

RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES et sa réponse

GROUPE HOSPITALIER PAUL GUIRAUD À VILLEJUIF (94)

Exercices 2008 et suivants

Observations définitives délibérées le 26 juin 2014

SOMMAIRE

| SOMMAIRE | |
|---|--------|
| SYNTHÈSE | 4 |
| RECOMMANDATIONS | 6 |
| OBSERVATIONS | 7 |
| RAPPEL DE LA PROCÉDURE | 7 |
| 1. UN ÉTABLISSEMENT EN RESTRUCTURATION | 8 |
| 1.1. Un environnement démographique hétérogène | 8 |
| 1.2. Une organisation des structures internes en évolution | |
| 1.3. Une équipe de direction renouvelée | |
| 1.4. Une offre de soins reconnue | 9 9 |
| 1.5. La continuité dans les objectifs inscrits aux COM successifs | |
| 2. UNE SITUATION FINANCIÈRE QUI SE DÉTÉRIORE | 14 |
| 2.1. Une situation financière à surveiller | |
| 2.2. Une prospective financière obligeant à des économies significatives | |
| 3. LA FIABILITÉ DES COMPTES EN VOIE D'AMÉLIORATION | 29 |
| 3.1. Fiabilité de l'actif du bilan 3.1.1. Immobilisations incorporelles et corporelles 3.1.2. Opérations de cessions d'actifs 3.1.3. Amortissements 3.1.4. Immobilisations en cours 3.1.5. Autres immobilisations financières | |
| 3.2. Fiabilité de l'actif circulant | |
| 3.3. Fiabilité du passif du bilan | |
| 3.4. Opérations hors bilan | |

| 3.5. Fiabilité du compte d'exploitation | 33 |
|---|----|
| 3.5.1. Rattachement des charges | |
| 3.5.2. Rattachements des produits | |
| 3.5.3. TVA | |
| 3.5.4. Relations entre compte principal et comptes annexes | 35 |
| 3.6. L'engagement dans un processus de fiabilisation des comptes | 35 |
| 4. UNE GESTION DES RESSOURCES HUMAINES A MAÎTRISER | 35 |
| 4.1. Pilotage et efficience | 36 |
| 4.1.1. Pilotage de la masse salariale | 36 |
| 4.1.2. Gouvernance de la gestion des ressources humaines | |
| 4.1.3. Efficience de l'organisation | 43 |
| 4.2. Gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC) | 45 |
| 4.2.1. Degré de formalisation de la GPMC | 45 |
| 4.2.2. Connaissance des marges de manœuvre | 46 |
| 4.3. Indicateurs issus des bases de données nationales et régionales | 47 |
| 4.4. Application des textes dans la gestion des ressources humaines | 47 |
| 4.4.1. Avancement | 47 |
| 4.4.2. Gestion des contractuels | |
| 4.4.3. Primes et indemnités | |
| 4.4.4. Des avantages en nature conformes à la réglementation | 50 |
| 4.5. Temps de travail au groupe hospitalier Paul Guiraud | |
| 4.5.1. Un accord ARTT basé sur une journée de 8 heures | |
| 4.5.2. Temps de travail médical | 54 |
| 4.6. Absentéisme | 56 |
| 4.6.1. Décompte des absences | |
| 4.6.2. Suivi de l'absentéisme | 56 |
| 5. EXISTENCE DE MARCHÉS CONTESTÉS, MAIS RÉGULIERS | 58 |
| 5.1. De nouveaux bureaux pour de nouveaux postes | 58 |
| 5.1.1. Création d'un bureau pour le directeur des ressources humaines | |
| 5.1.2. Aménagement d'un bureau pour le directeur du patrimoine et des investissements | |
| 5.2. Échantillon de marchés | 59 |
| ANNEXES | 60 |
| Eléments relatifs à la situation financière | |
| Eléments relatifs à la fiabilité des comptes | 69 |
| Eléments relatifs à la gestion des ressources humaines | 73 |
| CLOSSAIRE | 77 |

SYNTHÈSE

Le groupe hospitalier Paul Guiraud (GHPG) à Villejuif (94) assure la prise en charge de plus de 21 000 adultes en matière de santé mentale dans un bassin de population réunissant 30 communes du sud parisien. Son offre de soins reconnue s'accompagne de multiples partenariats et de la participation à de nombreux réseaux, pour lesquels un suivi plus étroit apparaît nécessaire.

L'établissement qui est l'un des trois plus importants hôpitaux psychiatriques de France est actuellement engagé dans une profonde restructuration. Celle-ci vise à réduire les capacités installées afin de respecter les engagements pris dans le cadre du contrat d'objectifs et de moyens signé avec l'ARH/ARS d'Île-de-France et à mieux les répartir sur le territoire pour se rapprocher des lieux de vie des patients et s'inscrire dans les parcours de soins.

L'établissement a engagé parallèlement une réorganisation de ses structures internes. Mais celle-ci peine toutefois à atteindre l'objectif fixé au projet d'établissement *Agir ensemble* et, elle ne permettra pas, sans la signature de contrats avec des pôles de taille suffisante, de mettre pleinement en œuvre la déconcentration et la délégation de gestion.

Au cours de la période examinée (2008-2012), la situation financière du GHPG se caractérisait par un résultat consolidé largement positif jusqu'en 2011, suivi d'une année 2012 en déficit. Les dépenses du compte principal ont progressé plus rapidement que les recettes, portées essentiellement par une inflation des dépenses de personnel. Celle-ci a résulté, pour l'essentiel, d'une augmentation de 17,9 % des effectifs (+318,56 ETP supplémentaires) entre 2009 et 2012, que l'étude d'efficience amorcée par l'établissement n'est pas parvenu à justifier. Le GHPG devra s'efforcer de maîtriser ce poste de dépenses dans le cadre d'une réflexion globale sur sa politique de ressources humaines et de gestion du temps de travail.

Si les résultats du compte des écoles sont restés positifs durant la période, ceux du compte annexe du centre de soins, d'addictologie et de prévention en addictologie (CSAPA) ont aggravé le déficit en 2012.

Néanmoins, l'établissement a dégagé une capacité d'autofinancement satisfaisante durant la période 2007-2012, ce qui lui a permis de financer ses investissements à hauteur de 97 M€. L'opération sur le site de Clamart, deuxième site d'hospitalisation complète du groupe hospitalier qui s'est achevée en 2012, s'est déroulée dans des conditions de définition du programme et d'identification des responsabilités de pilotage insuffisantes. La seconde opération d'importance, relative à l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) pour l'hospitalisation des personnes détenues souffrant de troubles psychiatriques, a respecté l'enveloppe prévisionnelle inscrite au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) de 2009. Les relocalisations ne sont toutefois pas terminées.

Durant la période examinée, le fond de roulement net global (FRNG) et le besoin en fonds de roulement (BFR) sont restés positifs. Cela a permis de dégager une trésorerie fortement excédentaire pour laquelle l'établissement devra définir une politique d'optimisation. Il devra également veiller à ne recourir à l'emprunt qu'en fonction des équilibres bilantiels. L'encours de la dette a augmenté de 29 M€ sur la période et la durée apparente de la dette a atteint plus de 64 ans en 2012.

L'année 2012 s'est achevée sur une nette dégradation des performances du GHPG, bonnes jusque-là. Celle-ci a provoqué une révision à la baisse des hypothèses du plan global de financement pluriannuel (PGFP). Un réexamen du plan pluriannuel d'investissement (PPI) adossé à un plan d'économies a été effectué également pour permettre de respecter l'équilibre des comptes annexes et l'obtention d'un résultat positif du compte principal.

L'établissement, dans sa réponse aux observations provisoires, a indiqué que sa situation financière s'est améliorée en 2013 avec un résultat consolidé provisoire en déficit de 0,29 M€ et une CAF de 4,61 M€.

La fiabilité des comptes du GHPG est allée en s'améliorant. Le contrôle mené en 2011 par la direction départementale des finances publiques (DDFiP), à la suite d'un évènement indésirable dans les locaux du poste comptable, a permis d'identifier des anomalies qui étaient, pour certaines, déjà corrigées. L'harmonisation des procédures entre l'ordonnateur et le comptable doit être assurée.

La gestion des ressources humaines n'est pas suffisamment maîtrisée et des marges sont à rechercher essentiellement dans la baisse des effectifs, d'une part, et dans la révision de l'accord ARTT trop coûteux, d'autre part.

Cette démarche devra passer par la densification des outils de mesure d'efficience et de parangonnage des organisations, mais également par la mise en œuvre de la délégation de gestion vers des pôles de taille médico-économique suffisante.

RECOMMANDATIONS

| RAPPEL DE LA PROCÉDURE7 |
|--|
| 1. UN ÉTABLISSEMENT EN RESTRUCTURATION8 |
| $\begin{tabular}{lllllllllllllllllllllllllllllllllll$ |
| La chambre recommande au centre hospitalier Paul Guiraud de finaliser au plus tôt la contractualisation interne sur la base de pôles dont la taille permettrait une déconcentration de gestion médico-économique efficace |
| Recommandation n° 2 |
| Compte tenu du nombre important de partenariats développés par le groupe hospitalier Paul Guiraud, la chambre recommande à l'établissement de formaliser un tableau de bord de suivi de manière à mieux évaluer la réalisation de leurs objectifs et les moyens consacrés ainsi que l'implication de chaque partenaire |
| 2. UNE SITUATION FINANCIÈRE QUI SE DÉTÉRIORE14 |
| Recommandation n °3 |
| Au regard des fortes fluctuations constatées au cours de la période examinée, la chambre recommande à l'établissement à mettre en pratique une gestion optimisée de la trésorerie 21 |

OBSERVATIONS

RAPPEL DE LA PROCÉDURE

L'examen de la gestion du groupe hospitalier Paul Guiraud à Villejuif (94) a été inscrit au programme 2012 de la chambre régionale des comptes d'Île-de-France.

Les lettres d'ouverture du contrôle ont été adressées, le 19 avril 2012, au directeur, M. Henri Poinsignon, à l'ancien directeur, M. Éric Graindorge, et au président du conseil de surveillance, M. Gilles Delbos, conseiller général.

M. Gérard Barsacq, directeur par intérim du 2 avril au 23 octobre 2009, a été informé de l'engagement du contrôle par une lettre du 18 décembre 2012 reçue le 24 décembre 2012.

L'établissement a été inclus dans l'échantillon d'une enquête commune à la Cour des comptes et aux chambres régionales et territoriales des comptes sur les dépenses de personnel hospitalier.

Le présent contrôle a porté sur les exercices 2008 et suivants. Il a pour objet, d'analyser notamment, le contexte stratégique de l'établissement, la sincérité des comptes, l'analyse financière rétrospective et prospective ainsi que la gestion des dépenses de personnel.

Les entretiens préalables avec les anciens ordonnateurs ont eu lieu, le 4 septembre 2013, (par téléphone) avec M. Barsacq, le 10 septembre 2013 (par téléphone) avec M. Graindorge et, le 4 décembre 2013, avec M. Poinsignon.

Dans sa séance du 30 janvier 2014, la chambre a formulé les observations provisoires qui ont été adressées le 13 mars 2014 au directeur en poste, M. Henri Poinsignon, dont il a accusé réception le 14 mars 2014.

Messieurs Gérard Barsacq et Eric Graindorge, anciens ordonnateurs, ont été destinataires, à la même date, d'extraits dont ils ont accusé réception respectivement le 17 mars 2014 et le 14 mars 2014.

Ont répondu aux observations de la chambre :

- M. Henri Poinsignon par courrier du 11 avril 2014 enregistré au greffe de la chambre le 18 avril 2014;
- M. Eric Graindorge par courrier du 5 mai 2014 enregistré au greffe de la chambre le 12 mai 2014.

Dans la séance du 26 juin 2014, la chambre a examiné les réponses apportées à ses observations provisoires et a formulé, à titre définitif, les observations rapportées ci-dessous.

1. UN ÉTABLISSEMENT EN RESTRUCTURATION

1.1. Un environnement démographique hétérogène

Le groupe hospitalier Paul Guiraud (GHPG) assure une mission de service public en santé mentale. Il prend en charge les adultes dans un bassin de santé de 921 000 habitants, soit près de 10 % de la population francilienne, répartis sur un territoire de 140 km² et 30 communes du sud parisien. Son offre de soins se distribue sur deux départements : les Hauts-de-Seine (92) et le Val-de-Marne (94).

Les données sociodémographiques soulignent de profondes disparités entre les territoires (départements) et entre certaines communes desservies. Ces disparités ont conduit l'établissement, dans le cadre de son dernier projet stratégique (2011-2015), à mieux évaluer les besoins de la population pour procéder à des ajustements de son offre de soins.

1.2. Une organisation des structures internes en évolution

L'offre de soins psychiatrique, de niveau 1, concerne treize secteurs de psychiatrie – six secteurs dans le Val-de-Marne et sept dans les Hauts-de-Seine. Deux lieux d'hospitalisation complète sont proposés : un à Villejuif et, depuis 2012, un à Clamart. Les structures extra hospitalières, au nombre de 55, sont inégalement réparties sur les secteurs.

Cette offre est divisée, au sein de l'établissement, entre les pôles d'activité dont la constitution procède de l'ordonnance du 2 mai 2005. Celle-ci a incité les établissements publics de santé à regrouper leurs structures internes en pôles et à s'inscrire dans la déconcentration de gestion vers le corps médical.

A ce jour, si huit pôles résultent de regroupements de structures internes, l'établissement compte encore neuf pôles mono-secteur psychiatriques. La démarche d'organisation en pôles longtemps liée aux réalisations immobilières n'est pas portée par l'ensemble des acteurs médicaux et non médicaux.

Le maintien de cette organisation, encore trop mono-secteur, a conduit l'établissement à adapter la déconcentration voulue par le législateur. Elle s'adresse, en effet, à des pôles qui n'ont pas tous atteint une taille suffisante pour que les délégations de gestion et de moyens aient un sens. De plus, les contrats de pôle qui en sont issus ont des difficultés à être validés en interne.

La recomposition de l'offre de soins par territoire et en réseau, prévue dans le document *Agir ensemble*, impliquait que la redéfinition du périmètre des pôles soit l'occasion de mettre à la disposition d'un territoire de santé une offre de soins, en adéquation avec la demande.

Recommandation n° 1.

La chambre recommande au centre hospitalier Paul Guiraud de finaliser au plus tôt la contractualisation interne sur la base de pôles dont la taille permettrait une déconcentration de gestion médico-économique efficace.

1.3. Une équipe de direction renouvelée

Au cours de la période examinée, la composition des équipes de direction a très souvent évolué.

Cette rapide rotation des directeurs et la recomposition des domaines de compétence de chaque direction n'ont pas facilité le suivi des différents dossiers, d'autant que la trésorerie de rattachement de l'établissement a, elle aussi, subi le même phénomène de rotation de personnel.

Les modalités de collaboration entre l'ordonnateur et le comptable public n'ont pu être formalisées dans une convention de services comptables et financiers. Cette lacune est regrettable. En effet, la fiabilité des comptes, qui présentait de nombreuses anomalies, aurait déjà pu faire l'objet d'un travail en commun pour procéder à des corrections simples d'écritures comptables et apurer certains comptes (cf. chapitre 3 ci-après) dans la perspective de la prochaine certification des comptes de l'établissement.

1.4. Une offre de soins reconnue

Le groupe hospitalier Paul Guiraud (GHPG) prend en charge près de 21 200 patients. Chacun des 13 secteurs est doté d'une ou plusieurs unités en hospitalisation complète, que viennent compléter les 55 structures extrahospitalières.

Au 31 décembre 2012, 530 lits à temps complet (avec l'UMD), 160 places d'hôpital de jour et 31 d'hospitalisation de nuit étaient installés. L'établissement dispose, en outre, de places en postcure, hospitalisation à domicile (HAD) et appartements communautaires.

Il assure, au centre pénitentiaire de Fresnes, un service médico-psychologique régional doté d'une unité psychiatrique d'hospitalisation de 33 lits, d'une unité de consultation, d'une unité de liaison, d'un centre de soins spécialisé en addictologie et de deux quartiers intermédiaires pour les sortants.

Le GHPG occupe une place reconnue dans l'offre de soins francilienne en psychiatrie grâce aux partenariats étroits et spécifiques avec les services d'accueil des urgences, les réseaux de santé - notamment dans l'éducation thérapeutique - et les partenaires médico-sociaux pour le développement de projets alternatifs à l'hospitalisation au long cours.

Parallèlement, l'équipe de l'unité psychiatrique intersectorielle (UNPAS) 92, en liaison avec les professionnels du secteur social du département des Hauts-de-Seine, gère un dispositif d'accès aux soins et de prise en charge psychique pour les personnes en situation de précarité des territoires des Hauts-de-Seine couverts par l'établissement. La même action en liaison avec le département du Val-de-Marne est en cours d'expérimentation pour les six secteurs regroupés dans le réseau naissant *Orignal*.

1.4.1. De nombreux partenariats

Le GHPG a noué des partenariats avec l'AP-HP et intervient dans ses établissements du Val-de-Marne (Henri Mondor, Paul Brousse, Kremlin-Bicêtre) et des Hauts-de-Seine (Antoine Béclère et Ambroise Paré).

Il a également conclu plusieurs partenariats pour des prises en charge ciblées, des actes médicotechniques ou des prestations logistiques (CH Fondation Vallée à Gentilly, Institut Gustave Roussy, EPS Maison Blanche, GCS Coopsif, HCL, Association Afaser, Réseau de partenariat périnatalité).

La convention, conclue en 2009 avec l'établissement public de santé national de Fresnes (EPSNF) relative aux personnes en rétention administrative, n'a été mise en œuvre qu'en une unique occasion au cours de la période.

Par ailleurs, le GHPG assure huit demi-journées de praticien au bénéfice des patients du centre pénitentiaire de Fresnes dans les deux centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) de Fresnes et de Bicêtre.

Le suivi des conventions, tel qu'il résulte des engagements souscrits par l'établissement devrait permettre de mieux formaliser les objectifs, les moyens mis à disposition, les responsabilités de chaque acteur et les plans d'actions.

1.4.2. Des travaux de recherche

Participe enfin, au rayonnement de l'établissement, l'investissement de ses équipes médicales dans de nombreux travaux de recherche en psychiatrie et dans des champs connexes.

1.5. La continuité dans les objectifs inscrits aux COM successifs

Le contrat d'objectifs et de moyens (COM) 2006-2008, signé avec l'ARH, engageait l'établissement à rapprocher ses lieux de prise en charge du domicile des patients et à réorganiser la prise en charge des patients au long cours et celle des urgences psychiatriques dans les services d'accueil des urgences (SAU) des deux départements de référence.

En 2007, ces orientations ont été réaffirmées dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) conclu pour une nouvelle période de cinq ans. Ce dernier, prolongé jusqu'en décembre 2013, devait permettre la mise en œuvre du projet d'établissement.

1.5.1. La structuration de l'offre de soins en cours

Le GHPG a proposé une structuration de son offre sous forme de schéma d'évolution à long terme.

Cette décision résulte du constat que le CHPG souffrait à la fois d'une concentration des locaux d'hospitalisation sur un site unique et d'un état médiocre de son patrimoine. Les locaux d'hospitalisation situés à Villejuif ne répondaient plus aux conditions d'hospitalisation attendues au XXI^{ème} siècle. Les structures ambulatoires étaient inégalement réparties sur le territoire. Enfin, les politiques des secteurs étaient hétérogènes avec, parfois, des taux de patients chroniques élevés et un taux d'inter-sectorialité important. De plus, les liens avec les SAU étaient insuffisants et le secteur médico-social inexistant.

1.5.1.1. La réduction des lits actifs et leur relocalisation à poursuivre

L'engagement prévu au contrat d'objectif et de moyens d'atteindre 390 lits de psychiatrie active, sur la base de 30 lits par secteur, n'a pas encore été atteint, même si la diminution des capacités installées en hospitalisation complète a été entamée. Toutefois, le processus a été freiné par la forte concentration des structures et la faiblesse des capacités en médicosocial.

L'année 2011 (422 lits à temps complet) a, en effet, été marquée par la saturation des capacités d'hospitalisation. Celle-ci, aggravée les vendredis, samedis et dimanches, a conduit à une utilisation généralisée des lits de permissionnaires ou de patients mis à l'isolement, l'installation de lits supplémentaires dans des chambres à un lit, mais aussi à des difficultés de programmation hors juillet / août des travaux de maintenance et d'entretien des chambres, notamment celles d'isolement.

L'établissement constate une évolution constante de la file active, avec une hausse des prises en charge en hospitalisation ambulatoire et une baisse de la file active des patients hospitalisés à plein temps, et des hospitalisations sans consentement. Les hospitalisations de longue durée (au-delà de 292 jours) occupent plus de 40 % des lits installés, alors que près de 40 % de ces patients relèvent du secteur médico-social.

A la suite du transfert de quatre secteurs sur le site de Clamart, l'établissement a ouvert une unité de patients au long cours de 20 lits et une unité de polyhandicapés de 10 lits, générant ainsi une disponibilité de 15 lits de psychiatrie active. En outre, en 2012, 16 lits ont été ouverts au pavillon 39 pour les patients du secteur Boulogne Nord (92G14).

En 2012, le nombre de lits installés est repassé à 451 en intrahospitalier et 10 en extrahospitalier.

La fluidité du parcours d'hospitalisation constitue encore un enjeu majeur de l'amélioration de la gestion de l'établissement. L'optimisation des capacités en lits d'hospitalisation est donc toujours un objectif à atteindre.

Les hospitalisations inadéquates et de longue durée ayant un impact sur la rotation des lits, plusieurs mesures d'évaluation et d'anticipation des besoins ont été mises en place. Les personnels ont aussi été sensibilisés quant à l'orientation des patients vers des solutions alternatives lorsque leur état le permet.

L'offre d'hospitalisation trop concentrée sur le site de Villejuif et l'opposition des personnels jusqu'en 2010 aux déploiements vers d'autres sites ont contribué à retarder les projets pourtant nécessaires à une meilleure prise en charge de la population, ainsi qu'à accroître la pression sur les lits.

L'établissement devait relocaliser en deux étapes l'ensemble des secteurs des Hauts-de-Seine : les secteurs 16 à 19 se sont associés pour concevoir la structure de Clamart ; les secteurs 13 à 15 devaient envisager une structure d'hospitalisation sur le bassin de Boulogne.

L'objectif a été partiellement réalisé avec l'ouverture en mai 2012 de la clinique de Clamart adossée aux urgences de l'hôpital Béclère. Cette clinique intersectorielle de 120 lits regroupe l'activité de quatre secteurs sur la base de nouvelles approches organisationnelles. Elle a été ouverte avec un retard de trois années sur la programmation initiale.

1.5.1.2. La structuration de filières pour la sortie des patients (aval)

La mise en œuvre de prises en charge adaptées pour des malades au long cours reposait sur la création de structures médico-sociales. Pour les patients du Val-de-Marne, l'établissement devait créer une maison d'accueil spécialisée (MAS) avec mise à disposition du terrain sur le site de Villejuif dans le cadre d'un partenariat avec une association. La

réalisation d'une autre MAS était envisagée pour le département des Hauts-de-Seine ainsi que celle de deux maisons-relais¹.

L'objectif a été partiellement atteint avec la création de deux MAS, en partenariat avec la Fondation des Amis de l'Atelier, mais également dans le cadre d'une réalisation retardée : « MAS 94 » Les Hautes Bruyères sur le site de Villejuif prévue en 2007, réalisée en 2008 ; « MAS 92 » Châtillon réalisée en 2011. Deux conventions ont été signées en 2008 avec la même fondation pour deux maisons-relais au Plessis-Robinson (92) et à Chevilly-Larue (94).

En-sus des projets inscrits au COM, l'établissement assure un travail en réseau dans le cadre de conventions avec une dizaine de structures médico-sociales.

1.5.1.3. Une meilleure complémentarité avec les structures qui adressent les patients au GHPG (amont)

Sur la zone géographique du GHPG, trois services d'accueil des urgences (SAU) primaires et deux secondaires sont implantés.

L'établissement, quant à lui, dispose d'un service d'accueil et d'orientation et d'un système de permanence. Le projet médical prévoyait une complémentarité renforcée avec les SAU pour mieux organiser le circuit court des patients et favoriser la psychiatrie de liaison pour une orientation adaptée.

Bien qu'en 2009, des conventions aient été effectives avec trois structures d'urgence (Ambroise Paré, Antoine Béclère, le Kremlin-Bicêtre), le dispositif ne permettait pas une couverture complète sur le plan géographique et des services offerts. Seuls six secteurs étaient pris en charge et le nombre de lits de courte durée était insuffisant.

L'hôpital s'était donné pour objectif de compléter la couverture du bassin d'attraction vers Henri Mondor et Villeneuve-Saint-Georges, de négocier la mise à disposition de lits de courte durée, de compléter les permanences des soignants et de finaliser des liens entre les services d'urgence et les centres médico-psychologiques.

Selon l'établissement, les SAU fourniraient environ 40 % des admissions en hospitalisation complète ou ambulatoire.²

Le bilan de fonctionnement des conventions avec les SAU, établi fin 2010, a révélé nombre de dysfonctionnements, notamment une implication insuffisamment structurée du GHPG, et il a conduit à des révisions. L'évaluation des effectifs mis en place dans les trois SAU de l'AP-HP (Bicêtre, Béclère, Ambroise Paré) et avec le CH de Saint-Anne (pour le SAU d'Ambroise Paré), ainsi que des organisations de gardes avec les équipes médicales rattachées aux SAU, a été réalisée avec les acteurs médicaux et soignants. L'actualisation des quatre conventions en vigueur s'est traduite par la finalisation d'annexes décrivant les moyens mis en place par chaque partie contractuelle.

² Ces chiffres, issus du système d'information de l'établissement, sont cependant à prendre avec précaution, car le passage par un service d'urgence n'est pas une donnée saisie systématiquement dans le logiciel de production de soins Cimaise. Cette lacune sera corrigée à partir de 2013.

¹ Maison-relais : destinée à l'accueil de personnes à faible niveau de ressources, dans une situation d'isolement ou d'exclusion lourde, et dont la situation sociale et psychologique, voire psychiatrique, rend impossible, à échéance prévisible, leur accès à un logement ordinaire.

Enfin, la communication entre l'infirmerie psychiatrique de la préfecture de Paris (IPPP) et les services du GHPG (admissions, services, bureau d'accueil et d'orientation) a parfois été difficile du fait de procédures imprécises dans un contexte de tension sur les lits d'hospitalisation. Des améliorations ont été apportées.

La chambre relève, même si l'établissement a mis en place un dispositif d'évaluation du fonctionnement de ses conventions, que son implication et ses procédures sont encore insuffisamment structurées.

Recommandation n° 2.

Compte tenu du nombre important de partenariats développés par le groupe hospitalier Paul Guiraud, la chambre recommande à l'établissement de formaliser un tableau de bord de suivi de manière à mieux évaluer la réalisation de leurs objectifs et les moyens consacrés ainsi que l'implication de chaque partenaire.

1.5.2. Continuité dans les orientations du projet d'établissement

Le projet d'établissement 2011-2015, *Agir Ensemble*, s'inscrit dans la continuité des orientations du contrat d'objectifs et de moyens (COM) de 2006-2007, dont les actions qui n'ont pas été achevées devraient être conduites à leur terme. Le projet médical 2011-2015 reprend l'objectif de recomposition de l'offre de soins par territoire et en réseau et il a été adopté par le conseil de surveillance, le 20 janvier 2012.

De nouvelles orientations devaient être incluses dans le contrat pluriannuel en fonction des priorités des projets médicaux de territoire, en lien avec le projet régional de santé (PRS) de l'ARS d'IDF. Pour ce qui concerne les Hauts-de-Seine et le Val-de-Marne, l'accent devait être mis sur la psychiatrie du sujet âgé, la prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence.

Les principes d'organisation ont été confirmés : maintien ou développement d'activités à vocation régionale ou interrégionale, coordination accrue avec les structures médicosociales. L'établissement s'engage à proposer une diversité de dispositifs par secteurs desservis, et il considère que les pôles lui permettront de rapprocher la répartition des moyens et les besoins de la population.

Le projet d'établissement n'est pas accompagné d'une déclinaison plus opérationnelle en actions. Elle serait pourtant nécessaire pour permettre une clarification et une meilleure appropriation par les acteurs internes amenés à le mettre en œuvre.

C'est notamment le cas du schéma directeur des systèmes d'information dont la priorité, dès 2008, était de mieux maîtriser la gestion interne et de mettre en œuvre le dossier médical personnel (DMP). Les développements inscrits dans le nouveau projet d'établissement ne permettent pas d'établir le bilan du projet précédent, ni les actions prioritaires du nouveau projet, au-delà des considérations générales sur une évolution progressive des outils pour consolider l'existant.

Le projet d'établissement retient une nouvelle organisation des services prestataires avec la construction d'une plateforme logistique. Pour financer ce projet, des négociations sont en cours avec la commune de Villejuif.

La modernisation du patrimoine immobilier est considérée comme nécessaire, car, à côté du nouveau site de Clamart, l'établissement dispose d'un patrimoine hétérogène. Pour cela, le groupe envisage de conduire son schéma directeur immobilier en deux phases³ dont la première porte sur les évolutions à cinq ans, qui pourront intégrer des étapes intermédiaires de relocalisation et de réorganisation sur le site.

1.5.3. Accompagnement financier du CPOM

L'ARS a accompagné financièrement la réalisation du CPOM par des aides contractuelles, intégrées dans la dotation annuelle de fonctionnement (DAF), relatives notamment à des opérations déjà réalisées⁴. Elle soutient également le renforcement des effectifs pour la relocalisation de la clinique de Clamart.

Un bilan financier des opérations réalisées est annexé au contrat et indique que le surcoût de la clinique de Clamart est de 4 M€.

2. UNE SITUATION FINANCIÈRE QUI SE DÉTÉRIORE

La dynamique du projet d'établissement, *Agir Ensemble*, a profité d'une bonne situation financière au cours des années passées.

Toutefois l'évolution des dépenses a été plus rapide que celle des recettes, en raison, principalement, d'une forte augmentation des charges de personnel. Le financement de l'investissement a été équilibré, mais décalé dans le temps, et s'est appuyé sur le recours parfois trop anticipé à l'emprunt.

Enfin, les prévisions du plan global de financement pluriannuel (PGFP) 2012, dont les hypothèses ont dû être revues à la demande de l'ARS, doivent conduire à une révision du plan d'investissement et à un effort d'économies sur les dépenses d'exploitation.

2.1. Une situation financière à surveiller

2.1.1. Le compte de résultat est globalement positif

Les résultats de l'ensemble des comptes ont été positifs sur la période 2008-2011. Un basculement s'est produit en 2012 avec l'apparition d'un déficit de 1,44 M€. Le compte financier provisoire pour 2013 affiche encore un résultat consolidé négatif de 242 224€.

En cumulé sur la période examiné, le compte principal a dégagé néanmoins un excédent de 4,97 M€. La contribution des deux comptes annexes au résultat consolidé (1,38 M€) a représenté 21,7 % de l'excédent global de la période (6,35 M€).

-

³ Document de travail en date du 4 décembre 2012.

⁴ Aménagement de l'unité de malades difficiles (0,540 M€), complémentarité avec les SAU et le travail en réseau (0,482 M€), pérennisation des PRAPS (0,054 M€). Une aide était allouée sur le Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) pour l'amélioration des conditions de travail (0,157 M€), le tutorat infirmier (0,437 M€) en 2008 et pour le fonctionnement de la structure de Clamart (0,630 M€) en 2010. 0,20M€ en 2007, 0,31 M€ en 2009 avec la mention d'une subvention du FMESPP de 11,92 M€ pour l'UHSA.

2.1.1.1. Les dépenses du compte principal ont progressé plus vite que les recettes.

Une régularisation a été opérée sur l'exercice 2011 pour reprendre 11,36 M€ de provisions au compte 158 « autres provisions pour charges » et les transférer au compte 142 « provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations ». L'évolution des charges et des produits du compte principal doit donc être appréciée après correction.

Sur la période 2008-2012, les charges ont augmenté de 9,4% et les produits de 8,3 %. En 2009, une baisse des dépenses des titres I (charges de personnel) et IV (charges à caractère hôtelier et général) a annulé la hausse intervenue en 2008, mais elle a été suivie d'une très forte progression des dépenses au cours des exercices 2010 à 2012.

2.1.1.1.1. Les charges de personnel, facteur majeur de la croissance des dépenses.

Les charges de personnel du compte principal, après avoir diminué de 1,61 M€ en 2009, ont crû de 12,95 M€ en trois ans (+ 14 %). Elles font l'objet d'une analyse plus détaillée au chapitre 4.1.1.1 ci-après.

Les charges à caractère médical du compte principal ont augmenté de 20,3 % sur la période 2008 (3,23 M€) à 2012 (3,69 M€). Leurs évolutions ont été contrastées mais leur part dans les dépenses du compte principal est restée stable autour de 3,0 %.

Les charges à caractère hôtelier et général du compte principal ont crû de 19,3 % entre 2008 (11,56 M€) et 2012 (12,99 M€), dont 9,1 % sur le seul exercice 2010 (+1,04 M€). La plus forte hausse de cet exercice est porté sur le compte 623 « Informations, publications, relations publiques » (compte communication), qui est passé de 0,14 M€ à 0,61 M€ En 2012, il était encore de 0,55 M€ et, selon l'établissement, serait ramené à 0,29 M€ en 2013.

La part du titre III dans les dépenses du compte principal est passée de $9,6\,\%$ à $10,5\,\%$ entre 2008 et 2012.

Les charges de titre IV du compte principal ont diminué de 26,3 % entre 2008 (10,99 M€) et 2012 (9,46 M€), en raison d'une dotation plus faible aux comptes de provisions et dépréciations (-75,4 %) en 2012. Parallèlement, les frais financiers ont plus que doublé (+ 155,3 %) entre 2010 (0,52 M€) et 2012 (0,97 M€) du fait de la mobilisation des emprunts destinés au financement des opérations d'investissement. Les amortissements ont augmenté de 6,1 % et les annulations de titres sur exercices antérieurs de 23,6% (1,48 M€ en 2012).

Au cours de l'exercice 2008 a été enregistrée une cession d'actifs pour une valeur nette comptable de 1,86 M€⁵ sans laquelle les dépenses du titre IV ne se seraient élevées qu'à 9,13 M€ (- 8,2 % par rapport à 2007). En 2009, les dotations aux provisions ont connu un pic du fait d'une dotation au compte 143 *comptes épargne-temps* de 1,14 M€.

Par ailleurs, l'augmentation des montants inscrits aux comptes de charges sur exercices antérieurs, qui s'élevaient au total de 0,38 M€ en 2012 et de 0,19 M€ en 2008, conduit à s'interroger sur leur nature (cf. § 3.5.1.3).

La part du titre IV dans les dépenses du compte principal a diminué de 8,4 % en 2007 à 6,2 % en 2012.

15/79

⁵ 1,88 M€ dont 0,45 M€ de bâtiments et 1,32 M€ d'installations complexes spécialisées (système de cogénération qui n'a jamais fonctionné et qui a fait l'objet de procédures pénales).

2.1.1.1.2. Les produits hors DAF prennent une part croissante entre 2008 et 2012.

Entre 2008 (107,70 M€) et 2012 (112,61 M€), les produits de l'assurance maladie ont connu une augmentation de 4,6 %.

La forte hausse des produits de l'activité hospitalière (titre 2) (+ 27,8 % soit + 1,54 M€) s'est concentrée sur les produits de la tarification en hospitalisation complète non pris en charge par l'assurance maladie (c/7321), qui ont progressé de 1,04 M€ sur la période.

Parallèlement, les « autres produits » (titre III) ont régressé entre 2008 (6,68 M€) et 2010 (5,30 M€), pour l'essentiel en raison de la diminution des reprises sur provisions (c/78 : -0,77 M€) et des produits exceptionnels (c/77 : -1,41 M€). Entre 2011 (5,70 M€) et 2012 (10,20 M€), ces recettes ont été multipliées par 1,8, deux comptes étant particulièrement concernés : le compte 77 « produits sur exercices antérieurs » hors assurance maladie avec 2,99 M€ et le compte 78 « reprises sur amortissements, dépréciations et provisions » avec 2,65 M€ en 2012.

En termes de structure budgétaire, les produits de l'assurance maladie représentaient en 2012 86,7 % des recettes contre 89,0 % à 90,2 % au cours des exercices antérieurs. Sur la période examinée, la part des produits du titre II (activité hospitalière) est passée de 4,6 % à 6,4 % et celle des produits du titre III (autres produits) de 5,6 % à 4,6 %. Les produits hors DAF ont donc pris une part croissante dans le total des produits du compte principal.

Au regard de la situation financière du GHPG pendant la période examinée, la chambre attire l'attention sur la dégradation constatée en 2012, même si celle-ci est atténuée en 2013, comme l'a indiqué l'établissement dans sa réponse aux observations provisoires.

Elle souligne plus particulièrement, l'augmentation importante des charges de personnel (+12,95 M€ entre 2010 et 2012 au budget H), qui a grandement contribué à l'apparition d'un résultat déficitaire en 2012.

2.1.1.2. Valeur ajoutée

La valeur ajoutée a progressé de 6,8 % sur la période examinée, passant de 100,67 M€ en 2007 à 107,53 M€ en 2012 (+ 6,86 M€).

L'ensemble des produits bruts d'exploitation ont crû de +7.8% (114,36 M€ en 2007 et 123,22 M€ en 2012), et les consommations intermédiaires de 14,6 % (de 13,69 M€ à 15,69 M€).

2.1.1.3. Excédent brut d'exploitation (EBE)

L'excédent brut d'exploitation s'est fortement amélioré entre 2007 (6,72 M€) et 2011 (9,12 M€), où il représentait 7,5 % des produits bruts d'exploitation.

La situation s'est modifiée en 2012 : la valeur ajoutée n'a plus progressé, les charges de personnel ont explosé (+ 13,7 %, soit + 8,22 M€) et l'excédent brut d'exploitation est tombé à 0,96 M€.

2.1.1.4. Marge brute

En 2011, la marge brute s'élevait à 8,82 M€ et le taux de marge brute se situait à 7,2 % après avoir atteint 9,7 % en 2009. La marge brute couvrait largement les amortissements et les frais financiers, qui, en 2011, n'en absorbaient que 58 %.

En 2012, la marge brute ne s'élevait plus qu'à 0,93 M€, soit un taux de marge brute de 0,8 %. Les amortissements et frais financiers n'étaient pas couverts.

2.1.1.5. Résultat d'exploitation

Le résultat d'exploitation a été largement bénéficiaire de 2007 à 2011. Il est devenu légèrement négatif en 2012, la faiblesse de la marge brute étant partiellement compensée par des reprises sur amortissements et provisions et l'absence de nouvelles provisions pour l'exercice 2012.

Si, en 2007, les comptes annexes ont concouru au résultat positif d'exploitation à égalité avec le compte principal, depuis 2008 leur contribution a progressivement disparu et, en 2012, le compte P (CSAPA) a contribué au déficit d'exploitation consolidé.

2.1.1.6. Résultat courant

Le résultat financier, toujours négatif, a été d'un faible montant jusqu'en 2009. Il a crû notablement à partir de 2010, sous le double effet de la diminution des revenus de valeurs mobilières et de l'augmentation des frais financiers liés à la mobilisation de nouveaux emprunts.

Le résultat courant est cependant demeuré très largement positif jusqu'en 2011. En 2012, le résultat financier rendait compte des deux-tiers du déficit de l'exercice.

Tableau n° 1 : Résultat courant (en M€)

| Soldes consolidés | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|---------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Résultat d'exploitation | 1,184 | 2,452 | 4,122 | 2,851 | 4,007 | -0,530 |
| plus produits financiers | 0,242 | 0,247 | 0,360 | 0,006 | 0,136 | 0,094 |
| moins charges financières | 0,598 | 0,527 | 0,515 | 0,542 | 0,979 | 1,332 |
| Résultat financier | -0,355 | -0,280 | -0,155 | -0,536 | -0,843 | -1,238 |
| Résultat courant | 0.829 | 2.172 | 3.967 | 2.315 | 3.165 | -1.768 |

Source : analyses IDAHO du comptable

2.1.1.7. Résultat exceptionnel

Le résultat exceptionnel a été fortement négatif en 2008 en raison de l'enregistrement au compte 675 de la cession d'actifs pour une valeur nette comptable de 1,86 M€. Tel a été aussi le cas en 2010, où les produits exceptionnels ont été moins importants, et en 2011 du fait de l'importante dotation aux provisions hors régularisation.

Les comptes annexes n'ont quasiment pas contribué au résultat exceptionnel.

2.1.1.8. Retraitement du résultat

Le résultat comptable, une fois retraité des dépenses et recettes à classer et des autres charges et produits sur exercices antérieurs, s'avérait sur la période 2007-2011 plus élevé que le résultat comptable avant retraitement, puisqu'il était en cumulé de 12,58 M€ contre 9,20 M€.

Jusqu'en 2012, l'établissement n'appliquait pas la procédure de rattachement des produits en fin d'exercice.

La correction du résultat annuel en 2008 et 2010 était supérieure au million d'euros et rendait compte de l'essentiel (2,62 M€) de l'excédent supplémentaire de résultat en cumulé (3,38 M€) sur cette période.

Les reports de charges et produits sur exercice antérieurs de 2012 sur 2013 ne pouvant être intégralement connus avant la publication du compte financier 2013, soit avant 2014, le résultat 2012 n'a pas pu être complètement retraité. Les dépenses à classer étant plus élevées que les recettes à classer, il s'établissait provisoirement à - 1,23 M€.

2.1.1.9. Évaluation de l'excédent structurel

Au cours de la période examinée, l'établissement n'a perçu que peu d'aides exceptionnelles non reconductibles.

En 2009, seulement, il a reçu une aide non affectée liée à la clôture de la campagne et d'un montant de 0,54 M€. Le résultat cumulé sur 2008-2012 était donc de 8,95 M€, sous réserve des soldes des charges et produits sur exercices antérieurs entre 2012 et 2013 qui ne devaient être constatés qu'à la clôture de l'exercice 2013.

En conclusion, il est à noter que, jusqu'en 2009, la valeur ajoutée et l'excédent brut d'exploitation ont augmenté avant de décroître ensuite. La marge brute a couvert les frais financiers et les amortissements.

Le résultat d'exploitation a été largement positif jusqu'en 2011 et le résultat financier a montré un déficit stable jusqu'en 2010 où il s'est aggravé du fait du recours à l'emprunt. Le résultat courant est demeuré positif pendant cette période et le résultat exceptionnel a été négatif à plusieurs reprises et notamment en 2011, en raison d'une forte dotation aux provisions.

En 2012, la situation a fortement évolué. Si l'excédent brut d'exploitation quasi-nul et si la valeur ajoutée s'est stabilisée, le résultat d'exploitation est devenu déficitaire et le résultat financier s'est encore détérioré, entraînant le résultat net comptable vers un déficit de 1,4 M€. Les amortissements et les frais financiers n'ont plus été couverts par la marge brute.

2.1.2. Financement de l'investissement

2.1.2.1. Capacité d'autofinancement

L'exploitation du GHPG a généré une importante capacité d'autofinancement au cours de la période 2007-2011 (en moyenne 7,76 M€ par an). Le taux de CAF a été de 6,97 % en 2010 et de 6,23 % en 2011, la médiane des établissements de sa catégorie étant de 5,77 % (ratios IDAHO).

Un brusque revirement est intervenu en 2012, avec une CAF brute très faible (0,86 M€). Le taux de CAF en 2012 (0,7 %) était bien inférieur au taux du décile minimum (2,0 %) de cette catégorie d'établissements.

La CAF a été affectée, pour l'essentiel aux dotations aux amortissements et provisions et au résultat (en 2008, 1,86 M€ de cessions d'actifs).

La CAF nette, c'est-à-dire une fois déduit le remboursement des dettes financières hors crédit à long terme renouvelable (CLTR) en capital, est devenue en 2012 fortement négative sous le double effet de la quasi-disparition de la CAF brute et de la forte augmentation de l'annuité des dettes financières à rembourser. Selon l'établissement, la CAF se situerait à 4,61 M€ en 2013.

Tableau n° 2 : CAF nette (en M€)

| CAF nette | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|--|-------|-------|--------|-------|-------|--------|
| Capacité d'autofinancement brute | 7,119 | 9,272 | 12,789 | 8,622 | 7,885 | 857 |
| moins remboursement des dettes financières | 1,713 | 1,249 | 1,246 | 1,258 | 2,278 | 3,132 |
| Capacité d'autofinancement nette | 5,406 | 8,023 | 11,543 | 7,364 | 5,607 | -2,275 |

Source: analyses IDAHO du comptable

2.1.2.2. Des financements équilibrés mais décalés dans le temps

Sur la période 2007-2012 l'établissement a réalisé 97,17 M€ de dépenses d'investissement et remboursé 10,88 M€ d'emprunts hors CLTR.

Le besoin de financement cumulé a été de 108,15 M€ II a été couvert par la capacité d'autofinancement nette à hauteur de 35,67 M€ et les subventions à hauteur de 12,12 M€. Si la mobilisation d'emprunts a sensiblement correspondu aux besoins, l'appel de 20 M€ en 2010 était à la fois trop massif et trop précoce au regard des besoins annuels réels de financement (103,7 % des investissements).

Le taux de couverture annuel des emplois par les ressources (IDAHO), qui était de 198,2 % en 2010, est redescendu à 64,4 % en 2012 pour une médiane de 107,06 % (établissements de sa catégorie). En cumulé 2007-2012, cependant, il a été de 100,4 %.

Tableau n° 3 : Tableau de financement des investissements (en M€)

| Emplois et ressources | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|--|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Emplois | | | | | | |
| Remboursement des emprunts hors CLTR | 1,713 | 1,249 | 1,246 | 1,258 | 2,278 | 3,132 |
| Investissements | 9,149 | 9,730 | 9,979 | 19,296 | 27,470 | 21,546 |
| Autres emplois | 0,003 | 0,004 | 0,012 | 0,000 | 0,051 | 0,034 |
| Besoin financement investissements | 10,865 | 10,983 | 11,237 | 20,554 | 29,799 | 24,713 |
| Ressources | | | | | | |
| CAF brute | 7,119 | 9,272 | 12,789 | 8,622 | 7,885 | 0,857 |
| Cessions d'immobilisations | 0,008 | 0,002 | 0,007 | 0,003 | 0,008 | 0,000 |
| Apports et subventions d'équipement | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 12,119 | 0,000 | 0,000 |
| Emprunts nouveaux | -0,160 | 0,003 | 0,000 | 20,000 | 15,000 | 15,000 |
| Autres ressources | 0,002 | 0,002 | 0,003 | -0,001 | 0,000 | 0,060 |
| Financement des investissements | 10,865 | 9,279 | 12,799 | 40,744 | 22,893 | 15,918 |
| Prélèvement sur le fond de roulement | 3,896 | 1,704 | | | 6,906 | 8,795 |
| Apport au fond de roulement | | | 1,562 | 20,190 | | |
| | | | | | | |
| Taux d'emprunt sur les investissements | -1,75% | 0,03% | 0,00% | 103,7% | 54,6% | 69,6% |
| Taux de couverture ressources/emplois | 64,1% | 84,5% | 113,9% | 198,2% | 76,8% | 64,4% |

Sources : analyses IDAHO du comptable et projet CF 2012

2.1.2.3. Un fonds de roulement fortement évolutif

Entre 2007 (116,6 M€) et 2012 (204,0 M€), les financements stables ont progressé de 74,9 % (+ 87,33 M€, dont 40,8 M€ d'emprunts nouveaux) et les biens stables de 78,3 % (105,9 M€ en 2007, 188,8 M€ en 2012). Les immobilisations corporelles ont augmenté de 86,4 % (de 94,9 M€ en 2007 à 176,8 M€ en 2012) en raison, principalement, de la réalisation de constructions (+ 58,5 M€) et de constructions en cours (+ 19,3 M€).

Sur la période, le fonds de roulement net global (FRNG), stabilisé jusqu'en 2009 autour de 10 M€, a triplé en 2010 puis est redescendu à 15,2 M€ en 2012, soit une progression de 42,4 %.

En 2012, il représentait 64,05 jours de charges courantes, la médiane des établissements de même catégorie se situant à 42,74 jours.

Les prélèvements sur le fonds de roulement en 2007, 2008, 2011 et 2012 ont représenté un montant cumulé de 21,30 M€. Sur les exercices 2009 et 2010, l'apport au fonds de roulement a été de 21,75 M€, à la suite de l'encaissement de la subvention d'équipement et des 20 M€ d'emprunts (cf. § 2.1.4.1).

Les arbitrages effectués en matière de financement des investissements ont conduit à faire évoluer fortement le FRNG suivant les exercices.

FRNG - BFR - Trésorerie 2007 2008 2009 2010 2011 2012 Fonds de roulement net global 10,682 30,872 23,966 15,205 10,675 9,120 Besoin en fonds de roulement -0,3520,437 -3,169 -2,142 0.500 3,246 Trésorerie 10,783 8,683 13,851 33,014 23,465 11,959

Tableau n° 4 : Bilan fonctionnel (en M€)

Source : Analyse IDAHO du comptable

2.1.2.4. Besoin en fonds de roulement

Les créances d'exploitation ont augmenté de 30,7 %, passant de 8,7 M€ en 2007 à 11,4 M€ en 2012.

Sur la période, les dettes d'exploitation ont diminué de 10,2 % (de 9,1 M€ en 2007 à 8,1 M€ en 2012), masquant les évolutions erratiques de trois postes : les dettes fiscales et sociales (-1,8 M€) ; les dettes fournisseurs et créances rattachées (+0,91 M) ; les dettes sur immobilisations (+0,26 M€). La variation des dettes à court terme a été négative sauf en 2007 (+0,63 M€) et 2009 (+5,01 M€).

Au total, le besoin en fonds de roulement, quasi nul sur 2007 et 2008, est devenu fortement négatif en 2009 (-3,6 M€) et 2010 (- 2,1 M€) pour finalement augmenter et atteindre 3,2 M€ en 2012.

En 2012, il représentait 29,63 jours de charges courantes, la médiane étant de 8,25 jours dans les établissements de même catégorie.

2.1.2.5. Variation de la trésorerie

La trésorerie est passée de 10,78 M€ en 2007 à 33,01 M€ en 2010 pour redescendre à 11,96 M€ en 2012. L'établissement, qui disposait déjà, depuis 2007, de 7,0 M€ de placements en valeurs mobilières, a réalisé, en 2010, un placement supplémentaire de 13 M€

Fin 2012, les disponibilités atteignaient un niveau très élevé (14,85 M€) après cession de ces valeurs mobilières.

La trésorerie active a connu, sur la période, des évolutions de grande amplitude pondérées par des variations de trésorerie passive plus modérées.

La trésorerie nette en 2012 correspondait à 34,42 jours de charges courantes, la médiane étant de 30,81 jours pour les établissements de même catégorie.

En conclusion, il est à noter que, sur la période examinée, la CAF a évolué positivement jusqu'en 2011, mais s'est fortement réduite en 2012, le taux de CAF devenant inférieur à celui du décile minimum de cette catégorie d'établissements.

Sur la période, l'établissement a réalisé 97,2 M€ d'investissement et mobilisé un emprunt de 20 M€, ce qui s'est traduit en 2010 par un apport au fonds de roulement et une augmentation de ce dernier, sur la période, de 9,3 M€.

Le fonds de roulement net global est passé de 10,7 M€ en 2007 à 30,9 M€ en 2010 pour redescendre à 15,2 M€ en 2012. Le besoin en fonds de roulement, négatif ou légèrement positif jusqu'en 2011, est passé à 3,2 M€ en 2012. Il en est résulté une trésorerie fortement excédentaire (12 M€ en 2012) qui devrait faire l'objet d'une gestion plus rigoureuse.

La situation du GHPG, tout en étant bonne pendant la période écoulée, montrait des signes de fragilité en fin 2012. Il convient d'en tenir compte, eu égard aux importants projets des années à venir.

Recommandation n° 3.

Au regard des fortes fluctuations constatées au cours de la période examinée, la chambre recommande à l'établissement de mettre en pratique une gestion optimisée de la trésorerie.

2.1.3. Réalisations immobilières

2.1.3.1. Opérations courantes

Alors qu'entre 2007 et 2011, le GHPG a augmenté ses dépenses courantes d'investissement (16,46 M€, soit 3,3 M€ par an), le plan pluriannuel d'investissement a prévu de les réduire à 1,6 M€ par an pendant la période 2012-2016.

2.1.3.2. Opérations spécifiques

Les opérations d'investissement spécifiques sont nombreuses : (rénovation de l'unité Henri Colin pour malades difficiles à Villejuif, construction du site de Clamart et de l'UHSA, travaux de sécurisation, projet d'acquisition du domaine départemental du Château de Bussières à Meudon pour y implanter 120 à 150 lits de courts séjours). Elles relèvent de l'exécution du CPOM signé en 2006 entre l'établissement et l'agence régionale de l'hospitalisation.

Entre 2007 et 2011, le GHPG a procédé à 55,26 M€ d'investissements cumulés au titre de ces opérations spécifiques et 64,53 M€ étaient encore programmés sur 2012-2016.

Les opérations spécifiques, qui étaient encore en cours ou programmées sur la période 2007-2012⁶, représentaient un compte total de 102,53 M€, dont 12,53 M€ pour la réhabilitation de l'unité Henri Colin (terminée en 2009), 37,52 M€ pour le nouveau site de Clamart et 22,81 M€ pour l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) à Villejuif.

Les opérations Clamart et UHSA ont encore pesé sur les exercices 2011 à 2013 ainsi que les travaux de sécurisation. Les investissements majeurs programmés sur 2012-2016 avaient pour objet, outre l'achat du domaine de Bussières, la construction de la pharmacie et de la nouvelle plate-forme logistique (15,73 M€ programmés).

Cependant, le résultat négatif de 2012 a conduit l'ordonnateur à annoncer une révision à la baisse des dépenses d'investissement, celle-ci comportant des annulations, des reports et des étalements d'opérations.

2.1.3.3. Deux opérations majeures sur la période en cours

2.1.3.3.1. La clinique intersectorielle 92 Sud à Clamart

Inscrite au CPOM de 2006, l'opération sur le site de Clamart (92) avait pour objectif principal de rapprocher l'activité au plus près des patients. Elle devait permettre de renforcer la continuité des soins en réduisant la liaison entre l'intra et l'extra-hospitalier, de renforcer le partenariat avec le département d'addictologie implanté dans les Hauts-de-Seine et d'offrir aux patients, du fait de la proximité immédiate des établissements de santé implantés sur le territoire de Clamart (SAU Antoine Béclère, Percy...) une possibilité de soins somatiques complète et spécialisée et, corollairement, de développer la psychiatrie de liaison.

L'opération s'est déroulée de 2007 à 2012. L'achat du terrain a eu lieu en trois temps (entre juillet 2007 et novembre 2011). Le marché d'assistance à maîtrise d'ouvrage (AMO) a été attribué en novembre 2005 ; celui de la maîtrise d'œuvre (MOE) en novembre 2006. Les travaux ont débuté en décembre 2007 et la livraison des locaux a eu lieu le 29 mai 2012.

L'appel d'offres, en vingt lots, a été lancé le 1^{er} février 2008. Infructueux pour partie, il a été relancé sous forme de marchés négociés. Certains lots n'étant toujours pas attribués, une nouvelle consultation a été engagée le 1^{er} décembre 2008.

⁶ Le projet d'achat du domaine de Bussières n'apparaît que dans la mise à jour du PGFP de juillet 2012.

⁷ Valeur retenue dans le PGFP initial de 2012.

Une note de l'ordonnateur d'avril 2009 a analysé les difficultés rencontrées dans l'attribution des marchés. Elle relevait que les offres dépassaient l'estimation du maître d'œuvre, valeur janvier 2009, de 15 à 50 % selon les lots, et invoquait le contexte économique général de l'époque (hausse du prix des matières premières).

Le programme, déjà ancien, a dû être revu pour prendre en compte notamment un système d'alarme adapté à la psychiatrie et la réintégration des douches dans les chambres d'isolement thérapeutique initialement prévues.

Outre les difficultés, lors de la passation des marchés liées, à une définition imparfaite des montants et des spécifications des lots, l'établissement a été confronté à des difficultés de réalisation.

Des surcoûts ont été générés par l'allongement des délais de réalisation. En sus des intempéries (en 2010 et 2011), le chantier a souffert d'un défaut de suivi par la maîtrise d'œuvre. Quatre pilotes successifs se sont succédé. Les fonctions de bureau d'études et de pilotage de chantier attribuées à la même entreprise (Arcoba) ont été mal assurées, faute de délimitation claire dans les responsabilités.

La réception a été prononcée le 19 mars 2012, soit six mois après la date prévue et la commission de sécurité a finalement donné un avis favorable d'exploitation le 16 mai 2012.

Ces retards de chantier ont eu des conséquences financières sur le montant des rémunérations de la maîtrise d'œuvre et de l'assistance à maîtrise d'ouvrage et sur le coût de location du terrain pour les installations de chantiers (13 000 €/ mois versés à la mairie de Clamart). Les révisions de prix estimées initialement à 0,4 M€ se sont finalement élevées à 1,9 M€.

Si plusieurs désaccords persistaient, ces difficultés, ni aucune des réserves, n'ont empêché dès mai 2012 l'exploitation du bâtiment au sein duquel une équipe de 185 personnes assure l'accueil des patients.

Les décomptes finaux des entreprises ont tardé à être transmis par la maîtrise d'œuvre. D'après la note de gestion de la direction des affaires financières du GHPG, à fin 2012, le coût provisoire de l'opération était de 38,66 M€, dont 3,62 M€ pour le terrain et 35,04 M€ pour la construction.

L'établissement devait assurer l'amortissement et les frais financiers pour un total de 2,16 M€ en 2013, qui doit diminuer ensuite pour arriver à 1,95 M€ en 2018.

Cette opération a été financée par un complément de dotation annuelle de fonctionnement de 1,6 M€ accordé pour 20 ans⁸ en août 2005 et régulièrement versé depuis. Cette somme couvrait environ 74 % des coûts induits par l'opération sur le titre IV et l'établissement a pu provisionner 11,18 M€ entre 2005 et 2012, lesquels seront repris annuellement avec des besoins décroissants (de 0,56 M€ en 2013 à 0,35 M€ en 2018). Le CPOM faisait également état d'autres engagements pour accompagner l'opération⁹.

23/79

⁸ Un courrier de l'agence régionale de l'hospitalisation en date du 4 août 2005 porte délégation de ces crédits.

⁹ Financement des études: 0,20 M€ par avenant au CPOM signé le 28 novembre 2007; aide à la contractualisation: 1,60 M€ pour l'accompagnement en titre IV; 0,63 M€ de crédits de personnel pour le fonctionnement du site par avenant financier n° 1 au CPOM signé le 16 février 2009. La dotation effective de ces crédits reconductibles est intervenue par arrêté n° 2012-300 du 11 octobre 2012 (mention « engagement et annexe 4-4 R »); financement des opérations de sécurisation (tous bâtiments): subvention de 205 000 € par un avenant signé le 6 avril 2009.

En conclusion, en ce qui concerne cette opération, le manque de précision dans la définition du programme et les incertitudes dans le partage des responsabilités pour le pilotage du projet, ont entraîné des surcoûts.

2.1.3.3.2. L'unité d'hospitalisation spécialement aménagée (UHSA) à Villejuif

2.1.3.3.2.1. Travaux

L'opération relative à l'UHSA destinée à l'hospitalisation des personnes détenues souffrant de troubles psychiatriques a relevé d'un marché de conception-réalisation. Son coût était estimé, dans l'avenant financier au CPOM d'octobre 2009, à 19,4 M€ TDC en valeur finale, dont 2,70 M€ pour la sécurisation *justice* (convention conclue le 16 novembre 2011 avec la direction de l'administration pénitentiaire).

Le financement de l'intégralité du coût *santé* (correspondant aux dépenses de soins) de l'opération a été assuré par une subvention du Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) de 12,12 M€ versée en 2010 et un accompagnement en crédits de fonctionnement de 0,37 M€ par an, intégré dans la dotation annuelle de financement depuis 2010, pour couvrir les amortissements et les frais financiers.

Des travaux supplémentaires (0,43 M€), préfinancés par l'établissement, ont été demandés par l'administration pénitentiaire.

A fin 2012, la direction des affaires financières du GHPG a évalué à 19,67 M€ le coût de l'investissement d'une capacité d'accueil de 60 places, ce qui respectait l'enveloppe prévisionnelle.

Les charges totales imputées au titre IV s'élevaient à 1,01 M€ (0,87 M€ pour les amortissements et 0,14 M€ pour les frais financiers¹0). Celles générées par le solde de la construction et les équipements étaient estimées à 0,37 M€ couverts en quasi-totalité par le supplément de DAF accordé de 0,37 M€, depuis 2010 et provisionné à hauteur de 1,01 M€ fin 2012. La quote-part des subventions virée au résultat à partir de 2013 s'établissait, quant à elle, à 0,64 M€.

2.1.3.3.3. Fonctionnement

Le compte de fonctionnement de l'UHSA qui a accueilli ses premiers patients en avril 2013 a été intégré à la dotation annuelle de financement du GHPG (6,82 M€ à compter de l'ouverture de l'unité, comme indiqué dans la circulaire budgétaire nationale pour 2011). Un compte de préfiguration de 0,62 M€ a été attribué par l'ARS pour procéder aux prérecrutements sur l'exercice 2012 (50 ETP sur un trimestre).

Les effectifs prévisionnels de l'UHSA pour le volet santé sont de 120 ETP pour 60 lits. L'administration pénitentiaire rémunère, quant à elle, une équipe de 39 agents en charge des missions de sécurisation de l'unité destinée à accueillir les détenus souffrant de troubles psychiatriques des 17 établissements pénitentiaires d'Île-de-France.

Les charges prévisionnelles sont de 8,25 M€, les recettes prévisionnelles de 8,15 M€, d'où un déficit annuel de 0,09 M€.

24/79

 $^{^{10}}$ Avec comme hypothèse une couverture totale par l'emprunt au taux moyen constaté en 2012, soit 2,67 %.

L'étude des coûts de fonctionnement de l'UHSA du centre hospitalier du Vinatier (Rhône) (comparable à celui de Villejuif par son dimensionnement) devait permettre d'affiner l'évaluation financière du projet et d'engager une discussion financière complémentaire dans le cadre de l'EPRD 2013. Les coûts estimés par le GHPG étaient proches de ceux constatés après deux ans de fonctionnement au Vinatier (8,32 M€).

2.1.4. Dette

2.1.4.1. Évolution de l'encours

La dette du GHPG est uniquement constituée de prêts bancaires¹¹. L'encours fin 2011 était de 43,56 M€, alors qu'il était de 28,97 M€ en 2007. La mobilisation de nouveaux emprunts est intervenue à partir de 2010.

Tableau n° 5 : Encours de la dette (en M€)

| Mobilisation des emprunts (M€) | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|---------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Etablissements de crédit c/1641 | 13,337 | 12,092 | 30,835 | 43,557 | 55,425 |
| Total mobilisé hors OCLTR | 13,337 | 12,092 | 30,835 | 43,557 | 55,425 |

Source : balance générale des comptes financiers 2008 à 2012

L'analyse de la dette, réalisée en juillet 2012 par l'établissement, faisait état d'un capital restant dû de 41,9 M€ sur un encours initial de 90 M€.

L'ensemble des emprunts était côté 1A sur l'échelle de la charte Gissler¹² à l'exception de l'emprunt de 2,55 M€¹³ souscrit auprès de la Société Générale, classé 4D¹⁴.

Pour ce dernier, la simulation (fixing de taux) réalisée par Finance Active le 23 mai 2012 concluait à une absence de risque de désactivation de la barrière jusqu'au 21 mai 2014. Finance Active, dans son analyse du 13 juillet 2012, a suggéré deux stratégies possibles de désensibilisation de l'encours répondant aux critères de la circulaire du 9 mai 2012 relative au recours à l'emprunt par les établissements publics de santé : soit augmenter la barrière à 4,5 % ou 5 % afin d'éloigner le risque en contrepartie d'une dégradation du taux bonifié ; soit réaménager vers un taux fixe à barrière en zone euro, cette dernière opération pouvant ramener la cotation du risque Gissler à 1B.

En décembre 2012, le directeur en charge des finances du GHPG a confirmé que ce prêt n'avait pas été renégocié, eu égard à son faible montant par rapport à la dette globale, à l'absence de risque immédiat sur la monnaie suisse et au coût de sortie du dispositif (taux de retournement calculé en avril 2011, de 4,46 %, soit des intérêts annuels de 83 K€ environ contre 63,58 K€ prévus). Le risque étant estimé quasi-nul, l'établissement n'a pas constitué de provision comme le recommande le Conseil national de normalisation des comptes publics (CNOCP) dans son avis n° 2012–04 du 3 juillet 2012.

¹¹ L'établissement assure un suivi de son encours avec Finance Active.

¹² La « Charte de bonne conduite entre les établissements bancaires et les collectivités locales » impose à ses signataires pour les produits autorisés (à savoir les nouveaux prêts et opérations d'échange de taux, ainsi que leur renégociation) l'utilisation d'une grille de lecture des risques. Cette charte dite *Gissler* permet ainsi aux collectivités territoriales, aux établissements publics de coopération intercommunale et à leurs syndicats de comparer les offres en appréhendant selon les indices sous-jacents (classés de 1 à 5) et la nature des structures (entre A et E) le plus ou moins grand degré de complexité et de risque encouru des produits concernés.

¹³ Il convient également de relever que le deuxième emprunt auprès de la Société Générale (4,897 M€) a luimême été souscrit en 2009 en échange de la sortie d'un crédit structuré à risque de 7,5 M€.

Structuré selon la formule : (3,35-(1,8 x Cap 4 sur Libor CHF 12 M (post fixé) – Cap binaire sur Libor CHF 12 M (4/3,85). Tant que le Libor CHF 12 M (post fixé) est inférieur à 4, l'établissement bénéficie du taux d'intérêt fixé à 3,35 %. Au-delà, il serait de 1,8 fois le Libor CHF 12 M (post fixé), soit au minimum de 7,2 %.

Le 2 septembre 2008, deux lignes de 25 M€ chacune ont été ouvertes auprès de la Caisse d'Epargne / CFF et de DEXIA. Dans un document de travail du 13 avril 2011, la direction des affaires financières notait : « Il apparaît que, au regard des réalisations et des besoins de liquidité, les contrats négociés en 2008 aient été largement surévalués. En revanche ces marges négociées avant la crise (0,16 et 0,19) sont extrêmement attractives et peuvent représenter un gain considérable à long terme (ou un levier de négociation efficace). »

La direction des affaires financières du GHPG a également indiqué que la mobilisation d'emprunts du 2 novembre 2010 (20 M€ répartis à égalité entre les deux établissements) a été réalisée en conformité avec les besoins de financement pour 2011, tels qu'ils étaient inscrits au plan pluriannuel d'investissement validé par l'ARS. Cette mobilisation a été faite alors que l'établissement n'avait pas été informé du versement anticipé, et en totalité, de la subvention du FMESPP pour l'UHSA, quelques jours plus tard et alors que les opérations majeures inscrites au CPOM se trouvaient décalées dans le temps.

Début septembre 2011, l'établissement a alors cherché à fractionner la mobilisation des 30 M€ restants sur 30 ans. Les différentes propositions commerciales qui lui ont été faites, les conditions des marchés financiers ayant été entretemps bouleversées, se traduisaient par une hausse très importante des marges bancaires appliquées. La mobilisation telle qu'initialement prévue s'avérait la solution la moins coûteuse. Ce qui a été fait, sans opter pour la renonciation à 40 % du montant sur le contrat DEXIA.

Pour limiter le coût de cette mobilisation de l'emprunt en excédent, l'établissement a choisi de placer la trésorerie excédentaire en bons du Trésor à taux fixe et intérêts précomptés, au motif du décalage dans le temps des opérations majeures inscrites au CPOM.

D'après l'établissement, ces circonstances, notamment de conditions de taux et de montants accordés particulièrement intéressantes au moment où la crise financière avait rendu l'accès aux emprunts bancaires très difficile pour les entités du secteur public, justifiaient la mobilisation de 20 M€ d'emprunts par anticipation sur les besoins.

Le GHPG faisait état, au 31 décembre 2012, d'un encours de dette de 55,42 M€.

2.1.4.2. Ratios relatifs à la dette

La forte mobilisation d'emprunts en 2010 et 2011 a eu un impact sur les ratios d'endettement.

La durée apparente de la dette, qui n'atteignait plus que 0,9 année en 2009, est passé à 66,3 mois fin 2011, la médiane 2011 des établissements de sa catégorie étant de 30,6 mois.

En 2012, la CAF ne s'élevait plus qu'à 0,86 M€ et la durée apparente de la dette atteignait 64,7 années (soit 776 mois, la médiane pour les établissements de même catégorie s'élevant à 42 mois et le décile le moins favorable se situant à 190 mois). Selon l'établissement, cette durée se serait réduite en 2013.

Le taux de dépendance financière (analyse IDAHO du comptable) atteignait 40,1 % en 2012 (la médiane était de 29,03 % pour les établissements de même catégorie).

Ces mauvaises performances ont fait entrer le GHPG dans la catégorie des établissements subordonnés à l'autorisation préalable du directeur général de l'ARS pour tout recours à un emprunt de plus de 12 mois. ¹⁵ Ces établissements remplissent deux des trois critères suivants : durée apparente de la dette supérieure à 10 ans (GHPG : 64 ans), taux d'indépendance financière excédant 50 % (GHPG : 40 %), encours de la dette rapporté au total des produits supérieur à 30 % (GHPG : 42 %).

En 2012, l'annuité de la dette en capital représentait 80,1 % des amortissements annuels contre 32,2 % en 2010. Le taux d'intérêt moyen, qui était de 4,1 % en 2009, est tombé à 2,5 % en 2010 pour finir à 2,7 % en 2012.

Jusqu'en 2011, les produits d'exploitation ont couvert largement les charges d'exploitation et l'annuité de la dette en capital. En 2012, ils sont devenus insuffisants.

Tableau n° 6 : Coefficient d'autofinancement courant (en M€)

| Coefficient autofinancement courant | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|---|---------|---------|---------|---------|---------|
| charges exploitation + annuité en capital | 114,342 | 112,281 | 116,696 | 121,217 | 132,333 |
| produits d'exploitation | 122,733 | 123,942 | 124,797 | 126,760 | 131,536 |
| CAC | 93,2% | 90,6% | 93,5% | 95,6% | 100,6% |

Source: comptes financiers 2008-2012

2.2. Une prospective financière obligeant à des économies significatives

2.2.1. Qualité des prévisions budgétaires

L'écart entre le montant réalisé des charges du compte principal et celui prévu initialement, qui s'élevait à 3,7 % en 2007, a diminué progressivement jusqu'à 0,4 % en 2011 (hors dotation UHSA). Mais en 2012 il est remonté à 3,6 %.

Si le titre III n'a été concerné par un écart important qu'en 2008 (7,2 %), les écarts sur le titre II sont restés très significatifs sur toute la période avec un pic à 12,4 % en 2012. Le titre IV a été fortement impacté jusqu'en 2010 par des décisions tardives de provisionnement, de cessions d'actifs et d'attributions de subventions, mais en 2011 et 2012 l'écart est resté faible.

Au niveau des recettes du compte principal, le titre I (dotation annuelle de financement) a peu évolué du fait des modalités de son attribution. Les prévisions du titre II (autres produits de l'activité hospitalière) paraissent avoir été systématiquement sous-estimées sauf en 2012, où elles ont, au contraire, été surestimées de 13,4 %.

L'écart a été, en revanche, significatif sur le titre III (autres produits) : compris entre 3,0 % et 9,1 % sur 2008-2011, il est passé brusquement à 78,4 % en 2012.

S'agissant des comptes annexes, la prévision n'a présenté que peu de concordance avec la réalisation. Néanmoins, les montants en cause étant relativement faibles, ces écarts n'ont pas eu de réelle incidence sur l'ensemble, ce qui n'exonère pas, pour autant, l'établissement d'élaborer de meilleures prévisions budgétaires.

¹⁵ Décret 2011-1872 du 14 décembre 2011 relatif aux limites et réserves du recours à l'emprunt par les établissements publics de santé.

Bien que l'établissement utilise un logiciel pour réaliser son EPRD initial, des écarts ont été constatés avec le réalisé, toutes activités confondues, de 3,5 % sur les charges et de 3,1 % sur les recettes. Le compte financier 2012 met en lumière que le problème de la qualité de la prévision budgétaire n'est pas encore totalement résolu par l'établissement. Dans sa réponse aux observations provisoires, l'ordonnateur indique que ces écarts se seraient réduits en 2013.

2.2.2. Hypothèses du plan global de financement pluriannuel (PGFP)

Après son refus de 2011, fondée sur des hypothèses de progression trop élevées de la DAF comparativement aux années antérieures, l'ARS a retenu, en juillet 2012, un plan global de financement pluriannuel qui prévoit l'acquisition du terrain du domaine départemental de Bussières pour y construire un bâtiment de 30 M€ moyennant des emprunts sur 30 ans.

Elle a précisé toutefois qu'elle serait attentive à l'évolution du taux d'endettement de l'établissement, dès lors que le programme d'investissement ne pourrait être réalisé que par recours à l'emprunt.

Le plan global 2012-2016 est associé à un programme pluriannuel d'investissement (PPI) de 72,49 M€. Le modèle prévoit les amortissements des travaux en année n+1 sur 30 ans et le tableau de financement est établi à partir d'une hypothèse de trésorerie de cinq jours d'exploitation, d'emprunts à taux fixe de 4 % à amortissement constant et échéance dégressive (conditions ajustées à chaque révision du PGFP).

En recettes d'exploitation du compte principal, l'établissement a prévu une augmentation de 2 % des produits du titre II et intégré les engagements du CPOM (0,6 M€ pour Clamart et 6,8 M€ à partir de 2013 pour l'UHSA). La reprise de provisions pour renouvellement des immobilisations est planifiée soit selon les surcoûts, soit de manière linéaire.

En charges d'exploitation, ont été retenus un glissement vieillesse technicité (GVT) de 0,7 % ainsi qu'une progression de 2 % des titres II (dépenses à caractère médical) et 3 (dépenses à caractère hôtelier et général).

Sur la base de ces hypothèses, la prévision sur les exercices au-delà de 2012 conduit au respect de l'équilibre sur les structures annexes.

2.2.3. Synthèse sur l'équilibre global

Les prévisions ci-dessus avaient été conçues pour atteindre l'équilibre en 2013 et assurer une capacité d'autofinancement de près de 5 M€ par an. Celle-ci devait permettre de rembourser les emprunts et de poursuivre la réalisation d'investissements pour des montants réduits, du fait de l'absence de mobilisation d'emprunts au cours des exercices 2014 et 2015.

Selon ces hypothèses le FRNG aurait été diminué de 25 M€ compte tenu de l'impact important de l'exercice 2012.

Tableau n° 7 : Projection du tableau de financement (en M€)

| TITRE | LIBELLES | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|-----------|--------------------------------------|---------|--------|---------|--------|--------|
| Titre I | Remboursement des dettes financières | 3,090 | 3,457 | 3,573 | 3,573 | 3,573 |
| Titre II | Immobilisations | 39,303 | 10,955 | 6,248 | 9,500 | 6,500 |
| Titre III | Autres emplois | 0,051 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 |
| | Total des emplois | 42,393 | 14,412 | 9,821 | 13,073 | 10,073 |
| | Capacité d'autofinancement | 3,239 | 5,600 | 5,173 | 5,473 | 5,761 |
| Titre I | Emprunts | 15,000 | 4,000 | 0,000 | 0,000 | 1,500 |
| Titre II | Dotations et subventions | 3,400 | 2,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 |
| Titre III | Autres ressources | 0,000 | 0,000 | 15,000* | 0,000 | 0,000 |
| | Total des ressources | 21,639 | 11,560 | 20,173 | 5,473 | 7,261 |
| | Variation du FRNG | -20,754 | -2,812 | 10,352 | -7,600 | -2,812 |
| | Variation du BFR | -2,643 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 |
| | Variation de la trésorerie | -20,754 | -2,812 | 10,352 | -7,600 | -2,812 |

Source : services de l'ordonnateur - EPRD 2012 - * 2014 : 15 M€ de cessions d'actifs

Mais le déficit de 2012 plus élevé que prévu et la décision de l'ARS de geler la dotation annuelle de fonctionnement pour 2013 ont conduit le GHPG à annoncer une révision drastique de son plan d'investissement et un plan d'économies en matière de dépenses d'exploitation.

Par ailleurs, dans sa réponse relative à la décision modificative n° 3 pour 2012, l'ARS a souligné qu'elle exercerait une vigilance particulière sur l'évolution des charges de personnel ainsi que sur les ratios d'endettement.

3. LA FIABILITÉ DES COMPTES EN VOIE D'AMÉLIORATION

L'analyse de la fiabilité des comptes du GHPG pour la période examinée inclut les résultats des travaux conduits à partir du 4 novembre 2011 par la direction départementale des finances publiques (DDFiP) du Val-de-Marne, à la suite d'un événement indésirable survenu dans les locaux du poste comptable dédié au GHPG. Cet audit complet a mis en lumière de nombreux dysfonctionnements dans la tenue et la qualité des comptes. Certains ont été rapidement résolus. D'autres, importants, sont toujours en cours de traitement.

3.1. Fiabilité de l'actif du bilan

3.1.1. Immobilisations incorporelles et corporelles

Sur les 2 687 éléments d'actifs recensés pour 2011, presque tous présentaient des numéros d'inventaire provisoires, ce qui indique que l'ordonnateur ne transmettait pas de flux *inventaire*. L'échantillon examiné révèle des discordances, d'un montant non négligeable, entre l'état de l'actif Hélios et la balance générale, d'une part, entre l'état de l'actif transmis par le GHPG et la balance générale, d'autre part.

Même si l'établissement réalise un inventaire annuel de ses immobilisations, la concordance entre le fichier des immobilisations du comptable, l'état de l'actif pour 2011 et les montants enregistrés au compte financier de 2011 n'est pas assuré.

L'audit de la DDFiP a relevé que pour les cessions 2010, la sortie du bilan des biens enregistrés aux comptes 21531 et 21821, dont les valeurs nettes comptables étaient nulles, n'a été constatée au compte financier que sur l'exercice 2011, ce qui a créé un écart entre l'état de l'actif et la balance au 31 décembre 2010 (respectivement de 6 615,24 € et 28 215,81 €).

Par ailleurs, le compte 2031 « Frais d'étude » présentait plusieurs anomalies dans son suivi et a fait l'objet d'une opération d'ordre budgétaire en crédit de 1,05 M€ à la clôture de l'exercice 2011.

Un premier nettoyage des comptes d'actif a été réalisé au cours de l'exercice 2012 afin de préparer les travaux de fiabilisation des comptes en vue de la certification. Quelques discordances subsistaient fin 2012, notamment dues à des décalages de calendrier entre l'ordonnateur et le comptable.

3.1.2. Opérations de cessions d'actifs

Les écritures comptables des cessions d'actif ont été passées de façon correcte, à l'exception de deux opérations de 2010 qui ont été régularisées en 2011.

3.1.3. Amortissements

L'audit de la DDFiP a relevé que les mandats de dotations aux amortissements étaient pris en charge sans qu'aucun dispositif de contrôle de leur liquidation ne soit véritablement mis en œuvre. Seul un contrôle en masses, par compte, sur les amortissements de l'année N-1 (amortissements cumulés figurant à l'état de l'actif de l'ordonnateur rapprochés de la balance) était effectué.

Les durées d'amortissement sont comprises dans les fourchettes recommandées par la nomenclature budgétaire et comptable M21, sauf pour les alarmes, le froid, les pompes, moteurs et électrovannes des centres thermiques, qui ont des durées d'amortissement plus courtes (délibération du 25 janvier 2006).

Les écritures comptables retracées au compte financier étaient équilibrées pour tous les exercices sous revue.

3.1.4. Immobilisations en cours

Même si des décalages subsistent entre les états de l'ordonnateur et ceux du comptable, l'établissement intègre très régulièrement les immobilisations en cours à l'état de l'actif.

Toutefois, le schéma d'incorporation des avances aux immobilisations (c/238) ne respectait pas la nomenclature budgétaire et comptable M21, comme a permis de le constater l'audit de la DDFiP. Il a été régularisé fin 2012.

L'ouverture du site de Clamart a donné lieu à un transfert de 36,08 M€ au compte 21, en 2012, portant le solde des opérations en cours à 20,90 M€, dont 17,75 M€ mandatés l'année même, de sorte que le reliquat des années antérieures n'était plus que de 3,14 M€.

3.1.5. Autres immobilisations financières

Les autres immobilisations financières, constituées uniquement de dépôts et cautions versées, étaient de faible montant et ne présentaient pas de risques majeurs pour l'établissement.

En revanche, en 2010 des flux financiers liés à des réservations de logements pour le personnel et à un bail emphytéotique ont été inscrits à tort au compte 6578 « autres subventions », tandis que les créances de l'établissement n'apparaissaient pas au bilan (cf. § 3.4).

Les différentes anomalies relatives à la fiabilité de l'actif du bilan devront rapidement être corrigées.

3.2. Fiabilité de l'actif circulant

3.2.1. Restes à recouvrer

Les restes à recouvrer en contentieux s'élevaient, fin 2012, à 0,79 M€, soit 0,59 % des produits consolidés, bien au-dessous du seuil d'alerte de 3 %.

Les admissions en non-valeur (ANV) représentaient une très forte proportion des restes à recouvrer (RAR), mais cette proportion était en diminution constante (autour de 0,27 M€ depuis 2010). Les créances de l'établissement avaient très rarement une ancienneté de plus de quatre ans, l'établissement les apurant très régulièrement.

3.2.2. Valeurs des hospitalisés et hébergés

La gestion des fonds déposés par les personnes hospitalisées ou hébergées a fait l'objet de recommandations de la part des auditeurs de la DDFiP. La plus grande vigilance était d'autant plus nécessaire que les sommes en jeu étaient en forte progression au cours de la période sous revue (1,85 M€ en 2008 et 2,76 M€ en 2012, soit + 48,8 %).

La gestion efficace de ces fonds nécessite que soit constituée une base de données fiable des dossiers des personnes hospitalisées ou hébergées, partagée entre l'ordonnateur et le comptable.

L'exhaustivité des dossiers papier doit être contrôlée, notamment en ce qui concerne le relevé d'identité bancaire et l'autorisation de percevoir les ressources (actuellement non fournis). Des contrôles sur les virements doivent être effectués sur les opérations relatives aux hébergés, en particulier lors de la clôture des dossiers. Les dossiers papier doivent être archivés après sortie ou décès.

3.2.3. Excédents de versements

Le compte 466 « Excédents de versement » présentait un solde de 0,33 M€, fin 2012.

Une mission d'apurement a été effectuée après que l'audit de la DDFiP a relevé, fin 2011, de très nombreuses opérations anciennes et le manque de suivi.

3.2.4. Charges à payer sur recettes affectées

Le compte 4682 « Charges à payer sur recettes affectées » présentait, en solde, fin 2011, une opération de 2001 dons journée autisme.

Initialement prévue pour le développement d'un atelier informatique dans la future maison des autistes du GHPG, cette somme de 16 000 francs n'a jamais été utilisée du fait de la non-concrétisation du projet.

Elle devra être reversée comme le prévoit l'instruction comptable M21, sauf si le donateur en laisse expressément la libre disposition à l'établissement.

3.3. Fiabilité du passif du bilan

3.3.1. Provisions

L'établissement a considérablement augmenté ses provisions au cours de la période examinée, de 11,20 M€ en 2007 à 22,40 M€ en 2012.

Les provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations (c/142) ont été jusqu'en 2010, imputées à tort au compte 158 « provisions pour autres charges ». La régularisation est intervenue en 2011 pour un montant de 11,36 M€.

Les provisions réglementées pour les comptes épargne temps (CET) ont été augmentées de 1,14 M€ en 2009 et de 0,63 M€ en 2011 (cf. § 4.5.1.4).

L'évolution réelle pour le compte 158 ne peut être déterminée du fait de la présence des provisions réglementées jusqu'en 2010. Les provisions restantes fin 2012 se rapportaient essentiellement aux charges de personnel liées à de nouvelles opérations (déploiement de l'équipe de liaison et de soins en addictologie, Elsa; mise en place du recueil d'information médicalisée en psychiatrie, RIM-P) à la politique sociale de l'établissement (logements, crèche), à la mise en œuvre de la réforme Licence Master Doctorat pour les personnels infirmiers.

Or il ne s'agit pas là de risques, mais de charges normales d'exploitation. La provision devra donc être reprise.

Enfin, compte tenu de la maîtrise des ANV, le solde du compte 4152 a toujours été nul et la provision pour dépréciation des créances de redevables au compte 491 se trouvait surévaluée par rapport au montant annuel des admissions en non-valeur apurées.

Les écritures comptables relatives aux provisions étaient passées de façon satisfaisante et équilibrées, les dotations annuelles diminuées des reprises correspondant exactement aux montants enregistrés aux comptes 14, 15 et 491.

3.3.2. Emprunts et autres dettes assimilées

En matière de fiabilité du compte financier, l'enregistrement des emprunts n'appelle pas d'observation.

Toutefois, les inspecteurs de la DDFiP, lors de l'audit de la trésorerie de 2011, ont fait observer que : « les fiches emprunts du comptable doivent être mises à jour au regard des informations contenues dans les dossiers de prêts ». Cela devrait conduire l'ordonnateur et le comptable à travailler de concert pour harmoniser leurs pièces justificatives.

3.4. Opérations hors bilan

L'établissement présente une opération hors bilan en cours, en l'occurrence le bail emphytéotique conclu avec la Société Nationale Immobilière et repris par Valophis. Les mandats correspondants à cette opération ont été examinés.

Mandats n° 15210/0, 17889 /5 et 17890/9 : Immobilière 3 F – Conventions de réservations de logements pour respectivement 22 500 € (sur 45 000 € prévus au total pour un appartement en droit de suite ¹⁶ sur 25 ans), 40 000 € (sur 80 000 € prévus au total pour deux appartements en droit de suite sur 25 ans) et 48 000 € (sur 144 000 € prévus au total pour huit appartements en droit unique). Pour les appartements en droit de suite, les sommes doivent être remboursées au GHPG en cas d'inexécution de ses obligations par le bailleur. Il apparaît donc inapproprié de les considérer comme de simples subventions. Les inscrire au compte 276 « Créances diverses immobilisées » pourraient être une solution d'attente avant de solliciter l'avis des experts de la DDFiP sur le traitement approprié. L'ordonnateur, par courrier du 7 février 2013, a exprimé son accord avec cette démarche.

Mandats n° 13991/8 et 1788/4 : Société Nationale Immobilière pour respectivement 2 650 € et 1 606,40 € (paiement de loyers et charges pendant la vacance d'appartements). Il ne s'agit nullement de subventions mais de loyers liés à la partie fonctionnement d'un bail emphytéotique.

La convention signée le 17 décembre 1993 prévoyait la location d'un terrain du GHPG par bail emphytéotique sur une durée de 40 ans. Sur le terrain, la SNI devait réaliser des immeubles d'habitation destinés à la location. 30 appartements étaient réservés aux personnels de l'hôpital. Le GHPG a versé 3 000 000 F en droits de réservation (au taux de 2,5 %), que la SNI a dû rembourser en 40 trimestrialités de 75 000 F (dernier versement en janvier 2004), auxquels s'ajoutaient des loyers dégressifs. A partir du 41ème trimestre, le loyer était de 1 000 F annuels.

Il y a lieu de s'interroger sur le devenir du terrain et de l'immeuble à l'issue du bail emphytéotique (40 ans), la convention donnant aucune précision à ce sujet.

De plus, conformément aux nouvelles normes de l'instruction M21 2012, les flux financiers relatifs à ce contrat doivent être réintégrés au bilan et au compte de résultat, ce que l'établissement a annoncé pour 2013.

Par ailleurs, la mise en œuvre du droit de suite est souvent plus onéreuse que celle du droit unique et ne se justifie que si la rotation des occupants des logements est très importante. Il importe donc que l'établissement affine sa politique en la matière.

3.5. Fiabilité du compte d'exploitation

3.5.1. Rattachement des charges

3.5.1.1. Dépenses engagées non mandatées

Le total des charges à rattacher à la fin de chaque exercice a diminué entre 2008 (4,95 M€) et 2012 (4,07 M€). Le taux de rattachement était de 4,8 % en 2012, ce qui correspondait à 2,5 semaines de facturation.

¹⁶ Droit de suite : réservation par l'hôpital d'un logement ouvrant droit à la désignation successive de locataires pendant une durée prévue à la convention.

Cependant la chambre a pu constater que le compte 408 a inclus, à tort, et jusqu'en 2011, la prime de service qui aurait dû être imputée au compte 4281.

Les produits exceptionnels sur gestion (c/7718) (factures inférieures à ce qui avait été initialement estimé) ont été nettement supérieurs aux charges exceptionnelles de gestion (c/6718).

3.5.1.2. Dépenses à classer ou à régulariser

Depuis 2011, l'établissement ne présente pas de dépenses à classer et à régulariser. L'audit de la DDFiP de 2011, a cependant, relevé que le compte 472-8 « Autres dépenses à régulariser » était utilisé, à tort, pour le paiement des acomptes sur salaires. Le compte 425 « Personnel – avances et acomptes », introduit dans l'instruction M 21 au 1^{er} janvier 2010, n'était pas utilisé.

3.5.1.3. Reports de charges

Les reports de charges ont pratiquement doublé sur la période, l'accroissement portant sur les charges de personnel et celles à caractère hôtelier et général.

Le taux de report de charges a eu tendance à se dégrader. Alors qu'il se situait au-dessous du seuil d'alerte de 0,2 % en 2008, il est passé progressivement à 0,32 % en 2012.

L'établissement doit s'interroger sur les causes spécifiques de ces reports (la dégradation de sa situation financière en 2012 pourrait en être une) et sur les moyens de revenir au-dessous du seuil d'alerte.

3.5.2. Rattachements des produits

Le GHPG, qui ne procédait pas au rattachement des produits liés à l'activité, a mis en place une procédure de rattachement à partir de 2012.

Le taux de recettes à classer ou à régulariser a fortement augmenté en 2009 et 2010 pour revenir progressivement à la normale (taux < 0,2 %) en 2012.

Depuis 2010, l'établissement a bénéficié de 12,12 M€ de subventions d'équipement transférables pour l'UHSA, dont 11,92 M€ du Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) et 0,20 M€ de l'Etat. Les subventions antérieures ont été régulièrement soldées par le compte 777 et la compensation entre les comptes 131 et 139 est intervenue la dernière année, soit en 2010.

3.5.3. TVA

Sont concernés par la TVA les activités liées à la blanchisserie, la préparation des repas et la vente de produits à la cafétéria.

L'audit de la DDFiP en 2011 avait révélé une carence grave dans la gestion des flux de TVA au niveau de la trésorerie. Seule la TVA collectée était retracée au compte 44571 (0,12 M€ au 4 novembre 2011) et les titres concernés étaient pris en charge sans contrôle. Aucune TVA déductible n'avait été comptabilisée depuis 2009.

Le manque de rigueur du poste comptable, relevé par la DDFiP, en ce qui concernait sa gestion de la TVA s'est donc accompagné d'un défaut de suivi du GHPG.

A la suite de ce constat, l'ordonnateur et le comptable ont passé les écritures comptables telles qu'elles auraient dû l'être : au total, le montant de TVA sur immobilisations était de 33 231 € et celui de la TVA déductible sur biens et services de 358 087 €

L'établissement s'est rapproché de l'administration fiscale pour obtenir un remboursement de ce crédit structurel de TVA et en définir les modalités.

Des écritures de correction d'erreurs sur exercices antérieurs (jusqu'à 2011 inclus) relatives à la TVA déductible ont été passées à la clôture de l'exercice 2012. Ces opérations de régularisation devaient se terminer en 2013.

3.5.4. Relations entre compte principal et comptes annexes

Les écritures comptables relatives aux reversements des comptes annexes au compte principal étaient équilibrées au bilan (compte 45) mais pas au compte de résultat.

Les comptes 6286 « Participation aux charges communes » des comptes annexes n'ont pas été mouvementés en miroir du compte 7087 « Remboursement de frais par les CRPA » du compte principal. Ces dépenses ont été directement imputées sur les comptes par nature concernés des comptes annexes.

S'il n'y a pas eu d'impact en termes de résultats, ces écritures ont entaché la lisibilité du passage des comptes de résultat des comptes annexes au compte de résultat du compte principal.

3.6. L'engagement dans un processus de fiabilisation des comptes

Le GHPG a passé en 2013 un marché avec un cabinet privé d'audit pour préparer le passage à la certification de ses comptes. La conclusion de la convention de services comptables et financiers a été reportée à la fin de cet audit afin de prendre en compte toutes les problématiques qui pourraient être identifiées.

L'amélioration de la fiabilité des comptes est réelle au cours de la période examinée. Toutefois, la mise en place d'une veille juridique et d'une meilleure formation à la nomenclature budgétaire et comptable M21 paraît indispensable au vu des observations précédemment formulées.

4. UNE GESTION DES RESSOURCES HUMAINES A MAÎTRISER

La fonction de gestion des ressources humaines a fait l'objet d'une restructuration au cours de la période examinée. Une personne en charge du recrutement ainsi qu'une chargée de mission dans le cadre de la préparation, de la négociation et du suivi du nouveau projet social 2011-2015 ont été recrutées. L'établissement a mis en place une cellule dédiée au recrutement et à la gestion des carrières. Cette cellule, en raison de l'aboutissement des principaux projets de recrutement (Clamart et UHSA) et par souci d'économie, a été supprimée en 2013 et ses missions reprises par la direction des ressources humaines.

Le projet social, signé par les trois organisations syndicales le 5 juillet 2011, approuvé par le comité technique d'établissement le 20 septembre 2011 et par le conseil de surveillance le 21 octobre 2011, a défini le nouveau cadre de la gestion des ressources humaines.

4.1. Pilotage et efficience

4.1.1. Pilotage de la masse salariale

4.1.1.1. Des charges de personnel en nette progression

4.1.1.1. Montants

Comme relevé plus haut (cf. § 2.1.1.1.1.), les charges de personnel ont constitué le facteur essentiel de la croissance des dépenses de l'établissement.

Le titre I du compte principal a diminué très légèrement sur la période 2007-2009 (-0,5 %). Entre 2010 et 2011, une progression de 4,78 M€ a été enregistrée et en 2012, le titre I augmenté subitement de 8,17 M€.

Sur la période 2010-2012, le titre I du compte général a gagné 12,95 M€ (+ 14,0 %). Les rémunérations du personnel médical représentaient 0,90 M€ (+ 8,9 %) de ce total et celles du personnel non médical 7,59 M€ (+ 15,2 %). Les dépenses de personnel extérieur à l'établissement ont diminué de 0,25 M€ (-11,4 %). Les charges sociales ont crû de 3,27 M€ (+ 14,4 %) et les impôts et taxes sur rémunérations de 1,19 M€ (+18,8 %).

La forte évolution du volume des rémunérations des personnels non médicaux entre 2010 et 2012 s'est répartie entre les personnels titulaires et stagiaires (+ 4,01 M€, soit + 9,1 % par rapport à 2009), les CDI (+1,42 M€, soit + 48,6 %) et les CDD (+1,98 M€, soit + 77,9 %). Au total, le personnel non titulaire a compté pour 3,59 M€ (dont 0,19 M€ pour les apprentis) dans l'augmentation du titre I du compte général depuis 2009.

La progression du montant des rémunérations du personnel médical s'est décomposée en 0,78 M€ pour les rémunérations des praticiens hospitaliers à temps plein et temps partiel (+ 9,7 %) et 0,12 M€ (+ 36,5 %) pour les internes et étudiants.

Tableau n° 8 : Charges de personnel du compte général (en M€)

| Compte | Titre 1 Compte H | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|--------|--|-------|-------|-------|-------|
| 621 | Personnel extérieur à l'établissement | 2,20 | 3,05 | 2,12 | 1,95 |
| 631 | Impôts et taxes sur rémunérations (fisc) | 5,99 | 6,02 | 6,29 | 6,74 |
| 632 | Impôts et taxes sur rémunérations (autres organismes) | 1,66 | 2,06 | 2,13 | 2,34 |
| | Sous-total impôts et taxes (c/63) | 7,64 | 8,08 | 8,41 | 9,08 |
| 6411 | Rémunérations personnel titulaire et stagiaire | 44,31 | 44,03 | 44,73 | 48,32 |
| 6413 | Rémunérations personnel CDI | 2,93 | 3,19 | 3,77 | 4,35 |
| 6415 | Rémunérations personnel CDD | 2,54 | 2,66 | 3,50 | 4,51 |
| 6416 | Rémunérations personnel contrats soumis à des dispositions particulières | 0,01 | 0,02 | 0,00 | 0,00 |
| 6417 | Apprentis | 0,01 | 0,06 | 0,20 | 0,19 |
| 641 | Sous-total rémunérations PNM | 49,79 | 49,95 | 52,20 | 57,38 |
| 6421 | Praticiens hospitaliers temps plein et temps partiels | 8,47 | 9,06 | 8,81 | 9,17 |
| 6422 | Praticiens contractuels renouvelables de droit | 0,76 | 0,60 | 0,61 | 0,62 |

| 6423 | Praticiens contractuels sans renouvellement de droit | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
|------|--|-------|-------|-------|--------|
| 6424 | Internes et étudiants | 0,30 | 0,33 | 0,44 | 0,65 |
| 6425 | Permanence des soins | 0,42 | 0,39 | 0,38 | 0,45 |
| 6426 | Temps de travail additionnel | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 6428 | Autres rémunérations PM | 0,12 | 0,09 | 0,16 | 0,09 |
| 642 | Sous-total rémunérations PM | 10,07 | 10,46 | 10,40 | 10,97 |
| 645 | Charges de sécurité sociale et de prévoyance | 19,97 | 20,20 | 21,12 | 22,86 |
| 647 | Autres charges sociales | 1,10 | 1,19 | 1,33 | 1,41 |
| 648 | Autres charges de personnels | 1,70 | 1,45 | 1,68 | 1,76 |
| | Sous-total charges sociales | 22,76 | 22,83 | 24,12 | 26,04 |
| | Total Titre 1 Compte H | 92,46 | 94,37 | 97,24 | 105,41 |

Sources : comptes financiers 2009-2012 et note de l'ordonnateur sur la GRH.

Au compte C de l'IFSI, le titre 1 ne comprenait que des charges de personnel non médical. Entre 2007 et 2009, elles ont augmenté de 4,9 % et entre 2010 et 2012 de 9,8 %. Néanmoins, ces évolutions ont porté sur des montants relativement modestes (+0,15 M€ entre 2009 et 2012).

Enfin, au compte P du CSAPA, le titre 2 a progressé de 0,27 M€ (soit + 16,3 %) entre 2007 et 2009 et de 0,39 M€ (soit + 20,2 %) entre 2010 et 2012. Les montants en cause sont là aussi relativement modestes (+ 0,39 M€, dont 0,10 M€ pour les personnels extérieurs à l'établissement, 0,03 M€ pour les impôts, entre 2009 et 2012).

Tous comptes confondus, les charges de personnel du GHPG ont progressé de 13,49 M€ entre 2009 et 2012, dont 7,72 M€ (+15,5 %) pour les rémunérations des personnels non médicaux et 1,04 M€ pour celles des personnels médicaux (+10,1 %).

Pour autant, les dépenses d'intérim sont demeurées relativement stables sur la période (entre 2,25 et 2,53 M€) avec un pic en 2010 à 3,27 M€. Les charges sociales ont suivi ces progressions avec 3,38 M€ (+14,2 %) et les impôts et taxes ont augmenté de 18,8 % (+1,48 M€).

Lors de l'approbation de la décision modificative n° 3 de l'EPRD 2012, l'ARS a écrit que l'évolution importante des charges de personnel « l'interpel[ait] et pos[ait] la question de la gestion des emplois au sein de l'établissement » et qu'elle serait particulièrement vigilante sur les dépenses du titre l. Les mesures mises en œuvre récemment par le GHPG pour freiner ces dépenses ont ravivé les tensions sociales, qui ont contribué à ce que l'ARS demande une enquête de l'IGAS sur l'identification des causes du climat interne.

La forte augmentation des charges de personnels, imputable à la politique de recrutement mise en place par le GHPG et qui a retenu l'attention de l'ARS, doit être reconsidérée au moment où l'établissement doit aussi faire face aux conséquences financières d'une période de forts investissements.

4.1.1.1.2. Structure des charges de fonctionnement

Au cours de la période examinée, la part des recettes de l'activité non consommées par les charges de personnel a fortement diminué, passant de 15,8 % en 2009 à 6,1 % en 2012.

La part des charges de personnel dans les produits de l'établissement est passée de 77,2 % en 2009 à 82,6 % en 2012. Cette évolution est d'autant plus significative que le total des produits a, quant à lui, augmenté de 6,7 % sur cette même période.

Tableau n° 9 : Charges de personnel, tous comptes (en M€)

| | | | 2011 | | |
|--|--------|--------|---------|--------|-----------|
| Comptes | 2009 | 2010 | corrigé | 2012 | Evolution |
| Dépenses totales | 119,99 | 123,32 | 126,02 | 134,00 | 11,7% |
| dont titre 1 Compte H | 92,46 | 94,37 | 97,24 | 105,41 | 14,0% |
| dont titre 2 Compte P | 1,96 | 2,02 | 2,06 | 2,36 | 20,2% |
| dont titre 1 Compte C | 1,53 | 1,69 | 1,57 | 1,68 | 9,8% |
| soit titre Personnel (D1) | 95,95 | 98,08 | 100,88 | 109,44 | 14,1% |
| Recettes totales | 124,22 | 125,12 | 127,07 | 132,55 | 6,7% |
| dont titre 1 (R1) | 113,93 | 113,35 | 114,60 | 116,61 | 2,4% |
| D1/Dépenses | 80,0% | 79,5% | 80,1% | 81,7% | 2,1% |
| D1/R1 | 84,2% | 86,5% | 88,0% | 93,9% | 11,4% |
| "Marge" | 15,8% | 13,5% | 12,0% | 6,1% | 61,0% |
| Part des dépenses de personnel dans les produits | 77,2% | 78,4% | 79,4% | 82,6% | |

Sources : comptes financiers 2009 à 2012 + note de l'ordonnateur sur la GRH – Marge = Pourcentage des recettes du titre 1 non consommé par les charges de personnel

La structure des charges de fonctionnement du groupe hospitalier Paul Guiraud se caractérisait par une part du titre IV deux fois plus élevée en 2011 (15,6 %) que la moyenne des centres hospitaliers spécialisés (8,8 %)¹⁷ et une part du titre I (72,7 %) inférieure à la moyenne (77,4 %). Néanmoins, cette répartition masquait l'augmentation pourtant substantielle des charges de personnel au GHPG.

4.1.1.3. Un périmètre plus large des dépenses de personnel

Si, pour mieux appréhender l'évolution des dépenses liées au personnel, il convient de les examiner sur un périmètre plus large, l'examen des comptes du GHPG révèle, toutefois, que celles des dépenses des titres III et IV qui sont liées au personnel n'apportent que des corrections marginales (entre 0,2 % et 1,3 %) à l'ensemble.

Toutefois, il est notable de constater que le GHPG a sensiblement augmenté ses dépenses de communication (0,55 M€ en 2012, cf. § 2.1.1.1.1) dont l'essentiel a été orienté vers des démarches de recrutement (annonces et salons). Ces dépenses auraient dû être enregistrées au compte 618-6 « Frais de recrutement de personnel » pour améliorer la fiabilité des comptes.

D'autre part, l'établissement mène une politique dynamique d'aide au logement pour ses personnels (cf. § 3.4).

4.1.1.2. Des effectifs non médicaux en forte augmentation sur la période

Fin 2012, les effectifs du GHPG (personnels médicaux et non-médicaux confondus) s'élevaient à 2 063,4 ETP, correspondant à 2 204 personnes physiques.

¹⁷ Source : BDHF.

Entre 2009 et 2012, la forte croissance des effectifs (+ 17,4 %, soit 283,81 ETP) a touché toutes les catégories à l'exception du personnel médicotechnique. De 2009 à 2011, les effectifs de titulaires et stagiaires ont crû de 2,9 % (42,0 ETP), tandis que les effectifs non titulaires augmentaient de 44,3 % (+79,4 ETP), leur part dans l'ensemble des effectifs non médicaux passant de 11,0 % en 2009 à 14,8 % en 2011.

Depuis 2010, la politique de recrutement s'est traduite par la hausse des effectifs et la modification de la répartition par statut et catégorie. A cela se sont ajoutées la stabilisation puis la baisse du nombre de départs (190 de 2008 à 2010, 175 en 2011 pour les non-médicaux), notamment à la retraite (36 en 2011 contre 45 en 2010 et 48 en 2009).

L'entrée en vigueur de la réforme licence master doctorat (LMD) a modifié la répartition des effectifs infirmiers entre les catégories (55 % en catégorie A et 45 % en catégorie B aujourd'hui) et reculé d'au moins cinq ans leur âge de départ à la retraite. Fin 2011, dans l'ensemble du personnel non médical, la part des cadres A était de 28 %, celle des cadres B de 28 % et celle des cadres C de 44 %.

La pyramide des âges telle qu'elle se présentait en 2008 et la projection des départs à la retraite ont été à l'origine de la décision du GHPG de recruter davantage et dans des tranches d'âge plus jeunes. Fin 2011, en effet, les deux-tiers du personnel non médical avaient plus de 40 ans, les plus de 55 ans comptant pour 11,30 % (contre 9,3 % en 2008).

Cette situation est commune aux hôpitaux psychiatriques du fait des vocations pour cette spécialité souvent plus tardives qu'en MCO. Le bilan social régional 2010 donnait le taux de 13,72 % de plus de 55 ans dans l'ensemble des hôpitaux psychiatriques de la région Île-de-France. Le GHPG apparaissait donc, malgré tout, relativement favorisé.

Alors que les rémunérations des personnels non-médicaux ont progressé de 14,9 % entre 2009 et 2012, le nombre d'ETP a augmenté de 17,4 %. Cette progression de 5,5 % en moyenne par an était nettement supérieure ¹⁸ à celle constatée pour l'ensemble des établissements de santé et elle ne trouve pas son explication dans la seule évolution du périmètre d'activité de l'établissement.

4.1.1.3. Effectifs du personnel médical

Fin 2012, les effectifs du personnel médical (187 ETP) étaient de 22,8 % supérieurs à ce qu'ils étaient fin 2009 (153,5 ETP).

Cette progression était, pour l'essentiel acquise en 2012 (+ 24,62 ETP sur 34,75 au total). L'augmentation des effectifs à partir de 2010 est imputable à un recrutement plus important d'internes (+ 25,0 ETP) et de praticiens hospitaliers à temps plein (+ 6,6 ETP). Fin 2011, trois-quarts des médecins avaient 40 ans ou plus et 42 % plus de 55 ans.

L'établissement a augmenté progressivement le nombre de ses internes afin de préparer les départs à la retraite attendus dans les années à venir. Le recrutement d'assistants a été plus difficile et le recours aux cliniciens, coûteux, n'a pas été envisagé. De cette manière l'établissement entendait améliorer son attractivité en ouvrant des possibilités d'évolution interne aux médecins recrutés.

39/79

¹⁸ Dans une note de conjoncture réalisée par Dexia pour la revue « Finances hospitalières », l'augmentation de 2,5 % en 2010 était considérée comme modérée. Elle avait été, en moyenne, de 3,7 % entre 2004 et 2008 au plan national.

Aucun avantage spécifique n'était offert aux personnels médicaux et l'éventuelle mise à disposition provisoire d'une chambre à l'internat était assortie d'un contrat de location et d'un loyer.

Des médecins à diplôme étranger ont pu être recrutés, en conformité avec la règlementation et après avoir vérifié, soit qu'ils avaient satisfait à la procédure d'autorisation d'exercice (PAE), soit qu'ils remplissaient les conditions antérieures d'exercice¹⁹. Par contre, pour donner toute la priorité à la filière de l'internat, l'établissement n'a pas recruté de médecins titulaires du diplôme de formation médicale spécialisée (DFMS) ou du diplôme de formation médicale spécialisée approfondie (DFMSA). Il ne faisait pas appel non plus aux médecins libéraux.

Le GHPG a systématiquement sollicité l'ARS pour ses recrutements médicaux, y compris lorsqu'il s'agissait d'un médecin associé.

Alors que les rémunérations des personnels médicaux ont progressé de 8,6 % entre 2009 et 2012, leurs effectifs ont crû de 22,8 % du fait, principalement, d'un plus grand nombre d'internes.

En conclusion, sur la période 2009-2012, le GHPG a vu ses effectifs croitre de 17,9 % (personnels médicaux et non-médicaux), soit de 318,56 ETP supplémentaires.

Les rémunérations ont augmenté de 13,1 % (soit +8,39 M€) sur la même période et les charges de personnel de 12,9 % (soit +12,51 M€). La part des charges de personnel dans les produits de l'établissement est passée de 77,2 % en 2009 à 82,6 % en 2012.

Ce manque de maîtrise de l'évolution des effectifs et, en conséquence, des frais de personnel a fragilisé la situation de l'établissement, pourtant solide jusqu'en 2011.

4.1.1.4. Pilotage annuel de la masse salariale

4.1.1.4.1. Prévisions d'évolution

La veille réglementaire dans le champ des ressources humaines est assurée de façon satisfaisante.

Les PGFP présentés par l'établissement à l'ARS ont tenu compte du titre I (charges de personnel²⁰) avec les dernières valeurs connues. La saisie de l'EPRD et des suivis infraannuels, obligatoire²¹, était systématiquement effectuée par l'établissement sur la plateforme ANCRE de l'ATIH, y compris pour les informations financières relatives aux ressources humaines.

Le GHPG s'appuie sur les taux d'évolution et de prévision de dépenses indiqués chaque année par la FHF, qu'il confronte aux montants des dépenses constatées l'année n-1, pour estimer l'évolution de l'effet-prix des charges de personnel. La circulaire budgétaire annuelle permet de compléter cette analyse.

¹⁹ Conditions posées par la loi du 1^{er} février 2012, le décret du 4 mai 2012 et l'instruction DGOS du 4 mai 2012.

²⁰ Toutefois, l'EPRD 2010 présentait des données ETPR incohérentes.

²¹ Circulaire n° DHOS/F4/2010/69 du 22 février 2010 relative à l'outil de centralisation des EPRD initiaux des établissements de santé publics et privés antérieurement sous dotation globale.

Le glissement vieillesse technicité (GVT) est calculé à l'aide du logiciel Cpage, paramétré pour prendre en compte les critères d'avancement en vigueur dans l'établissement. Il est estimé actuellement à 0,7 % par an.

Le tableau prévisionnel des emplois rémunérés (TPER) est utilisé pour déterminer les coûts moyens chargés par grade et estimer le coût en année pleine des recrutements effectués l'année n-1.

Enfin, l'établissement a intégré l'impact des nouveaux projets.

4.1.1.4.2. Coût moyen par ETP

Le coût moyen d'un ETP médical a diminué de 11,6 % entre 2009 (67 760 €) et 2012 (59 905 €), ce qui reflétait la politique de l'établissement privilégiant l'emploi d'internes. Cette baisse a été acquise essentiellement entre 2011 et 2012 (-9,3 %). Pour autant, le nombre de praticiens hors étudiants et internes a continué de progresser (+5,75 ETP).

Le coût moyen d'un ETP non médical a également baissé entre 2009 (31 524 €) et 2012 (30 845 €), de manière beaucoup plus modeste (-2,2 %). Cette baisse a été acquise entre 2009 et 2011 (-2,7 %), avant que le coût moyen ne reparte à la hausse.

4.1.1.4.3. Outils de contrôle interne à conforter

Les dépenses de personnel du titre I sont suivies mensuellement, par budget et par compte, d'un mois sur l'autre et par rapport à l'état prévisionnel des dépenses. Les dépenses de paie sont rapprochées des comptes budgétaires tous les mois et analysées plus finement par nature et corps professionnels. Elles sont aussi projetées annuellement.

Il en est de même des effectifs en équivalent temps plein rémunérés afin de pouvoir les comparer au tableau prévisionnel des effectifs rémunérés de l'état prévisionnel des dépenses.

Le tableau prévisionnel des emplois rémunérés (TPER), tout comme l'EPRD, sont suivi mensuellement par compte. Il est plus finement suivi par centre de responsabilité, par statut et grade, mais aussi par métier (sur la base du répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière, ²² version 2). La comparaison est établie d'un mois sur l'autre et par rapport au TPER initial.

Ce suivi mensuel a été mis en place en décembre 2009, mais il a fallu, dans un premier temps, effectuer une profonde mise à jour du fichier structure, puis revoir l'affectation des personnels aux unités fonctionnelles (UF). Cette actualisation s'est achevée en décembre 2011.

Enfin, le contrôle de régularité des contrats se fait essentiellement au moment des recrutements, des titularisations et des promotions.

L'établissement a engagé une étude²³, sur la base des indicateurs d'activité médicale de 2011, pour évaluer l'intensité de la prise en charge des patients par ETP médical et ETP de secrétariat.

-

²² http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/

²³ Etude interne « mesurer l'intensité de prise en charge des patients par ETP médicaux et par ETP secrétaires » sur la base du guide « Les indicateurs en psychiatrie – Analyse de l'activité, mesure de l'efficience », MeaH, novembre 2008. Les indicateurs utilisés rapportent la file active au nombre d'ETP.

Cette étude, très incomplète par rapport à celle que proposait la MeaH (devenue ANAP) dans son document méthodologique de 2008, n'a pas permis d'expliquer la forte augmentation des effectifs du GHPG sur la période.

4.1.1.5. Conclusion sur le pilotage de la masse salariale

Il y a lieu de s'interroger sur l'origine de la forte augmentation des frais de personnel, qui n'est pas exclusivement issue des mesures catégorielles et des pré-recrutements pour le site de Clamart et pour l'UHSA et sur laquelle l'augmentation de la valeur du point d'indice n'a eu qu'une incidence très mesurée.

Dans une note de juillet 2012, l'ordonnateur a expliqué la hausse de la masse salariale par une nouvelle politique de recrutement mise en place dans l'objectif de rajeunir l'encadrement et de diminuer à moyen terme le coût moyen par ETP. Le rajeunissement des effectifs amorcé seulement en 2010, s'il a permis de peser légèrement sur l'ancienneté moyenne, a été modulé par le nombre, plus important chaque année, d'agents accédant aux échelons les plus élevés de la grille indiciaire. Ce phénomène a été amplifié en 2011 par des mesures catégorielles : réforme LMD pour les infirmiers (55 % d'entre eux sont maintenant cadres A) et revalorisation de la grille indiciaire pour certains grades techniques et administratifs.

Enfin, en 2012, l'ouverture du site de Clamart s'est avérée beaucoup plus coûteuse en dépenses de personnel que ce qui avait été envisagé. Selon l'ordonnateur, il pourrait s'agir d'une situation temporaire, liée au déménagement des services et à la réorganisation.

Il est à noter que l'établissement s'est doté de procédures de suivi des effectifs et des dépenses de personnel.

Néanmoins, au regard de ces constats, l'établissement devrait poursuivre et amplifier l'étude d'efficience de l'organisation sous l'angle des ressources humaines et dégager, dans le cadre d'un parangonnage, les éléments et indicateurs qui permettront de mieux faire correspondre le niveau des effectifs avec l'activité réalisée.

Cette démarche doit être accompagnée d'une politique active de délégation de gestion vers des pôles préalablement reconfigurés et dont la taille garantira une meilleure maitrise de la gestion des ressources humaines.

4.1.2. Gouvernance de la gestion des ressources humaines

4.1.2.1. Connaissance du coût de l'activité GRH

Le GHPG participait à la base d'Angers et suivait l'indicateur activité services administratifs liés au personnel dont l'unité d'œuvre était le nombre de bulletins de paye mensuel du personnel²⁴. L'établissement a précisé que cet indicateur était présenté au comité de direction au moment du retour des outils de contrôle de gestion.

Compte tenu des évolutions de méthodologie dans le calcul de cet indicateur au cours de la période²⁵, le seul constat possible a été celui d'une augmentation sensible du coût d'unité d'œuvre entre 2011 (1 227,94 €) et 2012 (1 469,44 €).

²⁴ Personnel médical et non médical, y compris CES, CEC, Emplois-jeunes et apprentis.

²⁵ Une évolution méthodologique et de périmètre est intervenue dans la définition de l'indicateur de la base d'Angers entre 2010 et 2011.

4.1.2.2. Répartition des compétences pour la gestion des ressources humaines

En matière de ressources humaines, une délégation permanente était donnée au directeur des ressources humaines ainsi qu'au directeur des affaires médicales pour ce qui concerne la collecte et l'envoi de documents liés à leur direction. Par contre, seul le directeur d'établissement était habilité à signer les notes de services, les décisions individuelles (gestion de carrière, sanctions), les contrats ou conventions et les courriers destinés aux tutelles. Les délégations ont été élargies en 2013.

Certaines délégations en matière de personnel ont également été prévues dans le cadre des contrats de pôle. Toutefois, à ce jour, seul le chef du pôle « Clamart » a signé le contrat et bénéficiait à ce titre de ces délégations, ce qui rendait cette mesure inopérante à l'échelle de l'établissement.

Les procédures de recrutement et de remplacement ont été récemment actualisées et formalisées. En effet, sur la base d'effectifs *de fonctionnement* évalués en 2010, la direction des soins du GHPG décidait auparavant des besoins et procédait aux remplacements sans vérification de l'impact budgétaire de ces décisions. Les remplacements avaient un caractère systématique.

Afin d'améliorer le suivi les dépenses de personnel, des réunions mensuelles entre la direction des ressources humaines et la direction des affaires financières ont été mises en place au début de l'année 2013. Au cours de ces rencontres, le contrôle de gestion examine le suivi budgétaire des dépenses du titre I, celui des crédits de remplacement et le suivi de l'exécution du TPER.

L'engagement des dépenses, en lien avec la contractualisation interne, nécessitera encore de préciser certaines responsabilités.

4.1.3. Efficience de l'organisation

4.1.3.1. Élaboration des tableaux de service

L'accord relatif à la mise en œuvre de l'organisation et à l'aménagement du temps de travail du 3 août 2012 a rappelé la règlementation en matière de suivi des tableaux de service. L'établissement applique l'ensemble des dispositions de l'accord local.

Son dispositif d'application repose sur le déploiement du logiciel Gestor, une circulaire d'application, un dispositif de validation et de contrôle faisant intervenir la direction des soins et des communications ponctuelles de rappel ou de vigilance, notamment par voie électronique.

Aucun système de pointeuse / badgeuse n'ayant été prévu, le processus de gestion du temps de travail fait intervenir le logiciel Gestor, déployé au niveau de l'ensemble des unités intra et extra-hospitalières, chaque cadre d'unité étant doté d'un accès lui permettant d'établir ses prévisions d'effectifs.

Le dispositif de contrôle et de validation des tableaux de service repose sur les validations, au premier niveau, du cadre de santé et, au deuxième niveau, du cadre supérieur, et sur un processus d'examen sur pièces opéré par la direction des soins. La saisie des informations dans Gestor est datée et signée par le code d'identification de chaque intervenant permettant sa connaissance. Les informations sont contrôlées et validées par la direction des soins. Les anomalies font l'objet d'une analyse inter-services sous l'autorité de la direction des soins et de l'adoption des mesures correctives nécessaires, notamment par la diffusion de notes.

4.1.3.2. Niveau des effectifs et de l'encadrement des services

Pour déterminer l'effectif par poste et par catégorie dans les services, le GHPG organise des conférences budgétaires avec chaque pôle dans le cadre de la préparation de l'EPRD. Les effectifs cibles ainsi déterminés sont croisés avec les effectifs pourvus, au cours d'une rencontre entre la direction des soins et la direction des ressources humaines. Les situations de sous et sur-effectif sont repérées, soit lors de ces réunions, soit mensuellement à l'étude des tableaux prévisionnels de services par la DRH.

Des pratiques de mutualisation de personnel existent au sein de regroupements de secteurs psychiatriques. La formalisation des procédures est engagée.

Cependant, comme cela a déjà été mentionné, les contrats de pôle n'étant pas signés pour la plupart d'entre eux et les pôles étant le plus souvent « mono-secteurs psychiatriques », ces conférences budgétaires au niveau des pôles ne peuvent avoir qu'un impact limité.

Depuis quelques années, l'établissement utilise des données issues de la SAE (5 EPS : Sainte-Anne, Maison Blanche, Ville-Evrard, Le Vinatier, Armantières) pour construire des ratios sur le niveau des effectifs des services.

Ceux-ci permettent de constater que, pour la plupart des indicateurs, le GHPG présente un haut niveau d'encadrement. Ainsi il dispose du nombre de personnels médicaux par lit (0,28) et du nombre de personnels non médicaux par lit (3,44) les plus élevés de l'échantillon. La distribution entre les IDE et les AS/ASH est toutefois inverse de celle constatée dans les autres établissements.

Même si ces quelques indicateurs ne suffisent pas pour décrire précisément l'activité et la comparer à d'autres établissements, il y a lieu de s'interroger sur le taux d'encadrement élevé constaté au GHPG.

Tableau n° 10 : Indicateurs d'encadrement des services

| | GHPG | Vinatier | Maison Blanche | Cadillac | Charles Perrens |
|--------------------------------|----------|----------|----------------|----------|-----------------|
| Nb de lits | 553 | 805 | 665 | 539 | 564 |
| Nb de journées TP | 186 011 | 265 286 | 213 519 | 177 376 | 176 993 |
| Effectifs PNM | 1 957 | 2 469 | 1 788 | 1 253 | 1 481 |
| ETP PNM | 1 905,05 | 2 378,68 | 1 744,10 | 1 210,93 | 1 417,64 |
| ETP SERV SOINS | 1 326,76 | 1 761,20 | 1 309,89 | 872,95 | 1 066,73 |
| ETP HORS SOINS | 578,29 | 617,45 | 434,21 | 337,98 | 350,91 |
| ETP PM | 152,62 | 173,28 | 136,38 | 54,22 | 109,26 |
| Internes | 32,00 | 43,00 | 32,00 | 12,00 | 44,00 |
| ETP PNM/LITS | 3,44 | 2,95 | 2,62 | 2,25 | 2,51 |
| ETP PNM Soins/LITS | 2,40 | 2,19 | 1,97 | 1,62 | 1,89 |
| ETP PNM Hors Soins/LITS | 1,05 | 0,77 | 0,65 | 0,63 | 0,62 |
| Médecins/LITS | 0,28 | 0,22 | 0,21 | 0,10 | 0,19 |
| Internes/LITS | 0,06 | 0,05 | 0,05 | 0,02 | 0,08 |
| Infirmiers | 587,00 | 973,00 | 630,00 | 512,00 | 647,00 |
| ETP IDE/LIT | 1,06 | 1,21 | 0,95 | 0,95 | 1,15 |
| ASH + AS | 564,00 | 595,00 | 492,00 | 284,00 | 317,00 |
| ETP ASH+AS/LIT | 1,02 | 0,74 | 0,74 | 0,53 | 0,56 |
| Cadre de santé | 71,00 | 86,00 | 85,00 | 39,00 | 54,00 |
| ETP Cadre DE/LITS | 0,13 | 0,11 | 0,13 | 0,07 | 0,10 |
| Psychologue | 72,00 | 113,00 | 82,00 | 40,00 | 59,00 |
| ETP PSY/LIT | 0,13 | 0,14 | 0,12 | 0,07 | 0,10 |

Source : Données établissement 2012

Tout comme pour le personnel non médical dans son ensemble, le suivi de l'effectif *Cadres* est assuré mensuellement par corps professionnel. Le nombre de cadres soignants et éducatifs est resté relativement stable entre 2009 (88,70 ETP) et 2012 (90,00 ETP).

Du fait de l'augmentation des autres personnels non médicaux, le taux de cadres, qui était de 5,4 % en 2009, est descendu à 4,8 % en 2011, avant de remonter légèrement en 2012 (5,1 %).

Enfin, le ratio de l'effectif médical par rapport à l'effectif soignant et éducatif a été stable sur la période de 2009 (12,6 %) à 2011 (12,7 %) et a augmenté légèrement en 2012 (13,4 %).

4.2. Gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC)

4.2.1. Degré de formalisation de la GPMC

Le ministère de la santé incite, depuis le début des années 2000, les établissements à développer la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC) afin de moderniser leurs pratiques de gestion des ressources humaines.

Le GHPG, sans l'avoir formalisée, s'est engagé dans cette démarche en 2010 lors de la préparation de son projet social 2011-2015. Il s'est ainsi donné pour objectif « de mettre en place une démarche structurée de GPMC, mais de le faire de sorte de rassembler le maximum de chances d'aboutir, de n'en faire donc ni une usine à gaz peu utilisable, ni une juxtaposition peu coordonnée d'enseignements peu opérationnelle »²⁶.

En répondant à l'appel d'offres de l'ARS sur ce sujet, l'établissement s'est doté d'une cartographie des métiers. Il a pu rattacher tous les agents à un code métier sur la base du répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière développé par le ministère. Enfin, il s'est engagé, en 2012, dans une réorganisation de la fonction RH. Pour ce faire, il a eu recours à une prestation d'accompagnement de la direction des ressources humaines en 2012, complétée en 2013 d'une seconde prestation sur la réforme de l'évaluation.

Par ailleurs, l'établissement a engagé un travail de formalisation des différents aspects de la gestion des ressources humaines (pilotage, gestion, formation, recrutement, gestion des carrières, gestion des ressources médicales...) notamment pour préparer la mise en œuvre d'une structure en charge de la GPMC.

Selon l'ordonnateur, les fiches de poste pour le personnel non médical sont pour une grande partie d'entre elles, formalisées au GHPG. Les dernières à rédiger concernent les postes pour lesquels aucun départ n'est intervenu depuis la mise en place systématique de ces fiches.

En effet, l'établissement a indiqué que chaque recrutement, depuis 2010, donne lieu à l'élaboration d'une fiche de poste par les services, laquelle est ensuite validée par la direction des ressources humaines.

Le poste est proposé, sur cette base, à la mobilité interne (boîtes mail des agents, affichage papier et publication sur l'intranet de l'établissement) et, s'il n'est pas pourvu, il est fait appel à un recrutement externe.

²⁶ Projet social 2011-2015, page 17.

Lors de l'élaboration du bilan social 2012, l'établissement a identifié deux métiers sensibles, celui d'infirmier et celui de responsable GPMC. Compte tenu de ses besoins en IDE, notamment pour l'ouverture du site de Clamart (2012) et de l'UHSA (2013), mais aussi des difficultés antérieures de recrutement, le GHPG a mis en œuvre une politique spécifique dans laquelle la communication jouait un rôle important pour attirer les candidats. D'autre part, il a souhaité privilégier la compétence GPMC dans le cadre de la réorganisation engagée de la fonction des ressources humaines.

4.2.2. Connaissance des marges de manœuvre

Le GHPG établit la pyramide des âges de ses personnels pour les bilans sociaux.

Il en a tiré, en 2012, les enseignements suivants. Un tiers du personnel non médical a plus de 50 ans et les moins de 35 ans en représentent environ 20 %. L'établissement explique le rajeunissement constaté par le recrutement important de jeunes diplômés dans le contexte de l'ouverture du site de Clamart ainsi que dans la perspective de l'ouverture de l'UHSA.

Le personnel médical bénéficie également d'un rajeunissement avec la moitié des effectifs âgés de 50 ans ou plus, le socle de la pyramide se situant en 2010 sur la tranche d'âge haute 55/59 ans. Cette tendance s'explique par la décision de geler des postes de praticien hospitalier, de ne plus accorder systématiquement la prolongation d'activité aux praticiens hospitaliers au-delà de 65 ans et donner la priorité aux recrutements d'assistants. Enfin, l'augmentation du nombre d'internes a contribué à cette dynamique.

Toutefois, après avoir déterminé ses métiers sensibles et ses besoins pour les nouvelles activités, l'établissement s'est engagé, en 2010, dans une politique de recrutement et de fidélisation de ses personnels, dont la priorité consistait à pourvoir les postes depuis longtemps vacants.

Présentée au CTE (7 décembre 2010), cette démarche a donné lieu à la création d'une cellule spécifique au sein de la direction des ressources humaines. Autonome à ses débuts, cette cellule, composée d'une responsable, d'un adjoint administratif et d'une secrétaire, a été réintégrée au service du personnel le 1^{er} juin 2013 après le départ de sa responsable. Outre les remplacements de personnels, cette cellule s'est principalement consacrée au recrutement pour les deux projets déjà cités.

Elle a permis de mettre en place les procédures de gestion des mobilités internes et externes, dont certaines étaient encore en cours de validation, et de clarifier le rôle des différents acteurs lors des recrutements.

Cette cellule a eu un rôle important pour l'ouverture du site de Clamart en gérant les questions de mobilité interne dues au transfert géographique de quatre secteurs de psychiatrie vers les Hauts-de-Seine. Certains agents, qui ne souhaitaient pas s'éloigner, ont pu obtenir un poste à Villejuif ou dans les structures plus proches de leur domicile. Ces travaux ont été menés en lien avec le groupe de travail chargé de préparer l'ouverture du nouveau site.

L'UHSA à Villejuif a donné lieu à la création de 120 nouveaux postes pour lesquels le recrutement a été organisé par cette cellule. Comme pour Clamart, un groupe de travail *adhoc* a été mis en place, cette fois avec la participation de l'administration pénitentiaire. Ce groupe, dans son suivi régulier du projet, a cherché à identifier les recrutements nécessaires à chaque étape avant l'ouverture officielle de l'UHSA.

En accompagnement de la politique de recrutement, des mesures pour favoriser l'attractivité du GHPG et la fidélisation de ses personnels ont été engagées : augmentation de 15 % de la capacité d'accueil en crèche pour les enfants des personnels et intensification de la politique de logement pour les personnels. Une campagne de communication (presse et web, participation à des salons...) et de pré-embauches (recrutement d'IDE via une société intérimaire) a complété le dispositif.

En 2012, 2 386 agents ont bénéficié d'une formation pour un total de 13 278 journées. A cela s'est ajoutée la participation de 61 agents aux actions régionales organisées par l'association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH) pour 105 journées.

Le décret du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie a imposé aux établissements de remettre à chaque agent un modèle de passeport formation et l'historique individuel des formations qu'il a financé. L'établissement a indiqué envisager la mise en place de cet outil dans le cadre de l'optimisation engagée de la fonction ressources humaines.

En définitive, si la démarche GPMC n'est pas spécifiquement formalisée, elle n'en est pas moins engagée au sein de l'établissement.

4.3. Indicateurs issus des bases de données nationales et régionales

Le GHPG n'utilise pas, sauf de manière très ponctuelle, de données comparatives existantes pour mesurer ses dépenses de personnel ni le niveau de ses effectifs. Toutefois, comme cela a déjà été précisé (cf. § 4.1.3.2 ci-dessus), il construit quelques indicateurs sur la base des données de la SAE.

La productivité par pôle ne fait pas l'objet d'analyses spécifiques. Néanmoins, l'établissement, sur la base de ces mêmes indicateurs, adapte sa politique de dotation de moyens en fonction du niveau des files actives de patients.

Il apparaît néanmoins que la mesure de la productivité au GHPG est insuffisante.

4.4. Application des textes dans la gestion des ressources humaines

4.4.1. Avancement

Le GHPG applique le régime de l'avancement à la durée intermédiaire. Ce régime, qui s'appuie sur une ancienne circulaire du 3 décembre 1959²⁷, ne figure pourtant pas au statut de la fonction publique hospitalière.

Cette politique d'avancement très favorable a un impact financier, qui n'est pas individualisé dans les données transmises par l'établissement, mais dont l'ampleur peut être appréciée d'après le pourcentage des agents concernés (46 %) dans l'ensemble des promus.

L'établissement doit respecter les seules dispositions prévues par le statut de la fonction publique en matière de durée d'avancement.

²⁷ Circulaire relative au recrutement et à l'avancement du personnel administratif des établissements d'hospitalisation.

Tableau n° 11 : Durées d'avancement

| | ANNEE | 2011* | ANNEE 2012 | | | | | | |
|----------------------------|---------------------|-----------------|---------------------|------------------|------------------------------------|------------|-------------|-----------------|-----------------|
| | Nb de promouva bles | Nb de promus | Nb de promouvabl es | nombre de promus | Nb de points indices majorés | Coût brut | Coût chargé | | |
| Durée moyenne | 364 | 56 | 410 | 71 | | | | | |
| Durée minimum | 140 | 140 | 151 | 151 | 83 403,05 | 386 156,12 | | 386 156,12 55 | 559 926,37 € |
| Durée intermédiair e | 224 | 168 | 259 | 188 | | | E | | |

Source : Réponse de l'établissement au questionnaire RH

4.4.2. Gestion des contractuels

Au GHPG, les effectifs contractuels en CDD et CDI sont suivis mensuellement comme les ETP dans leur ensemble et les TPER, par corps professionnel et par compte. Le recours aux contractuels s'effectue très majoritairement avec une titularisation ultérieure. A ancienneté et qualification égales, l'établissement respecte une stricte parité avec les titulaires en matière de rémunération de ses agents contractuels.

La direction a identifié, en 2011, l'octroi injustifié aux agents non titulaires de certaines primes (IFTS et prime de technicité des ingénieurs et techniciens supérieurs) réservées règlementairement aux seuls agents titulaires. Les contractuels qui ont bénéficié à tort de ces primes ont été prévenus par courrier et leur contrat a été modifié en leur conservant le niveau de rémunération global. Les toutes dernières régularisations devaient intervenir en 2013.

La mise en place d'une veille juridique et de contrôles par sondage, au sein de la direction des ressources humaines de l'établissement, pourraient contribuer à relever le niveau de vigilance en la matière, au moins en ce qui concerne les anomalies systémiques. Une collaboration plus étroite avec le comptable, à même d'utiliser les requêtes du logiciel Xemelios pour détecter les anomalies, peut également utilement contribuer à l'optimisation de cette gestion.

En 2007, des agents de l'établissement ont été traduits en justice pour atteinte à la liberté d'accès ou à l'égalité des candidats dans les marchés publics. Une nouvelle dénonciation a été adressée à la Cour des comptes en 2010. Elle portait sur le contentieux encore en cours, mais également sur l'évolution de la rémunération et de la situation statutaire d'un agent.

Le service de la gestion du patrimoine et des investissements a été spécifiquement examiné lors de la vérification des dossiers des contractuels. En effet, il avait été le foyer d'origine des contentieux sur les marchés publics et l'un de ses contractuels était nommément désigné dans la dénonciation précitée comme ayant bénéficié d'une promotion accélérée et injustifiée.

Aucune anomalie n'a été relevée dans l'étude de ces dossiers.

4.4.3. Primes et indemnités

4.4.3.1. Indemnité pour travail normal de nuit et majoration pour service intensif

Le décret du 30 novembre 1988²⁸ prévoit que l'indemnité pour travail normal de nuit est attribuée aux personnels titulaires et stagiaires qui assurent totalement ou partiellement leur service normal dans le cadre de la durée hebdomadaire du travail entre 21h00 et 6h00 du matin. Par ailleurs une majoration pour travail intensif est allouée à certaines catégories de personnel, déterminées par la règlementation.

Le GHPG verse la prime de travail intensif de nuit sur la base des navettes transmises par les unités de soins au service du personnel. Chaque service de nuit (de 21h00 à 7h00) est valorisé pour dix heures dans les bulletins de paie.

4.4.3.2. Indemnité pour travaux dangereux, incommodes, insalubres ou salissants

Cette indemnité²⁹ est allouée aux personnels, titulaires et stagiaires, chargés d'effectuer des travaux pour lesquels des risques ou incommodités subsistent malgré les précautions prises et les mesures de protection adaptées.

Le GHPG verse cette indemnité aux personnels en contact avec les patients, soit à la quasitotalité des soignants, et aux personnels effectuant des travaux insalubres en fonction du nombre de jours de présence dans le service.

4.4.3.3. Indemnité représentative de travaux supplémentaires (IFTS)

L'indemnité représentative de travaux supplémentaires est attribuée suivant l'appréciation du chef d'établissement à certaines catégories de fonctionnaires prévues par la règlementation³⁰.

Au moment du recrutement, puis en cours de carrière lorsque l'agent change de grade, l'établissement vérifie s'il remplit les conditions pour bénéficier de cette indemnité.

Des contractuels figuraient sur la liste des bénéficiaires de cette indemnité et des régularisations sont en cours (cf. § 4.4.2).

4.4.3.4. Nouvelle bonification indiciaire

La NBI est attachée à certains emplois de fonctionnaires, à l'exclusion des agents contractuels, impliquant l'exercice d'une responsabilité ou la mise en œuvre d'une technicité particulière.

²⁸ Décret n°88-1084 du 30 novembre 1988 relatif à l'indemnité horaire pour travail normal de nuit et à la majoration pour travail intensif.

²⁹ Arrêté du 18 mars 1981 relatif aux primes et indemnités relevant du titre IX du code de la santé publique.

³⁰ Arrêté du 7 mars 2007 fixant les taux des indemnités forfaitaires représentatives de travaux supplémentaires allouées à certains personnels de la fonction publique hospitalière (pour les corps suivants : attachés d'administration hospitalière principal, attaché d'administration, adjoints des cadres, assistants médico-administratifs).

Le GHPG s'appuie sur son logiciel de Cpage et sur les informations données par les responsables hiérarchiques en cas d'encadrement, pour vérifier l'attribution de la NBI. Une décision d'attribution, signée du directeur, est transmise au comptable.

4.4.4. Des avantages en nature conformes à la réglementation

4.4.4.1. Logements pour nécessité absolue de service

Quatre agents sur les douze qui sont logés bénéficiaient du calcul sur la base de la valeur locative, plus avantageux pour eux. Tous les logements sont localisés dans l'enceinte de l'hôpital ou à immédiate proximité.

Le montant des avantages calculé conformément à la réglementation en vigueur en 2011, est indiqué dans les bulletins de salaire et déclaré aux administrations sociales et fiscales.

L'établissement a, depuis 2010, une politique active de logement de son personnel au moyen de conventions de réservation de logements en droit unique ou en droit de suite. Un immeuble de logements, construit au moyen d'un bail emphytéotique conclu avec la SNI et repris par Valophis puis par Immobilière 3F, a été intégralement affecté au logement des agents (cf. § 3.4.).

4.4.4.2. Véhicules

Le directeur bénéficie de l'utilisation privée d'un véhicule mis à sa disposition de façon permanente. Conformément à la réglementation, cet avantage en nature a été correctement mentionné sur le bulletin de paye et déclaré aux administrations sociales.

Le GHPG gère également un parc de véhicules, mis à disposition des agents pour les besoins du service.

4.5. Temps de travail au groupe hospitalier Paul Guiraud

4.5.1. Un accord ARTT basé sur une journée de 8 heures

Le premier accord local relatif à la mise en œuvre de l'aménagement et de la réduction du temps de travail datait du 12 mars 2002. En application du projet social, le protocole d'actualisation de cet accord a été signé le 3 août 2012 par les syndicats CFDT (avec réserves) et FO. Le syndicat SUD-Santé l'a signé à son tour le 31 janvier 2013.

4.5.1.1. Congés

Une année complète de service donne droit à 25 jours ouvrés de congés annuels, augmentés de deux jours pour congés hors saison, auxquels s'ajoute un jour supplémentaire si les congés sont pris en au moins trois périodes d'au moins cinq jours ouvrés. Les congés ne peuvent excéder 31 jours consécutifs, sauf s'ils se cumulent avec tout ou partie des six jours de RTT, ou 65 jours en cas de congés bonifiés. Si l'année de service n'est pas complète, l'agent bénéfice de deux jours par mois ou fraction de mois supérieure à 15 jours.

L'établissement accorde comme jours fériés la totalité des fêtes légales. La compensation pour un jour férié coïncidant avec un jour de repos est accordé aux agents en repos variable et lorsque les repos hebdomadaires interviennent à dates fixes mais ne comprennent pas simultanément le samedi et le dimanche.

4.5.1.2. Aménagement du temps de travail

L'aménagement du temps de travail est basé sur une durée moyenne hebdomadaire de 36 heures, avec un maximum de 44 heures (48 heures avec les heures supplémentaires). L'organisation repose sur des cycles : deux ou douze semaines pour les agents en repos fixes et deux ou six semaines pour les agents en repos variable.

Le premier cycle de l'année N débute le dernier lundi de l'année N-1 et s'achève le dernier dimanche de l'année N. Les cycles ne couvrent que les 48 premières semaines. Ensuite, tous les agents sont réputés être en cycle à la quatorzaine jusqu'à la fin de l'année. Seules les 48 premières semaines donnent droit au bénéfice des jours ATT. En décembre, les agents doivent poser au moins un jour de RTT sur chacun des deux cycles de 15 jours.

La durée de la journée de travail est maintenue à huit heures.

Le temps de travail de 72 heures pour deux semaines permet de libérer un jour d'aménagement du temps de travail (ATT) par quinzaine, soit 22,5 dans l'année pour 45 semaines travaillées. Ces jours ATT, y compris ceux coïncidant avec un jour férié et compensable, doivent impérativement être récupérés à l'intérieur du cycle, même en cas de maladie, sauf si la période considérée est la dernière semaine du cycle.

Le choix des cycles et des modalités individuelles d'aménagement du travail, valable un an, sauf changement d'affectation, et révisable chaque année, fait l'objet d'une concertation entre le personnel d'encadrement et les agents.

Des dispositifs dérogatoires sont prévus :

- cycles hebdomadaires de travail de 35 heures (5 jours x 7 heures) sans jours RTT ni ATT, à la demande de l'agent et après avis du chef de service;
- pour les personnels d'encadrement, possibilité d'opter au 1^{er} janvier de chaque année pour un décompte du temps de travail en jours, soit 20 jours RTT pouvant être pris hors du cycle, hors jours de congés supplémentaires « hors saison » ou fractionnement.

Les droits à récupération du personnel à temps partiel sont calculés au prorata. La réduction journalière du temps de travail est possible.

Six jours spécifiques de réduction du temps de travail, hors cycles, permettent de ramener règlementairement la durée du travail à 35 heures hebdomadaires.

Pour un agent à repos fixes, ces mesures lui permettent de bénéficier, outre des 25 jours de congés, du jour de fractionnement, et des deux jours « hors période », de 28,5 jours d'ARTT.

Tableau n° 12 : Jours de travail pour un agent en repos fixes

| Heures travaillées pendant la journée | 8 h |
|---------------------------------------|-------|
| Repos hebdomadaires | 104 |
| Féries (ni samedi ou dimanche) | 9 |
| Congés annuels | 25 |
| Fractionnement | 1 |
| Hors saison | 2 |
| Solidarité | 1 |
| ATT | 22,5 |
| RTT | 6 |
| Repos compensateurs supplémentaires | |
| Total des jours de repos | 168,5 |
| Total des jours de travail | 196,5 |
| Référence annuelle en heures | 1572 |

Source: Accord RTT du 3 aout 2012

Le temps de travail effectif comprend les temps d'habillage et de déshabillage, lorsque le port d'une tenue de travail est rendu obligatoire, ainsi qu'une pause pour le repas sur le site d'affectation avec obligation de pouvoir être joint et prendre son poste immédiatement.

Les temps de chevauchement sont répartis de la manière suivante :

- 15 mn le matin (de 6h45 à 7h00) pour la relève de l'équipe de nuit ;
- 1h30 en mi-journée (de 13h15 à 14h45) pour les transmissions à l'équipe de l'aprèsmidi et l'évaluation des étudiants ;
- 15 mn en soirée (de 21h00 à 21h 15) à l'arrivée de l'équipe de nuit ;
- Sauf pour l'UHSA : 30mn le matin (7h00 à 7h30) et le soir (19h30 à 20h00).

L'ordonnateur a indiqué que « suite aux préconisations de l'IGAS, les dispositions relatives à la durée quotidienne de 8h ser[aie]nt revues ».

Il conviendrait d'engager un plan de maîtrise global du titre I des charges de personnel, tout en considérant que les marges d'action se situent essentiellement dans la baisse des effectifs à activité identique et dans la révision de l'accord RTT trop coûteux.

4.5.1.3. Heures supplémentaires des personnels non médicaux

En 2012, le montant total des heures supplémentaires payées aux personnels non médicaux s'est élevé à 2,09 M€³¹, d'où une dépense moyenne par ETPR de 1 161 €. Au début de la période examinée, le système d'information de l'établissement ne permettait pas de connaître le nombre d'heures³². En 2012, l'établissement a rémunéré 87 655,56 heures supplémentaires, les heures récupérées n'étant pas comptabilisées, ce qui représentait en moyenne 47 heures par ETPR.

Si la réalisation d'heures supplémentaires par les personnels volontaires permet de gérer plus souplement les absences inopinées, elle est génératrice de coûts importants pour l'établissement, d'autant plus que les heures supplémentaires sont très rarement récupérées au GHPG, les agents préférant être rémunérés.

³¹ Document de suivi des crédits de remplacement 2012-2013.

³² Bilan social 2011.

Alors que les effectifs ont fortement augmenté entre 2009 et 2012, le volume d'heures supplémentaires est resté élevé.

Il est pris acte que la recherche d'économies de fonctionnement a construit l'établissement à engager en 2013 une réflexion sur sa politique de remplacement (heures supplémentaires, vacataires et intérim), avec l'objectif de réduire le recours aux heures supplémentaires et de constituer un vivier de personnels de remplacement fidélisés en pourvoyant les postes vacants.

4.5.1.4. Comptes épargne-temps

Les jours de congés posés, payés et/ou retirés sur les comptes épargne-temps (CET) du personnel médical et non médical sont enregistrés régulièrement tout au long de l'année, soit directement dans le système informatique, soit dans une base de données Excel. La fragilité du système de comptabilisation sur un simple tableur Excel est à relever.

Les effectifs non médicaux ont la possibilité de déposer le reliquat de jours non pris en année N jusqu'au 31 janvier N+1, les effectifs médicaux jusqu'au 31 mars N+1.

Le calcul de provisions est basé sur la rémunération de décembre pour le personnel non médical, ajusté chaque année. Pour le personnel médical, le calcul retient 900 € par journée, appliqué d'un taux de charges de 47 %. La provision est également réévaluée chaque année.

L'établissement a mis en œuvre la nouvelle réglementation relative au CET intervenue en 2012³³.

Sont apparues des règles de gestion différentes entre le CET en stock et celui à compter de l'application du décret. Lorsqu'il dispose d'un stock supérieur à 20 jours au 31 décembre, le praticien peut exercer son droit d'option entre paiement des jours et maintien au CET dans la limite de 300 jours. Pour permettre aux praticiens d'exercer leur droit d'option, l'établissement les a informés individuellement des droits acquis.

Au 31 décembre 2012, le stock de CET moyen par ETPR médical s'élevait à 30,83 jours.

Le décret du 6 décembre 2012 précité prévoit que « les établissements ont l'obligation de comptabiliser un passif pour chaque jour épargné ». La provision pour CET au CHPG couvrait, en 2012, 145,7 % du risque afférent ; l'établissement ayant fait le choix d'inclure les charges sociales.

53/79

³³ Décret n° 2012-1366 du 6 décembre 2012 modifiant certaines dispositions relatives au compte épargne-temps et aux congés annuels dans la fonction publique hospitalière.

Tableau n° 13: Taux de provision des CET

| | Forfait | Jours en stock (31/12/2012) | Montant (en €) |
|-----------------------|---------|--------------------------------|----------------|
| Personnel non médical | | | 578 484,10 |
| Catégorie A | 125 | <i>3265,4</i> 8 | 408 185,00 |
| Catégorie B | 85 | 1191,26 | 101 257,10 |
| Catégorie C | 60 | 1150,70 | 69 042,00 |
| Personnel médical | 300 | 5280,12 | 1 584 036,00 |
| • | | TOTAL | 2 162 520,10 |
| | | Provision c/143 | 3 150 015,29 |
| | | Taux de provision | 145,7% |

Source : Bilan social 2012 et compte financier

4.5.1.5. Astreintes

En matière d'astreintes³⁴, les décisions sont signées par le directeur après avis du CTE et une copie est remise au comptable.

Le service du personnel transmet mensuellement à la trésorerie un état liquidatif précisant l'emploi de l'agent, la période d'astreinte, le taux applicable et le nombre d'heures d'interventions pendant l'astreinte afin de valider le paiement des astreintes.

4.5.2. Temps de travail médical

Il n'existe pas de guide interne de la gestion du temps de travail médical au GHPG. L'établissement prévoit toutefois d'en engager la rédaction.

L'établissement ne dispose pas non plus d'outil pour articuler la gestion du temps de travail médical avec celle des effectifs non médicaux

La transmission des tableaux individuels de service réalisé est obligatoire et sert de fondement pour déterminer les éléments de paie. La direction des ressources humaines et de la politique médicale relance les praticiens lorsque ces tableaux sont manquants.

Ces documents sont signés par le praticien et son chef de pôle, qui atteste ainsi, seul, le service fait.

La direction des ressources humaines et de la politique médicale effectue le contrôle administratif des informations, notamment celles relatives à la permanence des soins et aux absences statutaires, et détermine éventuellement le temps de travail additionnel. Il n'existe pas d'autre contrôle de l'effectivité de la présence des praticiens.

4.5.2.1. Congés annuels des praticiens

L'établissement dispose d'une procédure pour les demandes de congés des médecins.

³⁴ Décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 modifié et au décret n°2003-507 du 11 juin 2003 pour ce qui concerne les modalités de compensation.

Le praticien formalise sa demande qu'il signe conjointement avec son éventuel remplaçant avant de la transmettre au chef de pôle. Ce dernier donne son accord et l'adresse au bureau des affaires médicales. Après les vérifications d'usage (solde des absences statutaires, respect de la règlementation), la demande est saisie dans le logiciel de paie (CPage) et un exemplaire signé est retourné au demandeur avec un récapitulatif de ses absences statutaires. Un autre exemplaire est conservé dans le dossier du praticien.

4.5.2.2. Journées d'intérêt général

Le GHPG autorise, par convention avec les organismes bénéficiaires, certains praticiens hospitaliers à temps plein à exercer des activités d'intérêt général³⁵. Les conventions signées ne prévoient toutefois aucun dédommagement pour le GHPG qui rémunère le praticien à temps plein.

Du fait de sa situation budgétaire contrainte, l'établissement s'est engagé, en 2013, dans une révision de ces conventions afin d'obtenir le remboursement du temps médical mis à disposition. Devant les risques juridiques et financiers qu'il estime susceptible de survenir au cours de ces révisions, il a interrogé le ministère par un courrier du 13 septembre 2013.

4.5.2.3. Permanence des soins

Le GHPG ne dispose pas de règlement général pour les gardes et astreintes. Toutefois, l'organisation de la permanence des soins a fait l'objet d'une formalisation en distinguant :

- La garde de psychiatrie sur le site de Villejuif;
- La garde somatique sur le site de Villejuif ;
- La permanence au sein de l'hôpital de Clamart (note de service du 9 mai 2012);
- La permanence des soins de nuit au SMPR et à l'UHSA;
- La pharmacie.

Le planning prévisionnel est adressé à la direction des affaires médicales par les chefs de service ou de pôle, chaque trimestre. Après les vérifications administratives, il est signé par le directeur de l'établissement, puis diffusé au sein de l'établissement.

De même, le planning des internes est élaboré en concertation avec les intéressés, le principe étant l'obligation pour chacun d'entre eux d'y participer.

Sur le site de Villejuif, la garde sur place de psychiatrie est assurée conjointement par un sénior et un interne. La garde somatique est assurée uniquement par les séniors.

Sur le site de Clamart, lorsque la garde est assurée par un médecin associé ou un interne de psychiatrie, une astreinte de sécurité est assurée à domicile par un praticien hospitalier à temps plein ou temps partiel, titulaire ou contractuel, ou un praticien attaché. De même, la garde de pharmacie est assurée par les internes et une astreinte de sécurité de sénior sécurise le dispositif.

La permanence des soins de nuit au SMPR et à l'UHSA est confiée à un sénior en astreinte de sécurité avec, pour l'UHSA située sur le site de Villejuif, une première ligne de garde assurée par l'interne de garde.

Le tableau mensuel individuel réalisé, justifiant du service réalisé y compris les gardes et astreintes, doit être transmis au bureau des affaires médicales pour permettre le paiement.

-

³⁵ Article R. 6152-30 du code de la santé publique.

En amont, chaque praticien d'astreinte a noté « l'heure de l'appel reçu, ses heures d'arrivée et de départ de l'hôpital, le nom de chaque malade soigné et l'indication des soins dispensés » sur un document prévu à cet effet et adressé au secrétariat du chef de pôle. La prise en compte de la garde nécessite également que le praticien signe le formulaire *ad hoc* au moment de la prise de garde.

La commission de l'organisation de la permanence des soins (COPS), que chaque établissement doit instaurer³⁶ et qui a notamment pour mission de définir annuellement avec le directeur l'organisation et le fonctionnement de la permanence des soins, n'a été réunie qu'une seule fois entre 2009 et 2012.

L'établissement n'est pas éligible au financement des missions d'intérêt général (MIG), mais il bénéficie toutefois des dispositions de la circulaire DGOS/R1/2011/125 du 30 mars 2011 pour financer partiellement les émoluments des internes en médecine et pharmacie, qui participent à la permanence des soins. Ces financements transitent par le centre hospitalier intercommunal de Créteil. En 2011, l'établissement a perçu, à ce titre, 284 000 € et 308 000 € en 2012.

La part de rémunération de la permanence des soins a été relativement constante sur la période sous revue (entre 3,6 et 4,1 % des rémunérations du personnel médical).

Le compte 6426 n'est pas mouvementé, alors que du temps additionnel est effectué par les praticiens.³⁷

4.6. Absentéisme

4.6.1. Décompte des absences

Les congés exceptionnels et les autorisations d'absence n'entament pas le droit à bénéficier de jours ARTT. Il en va de même des congés formation, sauf si la durée de l'absence dépassait celle du cycle le plus long (6 ou 12 semaines), auquel cas seuls les jours RTT sont conservés. Ceci est en cohérence avec la volonté affichée dans le projet d'établissement d'encourager les agents à s'inscrire dans des parcours de formation.

Les congés bonifiés donnent lieu à abattement sur le nombre de semaines travaillées prises en compte pour le calcul des jours ATT.

Enfin, le calcul de la prime de service prend en compte les absences de l'agent.

4.6.2. Suivi de l'absentéisme

Le taux d'absentéisme du GHPG n'est pas indiqué dans les données de la BDHF.

Néanmoins, l'absentéisme est suivi mensuellement dans l'établissement par type d'absence et par filière professionnelle en prenant en considération les motifs d'absence suivants : autorisation d'absence, congé de longue durée, grève, maladie, maternité, accident du travail, absence non motivée, accident en trajet, longue maladie, maladie professionnelle. Les absences pour formation n'étaient pas prises en compte.

-

³⁶ Arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et 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 personnes âgées dépendantes.

³⁷ 88 journées en 2012.

L'absentéisme est présenté en taux et en effectifs équivalent temps plein.

Jusqu'en 2011, les taux étaient calculés en rapportant le nombre de jours ouvrés d'absence aux ETP rémunérés moyens annuels x 198,5 journées de travail théoriques. Le taux d'absentéisme global était en hausse régulière depuis 2007 (9,39 %), atteignant un pic à 10,62 % en 2010 pour redescendre à 9,86 % en 2011. L'établissement a établi une corrélation entre cette amélioration et l'effort de recrutement en 2010, qui a stoppé le vieillissement des effectifs.

Pour 2012, le bilan social a adopté un nouveau mode de calcul³⁸: nombre de jours d'absences du personnel / (ETP moyen sur l'année x 365), exprimé en pourcentage. Le taux d'absentéisme de 2012 a été de 6,25 % mais ne peut donc être comparé à ceux des exercices antérieurs. Toutefois, l'établissement a recalculé le taux d'absentéisme des deux années précédentes selon la nouvelle formule, ce qui a permis de constater une tendance baissière.

Tableau n° 14 : Taux d'absentéisme, nouvelles modalités de calcul

| | 2010 | 2011 | 2012 |
|---------------------------------------|--------|--------|--------|
| Nb de journées d'absence pour l'année | 47751 | 46927 | 45363 |
| Taux d'absentéisme | 7,31% | 6,86% | 6,25% |
| Nb de journées d'absence en ETP | 130,82 | 128,57 | 124,78 |

Source : Bilan social 2012

Sur la période 2009-2012, le nombre de journées d'absence du personnel non-médical pour raisons de santé a augmenté de 37,1 % alors que le nombre théorique de jours travaillés n'a augmenté que de 13 %. Le taux d'absentéisme médical est passé de 9,8 % à 11,9 % au cours de la période sous revue.

Selon l'établissement, l'augmentation de 109,1 %, entre 2009 et 2011, du nombre de journées dues aux accidents du travail et aux maladies professionnelles (2 146 journées en 2009 et 4 487 en 2011) s'expliquait par la recrudescence des actes de violence envers les personnels, mais aussi par les conséquences de deux hivers particulièrement froids, pendant lesquels le gel a provoqué des chutes. Cependant, les chiffres de 2012 étaient encore supérieurs avec 5 005 journées.

Les chiffres relatifs aux arrêts maladie « ordinaires » incluaient, en 2012, des arrêts CLM /CLD en cours de traitement administratif, non encore reconnus comme tels. Il était relevé aussi le fort impact des congés de maternité sur le même exercice.

Pour le personnel médical, le nombre de journées d'absence pour raisons de santé a diminué entre 2009 et 2011 de -8,7 % (1 376 journées en 2009 et 1 256 en 2011), principalement du fait d'une baisse sensible du nombre de journées dues aux CLM/CLD (-89,2 %). Il est remonté fortement en 2012, en raison d'une forte hausse, des CLM/CLD et des congés de maternité. Au total, le taux d'absentéisme médical du personnel médical pour raison de santé est passé de 4,3 % en 2009 à 5,6 % en 2012.

La baisse constatée entre 2009 et 2011 a notamment été le fait des PH à temps partiel (-40,6 %), alors que le nombre de journées d'absence des PH à temps plein a augmenté de 17,3 %.

_

³⁸ Instruction n° DGOS/RH3/DGCS/4B/2013/15 du 2 janvier 2013 relative au bilan social.

Face à l'augmentation du coût des absences liées aux agressions envers les agents et pour essayer de prévenir ces violences, l'établissement s'est engagé, en 2012, dans une vaste démarche de formation institutionnelle visant à développer des habiletés et des modes d'intervention pour faire face à ces situations. Ces formations doivent se poursuivre jusqu'en 2014.

5. EXISTENCE DE MARCHÉS CONTESTÉS, MAIS RÉGULIERS

Le décompte global définitif de l'opération Clamart n'étant pas encore disponible, un examen exhaustif n'a pu être réalisé. Les investigations relatives aux achats de l'établissement, très limitées, n'ont donc porté que sur un échantillon réduit de marchés.

L'intégralité des mandats au compte 2184 « Mobilier » a été examinée sur les exercices 2009 et 2010. La quasi-totalité des achats étaient de montant unitaire modeste et portaient sur des éléments mobiliers fonctionnels destinés aux chambres de patients, aux espaces d'accueil du public et plus marginalement aux bureaux.

L'examen de ces achats n'a pas révélé d'anomalies.

5.1. De nouveaux bureaux pour de nouveaux postes

Les entreprises assurant la réalisation des travaux d'entretien de l'hôpital interviennent après passation de marchés publics, gérés par la direction des services économiques du GHPG.

L'ingénieur de la direction du patrimoine et des investissements analyse personnellement tous les dossiers d'offre et les visait. Pour les marchés de plus de 15 000 € HT, cette analyse est également revue et signée par la directrice du patrimoine et des investissements. Les avis sont alors transmis avec, le cas échéant, des observations à la direction des services économiques.

Il y a peu d'achats dits « hors marché » et l'établissement recourt parfois, même quand ce n'est pas requis, à une mise en concurrence entre les entreprises retenues aux marchés – cadres.

5.1.1. Création d'un bureau pour le directeur des ressources humaines

En 2008, l'établissement a rénové un ancien appartement de fonction, en partie utilisé depuis plusieurs années par les services de la direction des ressources humaines et, plus précisément, pour y loger les bureaux des agents assurant la gestion du personnel médical.

La chambre n'a pas relevé d'anomalie dans la passation des marchés pour ces travaux de réaménagement architectural et de mise en conformité électrique d'un montant de 79 885 € HT.

5.1.2. Aménagement d'un bureau pour le directeur du patrimoine et des investissements

Cet aménagement, dont le coût a été de 5 710,79 €, a fait l'objet d'un marché public. Compte tenu de la modicité de leur montant, ces travaux ont été intégrés aux lots du marché de « restructuration du pavillon 12 » avec lequel étaient groupés divers travaux dans d'autres pavillons.

Ces procédures n'appellent pas d'observation de la part de la chambre.

5.2. Échantillon de marchés

La chambre a également examiné les marchés suivants :

- Prestations de communication (quatre lots sous forme d'appel d'offres ouvert) ;
- Mise à disposition de personnels intérimaires (marché en cours et nouveau marché sous forme d'appel d'offres ouvert).

Ces marchés n'appellent pas d'observation.

Les procédures de marché examinées par la chambre n'ont révélé aucune anomalie.

ANNEXES

Eléments relatifs à la situation financière

Tableau n° 15 : Evolution des résultats

| Résultats comptables (€) | Н | С | Р | Consolidés |
|--------------------------|---------------|------------|-------------|---------------|
| 2008 | 109 428,68 | 103 300,36 | 503 240,69 | 715 969,73 |
| 2009 | 3 688 636,82 | 244 656,65 | 298 167,66 | 4 231 461,13 |
| 2010 | 1 711 245,11 | 74 977,24 | 11 306,08 | 1 797 528,43 |
| 2011 | 702 633,53 | 211 482,23 | 141 253,32 | 1 055 369,08 |
| 2012 | -1 236 679,42 | 143 246,12 | -351 548,45 | -1 444 981,75 |
| Cumulé | 4 975 264,72 | 777 662,60 | 602 419,30 | 6 355 346,62 |

Source : comptes financiers 2008 à 2012

Tableau n° 16 : Charges du compte principal (en M€)

| GROUPES DE DEPENSES COMPTE PRINCIPAL | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 corrigé | 2012 |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-----------------|-------------|
| Charges relatives au personnel (titre I) | 92,957 | 94,076 | 92,465 | 94,366 | 97,243 | 105,41 2 |
| Evolution annuelle | | 1,2% | -1,7% | 2,1% | 3,0% | 8,4% |
| Part dans le total | 78,9% | 78,5% | 78,7% | 78,4% | 78,8% | 80,4% |
| Charges à caractère médical (titre II) | 3,560 | 3,228 | 3,616 | 3,548 | 3,689 | 3,882 |
| Evolution annuelle | | -9,3% | 12,0% | -1,9% | 4,0% | 5,2% |
| Part dans le total | 3,0% | 2,7% | 3,1% | 2,9% | 3,0% | 3,0% |
| Charges à caractère hôtelier et général (titre III) | 11,330 | 11,515 | 11,554 | 12,602 | 12,987 | 13,733 |
| Evolution annuelle | | 1,6% | 0,3% | 9,1% | 3,1% | 5,7% |
| Part dans le total | 9,6% | 9,6% | 9,8% | 10,5% | 10,5% | 10,5% |
| Amortissements, provisions, charges financières et exceptionnelles (titre IV) | 9,946 | 10,989 | 9,907 | 9,879 | 9,463 | 8,102 |
| Evolution annuelle | | 10,5% | -9,8% | -0,3% | -4,2% | -14,4% |
| Part dans le total | 8,4% | 9,2% | 8,4% | 8,2% | 7,7% | 6,2% |
| dont charges financières | 0,584 | 0,521 | 0,505 | 0,535 | 0,974 | 1,330 |
| dont amortissements | 3,782 | 3,785 | 3,752 | 3,917 | 4,027 | 4,015 |
| dont provisions et dépréciations | 3,993 | 3,429 | 5,088 | 3,842 | 2,935 | 0,845 |
| dont annulation de titres sur exercices antérieurs | 1,195 | 1,199 | 0,287 | 1,339 | 1,289 | 1,482 |
| dont valeur comptable actifs cédés | 0,011 | 1,857 | 0,033 | 0,027 | 0,008 | 0,000 |
| dont report de charges sur exercices antérieurs | 0,327 | 0,195 | 0,241 | 0,219 | 0,228 | 0,382 |
| TOTAL GENERAL DES DEPENSES | 117,79 3 | 119,80 8 | 117,54 2 | 120,39 5 | 123,38 2 | 131,12 9 |
| Evolution annuelle | | 1,7% | -1,9% | 2,4% | 2,5% | 6,3% |

Source : comptes financiers 2007 à 2012

Tableau n° 17 : Produits du compte principal (en M€)

| GROUPES DE RECETTES COMPTE PRINCIPAL | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 corrigé | 2012 |
|---|---------|--------|--------|--------|-----------------|--------|
| | | 107,69 | 109,37 | 109,96 | 110,48 | 112,61 |
| Produits de l'assurance maladie (titre 1) | 106,197 | 9 | 7 | 6 | 6 | 0 |
| Evolution annuelle | | 1,4% | 1,6% | 0,5% | 0,5% | 1,9% |
| Part dans le total | 89,3% | 89,8% | 90,2% | 90,1% | 89,0% | 86,7% |
| Produits de l'activité hospitalière (titre 2) | 4,794 | 5,540 | 5,679 | 6,835 | 7,899 | 7,080 |
| Evolution annuelle | | 15,6% | 2,5% | 20,4% | 15,6% | -10,4% |
| Part dans le total | 4,0% | 4,6% | 4,7% | 5,6% | 6,4% | 5,5% |
| Autres produits (titre 3) | 7,892 | 6,678 | 6,174 | 5,306 | 5,699 | 10,202 |
| Evolution annuelle | | -15,4% | -7,5% | -14,1% | 4,6% | 79,0% |
| Part dans le total | 6,6% | 5,6% | 5,1% | 4,3% | 4,6% | 7,9% |
| | | 119,91 | 121,23 | 122,10 | 124,08 | 129,89 |
| TOTAL GENERAL DES RECETTES | 118,882 | 7 | 0 | 7 | 4 | 3 |
| Evolution annuelle | | 0,9% | 1,1% | 0,7% | -8,4% | 4,7% |

Source : comptes financiers 2007 à 2012

Tableau n° 18 : Valeur ajoutée (en M€)

| Soldes consolidés | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|--|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Produits des tarifications à l'activité non AM | 4,79 | 5,54 | 5,68 | 6,84 | 7,90 | 7,08 |
| Dotation annuelle de financement (DAF) | 106,19 | 107,69 | 109,38 | 109,97 | 110,49 | 112,51 |
| Produits afférents aux soins (CRA) | - | - | - | - | - | - |
| Autres produits de tarification des CRA | 2,25 | 2,42 | 2,59 | 2,35 | 2,49 | 2,36 |
| Ventes de marchandises | - | 0,08 | 0,09 | 0,09 | 0,09 | 0,08 |
| Autres produits | 1,12 | 1,13 | 1,28 | 1,35 | 1,28 | 1,19 |
| Produits bruts d'exploitation | 114,36 | 116,87 | 119,02 | 120,58 | 122,25 | 123,22 |
| Consommations en provenance de tiers | 6,24 | 6,56 | 6,32 | 6,35 | 6,23 | 6,77 |
| Charges externes | 7,59 | 7,03 | 7,52 | 8,30 | 8,40 | 9,19 |
| Remboursements de frais des CRA | 0,13 | 0,13 | 0,14 | 0,15 | 0,14 | 0,27 |
| Consommations intermédiaires | 13,69 | 13,45 | 13,70 | 14,49 | 14,48 | 15,69 |
| Valeur ajoutée | 100,67 | 103,42 | 105,32 | 106,09 | 107,77 | 107,53 |

Source : analyses IDAHO du comptable

Tableau n° 19: Excédent brut d'exploitation (en M€)

| Soldes consolidés (M€) | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|------------------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Valeur ajoutée | 100,670 | 103,419 | 105,319 | 106,087 | 107,767 | 107,530 |
| plus subventions d'exploitation | 1,576 | 2,855 | 1,878 | 1,697 | 1,697 | 2,016 |
| moins impôts et taxes | 0,094 | 0,090 | 0,069 | 0,070 | 0,064 | 0,081 |
| moins charges de personnel | 95,433 | 96,827 | 95,260 | 97,611 | 100,283 | 108,500 |
| Excédent brut d'exploitation (EBE) | 6,719 | 9,357 | 11,867 | 10,103 | 9,118 | 0,964 |
| EBE / Produits bruts (%) | 5,9% | 8,0% | 10,0% | 8,4% | 7,5% | 0,8% |

Tableau n° 20 : Résultat d'exploitation (en M€)

| Soldes consolidés | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|---|-------|-------|--------|-------|-------|--------|
| Marge brute | 6,909 | 9,155 | 11,515 | 9,661 | 8,819 | 0,934 |
| plus reprises sur amortissements, | | | | | | |
| provisions | 2,248 | 0,650 | 0,429 | 1,049 | 244 | 2,649 |
| et transferts de charges d'exploitation | | | | | | |
| moins dotation aux amortissements | 3,881 | 3,884 | 3,847 | 4,017 | 4,130 | 4,112 |
| moins dotations aux provisions | 4,091 | 3,469 | 3,975 | 3,842 | 0,926 | 0 |
| Résultat d'exploitation | 1,184 | 2,452 | 4,122 | 2,851 | 4,007 | -0.530 |

Source : analyses IDAHO du comptable

Tableau n° 21 : Marge brute (en M€)

| Soldes consolidés | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|--|-------|-------|--------|--------|-------|--------|
| Excédent brut d'exploitation | 6,719 | 9,357 | 11,867 | 10,103 | 9,118 | 0,964 |
| plus autres produits de gestion courante | 0,699 | 0,282 | 0,222 | 0,290 | 0,892 | 0,929 |
| moins autres charges de gestion courante | 0,510 | 0,483 | 0,573 | 0,732 | 1,191 | 0,959 |
| Marge brute | 6,909 | 9,155 | 11,515 | 9,661 | 8,819 | 0,934 |
| Amortissements | 3,881 | 3,884 | 3,847 | 4,017 | 4,130 | 4,112 |
| Frais financiers | 0,598 | 0,527 | 0,515 | 0,542 | 0,979 | 1,332 |
| Sous-total charges calculées | 4,479 | 4,411 | 4,362 | 4,559 | 5,109 | 5,444 |
| Marge brute / produits | 6,0% | 7,8% | 9,7% | 8,0% | 7,2% | 0,8% |
| Amortissements / Marge brute (%) | 56,2% | 42,4% | 33,4% | 41,6% | 46,8% | 440,3% |
| Frais financiers / Marge brute (%) | 8,7% | 5,8% | 4,5% | 5,6% | 11,1% | 142,6% |
| Charges calculées / Marge brute (%) | 64,8% | 48,2% | 37,9% | 47,2% | 57,9% | 582,9% |

Source : analyses IDAHO du comptable

Tableau n° 22 : Résultats d'exploitation par comptes

| Résultats d'exploitation (M€) | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|-------------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Produits d'exploitation CRP | 116,683 | 117,318 | 119,535 | 120,869 | 124,862 |
| Charges d'exploitation CRP | 114,722 | 113,753 | 116,777 | 117,200 | 125,188 |
| Résultat d'exploitation CRP | 1,961 | 3,565 | 2,758 | 3,670 | -0,326 |
| Produits d'exploitation C | 1,828 | 1,910 | 2,037 | 2,037 | 2,021 |
| Charges d'exploitation C | 1,728 | 1,688 | 1,962 | 1,791 | 1,906 |
| Résultat d'exploitation C | 0,100 | 0,222 | 0,075 | 0,246 | 0,115 |
| Produits d'exploitation P | 2,423 | 2,596 | 2,345 | 2,490 | 2,374 |
| Charges d'exploitation P | 2,032 | 2,261 | 2,326 | 2,398 | 2,692 |
| Résultat d'exploitation P | 0,391 | 0,335 | 0,018 | 0,092 | -0,318 |

Source : comptes financiers 2007 à 2012

Tableau n° 23 : Résultat exceptionnel par compte (en M€)

| Résultats exceptionnels | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|-----------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Produits exceptionnels CRP | 2,478 | 1,676 | 1,969 | 1,068 | 1,415 | 3,082 |
| Charges exceptionnelles CRP | 1,588 | 3,254 | 1,700 | 1,585 | 3,544 | 2,756 |
| Résultats exceptionnels CRP | 0,890 | -1,577 | 0,269 | -0,517 | -2,129 | 0,326 |
| Produits exceptionnels C | 0,026 | 0,014 | 0,029 | 0,072 | 0,022 | 0,075 |
| Charges exceptionnelles C | 0,014 | 0,011 | 0,006 | 0,072 | 0,056 | 0,047 |
| Résultats exceptionnels C | 0,012 | 0,003 | 0,023 | 0,000 | -0,034 | 0,028 |
| Produits exceptionnels P | 0,031 | 0,136 | 0,037 | 0,056 | 0,102 | 0,043 |
| Charges exceptionnelles P | 0,364 | 0,018 | 0,064 | 0,056 | 0,048 | 0,074 |
| Résultats exceptionnels P | -0,333 | 0,118 | -0,027 | 0,000 | 0,054 | -0,031 |

Source : comptes financiers 2007 à 2012

Tableau n° 24 : Retraitement du résultat comptable (en M€)

| RESULTAT RETRAITE | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|---|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Charges CG | 120,524 | 122,292 | 119,987 | 123,321 | 137,380 | 133,996 |
| Charges reportées N+1 (+) | 0,214 | 0,241 | 0,245 | 0,276 | 0,456 | |
| Charges reportées N (-) | 0,686 | 0,214 | 0,241 | 0,245 | 0,276 | |
| Dépenses à classer N (+) | 0,017 | 0,007 | 0,016 | 0,010 | 0,000 | 0,000 |
| Charges retraitées | 120,069 | 122,326 | 120,008 | 123,361 | 137,560 | 133,996 |
| Différence | -0,456 | 0,034 | 0,021 | 0,041 | 0,180 | 0,000 |
| Produits CG | 121,923 | 123,008 | 124,219 | 125,118 | 138,435 | 132,551 |
| Produits sur exercices antérieurs N+1 (+) | 0,163 | 1,667 | 0,785 | 0,600 | 1,093 | |
| Produits sur exercices antérieurs N (-) | 0,627 | 0,163 | 1,667 | 0,785 | 0,600 | |
| Recettes à classer N (+) | 0,458 | 0,084 | 0,556 | 1,288 | 0,353 | 0,211 |
| Produits retraités | 121,916 | 124,596 | 123,892 | 126,222 | 139,281 | 132,762 |
| Différence | -0,007 | 1,588 | -0,327 | 1,104 | 0,846 | 0,211 |
| Résultat au CG | 1,398 | 0,716 | 4,231 | 1,798 | 1,055 | -1,445 |
| Résultat retraité | 1,847 | 2,270 | 3,884 | 2,861 | 1,721 | -1,234 |
| Différence | 0,449 | 1,554 | -0,347 | 1,063 | 0,666 | 0,211 |

Source : comptes financiers 2007 à 2012

Tableau n° 25 : Résultat corrigé (en M€)

| Nature de la dotation | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|-----------------------------|------|------|-------|------|------|-----------|
| Résultat comptable retraité | 1,85 | 2,27 | 3,88 | 2,86 | 1,72 | -1 234,00 |
| Moins aides exceptionnelles | - | - | -0,54 | - | - | - |
| Résultat corrigé | 1,85 | 2,27 | 3,34 | 2,86 | 1,72 | -1,23 |

Source : comptes financiers et arrêtés de dotation

Tableau n° 26 : Constitution de la capacité d'autofinancement (CAF) (en M€)

| Constitution de la CAF brute | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|---|------|------|-------|-------|------|------|
| Excédent brut d'exploitation | 6,72 | 9,36 | 11,87 | 10,10 | 9,12 | 0,96 |
| plus transfert de charges d'exploitation | - | - | - | - | - | - |
| plus autres produits d'exploitation | 0,70 | 0,28 | 0,22 | 0,29 | 0,89 | 0,93 |
| moins autres charges d'exploitation | 0,51 | 0,48 | 0,57 | 0,73 | 1,19 | 0,96 |
| plus produits financiers (sauf reprises) | 0,24 | 0,25 | 0,36 | 0,01 | 0,14 | 0,09 |
| moins charges financières (sauf dotations) | 0,60 | 0,53 | 0,52 | 0,54 | 0,98 | 1,33 |
| plus produits exceptionnels (sauf reprises et opérations en capital) | 2,52 | 1,82 | 2,03 | 1,18 | 1,53 | 3,19 |
| moins charges exceptionnelles (sauf dotations et opérations en capital) | 1,95 | 1,43 | 0,60 | 1,69 | 1,62 | 2,03 |
| Capacité d'autofinancement brute | 7,12 | 9,27 | 12,79 | 8,62 | 7,89 | 0,86 |
| Taux de CAF | 6,0% | 7,8% | 10,5% | 7,0% | 6,2% | 0,7% |

Tableau n° 27 : Affectation de la capacité d'autofinancement brute (en M€)

| Affectation de la CAF | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|---|------|------|-------|------|-------|-------|
| Résultat de l'exercice | 1,40 | 0,72 | 4,23 | 1,80 | 1,06 | -1,45 |
| plus valeur comptable des éléments d'actifs cédés | 0,01 | 1,86 | 0,03 | 0,03 | 0,01 | - |
| plus dotations aux amortissements / provisions | 7,97 | 7,35 | 8,96 | 7,86 | 18,44 | 4,96 |
| moins produits des cessions d'éléments d'actif | 0,01 | 0,00 | 0,01 | 0,00 | 0,01 | 0,01 |
| moins quote-part des subventions virées au CR | 0,01 | 0,00 | 0,00 | 0,01 | - | - |
| moins reprises sur amortissements et provisions | 2,25 | 0,65 | 0,43 | 1,05 | 11,61 | 2,65 |
| Capacité d'autofinancement brute | 7,12 | 9,27 | 12,79 | 8,62 | 7,89 | 0,86 |

Tableau n° 28 : Fonds de roulement net global (en M€)

| FONDS DE ROULEMENT | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|--|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Apports | 8,18 | 8,18 | 8,18 | 8,18 | 8,18 | 8,18 |
| Excédents affectés à l'investissement | 21,77 | 22,86 | 22,97 | 26,66 | 28,37 | 29,08 |
| Subventions d'investissement | 0,01 | 0,01 | 0,01 | 12,12 | 12,12 | 12,12 |
| Emprunts et dettes assimilées | 14,59 | 13,35 | 12,10 | 30,84 | 43,57 | 55,43 |
| Amortissements | 47,54 | 50,09 | 53,12 | 56,61 | 60,31 | 64,38 |
| Dépréciations des immobilisations | - | - | - | - | - | - |
| Réserves de trésorerie | 10,82 | 10,82 | 10,82 | 10,82 | 10,82 | 10,82 |
| Réserves de compensation | 0,21 | 0,52 | 1,12 | 1,12 | 1,12 | 1,12 |
| Report à nouveau excédentaire | 0,93 | 0,93 | 0,93 | 1,47 | 1,56 | 1,91 |
| Report à nouveau déficitaire | - | - | - | - | - | - |
| Résultat de l'exercice | 1,40 | 0,72 | 4,23 | 1,80 | 1,06 | -1,45 |
| Provisions réglementées | 3,36 | 3,36 | 4,50 | 4,50 | 17,88 | 18,73 |
| Provisions pour risques et charges | 7,19 | 10,01 | 13,33 | 15,76 | 4,97 | 2,59 |
| Autres dépréciations | 0,65 | 0,65 | 0,87 | 1,24 | 1,35 | 1,08 |
| I - Financements stables | 116,65 | 121,48 | 132,19 | 171,12 | 191,30 | 203,99 |
| Immobilisations incorporelles | 3,84 | 4,55 | 3,49 | 4,69 | 4,45 | 4,76 |
| Charges à répartir | 1 | 1 | • | ı | - | - |
| Primes de remboursement des obligations | - | - | - | - | - | - |
| Immobilisations incorporelles | 3,84 | 4,55 | 3,49 | 4,69 | 4,45 | 4,76 |
| Terrains | 2,28 | 4,00 | 4,00 | 4,00 | 4,05 | 4,06 |
| Immobilisations en cours / terrains | 1 | 1 | - | 1 | - | - |
| Constructions | 71,81 | 76,48 | 81,43 | 86,53 | 92,62 | 130,29 |
| Constructions en cours | 1,59 | 2,32 | 6,81 | 18,86 | 38,59 | 20,90 |
| Installations, matériel, outillage et autres immobilisations | 19,13 | 17,84 | 18,24 | 18,79 | 19,76 | 21,57 |
| Installations, matériel et autres immobilisations en cours | - | - | - | - | - | - |
| Avances et acomptes sur commandes d'immobilisations | 0,06 | 0,02 | 0,37 | 0,21 | 0,64 | - |

| corporelles | | | | | | |
|--|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Immobilisations reçues en affectation | - | - | - | - | - | - |
| Immobilisations affectées ou mises à disposition | - | - | - | - | - | - |
| Immobilisations corporelles | 94,87 | 100,65 | 110,85 | 128,38 | 155,66 | 176,82 |
| Participations et créances rattachées | - | - | - | - | - | - |
| Autres immobilisations financières | 0,11 | 0,11 | 0,12 | 0,12 | 0,17 | 0,15 |
| Immobilisations financières | 0,11 | 0,11 | 0,12 | 0,12 | 0,17 | 0,15 |
| Créance "article 58" | 7,05 | 7,05 | 7,05 | 7,05 | 7,05 | 7,05 |
| Créances sur l'Etat | | | | | | |
| (sect. psychiatrique) | - | - | - | - | - | - |
| II - Biens stables | 105,87 | 112,36 | 121,51 | 140,25 | 167,33 | 188,78 |
| Fonds de roulement net global | 10,68 | 9,12 | 10,68 | 30,87 | 23,97 | 15,21 |

Source : Analyse IDAHO du comptable

Tableau n° 29 : Besoin en fonds de roulement (en M€)

| BESOIN EN FONDS DE ROULEMENT | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|---|-------|------|-------|-------|------|-------|
| Créances | | | | | | |
| Stocks | 0,80 | 0,78 | 0,91 | 1,05 | 1,08 | 0,98 |
| Hospitalisés et consultants | 1,27 | 1,17 | 1,56 | 2,04 | 2,00 | 2,15 |
| Caisses de sécurité sociale | 4,01 | 4,00 | 4,73 | 4,50 | 4,36 | 4,35 |
| Département | - | - | - | - | - | - |
| Mutuelles et autres tiers payants | 1,38 | 1,50 | 1,11 | 1,09 | 1,25 | 1,56 |
| Créances irrécouvrables admises en non-valeur | - | - | - | - | - | - |
| Etat et collectivités locales | 0,18 | 0,14 | 0,14 | 0,14 | 0,14 | 0,41 |
| Autres créances | 1,05 | 0,66 | 1,21 | 1,20 | 1,01 | 1,94 |
| Dépenses à classer | 0,02 | 0,01 | 0,02 | 0,01 | - | - |
| Sous-total Créances(1) | 8,71 | 8,26 | 9,67 | 10,02 | 9,84 | 11,38 |
| | | | | | | |
| Dettes | | | | | | |
| Dettes fournisseurs et créances rattachées | 2,37 | 1,78 | 2,82 | 3,21 | 6,09 | 3,28 |
| Dettes fiscales et sociales | 5,08 | 5,06 | 7,48 | 5,37 | 0,17 | 3,26 |
| Avances reçues | 0,35 | - | - | - | - | - |
| Dettes sur immobilisations | 0,56 | 0,85 | 1,83 | 2,05 | 2,32 | 0,82 |
| Autres dettes diverses | 0,24 | 0,05 | 0,15 | 0,24 | 0,41 | 0,55 |
| Produits constatés d'avance | - | - | - | - | - | - |
| Recettes à classer | 0,47 | 0,08 | 0,56 | 1,29 | 0,35 | 0,22 |
| Sous-total Dettes (2) | 9,06 | 7,82 | 12,83 | 12,16 | 9,34 | 8,14 |
| Total besoin en fonds de roulement (1) - (2) | -0,35 | 0,44 | -3,17 | -2,14 | 0,50 | 3,25 |

Tableau n° 30 : Variation du besoin en fonds de roulement (en M€)

| Variation des créances et des dettes | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|---|--------|------|--------|--------|--------|--------|
| Variation des créances | | | | | | |
| Stocks | 215 | -28 | 132 | 138 | 34 | -105 |
| Caisse pivot sauf part non exigible art. 58 | -643 | | | | | -367 |
| Hospitalisés et consultants | -476 | -98 | 392 | 477 | -41 | 150 |
| Caisses de sécurité sociale | 72 | 108 | 613 | -230 | -136 | -72 |
| Départements | - | - | - | - | - | - |
| Mutuelles et autres tiers-payants | 330 | 12 | -284 | -20 | 164 | 310 |
| Créances irrécouvrables admises en non- valeur | - | - | - | - | - | - |
| Etat et collectivités locales | - | -42 | - | - | - | - |
| Créances sur cessions d'immobilisation | - | - | - | - | - | 1 |
| Autres créances | -523 | -395 | 546 | -6 | -186 | 1 614 |
| Dépenses à classer ou à régulariser | -481 | -9 | 8 | -7 | -10 | - |
| Total | -1 506 | -451 | 1 406 | 352 | -174 | 1 531 |
| Variation des dettes | | | | | | |
| Dettes fournisseurs et comptes rattachés | 385 | -593 | 1 039 | 395 | 2 875 | -2 807 |
| Dettes fiscales et sociales | 80 | -21 | 2 422 | -2 107 | -5 200 | 3 093 |
| Avances reçues | - | - | - | - | - | - |
| Dettes sur immobilisations et comptes rattachés | 245 | 287 | 987 | 219 | 271 | -1 501 |
| Autres dettes diverses | -8 | -180 | 94 | 86 | 172 | 144 |
| Recettes à classer ou à régulariser | -69 | -380 | 471 | 733 | -935 | -142 |
| Total | 633 | -889 | 5 013 | -674 | -2 817 | -1 213 |
| Variation nette du besoin en fonds de roulement | -873 | 438 | -3 606 | 1 026 | 2 643 | 2 744 |

Source : analyses IDAHO du comptable

Tableau n° 31 : Trésorerie (en M€)

| TRESORERIE | 2 007 | 2 008 | 2 009 | 2 010 | 2 011 | 2 012 |
|----------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Valeurs mobilières de placement | 7,02 | 7,04 | 7,08 | 19,90 | 19,91 | - |
| Disponibilités | 5,83 | 3,50 | 8,91 | 15,48 | 5,86 | 14,85 |
| Dotations attendues | - | - | - | - | - | - |
| Total liquidités | 12,85 | 10,54 | 15,98 | 35,38 | 25,76 | 14,85 |
| Fonds déposés par les malades | 2,05 | 1,85 | 2,12 | 2,28 | 2,19 | 2,76 |
| Intérêts courus non échus | 0,02 | - | 0,02 | 0,09 | 0,11 | 0,13 |
| Crédits de trésorerie | - | - | - | - | - | - |
| Total financements à court terme | 2,07 | 1,85 | 2,13 | 2,36 | 2,30 | 2,89 |
| Total Trésorerie FRNG-BFR | 10,78 | 8,68 | 13,85 | 33,01 | 23,47 | 11,96 |

Tableau n° 32 : État de la dette au 10 juillet 2012

| Anné e | Prêteur | Montant initial (€) | Capital dû (€) | Taux | Durée résiduelle |
|-----------|-----------|---------------------|----------------|---------------------|---------------------|
| 2010 | CE / CFF | 10 000 000,00 | 9 166 666,60 | Fixe - 2,885% | 18,31 |
| 2011 | CE / CFF | 15 000 000,00 | 14 500 000,00 | Fixe - 2,78% | 19,33 |
| 1993 | DEXIA CLF | 503 081,76 | 27 250,77 | Fixe - 8,45% | 1,06 |
| 2004 | DEXIA CLF | 8 000 000,00 | 3 733 333,64 | Tag 03M + 0,11 | 6,98 |
| 2008 | DEXIA CLF | 25 000 000,00 | 0,00 | Revolving | 0,06 |
| 2010 | DEXIA CLF | 10 000 000,00 | 9 250 000,00 | Fixe - 2,95% | 18,31 |
| 2012 | DEXIA CLF | 15 000 000,00 | 0,00 | Euribor 03M + 0,19 | 30 |
| | | | | Barrière avec | |
| 2006 | SG | 2 550 000,00 | 1 700 000,00 | multiplicateur hors | 11,31 |
| | | | | zone euro | |
| 2009 | SG | 4 897 777,92 | 3 546 666,88 | Fixe - 3,95% | 6,97 |
| | | 90 950 859,68 | 41 923 917,89 | | |

Source : note de l'ordonnateur en réponse au questionnaire n° 1

Tableau n° 33 : Durée apparente de la dette

| Encours / CAF | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|----------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Encours de la dette (31/12) (M€) | 13,337 | 12,092 | 30,835 | 43,557 | 55,425 |
| CAF en M€ | 9,272 | 12,789 | 8,622 | 7,885 | 0,857 |
| Nombre d'années | 1,4 | 0,9 | 3,6 | 5,5 | 64,7 |

Source: comptes financiers 2008-2012

Tableau n° 34 : Encours de dette sur produits d'exploitation

| Encours de dette / produits | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|-----------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Encours de la dette (31/12) | 14,590 | 13,345 | 12,099 | 30,842 | 43,564 | 55,425 |
| Produits d'exploitation | 121,923 | 122,733 | 123,942 | 124,797 | 126,760 | 131,536 |
| Taux | 12,0% | 10,9% | 9,8% | 24,7% | 34,4% | 42,1% |

Source : comptes financiers 2008-2012

Tableau n° 35 : Annuité sur amortissements

| Annuité / amortissements (M€) | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|--------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Annuité de la dette en capital | 1,260 | 1,288 | 1,262 | 2,282 | 3,294 |
| Amortissements immobilisations | 3,785 | 3,752 | 3,917 | 4,027 | 4,112 |
| Part de l'annuité | 33,3% | 34,3% | 32,2% | 56,7% | 80,1% |

Source: comptes financiers 2008-2012.

Tableau n° 36 : Intérêt moyen

| Intérêts / encours | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|-------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Charges d'intérêts (M€) | 0,527 | 0,515 | 0,542 | 0,979 | 1,332 |
| Encours moyen (M€) | 13,960 | 12,715 | 21,464 | 37,196 | 49,495 |
| Taux d'intérêt moven | 3.8% | 4.1 % | 2.5% | 2.6% | 2.7% |

Source : comptes financiers 2008-2012

Tableau n° 37 : Charges H : écarts entre prévisions et réalisations (en %)

| Charges BH (M€) | Titre 1 | Titre 2 | Titre 3 | Titre 4 | Total |
|-----------------------|---------|---------|---------|---------|---------|
| EPRD initial 2007 | 91,712 | 3,356 | 11,616 | 6,901 | 113,585 |
| Compte financier 2007 | 92,957 | 3,560 | 11,330 | 9,946 | 117,793 |
| Ecart | 1,4% | 6,1% | -2,5% | 44,1% | 3,7% |
| EPRD initial 2008 | 95,400 | 3,260 | 10,740 | 8,108 | 117,508 |
| Compte financier 2008 | 94,076 | 3,228 | 11,515 | 10,989 | 119,808 |
| Ecart | -1,4% | -1,0% | 7,2% | 35,5% | 2,0% |
| EPRD initial 2009 | 95,200 | 3,318 | 11,423 | 8,986 | 118,927 |
| Compte financier 2009 | 92,465 | 3,616 | 11,554 | 9,907 | 117,542 |
| Ecart | -2,9% | 9,0% | 1,1% | 10,2% | -1,2% |
| EPRD initial 2010 | 95,703 | 3,717 | 12,864 | 8,980 | 121,264 |
| Compte financier 2010 | 94,366 | 3,548 | 12,602 | 9,879 | 120,395 |
| Ecart | -1,4% | -4,5% | -2,0% | 10,0% | -0,7% |
| EPRD initial 2011 | 97,832 | 3,491 | 12,861 | 8,254 | 122,438 |
| Compte financier 2011 | 97,243 | 3,689 | 12,987 | 8,078 | 121,997 |
| Ecart | -0,6% | 5,7% | 1,0% | -2,1% | -0,4% |
| EPRD initial 2012 | 101,668 | 3,455 | 13,595 | 7,900 | 126,617 |
| Compte financier 2012 | 105,412 | 3,882 | 13,733 | 8,102 | 131,129 |
| Ecart | 3,7% | 12,4% | 1,0% | 2,6% | 3,6% |

Source : comptes financiers 2007 à 2012

Tableau n° 38 : Produits H : prévisions et réalisations (en %)

| Produits BH (M€) | Titre 1 | Titre 2 | Titre 3 | Total |
|-----------------------|---------|---------|---------|---------|
| EPRD initial 2007 | 105,543 | 3,692 | 4,350 | 113,585 |
| Compte financier 2007 | 106,196 | 4,794 | 7,892 | 118,882 |
| Eca | rt 0,6% | 29,8% | 81,4% | 4,7% |
| EPRD initial 2008 | 107,373 | 3,756 | 6,378 | 117,507 |
| Compte financier 2008 | 107,699 | 5,540 | 6,678 | 119,917 |
| Eca | rt 0,3% | 47,5% | 4,7% | 2,1% |
| EPRD initial 2009 | 108,534 | 3,797 | 6,596 | 118,927 |
| Compte financier 2009 | 109,377 | 5,679 | 6,174 | 121,230 |
| Eca | rt 0,8% | 49,6% | -6,4% | 1,9% |
| EPRD initial 2010 | 109,629 | 6,167 | 5,468 | 121,264 |
| Compte financier 2010 | 109,966 | 6,835 | 5,306 | 122,107 |
| Eca | rt 0,3% | 10,8% | -3,0% | 0,7% |
| EPRD initial 2011 | 110,022 | 7,059 | 5,222 | 122,303 |
| Compte financier 2011 | 110,486 | 7,899 | 5,699 | 124,084 |
| Eca | rt 0,4% | 11,9% | 9,1% | 1,5% |
| EPRD initial 2012 | 112,122 | 8,177 | 5,718 | 126,017 |
| Compte financier 2012 | 112,610 | 7,080 | 10,202 | 129,893 |
| Eca | rt 0,4% | -13,4% | 78,4% | 3,1% |

Source : comptes financiers 2007 à 2012

Tableau n° 39 : Synthèse des plans pluriannuels d'investissement 2007-2012

| Exercice | Opérations | courantes (M€) | Opérations | spécifiques (M€) | Total Inves | stissement (M€) |
|----------|------------|----------------|------------|------------------|-------------|-----------------|
| Exercice | Prévu | Réalisé | Prévu | Réalisé | Prévu | Réalisé |
| 2007 | | 2,818 | | 4,662 | | 7,480 |
| 2008 | | 2,918 | | 5,639 | | 8,557 |
| 2009 | | 4,268 | | 4,763 | | 9,031 |
| 2010 | | 4,494 | | 14,812 | | 19,306 |
| 2011 | | 1,964 | | 25,387 | | 27,351 |
| 2012 | 1,951 | | 37,332 | | 39,283 | 0,000 |
| 2013 | 1,500 | | 9,455 | | 10,955 | 0,000 |
| 2014 | 1,500 | | 4,748 | | 6,248 | 0,000 |
| 2015 | 1,500 | | 8,000 | | 9,500 | 0,000 |
| 2016 | 1,500 | | 5,000 | | 6,500 | 0,000 |
| Cumul | 7,951 | 16,462 | 64,535 | 55,263 | 72,486 | 71,725 |

Source : services de l'ordonnateur – PPI 2007-2012

Tableau n° 40 : Projection du compte de résultat principal (en M€)

| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|---|---------|---------|---------|---------|---------|
| Total des charges | 126,617 | 135,187 | 136,444 | 137,296 | 139,119 |
| Total des produits | 126,024 | 135,625 | 136,924 | 138,239 | 139,361 |
| Résultat comptable prévisionnel (excédent ou déficit) | -0,593 | 0,438 | 0,481 | 0,943 | 0,241 |

Source : services de l'ordonnateur – EPRD 2012

Tableau n° 41 : Projection des comptes de résultat annexes

| | 2012 (M€) | 2013 (M €) | 2014 (M€) | 2015 (M€) | 2016 (M €) |
|---------------------------------|-----------|-----------------------|-----------|-----------|------------------------|
| Compte C | | | | | |
| Total des charges | 2,035 | 2,035 | 2,035 | 2,035 | 2,035 |
| Total des produits | 1,960 | 2,035 | 2,035 | 2,035 | 2,035 |
| Résultat comptable prévisionnel | -0,075 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Compte P | | | | | |
| Total des charges | 2,658 | 2,658 | 2,658 | 2,658 | 2,658 |
| Total des produits | 2,504 | 2,658 | 2,658 | 2,658 | 2,658 |
| Résultat comptable prévisionnel | -0,154 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 |

Source : services de l'ordonnateur – EPRD 2012

Eléments relatifs à la fiabilité des comptes

Tableau n° 42 : Discordances entre état de l'actif et compte financier (fin 2012)

| Comptes | Valeur brute ordonnateur | Valeur brute Hélios | Différence |
|---------|--------------------------|---------------------|-------------|
| 2031 | 1 964 431,52 | 1 734 770,27 | -229 661,25 |
| 21311 | 82 336 163,80 | 82 366 565,54 | 30 401,74 |
| 23131 | 37 992 759,87 | 38 590 227,47 | 597 467,60 |
| 2381 | 1 037 222,35 | 636 117,31 | -401 105,04 |
| Total | 123 330 577,54 | 123 327 680,59 | -2 896,95 |

Source : réponse de l'ordonnateur au questionnaire n° 1.

Tableau n° 43 : Taux de risque lié aux immobilisations financières

| Nature des immobilisations | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|----------------------------|--------------|------------|------------|------------|------------|
| Prêts | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Dépôts et cautions versées | 108 922,55 | 120 645,87 | 120 645,87 | 171 380,70 | 152 146,02 |
| Total c/27 | 108 922,55 | 120 645,87 | 120 645,87 | 171 380,70 | 152 146,02 |
| | 80 422 | 93 162 | 127 788 | 141 277 | 149 544 |
| Actif net | 315,35 | 101,26 | 972,89 | 876,55 | 432,67 |
| c/27/Actif net | 0,14% | 0,13% | 0,09% | 0,12% | 0,10% |
| Ressources | | 12 798 | 40 743 | 22 892 | 15 917 |
| d'investissements | 9 279 012,39 | 847,96 | 805,30 | 878,64 | 638,97 |
| c/27/Ressources | | | | | |
| d'investissements | 1,17% | 0,94% | 0,30% | 0,75% | 0,96% |

Source : comptes financiers 2008 à 2012

Tableau n° 44 : Part des restes à recouvrer dans les produits

| Restes à recouvrer | 2008 (€) | 2009 (€) | 2010 (€) | 2011 (€) | 2012 (€) |
|--------------------------|------------|------------|------------|----------------|------------|
| SD c/416 | 328 132,76 | 149 174,38 | 291 555,15 | 365 042,58 | 696 080,43 |
| SD c/ 467-26 | 136 479,33 | 93 367,46 | 141 886,20 | 137 636,82 | 90 714,17 |
| Total | 464 612,09 | 242 541,84 | 433 441,35 | 502 679,40 | 786 794,60 |
| Total Produits | 123 007 | 124 218 | 125 118 | 127 071 | 132 551 |
| consolidés | 548,33 | 630,54 | 073,41 | 316,00 | 449,38 |
| RAR / total produits (%) | 0,38% | 0,20% | 0,35% | 0,40% | 0,59% |
| (Norme : < 3%) | | | | (hors reprise) | |

Source: comptes financiers 2008 à 2012 - 2008: c/414 et c/467-24.

Tableau n° 45 : Montant des créances par catégorie de débiteurs

| Comptes | Libellé | Montant 2012 (€) | Part |
|---------|-----------------------------|------------------|--------|
| 416-1 | Hospitalisés et consultants | 545 485,13 | 69,3% |
| 416-51 | Mutuelles et assurances | 4 804,62 | 0,6% |
| 416-52 | AME | 837,00 | 0,1% |
| 416-68 | Etat autres | 134 340,29 | 17,1% |
| 416-7 | Prestations entre EPS | 10 613,39 | 1,3% |
| | Total 416 | 696 080,43 | 88,5% |
| 467-26 | Autres débiteurs divers | 90 714,17 | 11,5% |
| | Total | 786 794,60 | 100,0% |

Source : compte financier 2012

Tableau n° 46 : Apurement des admissions en non-valeur (en M€)

| ANNEE | Débit 415-2 | SD c/ 415-2 | SD c/ 654 | Crédit 491 | SC c/ 491 |
|-------|-------------|-------------|-----------|------------|-----------|
| 2008 | 0,47 | - | 0,33 | 0,65 | 0,65 |
| 2009 | 0,18 | - | 0,43 | 0,65 | 0,87 |
| 2010 | 0,28 | - | 0,28 | 0,65 | 1,24 |
| 2011 | 0,25 | - | 0,24 | 0,35 | 1,35 |
| 2012 | 0,27 | - | 0,27 | - | 1,08 |
| Total | 1,45 | | 1,55 | 2,30 | |

Source : comptes financiers 2008 à 2012

Tableau n° 47 : Fonds déposés par les patients

| Comptes | Libellé | 2008 (€) | 2009 (€) | 2010 (€) | 2011 (€) | 2012 (€) |
|-----------|-----------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| | Fonds gérés / gérants de | 1 479 | 1 728 | 1 816 | 1 802 | 2 350 |
| c/46311 | tutelle ou en direct | 880,97 | 178,77 | 755,28 | 404,89 | 641,51 |
| | Fonds hosp. / héb. sous | | | | | |
| c/46312 | sauvegarde de justice | 177 192,44 | 194 239,63 | 251 439,92 | 224 372,57 | 170 859,73 |
| | Fonds reçus ou déposés / | | | | | |
| c/ 463 21 | hosp. et héb. | 168 389,60 | 192 635,40 | 178 909,50 | 163 329,01 | 235 235,05 |
| c/ 463 31 | Pécule | 1 990,35 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| | Prélèvements sur ressources | · | | | · | |
| c/ 463 41 | des malades | 25 886,18 | 527,48 | 27 693,02 | 977,04 | 527,48 |
| | | 1 853 | 2 115 | 2 274 | 2 191 | 2 757 |
| Total | | 339,54 | 581,28 | 797,72 | 083,51 | 263,77 |

Source : comptes financiers 2008 à 2012

Tableau n° 48 : Écritures comptables de la variation des stocks

| | Variation des stocks | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|------|----------------------|------------|------------|------------|------------|-----------|------------------------|
| | Solde débiteurs | | | | 1 044 | 1 079 | |
| c/3 | stocks | 803 333,19 | 775 162,06 | 906 964,72 | 945,85 | 337,48 | 974 777,18 |
| c/60 | Evolution annuelle | | -28 171,13 | 131 802,66 | 137 981,13 | 34 391,63 | -104 560,30 -104 |
| 3 | Crédits nets | | -28 171,13 | 131 802,66 | 137 981,13 | 34 391,63 | 560,30 |

Source : comptes financiers 2008 à 2012

Tableau n° 49 : Provisions (en €)

| Compte | | | | | | |
|--------|--------------|------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| s | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
| 142 | 1 985 697,00 | 1 985 697,00 | 1 985 697,00 | 1 985 697,00 | 14 733 | 15 578 |
| 142 | 1 903 097,00 | 1 905 097,00 | 1 965 697,00 | 1 905 097,00 | 825,29 | 778,29 |
| 143 | 1 378 625,29 | 1 378 625,29 | 2 517 015,29 | 2 517 015,29 | 3 150 015,29 | 3 150 015,29 |
| 1448 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 1511 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 1518 | 192 938,82 | 192 938,82 | 218 938,82 | 218 938,82 | 218 938,82 | 218 938,82 |
| 1572 | 1 040 225,08 | 1 040 225,08 | 1 040 225,08 | 1 040 225,08 | 1 040 225,08 | 0,00 |
| 158 | 5 956 211,49 | 8 774 811,49 | 12 074 | 14 496 | 3 707 983,20 | 2 369 983,20 |
| 156 | 5 956 211,49 | 0 / / 4 0 1 1,49 | 211,49 | 111,49 | 3 /0/ 963,20 | 2 309 903,20 |
| 29 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 39 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 491 | 650 000,00 | 650 000,00 | 871 240,42 | 1 242 817,04 | 1 348 672,83 | 1 078 205,99 |
| Total | 11 203 | 14 022 | 18 707 | 21 500 | 24 199 | 22 395 |
| iotai | 697,68 | 297,68 | 328,10 | 804,72 | 660,51 | 921,59 |

Source : comptes financiers 2007 à 2012

Tableau n° 50 : Charges à rattacher (en €)

| Rattachement des charges | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|---------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| c/408 | 885 178,76 | 1 521 251,37 | 1 378 863,49 | 4 103 697,22 | 875 685,53 |
| c/4281 | - | - | - | - | - |
| c/4286 | 3 419 872,19 | 3 411 983,29 | 3 677 362,44 | - | 2 738 800,00 |
| c/4386 | 242 200,00 | 241 300,00 | 247 500,00 | 20 000,00 | 60 000,00 |
| c/4486 | 401 644,00 | 408 737,30 | 415 378,20 | 17 360,68 | 400 063,56 |
| Total charges à rattacher | 4 948 894,95 | 5 583 271,96 | 5 719 104,13 | 4 141 057,90 | 4 074 549,09 |

Source : comptes financiers 2008 à 2012

Tableau n° 51 : Taux de rattachement des charges

| Taux de rattachement | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|----------------------|------------|--------------|--------------|--------------|------------|
| c/408 | 885 178,76 | 1 521 251,37 | 1 378 863,49 | 4 141 057,90 | 875 685,53 |
| | 16 171 | 16 429 | 18 063 | 17 037 | 18 429 |
| c/60+c/61+c/62 | 397,58 | 503,71 | 813,62 | 446,95 | 730,31 |
| Taux | 5,5% | 9,3% | 7,6% | 24,3% | 4,8% |

Sources : comptes financiers 2008 à 2012

Tableau n° 52: Mandatement de la taxe sur les salaires

| Mandatement de la taxe sur les salaires | 2008 (€) | 2009 (€) | 2010 (🕏 | 2011 (€) | 2012 (€) |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Taxe sur les salaires (c/63111/63112) | 6 306 314,37 | 6 175 516,46 | 6 216 934,47 | 6 500 911,05 | 6 950 047,00 |
| Personnel non médical | 51 429 | 51 359 | 51 765 | 53 910 | 59 008 |
| (c/641) | 434,37 | 683,29 | 682,36 | 578,44 | 570,74 |
| , , | 11 061 | 10 315 | 10 624 | 10 729 | 11 202 |
| Personnel médical (c/642) | 877,03 | 453,46 | 138,55 | 011,23 | 319,34 |
| | 62 491 | 61 675 | 62 389 | 64 639 | 70 210 |
| Total salaires | 311,40 | 136,75 | 820,91 | 589,67 | 890,08 |
| Taux de TS mandatée | 10,1% | 10,0% | 10,0% | 10,1% | 9,9% |

Source : comptes financiers 2008 à 2012

Tableau n° 53: Reports de charges

| Catégorie de charges | 2008 (€) | 2009 (€) | 2010 (€) | 2011 (€) | 2012 (€) |
|----------------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| c/67218 consolidé | 25 314,11 | 13 253,69 | 139 249,05 | 138 675,66 | 161 196,85 |
| c/67228 consolidé | 13 170,74 | 14 590,77 | 25 480,17 | 31 514,03 | 32 906,47 |
| c/67238 consolidé | 57 682,84 | 80 948,07 | 60 405,06 | 96 560,94 | 190 173,43 |
| C6728 consolidé | 117 461,18 | 132 120,14 | 20 178,59 | 9 674,13 | 17 500,00 |
| Total | 213 628,87 | 240 912,67 | 245 312,87 | 276 424,76 | 401 776,75 |

Source : comptes financiers 2008 à 2012

Tableau n° 54 : Taux de report des charges

| Taux de report | 2008 (€) | 2009 (€) | 2010 (€) | 2011 (€) | 2012 (€) |
|--------------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Reports de charges | 213 628,87 | 325 133,90 | 245 312,87 | 276 424,76 | 401 776,75 |
| Charges de | 111 869 | 110 719 | 113 993 | 117 588 | 127 408 |
| fonctionnement N-1 | 382,67 | 847,39 | 184,88 | 406,91 | 077,57 |
| Taux de report | 0,19% | 0,29% | 0,22% | 0,24% | 0,32% |

Source : comptes financiers 2008 à 2012

Tableau n° 55 : Recettes à classer ou à régulariser

| Recettes à classer | 2008 (M€) | 2009 (M€) | 2010 (M€) | 2011 (M€) | 2012 (M€) |
|--------------------|-----------|------------|--------------|------------|------------|
| c/ 471 | 84 496,70 | 555 790,69 | 1 288 417,22 | 353 151,10 | 211 023,17 |
| dont c/ 471-8 | 81 400,17 | 379 378,28 | 247 499,66 | 85 966,63 | 50 202,57 |
| | 123 007 | 124 218 | 125 118 | 127 071 | 132 551 |
| Recettes totales | 548,33 | 630,54 | 073,41 | 187,71 | 449,38 |
| % de recettes à | | | | | |
| classer | 0,07% | 0,45% | 1,03% | 0,28% | 0,16% |

Source : comptes financiers 2008 à 2012

Tableau n° 56 : Reversements des comptes annexes au compte principal

| Comptes | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|---------------|------------|------------|------------|------------|------------|-------------|
| 7087 H | 263 266,15 | 274 938,77 | 276 829,89 | 301 007,47 | 311 242,66 | 440 506,78 |
| 6286 C | - | - | - | - | - | - |
| 6286 P | - | - | - | - | - | - |
| Total 6286 | - | - | - | - | - | - |
| Delta BH - BA | 263 266,15 | 274 938,77 | 276 829,89 | 301 007,47 | 311 242,66 | 440 506,78 |
| 45 H | 309 438,42 | 606 541,05 | 542 824,31 | 86 283,32 | 352 735,55 | 208 302,33 |
| 454 C | 133 425,29 | 103 300,36 | 244 656,65 | 74 977,24 | 211 482,23 | -143 246,12 |
| 4568 P | 176 013,13 | 503 240,69 | 298 167,66 | 11 306,08 | 141 253,32 | 351 548,45 |
| Total 45 BA | 309 438,42 | 606 541,05 | 542 824,31 | 86 283,32 | 352 735,55 | 208 302,33 |
| Delta BH - BA | - | - | - | - | - | - |

Source : comptes financiers 2008 à 2012

Eléments relatifs à la gestion des ressources humaines

Tableau n° 57 : Structure des charges de fonctionnement (en %)

| ANNEE | 2009 | 2010 | 2011 | Moyenne nationale 2011 - CHS |
|---|--------|--------|--------|------------------------------------|
| Charges relatives au personnel (titre I) | 79,1% | 79,0% | 72,7% | 77,4% |
| Charges à caractère médical (titre II) | 2,9% | 2,8% | 2,6% | 2,6% |
| Charges à caractère hôtelier et général (titre III) | 9,5% | 10,0% | 9,2% | 11,2% |
| Amortissements, provisions, charges financières et exceptionnelles (titre IV) | 8,5% | 8,3% | 15,6% | 8,8% |
| | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

Source : BDHF Octobre 2013

Tableau n° 58 : Détail par chapitre, tous comptes confondus (en M€)

| Détail des rémunérations consolidées par chapitre | Compt e | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | Evoluti on |
|---|-----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|---------------|
| rémunérations personnel titulaire et stagiaire | 6411 | 45,627 | 45,546 | 46,304 | 49,878 | 9,3% |
| rémunérations personnel CDI | 6413 | 3,101 | 3,352 | 3,938 | 4,513 | 45,6% |
| rémunérations personnel CDD | 6415 | 2,714 | 2,850 | 3,616 | 4,595 | 69,3% |
| autres personnels | 6416 et 6417 | 0,017 | 0,079 | 0,203 | 0,194 | 1030,1 % |
| remboursement rémunération PNM | 6419 | -0,099 | -0,061 | -0,086 | -0,172 | 73,8% |
| sous-total personnel non médical | 641 | 51,360 | 51,766 | 53,975 | 59,009 | 14,9% |
| praticiens hospitaliers temps plein et temps partiels | 6421 | 8,690 | 9,192 | 9,076 | 9,509 | 9,4% |
| praticiens contractuels renouvelables de droit | 6422 | 0,829 | 0,675 | 0,702 | 0,707 | -14,7% |
| praticiens contractuels sans renouvellement de droit | 6423 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,0% |
| internes et étudiants | 6424 | 0,299 | 0,330 | 0,441 | 0,655 | 119,4% |
| permanence des soins | 6425 | 0,419 | 0,389 | 0,383 | 0,445 | 6,2% |
| temps de travail additionnel | 6426 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | |
| autres rémunérations | 6428 | 0,124 | 0,088 | 0,156 | 0,087 | -29,8% |
| remboursement rémunération PM | 6429 | -0,043 | -0,049 | -0,029 | -0,201 | 362,6% |
| sous-total personnel médical | 642 | 10,316 | 10,624 | 10,729 | 11,202 | 8,6% |
| personnel intérimaire | 621 | 2,452 | 3,272 | 2,189 | 2,310 | -5,8% |
| total rémunérations consolidées | | 64,128 | 65,661 | 66,893 | 72,521 | 13,1% |
| recettes de titre l | | 113,70 7 | 114,05 0 | 114,60 2 | 116,61 4 | 2,6% |
| taux rémunérations / recettes titre I | | 56,4% | 57,6% | 58,4% | 62,2% | 10,3% |

Source : comptes financiers 2009 à 2012

Tableau n° 59 : Effectif non médical, ETPR

| personnel non médical établissement | 2009 | 2010* | 2011 | 2012 | 2012/2009 |
|--|----------|----------|----------|----------|-----------|
| titulaires et stagiaires | | | | | |
| personnels administratifs | 168,75 | 170,81 | 173,49 | 189,40 | 12,2% |
| personnels des services de soins | 1 088,77 | 1 098,72 | 996,48 | 1 050,89 | -3,5% |
| personnels éducatifs et sociaux | 0,00 | 0,00 | 96,25 | 120,85 | |
| personnels techniques et ouvriers | 194,88 | 197,28 | 196,64 | 193,95 | -0,5% |
| personnels médico-techniques | 18,29 | 17,57 | 15,96 | 15,62 | -14,6% |
| total 1 | 1 470,69 | 1 484,38 | 1 478,82 | 1 570,71 | 6,8% |
| contrats à durée indéterminée | | | | | |
| personnels administratifs | 5,67 | 6,03 | 12,17 | 15,88 | 180,1% |
| personnels des services de soins | 114,00 | 124,67 | 108,22 | 35,12 | -69,2% |
| personnels éducatifs et sociaux | 0,00 | 0,00 | 15,02 | 25,81 | |
| personnels techniques et ouvriers | 8,97 | 10,65 | 21,36 | 27,30 | 204,3% |
| personnels médico-techniques | 0,25 | 0,00 | 0,00 | 0,73 | 192,0% |
| total 2 | 128,89 | 141,35 | 156,77 | 104,84 | -18,7% |
| total personnels permanents | 1 599,58 | 1 625,73 | 1 635,59 | 1 675,55 | 4,7% |
| contrats à durée déterminée | 108,84 | 122,61 | 141,42 | 172,79 | 58,8% |
| contrats soumis à disposition particulière | 0,00 | 0,18 | 17,24 | 0,00 | |
| apprentis | 0,75 | 2,05 | 12,98 | 12,16 | |
| total PNM | 1 709,17 | 1 750,57 | 1 807,23 | 1 860,50 | 8,9% |

Source : EPRD 2009 à 2012 - *Données prévisionnelles

Tableau n° 60 : Effectif médical, ETPR

| | | | | | 2012/200 |
|--|--------|--------|--------|--------|----------|
| personnel médical établissement | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 9 |
| H-U titulaires | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | |
| PH temps plein | 95,86 | 104,93 | 100,55 | 82,27 | -14,2% |
| PH temps partiels | 18,63 | 21,85 | 17,92 | 19,06 | 2,3% |
| praticiens contractuels renouvelables de droit | 18,10 | 19,26 | 15,49 | 15,35 | -15,2% |
| total 1 | 132,59 | 146,04 | 133,96 | 116,68 | -12,0% |
| H-U temporaires | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | |
| praticiens contractuels sans renouvellement | | | | | |
| de droit | 3,19 | 0,00 | 0,00 | 25,13 | 687,8% |
| internes | 12,40 | 16,50 | 17,74 | 29,46 | 137,6% |
| étudiants | 5,25 | 3,50 | 1,29 | 0,00 | -100,0% |
| total 2 | 20,84 | 20,00 | 19,03 | 54,59 | 161,9% |
| total PM | 153,43 | 162,53 | 152,99 | 171,27 | 11,6% |

Source : EPRD 2009 à 2012 - * Données prévisionnelles

Tableau n° 61 : Coût moyen par ETP médical et non médical rémunéré (en €

| | ETP PM | C/642 | coût ETP PM | ETP PNM | C/641 | coût ETP PNM |
|------|--------|------------------|-------------|----------|------------------|-----------------|
| 2009 | 152,25 | 10 316 479,19 | 67 760,13 | 1 629,22 | 51 359 683,29 | 31 524,09 |
| 2010 | 160,88 | 10 624 138,55 | 66 037,66 | 1 688,27 | 51 765 682,36 | 30 661,97 |
| 2011 | 162,38 | 10 729 011,23 | 66 073,48 | 1 750,63 | 53 975 245,43 | 30 831,90 |
| 2012 | 187,00 | 11 202 319,39 | 59 905,45 | 1 913,03 | 59 008 570,74 | 30 845,61 |

Sources : retraitement comptable par les services du GHPG, note sur la GRH & mise à jour 2013

Tableau n° 62 : Ratio effectif médical par rapport à l'effectif soignant et éducatif

| | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|--|--------|--------|--------|--------|
| Taux ETP médical / ETP soignant | 12,67% | 12,95% | 12,69% | 13,37% |
| Progression sur les 3 dernières années | | | 0,02 | 0,42 |

Sources : Traitement de la note GRH de l'ordonnateur & mise à jour 2013

Tableau n° 63 : Evolution des coûts de la permanence des soins (en €)

| Comp te | Intitulé | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | Evolution |
|------------|---|------------------|------------------|------------------|------------------|-----------|
| 6425 | Permanence des soins | 419 330,29 | 388 800,25 | 382 542,56 | 445 473,90 | 6,2% |
| 6426 | Temps de travail additionnel de jour | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | |
| | Total permanence des soins | 419 330,29 | 388 800,25 | 382 542,56 | 445 473,90 | 6,2% |
| 642 | Rémunérations du personnel médical | 10 315 453,46 | 10 624 138,55 | 10 729 011,23 | 10 874 622,89 | 5,4% |
| | Part de la permanence des soins dans les rémunérations du personnel médical | 4,1% | 3,7% | 3,6% | 4,1% | |

Source : Comptes financiers 2009 à 2012

Tableau n° 64 : Absentéisme du personnel non médical

| | | | | | évolutio |
|---|--------|--------|--------|--------|----------|
| jours d'absence par cause (PNM) | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | n |
| | 324 | 327 | 346 | 366 | |
| nombre théorique de jours travaillés | 661 | 976 | 682 | 852 | 13,0% |
| nombre total de jours d'absence pour raisons de | | | | | |
| santé | 31 867 | 32 576 | 32 575 | 43 699 | 37,1% |
| taux | 9,8% | 9,9% | 9,4% | 11,9% | |
| maladie ordinaire | 16 176 | 13 623 | 13 868 | 20 291 | 25,4% |
| taux | 5,0% | 4,2% | 4,0% | 5,5% | |
| CLM/CLD | 8 945 | 10 176 | 9 956 | 11 784 | 31,7% |
| taux | 2,8% | 3,1% | 2,9% | 3,2% | |
| AT et maladies professionnelles | 2 146 | 3 375 | 4 487 | 5 005 | 133,2% |
| taux | 0,7% | 1,0% | 1,3% | 1,4% | |
| maternité et grossesses pathologiques | 4 600 | 5 402 | 4 264 | 6 619 | 43,9% |
| taux | 1,4% | 1,6% | 1,2% | 1,8% | |

Source : Bilans sociaux & mise à jour 2013

Tableau n° 65 : Absentéisme du personnel médical

| jours d'absence par cause (PM) | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | évolution |
|---------------------------------------|--------|--------|--------|--------|-----------|
| nombre théorique de jours travaillés | 31 418 | 31 760 | 32 703 | 29 513 | -6,1% |
| nombre total de jours d'absence | 1 355 | 1 526 | 1 235 | 1 664 | 22,8% |
| taux | 4,3% | 4,8% | 3,8% | 5,6% | |
| maladie ordinaire | 504 | 572 | 785 | 819 | 62,5% |
| taux | 1,6% | 1,8% | 2,4% | 2,8% | |
| CLM/CLD | 511 | 263 | 55 | 366 | -28,4% |
| taux | 1,6% | 0,8% | 0,2% | 1,2% | |
| AT et maladies professionnelles | 0 | 55 | 39 | 0 | |
| taux | 0,0% | 0,2% | 0,1% | 0,0% | |
| maternité et grossesses pathologiques | 340 | 636 | 356 | 479 | 40,9% |
| taux | 1,1% | 2,0% | 1,1% | 1,6% | |

Source : Bilans sociaux & mise à jour 2013

Tableau n° 66 : Coût des absences, tous personnels (en €)

| coût des absences (tous personnels) | 2009 | 2010 | 2011 | Evolution |
|-------------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| CLM / CLD | 1 226 006 | 1 440 837 | 1 407 736 | 14,8% |
| accidents de travail et trajets | 323 011 | 427 836 | 588 176 | 82,1% |
| Total | 1 549 017 | 1 868 673 | 1 995 912 | 28,9% |

Source : Bilans sociaux & mise à jour 2013

GLOSSAIRE

AC Aide à la contractualisation

AME Aide médicale d'Etat

ANAP Agence nationale d'appui à la performance

ARH Agence régionale de l'hospitalisation

ARS Agence régionale de santé

ATIH Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

CA Conseil d'administration

CAF Capacité d'autofinancement

CAO Commission d'appel d'offres

CET Compte épargne-temps

CH Centre hospitalier

CHS Centre hospitalier spécialisé

CHT Communauté hospitalière de territoire

CME Commission médicale d'établissement

CNAMTS Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

COM Contrat d'objectifs et de moyens

CPOM Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

CRA Compte de résultats annexes

CREF Contrat de retour à l'équilibre financier

CRPP Compte de résultat prévisionnel principal

CS Conseil de surveillance

CSAPA Centre de soins, d'addictologie et de prévention en addictologie

CSMJS Centre socio-médico-judiciaire de sûreté

CSP Code de la santé publique

DAF Dotation annuelle de fonctionnement

DGFiP Direction générale des finances publiques

DGOS Direction générale de l'offre de soins

DHOS Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

DIM Département de l'information médicale

DM Décision modificative

DMP Dossier médical personnel

EBE Excédent brut d'exploitation

EHESP Ecole des hautes études en santé publique

EHPAD Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ELSA Equipe de liaison et de soins en addictologie

EPRD Etat prévisionnel de recettes et de dépenses

EPS Etablissement public de santé

ESPIC Etablissement de santé privé d'intérêt collectif

ETP Equivalent temps plein

FIR Fonds d'intervention régional

FMESPP Fonds de modernisation des établissements de santé publics et

privés

GCS Groupement de coopération sanitaire

GHM Groupe homogène de malades

GHS Groupe homogène de séjours

HAD Hospitalisation à domicile

HAS Haute autorité de santé

HDJ Hospitalisation de jour

HPST Hôpital, patient, santé, territoire

IFSI Institut de formation en soins infirmiers

IGAS Inspection générale des affaires sociales

INSERM Institut national de la santé et de la recherche médicale

MAS Maison d'accueil spécialisée

MCO Médecine, chirurgie, obstétrique

MERRI Missions d'enseignement, de recherche, de référence et

d'innovation

MIG Missions d'intérêt général

MIGAC Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation

PDSES Permanence des soins en établissements de santé

PGFP Plan global de financement pluriannuel

PH Praticien hospitalier

PMSI Programme de médicalisation du système d'information

PMT Projet médical de territoire

PPI Plan pluriannuel d'investissement

PREF Plan de retour à l'équilibre financier

PRS Projet régional de santé

PU-PH Professeur des universités – praticien hospitalier

RIM-P Recueil d'information médicalisée en psychiatrie

SAE Statistique annuelle des établissements

SAMU Service d'aide médicale urgente

SAU Service d'accueil des urgences

SIG Solde intermédiaire de gestion

SMPR Service médico-psychologique régional

SROS Schéma régional d'organisation sanitaire

SSIAD Service de soins infirmiers à domicile

TDC Toutes dépenses confondues

TPER Tableau prévisionnel des emplois rémunérés

UHSA Unité hospitalière spécialement aménagée

UMD Unité pour malades difficiles

UNPAS Unité psychiatrique intersectorielle

UPL Unité psychiatrique de liaison

USIP Unité de soins intensifs psychiatriques

REPONSE DU DIRECTEUR

DU GROUPE HOSPITALIER

Paul Guiraud à VILLEJUIF (*)

^(*) 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.



HP/HS - n° 155 / 2014

Le directeur Henri POINSIGNON Tél. 01.42.11.70.01 Fax 01.42.11.71.00

Le Secrétaire général Hadrien SCHEIBERT hadrien.scheibert@gh-paulquiraud.fr

Assistante Aïssatou GOUDIABY-BADJI Tél: 01.42.11.71.73 aissatou.qoudiaby-badji@qhpaulquiraud.fr



Monsieur le Président de la Chambre régionale des comptes d'Ile-de-France 6 cours des Roches – BP. 226 – Noisiel 77441 MARNE-LA-VALLEE Cedex 2

Villejuif, le 1er août 2014

Monsieur le Président,

La Chambre régionale des comptes a examiné la gestion du groupe hospitalier Paul Guiraud, pour les exercices 2008 à 2012, de façon longue et approfondie. Son rapport d'observations définitif m'est parvenu le7 juillet. Au nom de l'établissement, je souhaite tout d'abord saluer les excellentes conditions dans lesquelles ce contrôle s'est déroulé, la qualité du rapport d'observations et son apport pour l'amélioration de l'organisation et des pratiques au sein du groupe hospitalier Paul Guiraud.

Engagé résolument dans une double démarche de maîtrise budgétaire et de fiabilisation des comptes, le groupe hospitalier Paul Guiraud saura s'appuyer sur ces constats et recommandations pour consolider les efforts entrepris. Ils viennent appuyer la dynamique également initiée à la suite du rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) relatif au « contrôle du fonctionnement du groupe hospitalier Paul Guiraud. »

Cependant, il m'apparaît utile d'apporter des compléments de nature à éclairer la lecture de ces travaux, notamment sur les points suivants :

- Depuis une décennie, le groupe hospitalier Paul Guiraud a engagé une démarche de renouvellement profonde de son offre de soins, notamment sur le plan organisationnel, humain et immobilier. Cette stratégie a mobilisé l'ensemble des ressources publiques attribuées à l'établissement, mais elle était absolument nécessaire au regard de la qualité et de la continuité des soins, qui est l'objet de ces financements (1);
- Cette stratégie d'investissement et de recrutement a été longue à mettre en œuvre, ses premiers grands objectifs ayant été atteints en 2012 et 2013 : ouverture d'un nouvel hôpital à Clamart, recrutement de l'ensemble des postes soignants auparavant vacants après une baisse continue des effectifs de personnel non médical de 2002 à 2009, ouverture de l'Unité d'hospitalisation spécialement aménagée (UHSA) « Paul Verlaine » d'Ilede-France. En arrêtant son analyse en 2012, année notamment marquée par l'ouverture de l'hôpital de Clamart, le présent rapport prend une « photographie » au plus fort d'une mutation organisationnelle. De ce fait, 2012 est un exercice particulier dont les résultats doivent être considérés comme exceptionnels : les résultats 2013 en attestent, qui sont en considérable amélioration (2) ;

¹ Inspection générale des affaires sociales, rapport n° 2013-101R, décembre 2013, établi par M. Michel CALMON, M. Claude LAVIGNE et le Dr. Alain LOPEZ



Enfin le groupe hospitalier Paul Guiraud, conscient des efforts d'organisation et d'efficience qui s'imposent à lui comme à tous les établissements publics de santé dans un contexte financier contraint au plan national, a pris des mesures fortes de maîtrise de ses comptes et de réorganisation. Celles-ci rejoignent en partie les recommandations du rapport. Il est utile de préciser celles de ces mesures qui sont intervenues ou ont porté effet depuis la fin de la mission de contrôle, afin de compléter le rapport par des éléments actualisés (3).

1. Le groupe hospitalier avait l'impérieuse nécessité de mobiliser l'ensemble de ces ressources au profit de la qualité de ses soins

Comme vous l'avez relevé, « la situation financière du groupe hospitalier Paul Guiraud se caractérisait par un résultat consolidé largement positif jusqu'en 2011 ». Cette situation, en l'absence d'augmentation significative de ses recettes, a tenu sur la période considérée à une limitation forte des dépenses, notamment de personnel et d'investissement.

Cette situation passée de pénurie d'effectifs, dont les causes sont complexes (notamment les difficultés de recrutement d'infirmiers et d'internes en psychiatrie en Ile-de-France) a conduit à ce que l'établissement n'emploie pas l'ensemble des ressources mises à sa disposition par la collectivité. Ainsi en 2010, il faut rappeler que dans son "Rapport au gouvernement de la République française relatif à la visite effectuée en France par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT)" adopté le 8 juillet 2011)2, le Conseil de l'Europe constate à propos du groupe hospitalier Paul Guiraud, pages 69 et 70, que « les services avaient généralement recours à du personnel intérimaire pour assurer ces présences. La majorité des membres du personnel soignant présent étaient fréquemment sous contrat d'intérim, ce qui avait des répercussions sur la qualité et la continuité des soins (en raison de leur connaissance parfois insuffisante des procédures applicables et des patients). [...] Toutefois, les effectifs permanents du personnel soignant du groupe hospitalier Paul Guiraud étaient généralement insuffisants. [...] Le CPT recommande aux autorités françaises d'accorder une priorité au recrutement du personnel soignant permanent dans les secteurs de psychiatrie générale du groupe hospitalier Paul Guiraud de Villejuif. Lorsque cela s'avère nécessaire, il convient de mettre au point des mesures incitatives afin de faciliter ce recrutement. » (La mise en gras est celle du rapport).

Face au constat des conséquences de cette situation sur la qualité des soins, l'établissement a mis en œuvre une politique particulièrement volontariste de recrutement, qui s'est traduite par une augmentation des effectifs de près de 360 équivalents temps plein depuis 2009. 120 sont liés à la création de l'UHSA; 240 sont en quelque sorte un rattrapage de la décennie précédente.

De même, les conditions immobilières d'hospitalisation d'une part, d'accueil dans les structures ambulatoires d'autre part, supposaient un niveau d'investissement considérable pour devenir compatibles avec les normes contemporaines d'accueil des patients. La Chambre en prend acte. En 2010 toujours, ces équipements d'hospitalisation, concentrés sur le site historique de Villejuif construit en 1884, présentaient une vétusté comptable de 50,8%. Ces lieux d'hospitalisation présentaient par ailleurs un éloignement parfois

² Conseil de l'Europe, Rapport au gouvernement de la République française relatif à la visite effectuée en France par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT), référence CPT 2011/37



considérable (jusqu'à 30 km de trajet) avec les secteurs desservis, et donc le lieu de vie des patients. Cet éloignement, dont la résorption est une priorité de santé publique affichée pour les Hauts-de-Seine dans le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS), a trouvé une solution encore partielle avec l'ouverture de l'hôpital de Clamart en 2012. Le projet d'achat du domaine départemental de Bussières a malheureusement dû être abandonné depuis 2012, dernier exercice examiné par la chambre.

Si ces investissements et recrutements ont mis en tension les capacités financières de l'établissement, leur réalisation était pour le groupe hospitalier Paul Guiraud une nécessité absolue dans la réalisation des missions de service public qui sont les siennes. Cette mise en tension reste cependant très relative, puisque même à fin 2012 Paul Guiraud disposait d'une trésorerie positive de plus de 12 millions d'euros, d'un fond de roulement net global de plus de 22 millions d'euros, et d'un report à nouveau positif.

 2012, année d'ouverture du deuxième hôpital du groupe hospitalier, est une année exceptionnelle en termes de gestion; le groupe hospitalier a consolidé ses résultats dès 2013 en retrouvant un quasi équilibre budgétaire

Les résultats de la gestion 2012 ont été marqués par un transfert important d'activité (4 secteurs, 120 lits) sur un site hospitalier neuf implanté à Clamart. Cette opération a été accompagnée en termes d'investissement mais les coûts liés au déménagement et à la mise en fonctionnement de ce nouveau site n'ont pas fait l'objet de financements spécifiques, alors même que toute opération de ce type entraîne des coûts d'exploitation initiaux importants (déménagement, aides à la mobilité des agents, acquisition de petits matériels, travaux divers de mise en route et d'ajustement fonctionnel du bâtiment et des équipements, etc.) Le recours aux crédits de remplacement pour absorber la charge de travail exceptionnelle induite pour les équipes soignantes a par exemple représenté plus de 400.000 € au cours du 2 emestre 2012.

A ce titre, les résultats de 2012 ne peuvent être considérés comme révélateurs d'une tendance : les résultats de la gestion 2013 en attestent : avec un déficit consolidé ramené à 242.000 € (0,17 % des produits), le groupe hospitalier a par exemple dégagé une capacité d'autofinancement de 4,6 millions d'euros (+437%), et a remonté son taux de marge brute de 0,56 à 4,57%. Des indicateurs sensibles aux résultats d'exploitation sont également en nette amélioration, comme la durée apparente de la dette, qui diminue de 64,67 ans en 2012 à 11,28 ans en 2013.

L'établissement n'ayant pas recouru à l'emprunt, l'encours de la dette a quant à lui diminué de 6,2% en un an, alors que l'établissement a étoffé son patrimoine : les biens stables de l'établissement ont crû de 30 millions d'euros depuis le 1^{er} janvier 2012.

Ces résultats d'exploitation doivent encore être consolidés pour permettre de maintenir une dynamique forte d'investissement dans la modernisation de l'offre de soins; mais ils attestent que l'établissement maîtrise ses évolutions budgétaires et demeure structurellement équilibré.

Cette même remarque s'applique à la question de la qualité des prévisions budgétaires. L'écart entre les prévisions et les réalisations a été ramené, entre 2012 et 2013, de 3,5% à 0,79% sur les charges, et de 3,1% à 1,05% sur les recettes.

 Le groupe hospitalier a pris des mesures significatives de modernisation de son organisation, de maîtrise de ses dépenses et de ses ressources humaines depuis la fin de la période considérée, qui rencontrent en partie les recommandations du rapport



La Chambre recommande (recommandation numéro 1) de « finaliser au plus tôt la contractualisation interne sur la base de pôles dont la taille permettrait une déconcentration de gestion médico-économique efficace ». Cette démarche de délégation de gestion aux pôles est en effet un processus long qui n'a pas nécessairement rencontré un consensus interne suffisant.

Cependant, cette situation a évolué, avec la signature le 3 avril 2014 d'un contrat avec le pôle « Personnes sous main de Justice » (qui recouvre notamment l'UHSA et le service médico-psychologique régional du centre pénitentiaire de Fresnes). L'établissement a pris l'engagement, au travers de son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) récemment signé, d'adopter l'ensemble de ses contrats de pôle au cours du 2^{ème} semestre 2014.

La réduction du nombre de pôles, supposant la généralisation des pôles intersectoriels, ne fait pas non plus l'objet d'un consensus interne, comme l'a relevé le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales. Cependant, d'une part l'établissement connaît des formes de coordination entre les pôles des secteurs du Val-de-Marne, d'autre part il a entrepris la réduction du nombre de secteurs par la réunion des deux secteurs desservant la ville de Boulogne-Billancourt. Cette réunion, adoptée en directoire, est effective au 1^{er} septembre 2014, elle se complète d'une rationalisation des structures extrahospitalières. Ce pôle-secteur atteint ainsi une taille critique nécessaire au pilotage médico-économique que la Chambre appelle de ses vœux, taille équivalente à la moitié du pôle de Clamart. Le pôle - secteur 92G13 qui récupère à cette occasion la ville de Sèvres se rapproche ainsi d'une taille plus raisonnable.

A propos des sujets relatifs à la collaboration entre l'ordonnateur et le comptable, la Chambre recommande la signature d'une nouvelle convention de services comptables et financiers, dont elle note l'élaboration en cours au moment de son contrôle. Celle-ci a été finalisée et a été signée par le directeur de l'établissement fin juillet 2014; elle est au moment de la rédaction du présent courrier, en cours de signature par la direction régionale des finances publiques.

La recommandation numéro 3 concerne la mise en place d'une « gestion optimisée de la trésorerie ». Cette recommandation fait suite au constat de fortes fluctuations de trésorerie au cours de la période analysée. Or ces fluctuations tiennent pleinement, comme indiqué dans le corps du rapport, à la contemporanéité de plusieurs importantes opérations de travaux et de leur mode de financement : celui-ci a été assuré notamment par :

- deux contrats d'emprunts avantageux signés en 2008 (pour un montant total de 50 millions d'euros) mais portant des dates limites de mobilisation des fonds, respectivement au 31 décembre 2011 et au 31 juillet 2012; le respect de ces conditions a permis de bénéficier de financement à taux fixe très inférieur au prix de marché, qu'une renégociation aurait renchéri;
- l'apport plus rapide que prévu, et en un versement fin 2010, d'une subvention du fond pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), de 11,9 millions d'euros pour la construction de l'UHSA.

Ces financements ont permis à l'établissement de bénéficier d'un apport au fonds de roulement exceptionnel et transitoire entre 2010 et 2012, lui aussi lié à la mutation immobilière du groupe hospitalier. Cet apport exceptionnel au fonds de roulement et à la trésorerie s'est naturellement résorbé avec la finalisation de ces opérations de travaux. Depuis le 2^{ème} trimestre 2013, le solde courant de la trésorerie de l'établissement n'a pas dépassé une moyenne mensuelle de 9 millions d'euros, soit environ 24 jours d'exploitation.

Les opérations majeures de travaux prévues ayant été achevées, ces éléments exceptionnels n'ont pas vocation à se reproduire et vont permettre de maintenir



le solde courant de la trésorerie de l'établissement à un niveau déterminé seulement par les règles de sécurité financière.

Par ailleurs, le rapport de la Chambre met en lumière un certain nombre de pistes de modernisation de gestion et de maîtrise des dépenses. Sans entrer dans le détail de l'ensemble des mesures prises depuis 2013 par l'établissement, il apparaît utile de noter que certaines mesures fortes ont déjà apporté des résultats sensibles.

Ainsi, l'établissement prend note que la Chambre estime régulières les règles qu'il applique en termes de gestion des ressources humaines, à l'exception de l'avancement à la durée intermédiaire. Pour autant, cette gestion présente des aspects coûteux qui sont en cours de modifications ; celles-ci sont constitutives d'un « plan de maîtrise global du titre I des charges de personnel » tel que la Chambre l'appelle de ses vœux. Notamment, les crédits de remplacement (intérim, vacations et heures supplémentaires) ont fait l'objet de mesures fortes de maîtrise depuis fin 2012 : ils ont diminué en un an de 1,4 millions d'euros (-30%). Au cours de l'année 2013, si les effectifs non médicaux soignants ont augmenté de 100 équivalents temps plein, les autres catégories de personnel (administratifs, techniques, logistiques) ont été diminuées de 67 équivalents temps plein, les effectifs médicaux étant stables. Par ailleurs, le rajeunissement des effectifs (l'âge moyen du personnel non médical, tel qu'il figure aux bilans sociaux, est passé de 43,92 à 43,23 ans entre 2011 et 2013) a permis de diminuer le coût par agent de 1,5% sur la même période, malgré les mesures de revalorisation catégorielles.

Il faut également noter que le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens signé le 9 avril 2014 prévoit que la durée quotidienne du travail soit ajustée, conformément aux préconisations de l'Inspection générale des affaires sociales, au cours du 2^{ème} semestre 2014. L'établissement a engagé cet ajustement, en présentant le 23 mai 2014 aux organisations syndicales le projet de diminution de la durée quotidienne de travail des personnels de jours actuellement en 8h à 7h36. Cette réduction entraînera le passage d'un nombre annuel de jours « réduction du temps de travail » de 27,5 à 18. Ce projet a fait l'objet de discussions et d'un conflit social hors normes qui aboutiront faute d'un accord avec les organisations syndicales représentatives, à une décision prise par le directeur au cours de ce mois d'août. Conformément aux engagements du CPOM, cette disposition entrera en vigueur au cours du 2ème semestre 2014. Enfin, si « les procédures de marché examinées par la chambre n'ont révélé aucune anomalie » (paragraphe 466), les efforts d'efficience de l'établissement ont porté particulièrement sur les achats relatifs aux prestations intellectuelles, aux études, honoraires, frais de recrutement, d'appels d'offres et de communication : ceux-ci ont diminué de 40% entre 2012 et 2013 (-520.000 €) et diminueront encore fortement en 2014.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de ma considération respectueuse.

Le directeur

Henri POINSIGNON

Accuse de réception Nº 1A 106 527 7545 7



« 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 d'Île-de-France : www.ccomptes.fr/ile-de-france

Chambre régionale des comptes d'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/ile-de-france