai très bref laissé aux entreprises pour élaborer une offre avait limité la concurrence : deux entreprises seulement avaient déposé une offre entre le 4 mai 2012, date de la publication, et la date limite du 25 mai. En outre, la mention dans le cahier des clauses particulières que le schéma directeur des réseaux informatiques ne sera remis qu'au soumissionnaire retenu et non à l'ensemble des candidats étonne alors que l'objet du marché porte notamment sur l'accompagnement à la mise en œuvre dudit schéma.

L'objet du marché pose un problème de régularité important car le marché est découpé en trois phases, qui correspondent à trois missions distinctes ; le recensement des équipements

nécessaires à la mise en œuvre du réseau cible ; la passation des appels d'offres pour l'acquisition de ces équipements ; et l'accompagnement à la mise en œuvre du réseau cible. Cette dernière phase regroupant le suivi des entreprises retenues lors des appels d'offre, la mise en place d'une partie de la couche d'application (annuaire, protocoles...) et l'élaboration de la politique de sécurité.

Les trois phases, de même que les différentes composantes de la troisième phase, constituent des objets séparables, qui auraient dû être attribuées séparément et non en un lot unique. Pourtant, l'allotissement est un principe général (article 10 du code des marchés publics alors en vigueur). Faute de maîtrise de sa fonction informatique l'établissement a souhaité un marché global qui aboutit au cumul de fonctions pourtant irrégulier. L'explication fournie dans le cahier des clauses particulières selon laquelle « *l'ensemble de la mission doit être réalisé par une même structure de manière à assurer la coordination et la cohérence de la proposition* » ne suffit pas à justifier l'absence d'allotissement.

En outre, la séparation de ces différentes phases aurait été de bonne gestion pour distinguer les tâches d'assistance à maîtrise d'ouvrage, d'assistance à maîtrise d'œuvre et de prestataire ou de conseil. Le titulaire unique intervient à la fois dans la définition des besoins, la passation des marchés correspondants et la validation des installations.

Ensuite, l'évaluation des offres s'avère problématique car, écartant une entreprise candidate moins chère mais à la note technique plus basse, elle ne justifie pas l'absence de références sur ce type de projets. Or, l'offre de l'entreprise fait valoir de nombreuses références hospitalières pour des prestations qui ne couvrent qu'une partie du champ du marché. L'entreprise ne présente certes aucune référence comprenant à la fois la définition du besoin, l'accompagnement, la mise en œuvre et la supervision, car l'allotissement obligatoire de ces missions oblige à séparer les missions. Enfin, le rapport d'analyse des offres indique également que cette entreprise n'a pas apporté de réponse sur certains items techniques, alors que son offre répond, certes en termes parfois plus généraux que ceux de son concurrent, sur ces points. L'égalité de traitement entre les candidats n'a donc pas été respectée.

Le groupement hospitalier intercommunal avance également comme motif pour écarter le second candidat un délai de mise en œuvre plus long de neuf mois par rapport à l'entreprise qui a remporté le marché. Celle-ci se prévalait d'un achèvement de ses prestations au début du mois d'août 2014, délai qui n'a pas été tenu.

#### **7.4 Des fragilités persistantes mais identifiées**

Cette importante externalisation a entretenu une perte de compétence. Le diagnostic de 2012 recommandait le recours à l'infogérance pour la gestion du système d'information, du fait du manque de compétences de l'équipe en place et du délai nécessaire pour la formation même de base des agents, incompatible avec les urgences du réseau, tout en soulignant qu'il s'agit là d'une solution de facilité. Elle a en effet pour inconvénient de reporter le problème des compétences en l'absence de formation et d'enfermer le groupement hospitalier intercommunal dans une dépendance à des solutions extérieures.

L'audit de 2016 constate ainsi le « *manque de compétences et de redondances sur certains aspects techniques* » du service informatique et conclut qu'un accompagnement extérieur est encore indispensable à la résorption de problèmes urgents. L'audit de 2017 le confirme et, tout en exprimant une opinion favorable sur le prestataire, souligne les carences de la documentation du fait d'un manque de communication de sa part, qui entrave la reprise du système d'information en autonomie par le service informatique de l'hôpital.

Au-delà de la refonte du réseau, la gestion du système d'information peine à s'extraire d'une vision au jour le jour et à formaliser son fonctionnement. Régulièrement annoncé depuis 2012, et préfiguré par le diagnostic de 2012, le schéma directeur des systèmes d'information n'est toujours pas élaboré, même si l'audit de 2016 a relevé plusieurs orientations d'une feuille de route.

Ce même audit souligne que le système d'information est structurellement fragile car il dépend pour son bon fonctionnement du maintien de certains agents dans l'établissement, facteur éminemment conjoncturel.

La politique de sécurité constitue paradoxalement, au regard du traumatisme de l'incident de 2010 dans l'établissement, une grande faiblesse du système d'information. Si la définition d'une politique de sécurité du système d'information est incluse dans le marché d'assistance à maîtrise d'ouvrage de 2012, elle est décrite en des termes très flous. Il apparaît toutefois clairement que son orientation générale se concentre sur le fait d'éviter au maximum tout incident plutôt que de gérer les inévitables incidents.

Les audits successifs souligneront les lacunes de la politique de sécurité du système d'information, l'absence de responsable de la sécurité du système d'information et de toute politique formalisée de compte-rendu et de gestion des incidents. L'audit de 2015 souligne que le plan de reprise d'activité, en cours d'élaboration depuis 2011, n'est toujours ni exhaustif ni testé.

## **7.5 La remise à niveau dans la perspective du groupement hospitalier de territoire**

La certification des comptes, en 2016, a mis en évidence les carences existantes, et la mise en place du groupement hospitalier de territoire entraînant la mutualisation de cette fonction a relancé la réflexion. Se succèdent ainsi deux audits, l'un généraliste en 2016 et l'autre centré sur le réseau en 2017, tous deux de qualité. Ils préconisent une nouvelle feuille de route, avec une gouvernance claire et une réorganisation du service.

Selon l'établissement, le besoin de maîtriser sa stratégie informatique, d'internaliser les compétences essentielles et de formaliser les documentations internes, notamment en matière de sécurité, a été pris en compte lors de la réorganisation de la direction des systèmes d'information. Celle-ci a débuté en septembre 2019 et est conduite par un directeur commun aux établissements du groupement hospitalier de territoire arrivé en juillet 2019. Elle prévoit notamment une reprise par le groupement hospitalier intercommunal Le Raincy-Montfermeil du pilotage de la fonction informatique et des projets menés précédemment par le groupement de coopération sanitaire TENEISSIH et les établissements hospitaliers de Gonesse et de Saint-Denis.

Un schéma directeur des systèmes d'information est en cours d'élaboration et un appel d'offres pour aider à sa finalisation est lancé. Une première ébauche de plan de reprise de l'activité a été rédigée, qui s'attache pour le moment à la description du réseau et des installations (électrique, sécurité incendie, ...). Aucune procédure dégradée n'a encore été définie dans ce cadre. D'après le directeur des systèmes d'information du groupement hospitalier de territoire, le retard dans le déploiement d'applications « métiers » facilitera la convergence du système d'information du Raincy-Montfermeil avec la cartographie cible à l'échelle du territoire, et de fait les applications centrales sont quasiment identiques à celles du centre hospitalier Robert Ballanger d'Aulnay. La direction des systèmes d'information du groupement hospitalier de territoire s'emploie donc à rattraper les retards du système d'information de l'établissement.

---

**CONCLUSION INTERMÉDIAIRE**

---

*La priorité accordée au réseau, à la suite de l'incident majeur de 2010 puis des incidents de 2016, a conduit l'établissement à privilégier l'infrastructure plutôt que les outils métiers, la relation avec les utilisateurs ou la sécurité.*

*Les audits des systèmes informatiques réalisés au cours des deux derniers exercices soulignent l'urgence d'une nouvelle organisation et gouvernance des systèmes d'information. Le rapprochement des systèmes d'information avec ceux des autres membres du groupement hospitalier de territoire offre l'opportunité d'une montée en compétence interne et d'une meilleure réponse aux services utilisateurs.*

---

## ANNEXES

Annexe n° 1. Déroulement de la procédure .....	95
Annexe n° 2. Tableau récapitulatif des recommandations et de leur mise en œuvre .....	97
Annexe n° 3. L'impact des corrections d'erreur sur les capitaux propres.....	99
Annexe n° 4. L'évolution des provisions et l'équilibre des écritures.....	100
Annexe n° 5. Le détail des produits versés par l'assurance-maladie.....	101
Annexe n° 6. Nombre de journées en hospitalisation complète et ambulatoire de 2013 à 2017 .....	102
Annexe n° 7. Les tarifs des prestations de 2012 à 2017 .....	103
Annexe n° 8. Évolution de certaines dépenses à caractère hôtelier et général de 2012 à 2017 .....	104
Annexe n° 9. Écart entre le coût de revient d'une journée d'hospitalisation et le tarif des prestations journalières.....	105
Annexe n° 10. Glossaire des sigles.....	106

### Annexe n° 1. Déroulement de la procédure

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

Objet	Dates	Destinataire
Arrêté de programmation	N°17-48 du 1er décembre 2017	
Envoi de la lettre d'ouverture de contrôle	13-juil-18	M De Wilde (directeur par intérim en fonctions jusqu'au 31 août 2018)
	13-juil-18	M Lemoine, Maire de Montfermeil, Président du conseil de surveillance
	13-juil-18	M Devys, Directeur général de l'agence régionale de santé
	13-juil-18	M. Dora, administrateur général des finances publiques
	29 août 2019	M Feutrie, ancien directeur
Entretien de début de contrôle	06-sept-18	M De Wilde
	09-oct-18	Mme Di Natale
Entretien de fin d'instruction	19-févr-19	M De Wilde
	22-févr-19	Mme Di Natale
	26-févr-19	M Feutrie
Lettre d'information changement de rapporteur	11-avr-19	M. Rousseau, directeur général de l'agence régionale de santé M. Dora Mme Di Natale M. Feutrie M Lemoine
Délibéré de la chambre sur les observations provisoires	29-mai-19	M Prioleaud Mme Bonnafoux M Caille-Vuarier M Duthil M Lavastre M Mahieu
Envoi du rapport d'observations provisoires	02-juil-19	Mme Di Natale
	02-juil-19	M Feutrie,
	11-juil-19	M De Wilde
Envoi d'extraits du rapport	02-juil-19	M Castillon, commissaire aux comptes
	15-juil-19	M Ruellan, président de la commission d'activité libérale
Communication administrative	16-juil-19	M le directeur de la DDFiP
	18-juil-19	M Rousseau
Réception des réponses au rapport d'observations provisoires	05-sept-19	Mme Di Natale
	30-août-19	M. Feutrie
Réception des réponses aux extraits de rapports d'observations provisoires	03-déc 19	M le directeur de la DDFiP
	04-sept-19	
	28-août-19	M Lemoine
	15-juil-19	M Castillon
	11-juil-19	M Rousseau

Groupe hospitalier intercommunal Le Raincy-Montfermeil, exercices 2012 et suivants,  
Rapport d'observations définitives

Objet	Dates	Destinataire
Auditions	02-déc-19	Mme Di Natale, directrice depuis le 1er septembre 2018 M Feutrie, ancien directeur M Lemoine, président du conseil de surveillance
Délibéré de la chambre sur les observations définitives	02-déc-19	M Prioleaud Mme Bonnafoux Mme Priozet M Duthil M Lavastre M Mahieu M Caille-Vuarier
Envoi du rapport d'observations définitives	16-déc-19	Mme Di Natale M Feutrie M De Wilde
Réception des réponses annexées au rapport d'observations définitives	17-janv-2020	Mme Di Natale

## Annexe n° 2. Tableau récapitulatif des recommandations et de leur mise en œuvre

N° Recom.	Intitulé	Nature (1)	Domaine (2)	Impact financier (3)	Degré d'importance (4)	Degré de mise en œuvre (5)
RaD 1	Mettre en place une organisation par pôle conforme à l'article L. 6164-1 du code de la santé publique, désigner des responsables de pôles et établir des contrats de pôles	Régularité	Gouvernance	Non	Important	En cours de mise en œuvre
RaD 2	Etablir une convention d'association avec l'AP-HP	Régularité	Gouvernance	Non	Important	En cours de mise en œuvre
RaD 3	Fixer les tarifs des prestations journalières conformément à l'article R. 6145-22 du code de la santé publique	Régularité	Situation financière	Oui	Important	Non mis en œuvre
RaD 4	Transmettre au comité technique le rapport annuel relatif à l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes conformément à la loi n°2002-347 du 12 mars 2012	Régularité	Ressources humaines	Non	Important	En cours de mise en œuvre
RaD 5	Réaliser le bilan social annuel prévu par le décret n°88-951 du 7 octobre 1988	Régularité	Ressources humaines	Non	Important	Non mis en œuvre
RaD 6	Appliquer le décompte du temps de travail effectif et des congés légaux	Régularité	Ressources humaines	Oui (environ 36 ETPR)	Très important	En cours de mise en œuvre
RaD 7	Respecter la réglementation applicable aux heures supplémentaires	Régularité	Ressources humaines	Oui (environ 2000 heures supplémentaires par an)	Très important	En cours de mise en œuvre
RaD 8	Respecter les conditions réglementaires d'attribution des primes	Régularité	Ressources humaines	Oui (environ 0,3 M€ par an)	Très important	En cours de mise en œuvre
RaD 9	Respecter la durée et les règles de renouvellement des contrats des praticiens contractuels prévus à l'article R. 6152-402 du code de la santé publique	Régularité	Ressources humaines	Non	Très important	Non mis en œuvre
RaD 10	Respecter les plafonds de rémunération des praticiens contractuels selon l'article R. 6152-416 du code de la santé publique	Régularité	Ressources humaines	Oui (environ 0,25 M€)	Très important	Non mis en œuvre
RaD 11	Identifier les plages d'activité libérale dans les contrats et les tableaux de service.	Régularité	Ressources humaines	Non	Important	En cours de mise en œuvre
R1	Poursuivre l'ajustement capacitaire de l'hospitalisation complète et accélérer le développement de l'ambulatoire	Performance	Situation financière	Oui	Majeur	En cours de mise en œuvre
R2	Améliorer la fiabilité du codage et conduire des analyses de l'activité	Performance	Situation financière	Oui	Important	En cours de mise en œuvre
R3	Adapter la méthode statistique de calcul de la provision pour dépréciation des créances au risque de non recouvrement	Performance	Comptabilité	Oui	Très important	En cours de mise en œuvre
R4	Revoir les clés de répartition des charges communes et les imputer comptablement dans les budgets annexes selon la nomenclature M21	Performance	Situation financière	Oui	Très important	En cours de mise en œuvre
R5	Mettre en place un relevé de l'ensemble de l'activité publique des praticiens	Performance	Situation financière	Non	Très important	En cours de mise en œuvre
R6	Obtenir les relevés SNIR de tous les praticiens exerçant une activité libérale	Performance	Situation financière	Oui	Important	En cours de mise en œuvre

Groupe hospitalier intercommunal Le Raincy-Montfermeil, exercices 2012 et suivants,  
Rapport d'observations définitives

- (1) Nature : Régularité, Performance
- (2) Domaines : Achats, Comptabilité, Gouvernance et organisation interne, Situation financière, GRH, Situation patrimoniale, Relation avec des tiers.
- (3) Oui (montant estimé le cas échéant), non.
- (4) Majeur – Très important – Important.
- (5) Totalement mise en œuvre (TMO) - Mise en œuvre en cours (MOC) - Mise en œuvre incomplète (MOI) - Non mise en œuvre (NMO) - Refus de mise en œuvre (RMO)  
- Devenue sans objet (DSO) :

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

#### Impact des corrections sur les comptes de capitaux propres 2015

<b>CAPITAUX PROPRES</b> (ressources financières de l'hôpital passif du bilan)	<b>Solde 31/12/2014</b>	<b>Variation 2015</b>	<b>Corrections d'erreurs</b>	<b>Solde 31/12/2015</b>	<b>Variation</b>
Apport cpt 102	16 323 352	-260 561		16 062 791	-1,60%
Réserve cpte106	19 587 089	302 836	-29 023	19 860 901	1,40%
Report excédentaire cpte 110	174 563	112 273	750 000	1 036 836	493,96%
Report déficitaire cpte 119	-16 712 674	-1 456 785	-5 223 856	-23 393 315	39,97%
Résultat exercice cpte 12	-1 041 675	28 212		-1 013 463	-2,71%
Subventions investissement cpte 13	148 463	270 911		419 375	182,48%
Provisions réglementées cpte 14	130 051			5 079 740	3805,96%
<b>Total</b>	<b>18 609 169</b>	<b>3 946 575</b>	<b>-4 502 879</b>	<b>18 052 865</b>	<b>-3,00%</b>

Source : rapport du commissaire aux comptes 2015

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

<b>CAPITAUX PROPRES</b> (ressources financières de l'hôpital passif du bilan)	<b>Solde 31/12/2015</b>	<b>Variation 2016</b>	<b>Corrections d'erreurs</b>	<b>Solde 31/12/2016</b>	<b>Variation</b>
Apport cpt 102	16 062 791	4 500		16 067 291	0,03%
Réserve cpte106	19 860 901	347 485	-246 596	19 961 790	0,51%
Report excédentaire cpte 110	1 036 836	106 014	-82 807	1 060 043	2,24%
Report déficitaire cpte 119	-23 393 315	-1 466 960	-344 483	-25 204 758	7,74%
Résultat exercice cpte 12	-1 013 463	1 100 119		86 656	-108,55%
Subventions investissement cpte 13	419 375	554 765		974 140	132,28%
Provisions réglementées cpte 14	5 079 740	397 897		5 477 637	7,83%
<b>Total</b>	<b>18 052 864</b>	<b>1 043 820</b>	<b>-673 886</b>	<b>18 422 799</b>	<b>2,00%</b>

Source : rapport du commissaire aux comptes pour 2016

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

<b>CAPITAUX PROPRES</b> (ressources financières de l'hôpital passif du bilan)	<b>Solde 31/12/2016</b>	<b>Variation 2017</b>	<b>Corrections d'erreurs</b>	<b>Solde 31/12/2017</b>	<b>Variation</b>
Apport cpt 102	16 067 291	8 770		16 076 061	0,05%
Réserve cpte106	19 961 790	230 998	-248 453	19 944 336	-0,09%
Report excédentaire cpte 110	1 060 043	112 071		1 172 113	10,57%
Report déficitaire cpte 119	-25 204 758	-256 413		-25 461 171	1,02%
Résultat exercice cpte 12	86 656	-1 416 869		-1 330 213	1635,05%
Subventions investissement cpte 13	974 140	1 320 762		2 294 902	135,58%
Provisions réglementées cpte 14	5 477 637	664 323		6 141 960	12,13%
<b>Total</b>	<b>18 422 799</b>	<b>663 642</b>	<b>-248 453</b>	<b>18 837 988</b>	<b>2,30%</b>

Source : rapport du commissaire aux comptes pour 2017

### Annexe n° 4. L'évolution des provisions et l'équilibre des écritures

Nature des provisions (soldes)	2012 (€)	2013 (€)	2014(€)	2015 (€)	2016 (€)	2017 (€)
Réglementées pour renouvellement d'immobilisations (142)	4 285 462	154 006	130 051	5 079 740	5 477 637	6 141 960
Charges de personnel CET (153 et 143)	3 190 893	3 239 615	3 711 767	4 120 547	3 782 721	3 897 867
Litiges (1511)	359 346	359 346	527 146	147 000	267 000	50 260
Risques autres (1518)	446 896	112 000	112 000	0	0	0
Gros entretien et grandes révisions (1572)	206 227	351 427	399 093	560 836	560 836	560 836
Charges autres (158)	1 716 464	6 028 325	6 847 535	1 659 930	1 611 055	1 832 402
Dépréciation des immobilisations (29)	0	3 800	0	0	0	0
Dépréciation des stocks (39)	437 924	0	0	0	0	0
Dépréciation des créances de redevables (49)	689 785	738 550	1 189 862	5 518 242	6 528 804	5 853 970
<b>TOTAL DES PROVISIONS</b>	<b>11 332 997</b>	<b>10 987 069</b>	<b>12 917 454</b>	<b>17 086 295</b>	<b>18 228 053</b>	<b>18 337 295</b>
<b>Progression annuelle</b>	<b>2 208 945</b>	<b>-345 928</b>	<b>1 930 386</b>	<b>4 168 841</b>	<b>1 141 758</b>	<b>109 242</b>
				116%	-73%	-90%
Nature des dotations et reprises	2012 (€)	2013 (€)	2014(€)	2015 (€)	2016 (€)	2017 (€)
Dotations aux provisions pour risques (68151)	446 896	0	167 800	147 000	120 000	19 160
Dotations aux provisions charges CET (68153) (avant c 68743)	0	0	1 150 982	585 067	520 579	642 169
Dotations aux provisions pour charges à répartir (68157)	0	275 200	156 532	380 173	0	0
Dotations aux autres provisions pour charges (68158)	350 800	1 081 000	1 255 880	1 066 263	408 418	818 682
Dotations aux provisions pour dépréciations des immobilisations (6816)						
Dotations aux provisions pour dépréciations des stocks (68173)	437 924	0	0	0	0	0
Dotations aux provisions pour dépréciations des créances (68174)	0	354 960	715 061	1 213 224	1 039 649	0
Dotations aux provisions pour dépréciations d'élément financier	0	3 800	0	0	0	0
Dotations aux provisions pour renouvellement immobilisation. (68742)	868 196	0	0	700 000	779 367	791 835
Dotations aux provisions pour charges de personnels au titre du CET	1 680 719	562 609	0	0	0	0
<b>Total des dotations aux provisions</b>	<b>3 784 535</b>	<b>2 277 569</b>	<b>3 446 256</b>	<b>4 091 727</b>	<b>2 868 013</b>	<b>2 271 846</b>
Reprises sur provisions pour risques (78151)	0	334 896	0	279 800	0	235 900
Reprises sur provisions charges CET (78153) avant c 78743	0	0	678 830	810 937	806 292	527 023
Reprises sur provisions pour charges à répartir (78157)	220 000	130 000	108 867	218 430	0	0
Reprises sur autres provisions pour charges (78158)	578 174	851 496	436 670	2 237 795	756 992	597 336
Reprises sur provisions pour dépréciations des immobilisations (7816)						
Reprises sur provisions pour dépréciations des stocks (78173)	0	437 924	0	0	0	0
Reprises sur provisions pour dépréciations des créances (78174)	0	306 196	263 749	522 350	461 755	674 834
Immobilisations financières	0	0	3 800	0	0	0
Reprises sur provisions pour renouvellement immobilisation. (78742)	20 175	49 099	23 955	161 018	128 506	127 512
Reprises sur provisions pour charges de personnel lié au CET (78743)	0	513 887	0	0	0	0
<b>Total des reprises sur provisions</b>	<b>818 349</b>	<b>2 623 497</b>	<b>1 515 870</b>	<b>4 230 330</b>	<b>2 153 545</b>	<b>2 162 604</b>
<b>TOTAL DES ÉCRITURES CORRECTIVES</b>		<b>0</b>	<b>0</b>	<b>4 469 326</b>	<b>427 290</b>	<b>0</b>
<b>Dotations moins reprises+ les écritures correctives</b>	<b>2966186</b>	<b>-345 928</b>	<b>1 930 385</b>	<b>4 330 724</b>	<b>1 141 758</b>	<b>109 242</b>
<b>Provisions BILAN</b>	<b>2208945</b>	<b>-345 928</b>	<b>1 930 386</b>	<b>4 168 841</b>	<b>1 141 758</b>	<b>109 242</b>
<b>Écart entre les comptes de bilan et les Dotations - les reprises + les écritures correctives</b>	<b>757241</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>161 883</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Source : Comptes financiers de l'établissement

**Annexe n° 5. Le détail des produits versés par l'assurance-maladie**

En €	2012	2013	2014	2015	2016	2017	taux moyen d'évolution 2012/2016
GHS	76 338 503	74 718 456	78 043 032	78 010 939	79 646 963	79 502 022	0,82%
Hospitalisation à domicile	1 154 137	1 635 245	1 458 039	1 557 313	1 437 222	1 591 123	6,63%
IVG	50 137	56 338	103 538	111 866	89 255	116 632	18,39%
Produits médicament MCO	2 496 849	2 348 473	2 385 606	3 107 891	3 631 223	4 657 201	13,28%
Produits médicament MCO	2 473 257	2 407 097	2 120 758	2 109 886	1 972 609	1 943 039	-4,71%
<b>Produits de la tarification à l'activité</b>	<b>82 512 883</b>	<b>81 165 608</b>	<b>84 110 974</b>	<b>84 897 895</b>	<b>86 777 272</b>	<b>87 810 017</b>	<b>1,25%</b>
Urgences (FAU)	3 407 160	3 407 160	3 407 161	3 407 160	3 577 289	3 716 763	1,75%
Prélèvement organes ou de tissus	48 544	48 544	38 496	48 544	26 750	26 750	-11,24%
Part activité dotation modulée						725 252	#DIV/0!
Dotation AC SSR						60 764	#DIV/0!
DAF	10 169 022	10 244 712	10 321 364	10 294 665	10 134 437	9 348 079	-1,67%
Dotations MIG	4 819 378	3 447 687	3 345 343	4 164 521	5 558 045	4 608 117	-0,89%
Dotation aide à contractualisation (AC)	2 122 892	727 473	688 394	525 112	1 473 386	670 686	-20,58%
<b>Produits forfaitaires</b>	<b>20 566 996</b>	<b>17 875 576</b>	<b>17 800 758</b>	<b>18 440 002</b>	<b>20 769 907</b>	<b>19 156 411</b>	<b>-1,41%</b>
Consultations et actes externes	8 470 621	8 528 719	9 027 289	9 803 920	10 575 315	10 695 146	4,77%
Forfait ATU	997 806	1 024 534	1 027 265	1 001 780	983 187	1 025 580	0,55%
Forfait sécurité environ hospitalier (SE)	101 043	130 463	136 654	154 696	158 604	184 856	12,84%
APE et spécialité pharma						483	#DIV/0!
Autres				2 052	22 617	25 355	#DIV/0!
<b>Produits faisant l'objet d'une tarification spécifique</b>	<b>9 569 470</b>	<b>9 683 716</b>	<b>10 191 208</b>	<b>10 962 448</b>	<b>11 739 723</b>	<b>11 931 420</b>	<b>4,51%</b>
Fonds d'intervention régional (FIR)				4 930 899	4 722 351	4 905 379	#DIV/0!
Produits ex antérieurs assurance maladie	1 673 002	854 159	263 820	108 325	110 344	17 694	-59,74%
<b>Produits autres</b>	<b>1 673 002</b>	<b>854 159</b>	<b>263 820</b>	<b>5 039 224</b>	<b>4 832 695</b>	<b>4 923 073</b>	<b>24,09%</b>
<b>Total</b>	<b>114 322 351</b>	<b>109 579 060</b>	<b>112 366 761</b>	<b>119 339 569</b>	<b>124 119 597</b>	<b>123 820 921</b>	<b>1,61%</b>

Source : Comptes financiers de l'établissement

**Annexe n° 6. Nombre de journées en hospitalisation complète et ambulatoire de 2013 à 2017**

Nombre de journées	2013	2014	2015	2016	2017	taux évolution 2013/2017	taux moyen d'évolution 2013/2017
Chirurgie	15 324	15 350	14 503	12 683	11 677	-24%	-7%
Gynécologie-Obstétrique	12 893	12 971	12 563	12 675	12 186	-5%	-1%
Médecine	92 006	91 905	90 304	88 536	85 816	-7%	-2%
<b>Total hospitalisation complète</b>	<b>120 223</b>	<b>120 226</b>	<b>117 370</b>	<b>113 894</b>	<b>109 679</b>	<b>-9%</b>	<b>-2%</b>
<b>Évolution annuelle</b>		0,0%	-2,4%	-3,0%	-3,7%		
Chirurgie	3 924	3 826	4 151	4 067	3 772	-4%	-1%
Médecine	1 333	687	1 297	1 794	1 785	34%	8%
<b>Total hospitalisation partielle ou ambulatoire ou chirurgie ambulatoire</b>	<b>5 257</b>	<b>4 513</b>	<b>5 448</b>	<b>5 861</b>	<b>5 557</b>	<b>6%</b>	<b>1%</b>
<b>Évolution annuelle</b>		-14,2%	20,7%	7,6%	-5,2%		
<b>Total</b>	<b>125 480</b>	<b>124 739</b>	<b>122 818</b>	<b>119 755</b>	<b>115 236</b>	<b>-8%</b>	<b>-2%</b>
<b>Évolution annuelle</b>		-0,6%	-1,5%	-2,5%	-3,8%		

Source : statistique annuelle des établissements de santé

**Annexe n° 7. Les tarifs des prestations de 2012 à 2017**

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	taux évolution 2012/2017	taux moyen d'évolution 2012/2017
<b>Hospitalisation complète et de semaine</b>								
Médecine	955,09	955,09	955,09	926,43	880,10	853,00	-10,7%	-2%
Service spécialisé ou (ZSTCD)	739,31	776,28	776,28	737,47	700,58	700,58	-5,2%	-1%
Chirurgie	1 613,64	1 613,64	1 613,64	1 613,65	1 613,65	1 613,65	0,0%	0%
Spécialités coûteuses et réanimation	1 977,38	1 977,38	1 977,38	1 878,51	1 784,50	1 727,50	-12,6%	-3%
SSR	235,92	227,12	227,12	227,12	227,12	227,12	-3,7%	-1%
Surveillance continue	1 074,67	1 074,67	1 074,67	1 042,43	1 011,15	980,00	-8,8%	-2%
<b>Hospitalisation de jour</b>								
Hôpital de jour de médecine	739,31	776,28	776,28	737,47	700,58	700,58	-5,2%	-1%
Hôpital de jour de pédiatrie	568,02	568,02	568,02	568,00	480,00	460,00	-19,0%	-4%
Chirurgie ambulatoire	1 121,03	1 177,08	1 177,08	1 177,08	1 177,08	1 177,08	5,0%	1%
Chimiothérapie	977,39	977,39	977,39	879,66	774,00	747,00	-23,6%	-5%
Endoscopies	1 123,23	1 123,23	1 123,23	1 044,62	1 044,62	1 044,62	-7,0%	-1%
Hôpital de jour SSR	138,00	138,00	138,00	138,00	132,00	132,00	-4,3%	-1%
<b>Hospitalisation à domicile</b>	285,76	257,18	257,18	257,18	257,18	257,18	-10,0%	-2%
Prix d'intervention du SMUR	430,67	430,67	430,67	430,67	430,67	430,67	0%	0%

Source : Décisions du directeur de l'établissement

t

**Annexe n° 8. Évolution de certaines dépenses à caractère hôtelier et général de 2012 à 2017**

Intitulé du compte	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Taux moyen d'évolution 2012/2017	Évolution 2012/2017
Alimentation	1 076 035	989 669	953 446	942 182	908 931	866 151	<b>-4,25%</b>	-20%
Produits d'entretien	153 383	155 178	142 973	142 301	149 065	148 095	<b>-0,70%</b>	-3%
Petit matériel hôtelier	93 502	93 948	89 298	75 382	45 230	47 361	<b>-12,72%</b>	-49%
Linge et habillement	123 039	130 004	145 046	116 237	108 815	96 042	<b>-4,83%</b>	-22%
Autres fournitures hôtelières	210 246	198 321	196 313	187 546	188 265	181 568	<b>-2,89%</b>	-14%
Chauffage	892 269	648 624	458 537	530 000	392 034	363 625	<b>-16,43%</b>	-59%
Locations immobilières	330 390	351 150	306 258	173 620	132 510	143 667	<b>-15,34%</b>	-57%
Blanchissage à l'extérieur	963 101	1 032 656	1 003 545	981 946	893 834	837 801	<b>-2,75%</b>	-13%
Alimentation à l'extérieur	748 744	743 571	715 479	850 998	604 944	572 008	<b>-5,24%</b>	-24%
Autres prestations diverses	940 733	1 687 446	1 973 218	1 080 707	1 022 607	804 563	<b>-3,08%</b>	-14%
Créances admises en non-valeur	310 116	281 623	239 401	511 880	531 073	725 679	<b>18,53%</b>	134%
Autres charges diverses de gestion courante	453 663	453 674	153 733	357 618	224 091	514 819	<b>2,56%</b>	13%

Source : Comptes financiers de l'établissement

**Annexe n° 9. Écart entre le coût de revient d'une journée d'hospitalisation et le tarif des prestations journalières**

	2012			2013			2014			2015			2016			2017		
	Coût de revient	Tarif	Ecart															
Médecine	573,92	955,09	40%	597,59	955,09	60%	631,19	955,09	51%	644,90	926,43	44%	631,62	880,10	39%	629,33	853,00	36%
Moyen séjour	804,78	955,09	16%	832,82	955,09	15%	910,47	955,09	5%	881,12	926,43	5%	880,40	880,10	0%	908,85	853,00	-6%
Spécialités	1 236,77	1 977,38	37%	1 276,98	1 977,38	55%	1 059,04	1 977,38	87%	1 258,71	1 878,51	49%	1 547,60	1 784,50	15%	1 552,12	1 727,50	11%
Surveillance continue	926,27	1 074,67	14%	865,85	1 074,67	24%	705,23	1 074,67	52%	753,63	1 042,43	38%	822,75	1 011,15	23%	808,16	980,00	21%
Chirurgie	1 453,21	1 613,64	10%	1 419,02	1 613,64	14%	1 559,59	1 613,64	3%	1 596,57	1 613,65	1%	1 496,21	1 613,65	8%	1 494,04	1 613,65	8%
Hospitalisation de jour	624,26	739,31	16%	746,89	776,28	4%	315,44	776,28	146%	784,68	737,47	-6%	685,48	700,58	2%	876,48	700,58	-20%
Hospitalisation de jour pédiatrique	599,09	568,02	-5%	697,02	568,02	-19%	59,86	568,02	849%	639,62	568,00	-11%	408,81	480,00	17%	561,40	460,00	-18%
SMUR	491,25	430,02	-14%	476,89	430,67	-10%	399,58	430,67	8%	501,36	430,67	-14%	559,14	430,67	-23%	564,73	430,67	-24%
Chirurgie ambulatoire	1 595,95	1 121,03	-42%	1 424,61	1 177,08	-17%	1 363,80	1 177,08	-14%	1 495,05	1 177,08	-21%	1 323,00	1 177,08	-11%	1 326,18	1 177,08	-11%
Endoscopie	418,55	1 123,23	63%	378,36	1 123,23	197%	854,95	1 123,23	31%	1 156,98	1 044,62	-10%	1 280,31	1 044,62	-18%	1 241,39	1 044,62	-16%
Hospitalisation à domicile	272,08	285,76	5%	249,96	257,18	3%	238,76	257,18	8%	264,54	257,18	-3%	297,97	257,18	-14%	304,22	257,18	-15%
Chimiothérapie hospitalisation de jour	891,53	977,39	9%	1 007,22	977,39	-3%	821,51	977,39	19%	699,57	879,66	26%	1 284,64	774,00	-40%	1 091,05	747,00	-32%
Soins de suite et de réadaptation	79,09	138,00	43%	11,37	138,00	1114%	108,71	138,00	27%	197,13	138,00	-30%	195,30	132,00	-32%	169,05	132,00	-22%

Source : comptes financiers, retraitements par l'établissement des coûts de revient, \* 2017 prévisionnel

## Annexe n° 10. Glossaire des sigles

<b>ALD</b>	Affection Longue Durée
<b>ANV</b>	admission en non-valeur
<b>ARES</b>	Appui au redressement des établissements publics de santé
<b>ARS</b>	Agence régionale de santé
<b>BFR</b>	besoin en fonds de roulement
<b>CAC</b>	commissaire aux comptes
<b>CAF</b>	capacité d'autofinancement
<b>CAL</b>	commission d'activité libérale
<b>CCAM</b>	classification commune des actes médicaux
<b>CCAP</b>	cahier des clauses administratives particulières
<b>CCP</b>	cahier des clauses particulières
<b>CCTP</b>	cahier des clauses techniques particulières
<b>CDI</b>	Contrat à durée indéterminée
<b>CET</b>	compte épargne temps
<b>CHI</b>	centre hospitalier intercommunal
<b>CHSCT</b>	comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
<b>CHU</b>	centre hospitalier universitaire
<b>CME</b>	commission médicale d'établissement
<b>CMLS</b>	centre de moyen et long séjour
<b>CMP</b>	code des marchés publics
<b>CNG</b>	Centre national de gestion
<b>CNRACL</b>	Caisse Nationale de Retraite des Agents des Collectivités Locales
<b>COPERMO</b>	Comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins
<b>CRA</b>	compte de résultat annexe
<b>CREF</b>	Contrat de retour à l'équilibre financier
<b>CRP</b>	compte de résultat principal
<b>CRPA</b>	compte de résultat prévisionnel annexe
<b>CSAPA</b>	Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
<b>CSP</b>	code de la santé publique
<b>CTE</b>	comité technique d'établissement
<b>DAF</b>	direction des affaires financières
<b>DHOS</b>	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
<b>DIM</b>	département ou directeur de l'information médicale
<b>DMS</b>	durée moyenne de séjour
<b>DRH</b>	direction des ressources humaines
<b>DSI</b>	directeur/direction des systèmes d'information
<b>EHPAD</b>	établissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes
<b>EIG</b>	Évènement Indésirable Grave
<b>EPRD</b>	état prévisionnel des recettes et des dépenses
<b>EPS</b>	établissement public de santé
<b>ETPR</b>	équivalent temps plein rémunéré
<b>FAU</b>	forfait annuel des urgences
<b>FIDES</b>	facturation individuelle des établissements de santé
<b>FIR</b>	fonds d'intervention régional

<b>GCS</b>	groupement de coopération sanitaire
<b>GHI</b>	groupement hospitalier intercommunal
<b>GHM</b>	groupe homogène de malades
<b>GHS</b>	groupe homogène de séjour
<b>GHT</b>	groupement hospitalier de territoire
<b>GRH</b>	gestion des ressources humaines
<b>GVT</b>	glissement vieillissement-technicité
<b>HAD</b>	hospitalisation à domicile
<b>HAS</b>	Haute autorité de santé
<b>HJ</b>	hôpital de jour
<b>HPST</b>	Loi hôpital- patients-santé-territoire (promulguée le 21/07/2009)
<b>IGAAC</b>	Installations générales ; agencements; aménagements des constructions
<b>IPDMS</b>	indice de performance de la durée moyenne de séjour
<b>IRM</b>	imagerie par résonance magnétique
<b>IVG</b>	interruption volontaire de grossesse
<b>MAPA</b>	marché à procédure adaptée
<b>MCO</b>	médecine chirurgie obstétrique
<b>MIGAC</b>	mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
<b>MTBF</b>	mean time between failures
<b>ORL</b>	Oto-rhino-laryngologie
<b>PAA</b>	Plan d'action achat
<b>PFR</b>	prime de fonction et de résultats
<b>PHC</b>	praticien hospitalier contractuel
<b>PMP</b>	PATHOS moyen pondéré
<b>PMSI</b>	programme de médicalisation des systèmes d'information
<b>PPCR</b>	Parcours Professionnels, Carrières et Rémunérations
<b>PRA</b>	plan de reprise d'activité
<b>PREF</b>	Plan de Retour à l'Équilibre Financier
<b>PSSI</b>	politique de sécurité du système d'information
<b>PUPH</b>	professeur des universités - praticien hospitalier
<b>RAR</b>	reste à réaliser
<b>RER</b>	réseau express régional
<b>RPS</b>	Risques Psycho-Sociaux
<b>RSSI</b>	responsable de la sécurité du système d'information
<b>RTT</b>	Réduction du temps de travail
<b>SAE</b>	Statistique annuelle des établissements de santé
<b>SDSI</b>	schéma directeur des systèmes d'information
<b>SMUR</b>	Service mobile d'urgence et de réanimation
<b>SNIR</b>	système national inter-régimes
<b>SSR</b>	soins de suite et de réadaptation
<b>TMS</b>	Troubles Musculo-Squelettiques
<b>TTC</b>	toutes taxes comprises
<b>USLD</b>	unité de soins de longue durée



## **REPONSE (\*)**

de Madame la Directrice du groupe hospitalier intercommunal

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



GHT Grand Paris Nord-Est

DIRECTION GENERALE



CRC d'Ile-de-France  
A l'attention de Monsieur le Président  
6 cour des roches  
BP-77315 Marne-la-Vallée Cedex

Montfermeil, le 10 janvier 2020

**Réf :** Contrôle n°2018-0075  
Rapport n°2019-0197 R

**Objet :** Compléments d'information relatifs au rapport d'observations définitives de la Chambre Régionale des Comptes portant sur le GHI Le Raincy-Montfermeil

**Yolande DI NATALE**

Directrice Générale

Des CHI d'Aulnay-sous-Bois, de  
Montreuil et du GHI Le Raincy-  
Montfermeil

**Amélie JEAN**

Directrice des affaires générales  
et juridiques

Monsieur le Président,

Vous nous avez fait parvenir en date du 16 décembre dernier le rapport d'observations définitives relatif au contrôle des comptes et de la gestion du Groupe hospitalier intercommunal du Raincy-Montfermeil pour les exercices 2012 et suivants.

Conformément aux dispositions de l'article L243-5 du code des juridictions financières, nous vous transmettons une réponse écrite afin de préciser certains points.

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-après les observations complémentaires relatives aux 11 rappels au droit ainsi qu'aux 6 recommandations dont il est fait mention dans le rapport d'observations définitives délibérées le 2 décembre 2019.

Depuis 2012, la priorité du GHIRLM a été d'opérer un retour à l'équilibre financier qui a été atteint dès 2018. Ce plan de retour à l'équilibre avait pour objectif de dégager des marges de manœuvre pour investir en vue de la reconstruction du GHI de Montfermeil, et pour développer ses activités. C'est pourquoi le GHI est aujourd'hui engagé, en tant qu'établissement support du GHT, dans un plan de transformation de grande ampleur qui passera notamment par le dépôt d'un dossier COPERMO « performance » et d'un dossier COPERMO « investissement ».

Cette trajectoire de retour à l'équilibre et la dynamique mise en place ont été approuvées et portées par les tutelles. A ce titre, les annonces ministérielles du 31 octobre dernier allaient dans le sens de la reconstruction du site hospitalier de Montfermeil. La stratégie de l'établissement s'inscrit aujourd'hui dans la défense de ce projet impliquant des investissements majeurs.

**Groupement Hospitalier de Territoire Grand Paris Nord-Est**

CHI Robert Ballanger  
Boulevard Robert Ballanger  
93600 AULNAY SOUS BOIS

Tél. 01 49 36 71 23  
Fax : 01 49 36 74 12

[www.ch-aulnay.fr](http://www.ch-aulnay.fr)

GHI Le Raincy-Montfermeil  
Hôpital de Montfermeil  
10 rue du Général Leclerc  
93370 MONTFERMEIL

Tél. 01 41 70 80 00  
Fax : 01 43 30 36 44

[www.ch-montfermeil.fr](http://www.ch-montfermeil.fr)

GHI Le Raincy-Montfermeil  
Hôpital des Ormes  
13 place Jean Mermoz  
93370 MONTFERMEIL

Tél. 01 45 09 70 00  
Fax : 01 45 09 70 01

[www.ch-montfermeil.fr](http://www.ch-montfermeil.fr)

 @ght\_gpne1

CHI André Grégoire  
56 boulevard de la Boissière  
93100 MONTREUIL

Tél. 01 49 20 30 40  
Fax : 01 49 20 35 59

[www.chi-andre-gregoire.fr](http://www.chi-andre-gregoire.fr)



- Sur la gouvernance et l'activité du GHIRLM

La gouvernance du GHT Grand Paris Nord Est, dont le GHI Le Raincy-Montfermeil est l'établissement support, a fortement évolué ces dernières années. Elle compte aujourd'hui 28 instances, soit 7 par établissement et 7 au niveau du groupement. Elles se réunissent en moyenne une fois par trimestre pour le GHIRLM.

La gouvernance des activités est établie en pôles d'activités représentatifs de l'ensemble des services de soins de l'établissement. Cette gouvernance polaire est ancrée dans l'ensemble des instances locales à l'image de l'intégration de l'ensemble des chefs de pôle aux Directoires de l'établissement. Le renouvellement des chefferies de pôle fait l'objet d'une contractualisation de pôle qui se structure et d'un contrôle de gestion renforcé faisant intervenir l'ensemble des interlocuteurs du pôle. Le développement de l'activité de l'ensemble des pôles en témoigne ainsi que du virage ambulatoire (59,33% en 2019 contre 49,67% en 2012 selon les critères DGOS 2015). Cette dynamique permet d'ores et déjà d'identifier la cancérologie médicale et chirurgicale, l'imagerie, les spécialités médicales (services de gastro-entérologie, endocrinologie, pneumologie et cardiologie regroupés) comme relais de croissance et axes centraux du projet médical de l'établissement. (cf. **rappel au droit n°1**).

Cette structuration servira également de base à l'intégration territoriale des parcours de soins et à la mise en place de filières partagées. Le Projet Médical Partagé auquel participe pleinement le GHI Le Raincy-Montfermeil avec la mise en œuvre de pôles médicaux inter-établissements en atteste et les premiers pôles inter-établissements commenceront dès 2020.

Le GHT est un groupement ouvert sur son territoire, engagé dans de nombreux dispositifs de coopération. Les travaux relatifs à la mise en place d'une convention d'association avec l'AP-HP sont en cours (cf. **rappel au droit n°2**). Une étude a, à ce titre, été missionnée par l'ARS, intitulée « mission 93 » dont les résultats devraient être présentés au premier trimestre 2020. Plusieurs conventions sont déjà en vigueur avec des établissements de l'AP-HP et certains de nos services de soins.

- Sur la situation financière de l'établissement

L'activité du GHI s'est considérablement développée depuis 2012 (19 710 séjours hors séances en 2012 contre 28 326 séjours hors séances en 2018) alors même qu'une réduction importante capacitaire a été réalisée entre 2013 et 2016 (cf. **recommandation n°1**). Dans le même temps un travail important a été réalisé sur le codage permettant une amélioration significative de la fiabilisation de l'activité : mise en œuvre d'un codage décentralisé, de clôture trimestrielle pour améliorer le taux d'exhaustivité, le taux de couverture et le nombre de séjours contrôlé, travail approfondi sur le DPI avec la mise en place d'un comité du dossier patient, standardisation des CRH et mise en place des CREX dossiers patients/PMSI avec les services permettant d'avoir un retour sur les erreurs de traçabilité et de codage afin de favoriser un environnement pédagogique.

**Groupement Hospitalier de Territoire Grand Paris Nord-Est**

CHI Robert Ballanger  
Boulevard Robert Ballanger  
93600 AULNAY SOUS BOIS

Tél. 01 49 36 71 23  
Fax : 01 49 36 74 12

[www.ch-aulnay.fr](http://www.ch-aulnay.fr)

GHI Le Raincy-Montfermeil  
Hôpital de Montfermeil  
10 rue du Général Leclerc  
93370 MONTFERMEIL

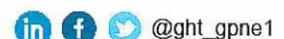
Tél. 01 41 70 80 00  
Fax : 01 43 30 36 44

[www.ch-montfermeil.fr](http://www.ch-montfermeil.fr)

GHI Le Raincy-Montfermeil  
Hôpital des Ormes  
13 place Jean Mermoz  
93370 MONTFERMEIL

Tél. 01 45 09 70 00  
Fax : 01 45 09 70 01

[www.ch-montfermeil.fr](http://www.ch-montfermeil.fr)



CHI André Grégoire  
56 boulevard de la Boissière  
93100 MONTREUIL

Tél. 01 49 20 30 40  
Fax : 01 49 20 35 59

[www.chi-andre-gregoire.fr](http://www.chi-andre-gregoire.fr)



Concernant les tarifs des prestations journalières, une baisse des tarifs a, notamment, été réclamée par les ARS pour les tarifs dont le prix de revient avait un écart significatif avec le coût réel (instruction des campagnes tarifaires). L'augmentation a ainsi été justifiée par le calcul du prix de revient, nécessairement plus élevé (**cf. rappel au droit n°3**).

Sur le plan stratégique, la mise en place d'un DIM de territoire a permis depuis 2018 d'approfondir les travaux relatifs aux filières de soins dans le cadre du Projet Médical Partagé, en lien avec le Comité stratégique, le Collège Médical et la Direction. Par ailleurs, plusieurs indicateurs (taux de recalculs, l'Ip-DMS, PMCT) traduisent une amélioration significative du codage, dont le GHILRM doit se féliciter (**cf. rappel au droit n°13**). A titre d'exemple, le taux de reclassement des séjours lors du dernier contrôlé sécurité sociale, est passé de 53% en 2011 et 43% en 2013 à moins de 25% en 2016 (après le recours UCR et une saisine ATIH, le GHI a récupéré presque 3% des dossiers en désaccord). C'est le meilleur taux du département.

Concernant le niveau de provision pour dépréciation des comptes de redevables (solde de 5.9M€), nous tenons à rappeler qu'il n'est pas nécessaire d'avoir une relation parfaite entre les provisions pour dépréciations de créances et les admissions en non-valeur. La provision pour dépréciation de créances vise à couvrir un risque d'irrecouvrabilité de créances, ce stock a vocation à augmenter à l'issue de chaque exécution budgétaire. Ce risque existe toujours même sur l'exercice en cours au regard du niveau de précarité des patients ou du taux de patient sans couverture assurance maladie. Les admissions en non-valeur sont donc le résultat des différentes diligences du comptable en matière de recouvrement sans issues favorables. Par nature, le rythme de ces deux opérations est décalé dans le temps. Il nous importe de couvrir le risque de dépréciation de créances au niveau du bilan à sa juste valeur, selon la méthode arrêtée avec le commissaire aux comptes (**cf. recommandation n°3**).

Notons également que toutes les charges des budgets annexes ont été revues. Les premiers travaux d'uniformisation et les discussions avec le Conseil Général de la Seine-Saint-Denis sont engagés, en vue de l'intégration de ces dépenses au budget (**cf. recommandation n°4**). Il faut relever que l'imputation des charges dans les budgets annexes auront des conséquences pour les tarifs des résidents.

- Sur la gestion des ressources humaines

En matière d'égalité femmes-hommes, un chantier spécifique a été lancé dans le cadre des travaux GHT sur les rémunérations et un pilote a été identifié. A ce jour, un état des lieux est en cours. Une première réunion de travail et la mise en place d'une phase de concertation avec les représentants du personnel aura lieu au 2<sup>e</sup> trimestre 2020 (**cf. rappel au droit n°4**).

Par ailleurs, si le bilan social 2018 du GHILRM n'a pas été réalisé, une étude détaillée des effectifs non médicaux a été finalisée en 2019 et présentée aux instances, détaillant notamment un état des lieux comparé de la situation dans chacun des trois établissements du GHT Grand Paris Nord Est. Un bilan

#### Groupement Hospitalier de Territoire Grand Paris Nord-Est

CHI Robert Ballanger  
Boulevard Robert Ballanger  
93600 AULNAY SOUS BOIS

Tél. 01 49 36 71 23  
Fax : 01 49 36 74 12

[www.ch-aulnay.fr](http://www.ch-aulnay.fr)

GHI Le Raincy-Montfermeil  
Hôpital de Montfermeil  
10 rue du Général Leclerc  
93370 MONTFERMEIL

Tél. 01 41 70 80 00  
Fax : 01 43 30 36 44

[www.ch-montfermeil.fr](http://www.ch-montfermeil.fr)

GHI Le Raincy-Montfermeil  
Hôpital des Ormes  
13 place Jean Mermoz  
93370 MONTFERMEIL

Tél. 01 45 09 70 00  
Fax : 01 45 09 70 01

[www.ch-montfermeil.fr](http://www.ch-montfermeil.fr)



CHI André Grégoire  
56 boulevard de la Boissière  
93100 MONTREUIL

Tél. 01 49 20 30 40  
Fax : 01 49 20 35 59

[www.chi-andre-gregoire.fr](http://www.chi-andre-gregoire.fr)



social annuel sera mis en place dans le cadre du GHT, conformément au décret n°88-951 du 7/10/1988 (cf. **rappel au droit n°5**) qui prendra ainsi en compte les informations relatives au GHILRM.

La régularité du décompte du temps de travail sera également assurée : les jours dits de « valorisation du présentisme » ont été supprimés au 1er janvier 2020 ; les « jours retraite » (jours de congés supplémentaires attribués avant la date de départ en retraite en fonction de l'ancienneté) seront supprimés au 1er juillet 2020, après une période transitoire pour les agents dont le départ en retraite était programmé au plus tard le 30 juin 2019 (cf. **rappel au droit n°6**).

Pour certaines catégories de personnels, le respect strict et systématique des plafonds d'heures supplémentaires se heurte à plusieurs impératifs de service public (continuité des soins, manque d'effectifs, astreintes nécessaires des personnels techniques). La direction du GHILRM a toutefois mis en place des réunions de suivi des effectifs avec l'encadrement de chaque pôle, afin de réguler le recours aux heures supplémentaires, en veillant à leur répartition équitable au sein de l'effectif et à rendre exceptionnels les dépassements d'heures supplémentaires. (cf. **rappel au droit n°5**). Depuis juin 2019, la mise en place d'un outil de gestion des remplacements a déjà permis de réguler l'attribution des heures supplémentaires. Notons que la DGOS prévoit de relever les plafonds annuels d'heures supplémentaires dans les établissements de santé, comme cela a été fait pour l'AP-HP en 2019 (décision du 20 septembre 2019 publiée au JORF).

Sur les modalités d'attribution des primes, la régularisation des conditions de versement de la prime de technicité et de l'indemnité forfaitaire technique sera effectuée début 2020 pour l'ensemble des personnels contractuels recrutés sur des emplois d'ingénieur, de technicien supérieur hospitalier, de technicien hospitalier (cf. **rappel au droit n°8**).

- Sur la gestion des ressources humaines médicales

Nous souhaitons préciser que l'ensemble des contrats d'activité libérale sont à jour depuis l'été 2018. L'activité libérale des praticiens est rigoureusement suivie par le biais d'un tableau qui a été communiqué et précisant les noms, dates de début d'activité, dates de renouvellement, dates d'approbation ARS et le nombre de demi-journées autorisées. De même les relevés SNIR sont envoyés annuellement à la CPAM. Les commissions locales d'activité libérale au titre des années 2017 et 2018 ont effectivement été reportées en mars 2019.

Nous rappelons également que le GHILRM va investir dès 2021 dans un logiciel de Gestion du Temps de Travail, permettant notamment le suivi de l'activité libérale. Aujourd'hui, un tableau de suivi permet de préciser les nombres d'actes et de consultations annuels pour chaque praticien exerçant en activité libérale. Le pourcentage de l'activité libérale est précisé au contrat du praticien, la nature et les plages étant indiquées dans le tableau de suivi (cf. **rappel au droit n°11**). A cela s'ajoute un double contrôle, auprès du praticien et sur la base des relevés SNIR (cf. **recommandation n°5**). L'ensemble des SNIR sur la période 2012-2018 ont été joints, comme mentionné dans le courrier du 29 juillet 2019 (cf.

**Groupement Hospitalier de Territoire Grand Paris Nord-Est**

CHI Robert Ballanger  
Boulevard Robert Ballanger  
93600 AULNAY SOUS BOIS

Tél. 01 49 36 71 23  
Fax : 01 49 36 74 12

[www.ch-aulnay.fr](http://www.ch-aulnay.fr)

GHI Le Raincy-Montfermeil  
Hôpital de Montfermeil  
10 rue du Général Leclerc  
93370 MONTFERMEIL

Tél. 01 41 70 80 00  
Fax : 01 43 30 36 44

[www.ch-montfermeil.fr](http://www.ch-montfermeil.fr)

GHI Le Raincy-Montfermeil  
Hôpital des Ormes  
13 place Jean Mermoz  
93370 MONTFERMEIL

Tél. 01 45 09 70 00  
Fax : 01 45 09 70 01

[www.ch-montfermeil.fr](http://www.ch-montfermeil.fr)



CHI André Grégoire  
56 boulevard de la Boissière  
93100 MONTREUIL

Tél. 01 49 20 30 40  
Fax : 01 49 20 35 59

[www.chi-andre-gregoire.fr](http://www.chi-andre-gregoire.fr)



**recommandation n°6**). Le suivi de l'activité libérale fait également l'objet d'un contrôle approfondi de la part du Commissaire aux comptes chaque année.

En ce qui concerne les praticiens contractuels, les durées d'exercice sont respectées, conformément aux textes R6152-403 du code de santé publique. Seuls les PHC affectés sur des missions spécifiques (SAU/SMUR/CSAPA) n'ont pas les mêmes durées que les autres contrats de PHC issu de l'article R6152-402 du code de santé publique (**cf. rappel au droit n°9**).

Afin de pallier à la pénurie de certaines spécialités et dans un objectif de maintien de la continuité des soins, un nombre très restreint de PHC ont pu percevoir une rémunération en dehors des plafonds du statut des PHC de l'échelon 4+10%. Cette dérogation locale a été permise par extension du statut de Clinicien qui n'a pas pu être mise en œuvre au sein du GHI (**cf. rappel au droit n°10**).

L'équipe du GHI Le Raincy-Montfermeil se tient à votre entière disposition pour toute information complémentaire.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, mes salutations les plus distinguées.

Directrice Générale des CHI Aulnay-Sous-Bois,  
du CHI Montreuil et du GHI Raincy-Montfermeil

Yolande DI NATALE

**Groupement Hospitalier de Territoire Grand Paris Nord-Est**

CHI Robert Ballanger  
Boulevard Robert Ballanger  
93600 AULNAY SOUS BOIS

Tél. 01 49 36 71 23  
Fax : 01 49 36 74 12

[www.ch-aulnay.fr](http://www.ch-aulnay.fr)

GHI Le Raincy-Montfermeil  
Hôpital de Montfermeil  
10 rue du Général Leclerc  
93370 MONTFERMEIL

Tél. 01 41 70 80 00  
Fax : 01 43 30 36 44

[www.ch-montfermeil.fr](http://www.ch-montfermeil.fr)

GHI Le Raincy-Montfermeil  
Hôpital des Ormes  
13 place Jean Mermoz  
93370 MONTFERMEIL

Tél. 01 45 09 70 00  
Fax : 01 45 09 70 01

[www.ch-montfermeil.fr](http://www.ch-montfermeil.fr)

   @ght\_gpne1

CHI André Grégoire  
56 boulevard de la Boissière  
93100 MONTREUIL

Tél. 01 49 20 30 40  
Fax : 01 49 20 35 59

[www.chi-andre-gregoire.fr](http://www.chi-andre-gregoire.fr)





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

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

**Chambre régionale des comptes Île-de-France**

6, Cours des Roches

BP 187 NOISIEL

77315 MARNE-LA-VALLÉE CEDEX 2

Tél. : 01 64 80 88 88

[www.ccomptes.fr/fr/crc-ile-de-france](http://www.ccomptes.fr/fr/crc-ile-de-france)