



Chambre régionale des comptes
d'Île-de-France

Le Président

NOISIEL, le 13 SEP. 2010

N°/G/162/10-0398 B

N° 10-0167 R

RECOMMANDE AVEC A.R.

Monsieur le Directeur,

Je vous ai adressé, par lettre du 27 juillet 2010, le rapport d'observations définitives concernant la gestion de votre établissement pour les années 2005 à 2008, que la chambre a arrêté, après contradiction, dans sa séance du 7 juillet 2010.

Ce rapport a également été adressé à Monsieur BOUFFIES, votre prédécesseur, pour ce qui le concerne.

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

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

P.J. : 1

Monsieur Alain VERRET
Directeur du centre hospitalier Sud Francilien
Quartier du Canal

COURCOURONNES

91014 EVRY CEDEX

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

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

Jean-Yves BERTUCCI



Chambre régionale des comptes
d'Île-de-France

RAPPORT D'OBSERVATIONS DEFINITIVES
CENTRE HOSPITALIER SUD-FRANCILIEN (91)

._*._.

Exercices 2005 et suivants

._*._.

Le centre hospitalier sud-francilien (CHSF) est le premier établissement de son territoire de santé, et un des plus importants d'Ile-de-France, hors Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP).

Son transfert en 2011 dans un nouvel hôpital, regroupant les activités actuellement dispersées sur plus de 20 sites, représente le défi majeur des années à venir, le CHSF ayant alors à assumer des décisions initiales porteuses de risques (surcapacité, procédure de bail emphytéotique hospitalier).

La situation financière du CHSF est très dégradée sur la période. Elle a nécessité l'établissement d'un deuxième plan de retour à l'équilibre financier à l'issue du premier plan signé en 2004, et une aide de la tutelle de 34 M€¹.

Le résultat est constamment déficitaire et le déficit cumulé s'élève à 30M€ entre 2005 et 2008.

Les comptes sont, en outre, faussés par des reports de charges massifs et erratiques, le plus souvent issus de la période 2002-2004, et par des créances irrécouvrables sous-estimées et non provisionnées.

Le déficit structurel du CHSF se situe entre 15 et 20 M€ par an.

Le pilotage médico-économique est très en-deçà des enjeux auxquels l'hôpital est confronté. La faiblesse des instruments de comptabilité analytique et les difficultés du dialogue de gestion constituent à ce titre un lourd handicap.

Si l'activité, dans un environnement très concurrentiel, se maintient sur la période, notamment en chirurgie, certaines disciplines sont néanmoins en situation de fragilité ou menacées, telles la chirurgie ambulatoire, la radiothérapie, l'imagerie à résonance magnétique (IRM) ou l'urologie.

Malgré une productivité faible, les effectifs de personnels médicaux et non médicaux ont augmenté sur la période, sans véritable lien avec les évolutions de l'activité, et le niveau d'encadrement est très élevé dans certains services.

Un retour à l'équilibre structurel avant l'entrée dans le nouvel hôpital nécessiterait des mesures d'économies plus énergiques en termes de réduction des effectifs. L'aide prévue par le prochain contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) doit être corrélée aux résultats obtenus, pour éviter de maintenir l'établissement dans une situation de dépendance financière vis-à-vis de la tutelle.

La restauration du dialogue de gestion et la reprise de la production de résultats à partir des instruments de comptabilité analytique constituent un préalable incontournable à l'assainissement de la situation financière.

Bien que l'optimisation de l'offre de soins soit conditionnée par le prochain regroupement des activités dans le nouvel hôpital, des adaptations immédiates comme le développement de la chirurgie ambulatoire, l'abandon de l'urologie, la recherche de partenariats pour l'activité de radiothérapie sont souhaitables.

¹ M€ : millions d'euros

Rappel de la procédure

Le contrôle du centre hospitalier a été inscrit au programme 2009 de la chambre. La lettre d'ouverture du contrôle a été adressée, le 2 juin 2009, à M. Alain VERRET, directeur alors en poste, et à M. Joël BOUFFIES, son prédécesseur du 31 mai 2005 au 31 janvier 2009.

L'entretien préalable, prévu par l'article L. 241-7 du code des juridictions financières, a eu lieu, par téléphone, avec M. BOUFFIES, le 18 décembre 2009 et avec M. VERRET, le 4 janvier 2010.

Dans sa séance du 15 janvier 2010, la chambre a formulé des observations provisoires, qui ont été adressées aux deux directeurs, le 11 février 2010.

M. VERRET a répondu par lettre du 12 avril 2010, enregistrée au greffe de la chambre le 15 avril 2010. M. BOUFFIES n'a pas répondu, mais M. VERRET a joint à son courrier un bilan d'exercice que M. BOUFFIES avait établi, fin 2008, et adressé à la directrice de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS).

Lors de sa séance du 7 juillet 2010, la chambre a émis les observations définitives suivantes.

Le CHSF fait partie de l'échantillon retenu pour l'enquête menée conjointement par la Cour des comptes et les chambres régionales des comptes sur la situation financière des hôpitaux. Le présent rapport, s'est attaché à en renseigner les principaux items.

1. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

Le CHSF résulte de la fusion, au 1^{er} janvier 1999, du CH Louise Michel d'Evry et du CH Gilles de Corbeil de Corbeil-Essonnes, et regroupe six établissements plus petits, dispersés sur 21 sites.

Etablissement de 848 lits, dont 551 lits de court séjour, 104 lits de psychiatrie, 40 lits de soins de suite et 113 lits de soins de longue durée, il offre une gamme de soins quasi-complète.

L'intégration dans un nouvel hôpital d'une capacité de 1 000 lits, reconstruit sur un site unique à Corbeil, est prévue pour le mois de mars 2011.

Le CHSF emploie plus de 3 000 agents, dont 300 médecins, pour un budget annuel de 220 M€ en 2008.

2. POSITIONNEMENT STRATEGIQUE DE L'ETABLISSEMENT

2.1. L'insertion de l'hôpital dans son environnement

Etablissement prépondérant² sur un territoire dense et protéiforme, mais aussi au sein du département et de la partie sud de la région, le CHSF maintient et conforte dans certains secteurs sa position dominante au cours de la période examinée. Pour ses responsables, il a vocation à déborder de son territoire de santé, jugé trop étroit et mal calibré.

² Hors AP-HP, le CHSF est le troisième établissement régional en termes de capacité en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), après le CH de Poissy-Saint-Germain-en-Laye et le CH de Pontoise, et le cinquième en termes de capacité totale après les deux précédents, le CASH de Nanterre et le CH d'Eaubonne-Montmorency

2.1.1. Le territoire de santé 91-3 (Essonne-sud)

Environnement dense et hétérogène, le territoire 91-3 est fortement urbain au nord et au nord-est avec des secteurs socialement sensibles (Grigny, Corbeil-Essonnes ou Evry) et rural au sud.

2.1.1.1. L'environnement démographique

La population du territoire 91-3 est plus jeune que celle des deux autres territoires du département. Le taux de natalité, bien que supérieur à celui du département, reste inférieur à celui de la région. La mortalité est supérieure à celle du département et de la région.

2.1.1.2. L'attractivité

Sur son territoire de santé, le CHSF « grignote », plus qu'il ne gagne, des parts de marché entre 2006 et 2008 (voir annexe n° 1).

L'augmentation des parts de marché est régulière et significative pour le secteur de l'obstétrique, mais minime en chirurgie (0,4 point) et nulle en médecine.

Le taux de fuite du territoire 91-3 (39,6 %) est l'un des plus faibles d'Ile-de-France. Les fuites touchent de manière similaire les activités de médecine (41,2 %) et de chirurgie (41,1 %), beaucoup plus que celles d'obstétrique (24,4 %).

En revanche, le territoire n'est pas particulièrement attractif³, comme la plupart des territoires de la grande couronne.

2.1.1.3. L'environnement sanitaire

L'offre de soins, abondante et diversifiée (court, moyen et long séjour, psychiatrie), se concentre dans la zone fortement urbanisée du nord-est du territoire.

2.1.2. Les préconisations du SROS

Le CHSF a été confirmé par le schéma régional d'organisation des soins (SROS 3) comme hôpital de proximité pour son bassin de population, ayant vocation à devenir l'hôpital de référence, notamment en obstétrique.

L'activité de psychiatrie est également appelée à se développer, avec la réouverture de tous les lits installés : l'ouverture de 10 lits de « centre de crise », la création d'un hôpital de jour de 15 places, la création d'un hôpital de jour de 15 places pour enfants et d'un hôpital de jour de 12 places pour adolescents.

³ Le taux qui mesure cette attractivité ne s'élève qu'à 28,5 %.

2.1.3. Les actions de coopération

2.1.3.1. Les actions permettant de réguler les flux de patients

Les actions en vue de réguler les flux de patients sont nombreuses et paraissent cohérentes. Ne disposant que de 40 lits de soins de suite pour 551 lits de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), le CHSF a conclu des conventions de partenariat avec quatre établissements de soins de suites et de réadaptation⁴, destinées à fluidifier le parcours d'aval du court séjour. Un partenariat avec un centre de rééducation spécialisé en neurologie, vise à faciliter la sortie des patients hospitalisés pour accident vasculaire cérébral (AVC).

En outre, le CHSF, qui compte 113 lits de soins de longue durée, a signé des conventions de coopération avec huit établissements médico-sociaux (établissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD) et maisons de retraite).

Chacun des établissements signataires s'engage à recevoir, dans les meilleures conditions de délais et d'hébergement, les patients qui lui seront adressés.

2.1.3.2. Le partage des plateaux techniques

Les coopérations pour le partage des plateaux techniques sont plus limitées et peu fructueuses.

Le suivi de l'activité d'IRM⁵ montre que la co-utilisation de l'appareil, tant par les cabinets privés que par les établissements publics voisins, ne cesse de décliner.

De même, la co-utilisation du plateau de radiothérapie par un radiothérapeute privé, initiée en juin 2008, n'a pas été suffisante pour hisser l'activité au seuil minimal exigé et l'autorisation de poursuivre l'activité a été refusée en juillet 2009.

Afin de multiplier ses synergies, le CHSF compte sur la mise en œuvre du projet médical de territoire, rédigé en 2008, notamment sur la constitution de « la filière est », avec l'hôpital Georges Clémenceau de Champcueil et le centre hospitalier d'Arpajon.

2.2. Le pilotage externe de l'établissement

2-2-1-Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM)

Les orientations du CPOM, signé le 1^{er} avril 2007, sont en adéquation avec les préconisations du SROS.

⁴ Clinique de rééducation fonctionnelle REPOTEL à Villiers-sur-Orge, centre hospitalier Manhès à Fleury-Mérogis, centre de rééducation les trois soleils à Boissise-le-Roi.

⁵ Le territoire de santé compte quatre IRM et le département de l'Essonne, neuf.

2-2-2-Les CREF

La succession des plans de retour à l'équilibre souligne les difficultés de la gouvernance à maîtriser la situation financière du CHSF.

L'échec du premier CREF est dû à des mesures de redressement insuffisamment appliquées, afin d'éviter d'éventuels conflits sociaux. Il a été aggravé par l'insincérité des comptes, qui a retardé son déclenchement et rendu son suivi aléatoire.

Le deuxième CREF, en instance de signature, prévoit jusqu'en 2011 un équilibre financier qui risque d'être artificiel si les dotations de la tutelle sont garanties à hauteur des déficits prévus.

2-2-2-1-Le déclenchement de la procédure de redressement

- **Le premier CREF (2004-2007)**, aurait pu être envisagé dès 2002, après une vérification de la fiabilité des comptes.

La situation était très dégradée fin 2003, avec un déficit cumulé estimé à 15 M€, et une prévision d'évolution spontanée des résultats très pessimiste, en l'absence d'intervention de mesures de redressement.

Simulation de l'évolution des résultats attendus, sans CREF, sur 2004-2008

	fin 2003	2004	2005	2006	2007	2008
Résultat de l'exercice	-1,36	-10,1	-10,7	-12	-13,2	-14,5
Résultat cumulé	-15,9	-26	-36,8	-48,9	-62,1	-76,7

La prise en compte du montant de 14,2 M€ de taxe sur les salaires non mandatée en 2002 et 2003 aurait fait apparaître des résultats réels déficitaires respectivement de 3,8 M€ et de 10,4 M€⁶. Le plan de retour à l'équilibre financier (PREF) aurait alors été bâti à partir des comptes sincères et de résultats plus fiables.

En outre, fin 2002, un montant de créances irrécouvrables non provisionnées de 10,6 M€ a été apuré grâce à un emprunt de trésorerie de 10 M€ et une aide exceptionnelle de 2 M€.

Selon l'actuel directeur, l'échec de ce plan s'explique par l'évidente inadaptation de son contenu qui reposait sur une augmentation d'activité très difficile à tenir. Il souligne également que si les mesures de redressement ont été insuffisamment appliquées, c'est dans le but d'éviter d'éventuels conflits sociaux.

Enfin, il fait référence à une insincérité du diagnostic de la situation financière initiale pour expliquer les écarts constatés.

- **Le deuxième PREF (2009-2012)**, préparé par une mission d'appui de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), a été présenté en décembre 2008. La signature du CREF avec la tutelle était prévue pour fin 2009.

Au cours des trois derniers exercices 2006 à 2008, au moins un des trois critères prévus pour déclencher un plan de redressement était observé, et les trois critères étaient réunis en 2007.

⁶ Si l'on estime le montant de taxe sur les salaires annuelle à 9 M€, la sincérité des comptes imposait d'ajouter 5 M€ au déficit de 2002 et 9 M€ à celui de 2003.

Toutefois, le montant des déficits rapportés aux recettes d'activité tend à décroître, comme le montre le tableau ci-dessous. Le résultat de 2006 est affecté par l'apurement de reports de charges de la période 2002-2004.

Evolution des déficits

POIDS DU DEFICIT			
	2006	2007	2008
Montant du déficit	- 20 226 871	-5 546 299	-3 138 708
Montant des recettes de titre 1	169 905 242	171 820 250	174 865 209
%	11,90%	3,20%	1,70%

2.2.2.2. Le contenu et le suivi des CREF

- Le premier CREF

Le retour à l'équilibre était initialement prévu pour 2009, mais les difficultés rencontrées ont conduit la tutelle à réaménager ce contrat en 2005 et à accorder des aides supplémentaires.

Le plan de redressement élaboré à l'appui du CREF comprenait des mesures visant à comprimer les dépenses de personnel par la suppression des doublons géographiques, à lutter contre l'absentéisme, à limiter des lignes de garde et à réduire également les dépenses et la durée moyenne de séjour (DMS).

Une aide exceptionnelle de 30 M€ sur cinq ans a été accordée par l'agence régionale de l'hospitalisation de l'Ile-de-France (ARHIF).

Aides (en M€)	2004	2005	2006	2007	2008
CREF	6	6,5	5,5	6	6

Le suivi du contrat montre que l'établissement n'a pas respecté ses engagements, les résultats réels s'écartant fortement des résultats contractualisés, à partir de l'exercice 2006.

Objectifs de résultats contractualisés 2004-2009 en M€

CREF initial	2004	2005	2006	2007	2008	2009
résultat attendu	-3,9	-3,5	-0,5	-0,2	-1,6	0,1
résultat net	0,8	-1,1	-20	-5,5	-3,1	
différence	- 4,75	- 2,34	+ 19,5	+ 5,37	+ 1,5	

Un bilan à mi-parcours établi en 2006 par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) imputait cet échec à une hausse des charges de 4 %, alors que les recettes ne s'étaient accrues que de 2,7 %. Le rapport notait une hausse importante des effectifs de personnel médical entre 2004 et 2006 (+ 7,5 %), et de personnel non médical (+ 3 %), qui plaçait le CHSF en quatrième position pour la croissance des effectifs, sur les 14 établissements de l'échantillon dont les effectifs avaient augmenté (sur les 19 établissements contrôlés, cinq avaient réussi à réduire leurs effectifs).

Le CREF a été renégocié en 2006, moyennant une aide supplémentaire de 3 M€ en 2006 et de 1,3 M€ en 2007, l'aide totale s'élevant donc à 34,3M€ sur la période.

CREF réaménagé	fin 2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Résultat attendu		0,8	0,1	2,1	4,2	4,5	3,3
Résultat net		0,8	-1, 1	-20	-5, 5	-3,1	
Différence		-	+ 1,2	+ 22,1	+ 9,7	+ 7,6	

Cette nouvelle version s'est également traduite par des résultats décevants. La plupart des mesures, comme la maîtrise de l'absentéisme, la limitation des lignes de garde, la suppression des doublons, n'ont été que peu ou pas appliquées.

En outre, le contrat a été bâti sur la base d'une augmentation trop optimiste de l'activité, de 3 % entre 2004 et 2007.

- Le deuxième PREF

Ce deuxième plan a été bâti à partir de comptes plus sincères et de résultats plus fiables que le plan précédent, puisqu'à compter de 2005, le mandatement de la taxe sur les salaires est régulier et le montant des créances difficilement recouvrables est mentionné.

57 mesures sont prévues et détaillées dans des fiches action et chiffrées.

Economies prévues (en M€)	2009	2010	2011	2012
Hors effet site unique	9,1	14	14,9	15,4
Effet site unique	0	0	5,1	13,6
Total	9,1	14	20,1	29

L'établissement envisage la suppression d'environ 160 postes d'ici 2012, pour une économie de 2 M€ dès 2009 et 3,5 M€ en 2012.

Cette réduction concerne dans un premier temps les personnels soignants, dans le cadre de l'effort engagé en 2008 pour définir des effectifs cibles par secteur. Après le regroupement sur le nouveau site en 2011, l'effort devrait porter sur les secteurs administratifs et logistiques.

L'objectif de retour à l'équilibre risque néanmoins d'être artificiel, tout au moins jusqu'en 2011, si une aide de la tutelle sur l'exploitation « qui permette l'équilibre financier de chaque exercice jusqu'en 2012 », est systématiquement accordée.

Cette adaptation des aides aux résultats de l'hôpital traduirait une certaine confusion dans les objectifs du contrat et pourrait faire craindre que l'établissement ne « s'installe dans une culture du déficit », dénoncée par l'IGAS dans son rapport de 2006⁷.

⁷ IGAS- Rapport sur les mesures prises dans le cadre du CREF par les hôpitaux « perdants » à la T2A

Budget consolidé	2005	2006	2007	2008
Taux de report	2,1 %	9,9 %	1,6 %	3,4 %

En revanche, au cours de la période sous revue, le mandatement du montant de la taxe sur les salaires est régulier et à hauteur des sommes attendues.

3.1.2.2. Les produits sur exercices antérieurs

Les produits sur exercices antérieurs augmentent régulièrement. Le volume des ordres de recettes annulés au titre d'un exercice donné et ayant donné lieu à réémission d'un nouveau titre au cours de l'exercice suivant augmente à partir de 2006 (voir annexe 3).

3.1.3. Les provisions pour risques et charges

3.1.3.1. Les provisions liées au compte épargne-temps (compte 143)

Le CHSF n'a pas provisionné le compte 143 au titre des créances nées des comptes épargne temps (CET) ouverts au bénéfice de ses agents, créances qui représentent une charge potentielle de 6,7 M€.

	2006	2007	2008
c/143 (en €)	226 140	226 140	47 655

Source : compte de gestion

La valorisation des journées épargnées a été faite aux tarifs prévus par les dispositions de l'arrêté du 14 mai 2008, soit 308,62 € par an pour les praticiens hospitaliers (PH), et selon les modalités complémentaires institués par décret en 2002¹⁰.

3.1.3.2. Les provisions pour créances irrécouvrables

A la clôture de l'exercice 2008, le montant des provisions pour créances irrécouvrables est nul, alors que l'hôpital garde au bilan un montant élevé de créances sur exercices antérieurs dont le recouvrement est compromis, sans les admettre pour autant en non-valeur, ce qui fausse d'autant plus la fiabilité de ses comptes.

Les admissions en non-valeur sont pratiquées au « coup par coup », comme le montre la part très variable des créances compromises dans les restes à recouvrer (0,3 % en 2006, 12,9 % en 2008).

¹⁰ Conservation, pendant un congé pris au titre du CET, des droits à congés prévus à l'article 41 de la loi portant statut de la fonction publique hospitalière, soit au CHSF, 6 770 jours, pour 8 908 jours de CET.

En outre, le niveau des créances sur exercices antérieurs, dont le ratio les rapportant au total des produits est constamment supérieur au taux généralement admis de 3 %, démontre que le recouvrement n'est pas optimal.

Restes à recouvrer	2005	2006	2007	2008
RAR / total produits (%)	4,1%	4,3%	4,0%	3,6%

Le montant réel des créances devant être admises en non-valeur est certainement très supérieur au montant de 0,7 M€ figurant fin 2008 au compte correspondant. Le plan de redressement de 2008 estime à 7 M€ le montant des créances « non recouvrées et considérées comme irrécouvrables ».

3.1.4. La sous-estimation éventuelle des amortissements

La fiabilisation de l'actif constitue un impératif pour le CHSF, qui tire chaque année des recettes substantielles des cessions d'actifs.

3.1.4.1. La fiabilité de l'état de l'actif (voir annexe n° 2)

L'état de l'actif produit par l'établissement en 2005 présente de très importantes discordances, allant jusqu'à 20 M€, avec l'inventaire des immobilisations corporelles au compte de gestion, entraînant des répercussions sur le plan comptable au titre des amortissements.

En outre, il serait souhaitable que ce patrimoine important soit estimé de manière précise, avant d'en réaliser la cession, une fois effectué le transfert vers le nouvel hôpital.

3.1.4.2. Les cessions d'immobilisation (voir annexe n° 3)

L'hôpital a régulièrement cédé des terrains¹¹ sur la période, pour un montant total 16 M€.

Bien qu'elles témoignent d'une gestion avisée, valorisant un patrimoine inemployé, les cessions d'actifs n'ont qu'un effet relativement faible sur la situation financière de l'établissement et peuvent, en réduisant le déficit d'exploitation, induire une sous-estimation des économies à réaliser.

3.1.5. Les aides et concours exceptionnels

Le CHSF a été très aidé sur la période, pour plus de 34 M€ au total. Les principales aides allouées ont été accordées en 2006, pour faciliter l'apurement des passifs antérieurs, et en 2007, lors de la renégociation du premier CREF.

¹¹ Trois terrains en 2008, un terrain en 2007 et un terrain en 2006, tous situés boulevard Henri Dunand à Corbeil.

Les avances de trésorerie effectuées au moment du passage à la T2A ont été en grande partie remboursées en 2008, par apurement de la créance dite de l'article 58¹².

	2005	2006	2007	2008
Créance article 58	13 845	13 845	13 845	2 399
Avances T2A	15 709	19 318	14 398	2 953

3.2. Analyse rétrospective de la période sous revue

3.2.1. Le compte de résultat

3.2.1.1. L'évolution des résultats

Malgré les aides massives de la tutelle, le résultat net est constamment déficitaire sur la période, et le déficit cumulé avoisine ainsi 30 M€.

Compte de résultat consolidé (par nature)

	2005	2006	2007	2008
Total des produits	194 067 478	204 455 150	207 673 383	213 938 433
Total des charges	192 038 209	206 114 846	211 163 047	218 429 318
Résultat d'exploitation	2 029 268	-1 659 696	-3 489 664	-4 490 885
Résultat financier	-1 370 955	-3 394 196	-3 346 402	-1 632 861
Résultat exceptionnel	-1 821 080	-15 012 893	1 259 488	2 995 287
Résultat net	-1 153 767	-20 066 787	-5 576 578	- 3 128 459

Les charges progressant de 13,7 % et les produits n'augmentant que de 10,2 %, le déficit d'exploitation se creuse rapidement. Le résultat net de 2006 est particulièrement déficitaire, de 20,2 M€, malgré une aide de 8,5 M€ accordée au titre du CREF.

3.2.1.2 La situation financière réelle après retraitement comptable (voir annexe n° 4)

Le retraitement des résultats comptables, en tenant notamment compte des charges et produits sur exercices antérieurs, accroît le montant des déficits, sauf en 2006.

Le résultat réel, redressé des insuffisances de provisions et des dotations exceptionnelles, fait apparaître un déficit structurel annuel de l'ordre de 15 M€ sur les deux derniers exercices, sans tenir compte pour autant de l'incertitude pesant sur le montant des créances irrécouvrables, sans doute 10 fois supérieur à celui retenu par l'établissement, et d'un reliquat de taxe sur les salaires de 2004 de 2,2 M€.

Le CHSF a présenté ainsi chaque année les conditions de déséquilibre financier requises pour faire l'objet d'un plan de redressement (voir annexe n° 5). Les plans de redressement successifs, et leur réaménagement, sont donc intervenus à juste titre, notamment en 2008.

¹² Créance détenue sur l'assurance maladie.

3.2.1.3. L'évolution des dépenses et des recettes par titre fonctionnel

L'augmentation des charges de personnel est particulièrement forte. La croissance des recettes, plus faible que celle des dépenses, ne repose pas sur des recettes pérennes liées à l'activité.

Budget H

Charges	2005	2006	2007	2008	Evolution 2004/2008
Personnel	141 470 568	147 188 790	150 672 406	155 513 369	+9,9%
Médicales	28 198 615	29 079 881	29 825 610	31 194 575	+10,6%
Hôtelières	16 474 362	16 242 340	16 598 951	16 171 707	-1,4%
Autres	13 871 796	33 234 745	18 620 398	21 168 746	+52,6%
Total	200 015 343	225 745 759	215 717 367	224 048 398	+12%

Produits					
Assurance maladie	166 737 352	169 905 242	171 820 250	174 865 209	+4,8%
Activité	13 463 210	15 416 756	15 923 329	16 442 452	+22,1%
Autres	19 109 247	20 196 889	22 427 488	29 602 027	+54,9%
Total	199 309 810	205 518 887	210 171 068	220 909 690	+10,8%
Résultat	-1 153 767	-20 226 871	-5 546 299	-3 138 708	

L'augmentation des dépenses de personnel, proche de 10%, est importante, alors que leur maîtrise était inscrite au CREF. Elle atteint 12,6 % si l'on neutralise, pour l'exercice 2005, les modifications de périmètre du groupe de dépenses correspondant intervenues en 2006¹³.

L'explosion des dépenses résulte des dépenses exceptionnelles, notamment des charges sur exercices antérieurs.

Les charges hôtelières et générales sont en revanche contenues, diminuant même de 1,4 %.

La progression des produits est inférieure à celle des charges. Elle résulte d'une forte croissance des produits exceptionnels et, dans une moindre mesure, des produits de l'activité hospitalière, alors que les produits issus de l'activité augmentent peu.

3.2.1.4. La qualité des prévisions budgétaires (voir annexe n° 6)

L'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) 2006, particulièrement insincère, traduit un paroxysme dans les difficultés de l'hôpital, avant une relative normalisation, notamment pour les dépenses de personnel.

Les réalisations concernant les dépenses de personnel s'écartent, en 2006, des prévisions à hauteur de 13 M€. Leur montant prévu est de l'ordre de 134,2 M€, alors qu'elles s'élevaient à 141,4 M€ en 2005¹⁴ ; il paraît témoigner d'une absence de rigueur dans l'élaboration des dispositions du plan de retour à l'équilibre financier (PREF).

¹³ Selon l'instruction codificatrice n° 07-004-M21 du 16 janvier 2007 (annexe 2 – composition des titres de l'EPRD), les charges de personnel sur exercices antérieurs (compte 672-81), inscrites au groupe 1 (charges de personnel) jusqu'en 2005, passent dans le groupe 4 (charges exceptionnelles) à partir de 2006. En appliquant cette répartition à l'exercice 2005, le montant des charges du groupe G1 (charges de personnel) est de 138 023 889 € (141 470 568 € - 3 446 679 €).

¹⁴ 138 M€ sans les reports de charges.

L'écart de 14,4 M€ constaté sur le titre 4, correspond à des charges exceptionnelles résultant du mandatement d'arriérés de taxe sur les salaires au cours de l'exercice, alors que les charges financières et d'amortissement sont conformes aux prévisions.

L'apurement des reports de charges réalisé en 2006, redonne un sens à la prévision budgétaire, plus sincère au cours des deux exercices suivants.

Enfin, la maîtrise des charges à caractère hôtelier et général, déjà signalée, est à mettre en relation avec une prévision exacte de leur montant.

3.2.1.5. L'analyse de la structure budgétaire (voir annexe n° 7)

L'évolution du poids relatif de chaque titre de dépenses, par rapport aux dépenses totales, reflète les problématiques de l'hôpital, dominées par le poids des dépenses de personnel qui augmente sur la période, ainsi que celui des dépenses médicales.

Le poids des dépenses de titre 3, constamment inférieur au niveau moyen des autres dépenses, démontre la volonté de les maîtriser. Le poids des autres charges, dont le pic en 2006 a un caractère exceptionnel, se stabilise ensuite en dessous du niveau moyen des autres dépenses.

3.2.2. Le financement de l'investissement

Compte tenu du projet de nouvel hôpital, l'investissement sur la période est très limité et les immobilisations vieillissent. En conséquence, l'établissement n'a aucune marge d'autofinancement et prélève chaque année sur son fonds de roulement, sauf en 2008.

3.2.2.1. Le passage de la CAF brute à la CAF nette (voir annexe n° 8)

L'établissement présente une insuffisance d'autofinancement, sauf au cours des exercices 2005 et 2007.

Le montant de la CAF brute est inférieur à l'annuité de la dette en capital, sauf au cours de l'exercice 2005. Pour les exercices suivants, une partie des nouveaux emprunts est donc utilisée au remboursement de la dette.

3.2.2.2. La variation du fonds de roulement (voir annexe n° 9)

L'hôpital ne cesse de voir son fonds de roulement se réduire sur la période, en dépit d'une amélioration en 2008. Mais, l'apport au fonds de roulement de 3,2 M€, alors que le tableau de financement prévisionnel prévoyait une reprise de 12 M€, résulte d'une cession d'actifs et d'une réduction des investissements.

3.2.2.3. Les indicateurs mesurant l'effort d'investissement (voir annexe n° 10)

L'effort d'investissement est faible, bien inférieur à celui de la moyenne des hôpitaux de même catégorie. Le projet du nouvel hôpital explique et relativise ce constat.

Le taux de vétusté des immobilisations, en fin de période, est bien supérieur au ratio moyen des centres hospitaliers disposant d'un budget d'exploitation de plus de 70 M€¹⁵, tant pour les équipements (86 % contre 77 %) que pour les constructions (68 %, contre 48 %).

Le taux de renouvellement des immobilisations est très faible (autour de 4 %), alors qu'une augmentation générale du rythme des investissements est intervenue en 2006 sur le plan national et que ce taux s'est élevé à 12,85 % pour les établissements comparables.

Le ratio mesurant l'impact des investissements passés (coût des charges financières et des dotations aux amortissements par rapport aux recettes issues de l'assurance maladie), est constamment inférieur au seuil limite de 8 % préconisé par la DHOS.

L'origine des déficits actuels n'est donc pas à rechercher dans une politique d'investissement passée trop lourde à assumer.

3.2.2.4. Le degré de limitation de l'autofinancement

Annuité sur amortissements	2005	2006	2007	2008
Annuité de la dette en capital	6,429	6,039	6,429	4,662
Amortissements des immobilisations	8,902	8,697	9,025	9,646
Part de l'annuité	72,2%	69,4%	71,2%	48,3%
Moyenne CH >70M€	65%	85%		

Au CHSF, le degré de limitation de l'autofinancement s'améliore en 2006, alors qu'il était supérieur à la moyenne des CH des établissements comparables en 2005. En 2008, plus de la moitié des amortissements est disponible pour de nouveaux investissements.

3.2.3. La situation de la dette

L'endettement du CHSF est très supportable et la gestion de la dette est prudente.

3.2.3.1. Les principaux ratios d'endettement (voir annexe n° 11)

Les principaux ratios d'endettement sont plus favorables que ceux des établissements comparables, malgré une relative dégradation sur la période.

3.2.3.2. L'indépendance financière (voir annexe n° 12)

Le CHSF maîtrise son taux d'endettement, qui reste inférieur à la moyenne des établissements de même catégorie, et au seuil limite de 50 %. La durée apparente de la dette, bien qu'en augmentation régulière, demeure très raisonnable.

3.2.3.3. La gestion de la dette et des lignes de trésorerie (voir annexe n° 13)

Le CHSF remboursait, sur la période 2005-2008, 34 emprunts contractés auprès de différents organismes de crédit, dont huit sont arrivés à échéance en 2009.

¹⁵ Source : rapport du comité d'experts finance, Banque de données des hôpitaux de France (BDHF), exercice 2006, publication de la Fédération hospitalière de France (FHF), octobre 2008.

Même si la prudence de l'établissement, qui n'a pas souscrit de produits structurés, mérite d'être soulignée, les taux fixes appliqués, situés pour la plupart entre 5 % et 6 %, témoignent d'un manque d'initiative de la part des services financiers qui auraient pu renégocier ces emprunts et permettre à l'hôpital de réaliser une économie de 100 à 200 000 € sur la période.

Une renégociation aurait ainsi pu être envisagée pour quatre prêts contractés auprès du Crédit local de France en 1994 et 1995 sur 15 ans, à des taux compris entre 7,25 % et 8,50 %, même si le montant de ces emprunts est relativement faible.

3.2.4. La structure financière : le bilan fonctionnel

Après une période très dégradée, la situation bilancielle ne s'améliore en fin de période que pour des raisons conjoncturelles, liées à l'apurement de la créance de l'article 58 et à la faiblesse de l'investissement.

3.2.4.1. Présentation du bilan fonctionnel synthétique (voir annexe n° 14)

Le fonds de roulement d'investissement (FRI) qui mesure l'excédent de ressources stables (principalement les emprunts, les amortissements et les subventions) sur l'actif immobilisé, quadruple sur la période.

En revanche, l'insuffisance des ressources stables d'exploitation, en particulier les très mauvais résultats de l'hôpital à partir de 2006 (résultat comptable déficitaire de 20 M€ en 2006, report à nouveau déficitaire de 15 M€ et de 21 M€ au cours des exercices suivants) entraîne une dégradation majeure du fonds de roulement d'exploitation (FRE), négatif sur les trois derniers exercices.

L'établissement a apuré, en 2008, par le biais de la créance de l'article 58 (13,8 M€ en 2007) pour un montant de 11,4 M€ les avances restant dues à l'assurance maladie au titre du passage à la tarification à l'activité (T2A) (14,3 M€ en 2007).

3.2.4.2. Analyse du fonds de roulement net global (FRNG)

Le FRNG, négatif en 2006 et 2007, en raison de la dégradation du FRE et non d'une volonté de « trésorerie zéro », place l'établissement dans une situation de fragilité financière d'autant plus inquiétante que les immobilisations ont, sur la période, peu augmenté.

3.2.4.3. Analyse du besoin en fonds de roulement (BFR)

La diminution du BFR, négatif en 2006 et 2007, traduit un excédent des dettes sur les créances d'exploitation¹⁶, mais n'est pas pour autant le signe d'une gestion efficace, notamment en matière de recouvrement.

Ainsi, les dettes à court terme ont vu leur montant doubler vis-à-vis des fournisseurs¹⁷ et quadrupler à l'égard des organismes fiscaux et sociaux sur la période¹⁸. Le délai de règlement est, en conséquence, supérieur au délai d'encaissement des créances.

¹⁶ Appelé également excédent du cycle d'exploitation.

¹⁷ 10 M€ en 2005 et 19,6 M€ en 2008.

¹⁸ 4 M€ en 2005 et 16 M€ en 2008.

En 2008, le BFR redevient positif, du fait du remboursement de l'avance de l'assurance maladie à hauteur de 11,4 M€ qui constituait une ressource du cycle d'exploitation.

De façon plus générale, la masse des créances et surtout des dettes concourant à la formation du BFR augmente fortement (+ 19,5 % pour les actifs circulants et + 28 % pour les dettes), traduisant ainsi une détérioration dans l'utilisation des comptes de transition.

3.2.4.4. Analyse de la trésorerie

Après une dégradation au cours des exercices 2006 et 2007, la trésorerie se rétablit nettement en 2008.

	2005	2006	2007	2008
couverture du BFR par le FRNG	1,19	0,93	0,90	1,42
ratios moyens au niveau national	0,4	0,4	0,1	

La contrainte d'équilibre est respectée pour les exercices 2005 et 2008, et la situation de trésorerie du CHSF est moins tendue que celle des établissements ayant un budget d'exploitation supérieur à 70 M€.

Néanmoins, la situation du CHSF est atypique, notamment en 2006 et 2007, puisque, en raison du BFR négatif, ce sont les excédents de financement du cycle d'exploitation qui couvrent le déficit de fonds de roulement et non l'inverse.

3.2.4.5. Synthèse : les différents scénarios de l'équation FDR-BRF - trésorerie (profil de l'hôpital)

En 2006 et 2007, la structure bilancielle est très défavorable et l'établissement finance une partie des emplois stables par des concours bancaires. Le FDR et la trésorerie sont négatifs, situation d'autant plus préoccupante que la faiblesse du BFR résulte de l'allongement du délai de paiement des fournisseurs et des organismes fiscaux.

La situation bilancielle s'améliore en 2008. Malgré l'aggravation du report à nouveau déficitaire, le FRNG se rétablit grâce à une progression du FRI, résultant de la faiblesse des immobilisations (+ 3M€) et de l'amélioration « mécanique » du FRE par l'apurement de la créance de l'article 58.

3.3. Analyse financière prospective

3.3.1. Les tendances de l'EPRD de l'année 2009 (voir annexe n° 15)

Les tendances de l'EPRD 2009 confirment la persistance de la dégradation financière de l'hôpital. Le déficit prévisionnel de 2009 est supérieur de 1,6 M€ à celui de 2008, en raison de la progression des charges de personnel et, surtout, de l'absence de cessions d'actifs¹⁹.

La situation patrimoniale continue donc de se détériorer, avec une diminution prévisionnelle du fonds de roulement de 1 M€.

¹⁹ Le déficit structurel de 2009 est donc a priori inférieur à celui de l'exercice précédent.

3.3.1.1. L'impact de l'EPRD sur la situation financière

L'EPRD 2009 prévoit un résultat d'exploitation déficitaire de 4,7 M€. Cette dégradation provient d'une chute des autres produits, due en partie à l'absence de cession d'actifs entraînant une moins-value de 7,6 M€ par rapport à l'exercice 2008.

La maîtrise des charges (+ 0,28 %), est due à une diminution des charges exceptionnelles qui compense l'augmentation des charges de personnel (+ 2,7 %).

Conformément à l'accord de principe de l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH), une dotation exceptionnelle de 5 M€ a été accordée en avril 2009, et un complément de dotation en fin d'exercice était envisagé à la date de rédaction du présent rapport.

3.3.1.2. Le respect de la règle de l'équilibre du budget

Les recettes du tableau de financement prévisionnel²⁰ (4,4 M€) ne sont pas suffisantes pour couvrir le remboursement de la dette en capital à échoir au cours de l'exercice (4,9 M€). La règle de l'équilibre du budget n'est donc pas respectée.

Néanmoins, le prélèvement sur fonds de roulement qui résulte du tableau de financement prévisionnel est compatible avec la situation patrimoniale de l'établissement figurant au plan global de financement pluriannuel (PGFP) (voir annexe n° 11).

3.3.2. L'impact du coefficient de transition

Les effets de la diminution du coefficient de transition à hauteur de 1,02 pour 2009, dans l'hypothèse d'un volume d'activité 2009 identique à celui de 2008, n'ont pas pu être indiqués par le département d'information médicale (DIM), qui a néanmoins précisé qu'au 30 septembre 2009, les recettes issues de la tarification des séjours étaient supérieures à celles de 2008 à la même période.

3.3.3. L'analyse prospective de l'investissement

3.3.3.1. Le nouvel hôpital, un projet qui apparaît surdimensionné et très coûteux²¹

Dès 2011, le CHSF devra faire face aux conséquences d'un investissement très lourd, contracté sous forme d'un bail emphytéotique hospitalier, formule juridique contraignante et financièrement aléatoire.

La construction du nouvel hôpital sud-francilien, qui regroupera sur un site unique comptant 1025 lits et 20 blocs opératoires tous les services dispersés, constitue actuellement le plus grand chantier hospitalier de France.

²⁰ A l'exclusion du produit des emprunts.

²¹ Les principales constatations sont issues du rapport de la mission d'appui et de conseil auprès du CHSF établi par Bernard BONNICI, conseiller général des établissements de santé.

Le projet, dont le coût est estimé à 344 M€, est financé par un bail emphytéotique hospitalier signé le 10 juillet 2006²², en présence du ministre de la santé.

Le montant du loyer annuel versé au constructeur à compter de 2011 s'élèvera à 38,8 M€ par an pendant 30 ans, abondé aux deux tiers par l'Etat. En tenant compte de la réactualisation annuelle des loyers et de la redevance²³, le coût final de l'opération s'établirait à 1,188 milliard d'euros.

Ce choix paraît donc très onéreux pour l'établissement. Le recours à une maîtrise d'ouvrage publique (MOP) financée par l'emprunt, aurait été une solution certainement moins coûteuse²⁴, moins hasardeuse et surtout davantage maîtrisable par l'établissement.

En effet, l'évolution actuelle de l'activité du CHSF laisse entrevoir une surcapacité des futurs locaux qu'il est quasiment impossible de réduire dans le cadre de ce montage financier fermé.

Le « gel » de certains locaux, dans le bloc opératoire par exemple, n'allègera en rien le montant annuel des loyers, la réalisation d'une UHSI (unité d'hospitalisation sécurisée interrégionale) de 80 lits ayant été envisagée pour réduire les surcapacités.

3.3.3.2. Réalisme du PGFP

Les simulations financières du PGFP, dans le cas du CHSF, sont d'autant plus hasardeuses que l'investissement à venir n'est qu'en partie financé. L'hôpital reste très dépendant des aides de la tutelle, notamment en raison des incertitudes liées à la procédure du bail emphytéotique.

Le CHSF va devoir affronter dès 2011 une dépense annuelle 38,8 M€, au titre du versement à l'emphytéote du loyer immobilier (23,431 M€), du loyer de maintenance (8,448 M€) et de la redevance d'exploitation (6,924 M€).

Des surcoûts non pérennes doivent, de plus, être financés avant l'entrée dans le nouvel hôpital :

- charges induites par l'utilisation de la procédure de bail emphytéotique avec l'application des taxes locales d'urbanisme (6,6 M€), de la taxe de publicité foncière (4 M€) et l'indemnité du conservateur des hypothèques (0,6 M€), soit un montant total d'environ 11 M€;
- plan pluriannuel d'investissement (PPI) destiné à la mise en route du nouvel établissement (équipements biomédicaux, matériels hôtelier et informatique) évalué à 30 M€;
- coût de l'équipe projet et du déménagement, qui n'a pas encore été estimé.

²² Par délibération du conseil d'administration du 28 juin 2006, le CHSF a approuvé à une large majorité (10 voix pour, trois contre et une abstention) le contrat de bail emphytéotique, et autorisé le directeur à le signer. Le président avait rappelé à cette occasion que le choix de cette procédure émanait du ministère de la santé et qu'aucune autre alternative n'était possible.

²³ 1 % par an sur la part immobilière, et 2 % à 3 % sur le loyer de maintenance et la redevance d'exploitation.

²⁴ Une simulation, pour un emprunt de 344 M€ sur 30 ans à un taux fixe de 4,5 %, donne un coût final de 757 M€.

Le loyer annuel doit être financé par l'établissement à hauteur de 11 M€ (8 M€ au titre des économies réalisées sur l'exploitation des sites actuels et 3 M€ résultant d'efforts internes d'économies et d'amélioration de la productivité), et par l'ARHIF à hauteur de 20 M€²⁵.

Le différentiel de 7,8 M€ non encore financé, devrait être couvert par les économies attendues du regroupement des sites à compter de 2011, économies estimées à 11M€.

La cession des immeubles désaffectés est appelée à compenser les dépenses d'équipement prévues au PPI (30M€), sous réserve des incertitudes du marché immobilier.

Le CHSF a sollicité l'aide de l'ARH pour le financement des taxes liées au bail emphytéotique, et pour la prise en charge du différentiel entre la valorisation du patrimoine et le financement du plan pluriannuel d'investissement.

En tout état de cause, le CHSF maîtrise mal l'impact de ce lourd investissement sur ses futures charges d'exploitation, et reste largement tributaire de la tutelle. Il a, à cet effet, chargé un cabinet d'une étude sur les conditions à envisager pour atteindre l'équilibre financier.

4. LE DIAGNOSTIC MEDICO-ECONOMIQUE

4.1. Le pilotage médico-économique de l'établissement

Le décalage entre la taille du CHSF sur le plan financier et la faiblesse de ses outils de pilotage est impressionnant. La désorganisation financière qui en résulte est aggravée par l'impasse que connaît le dialogue de gestion et par l'éparpillement des pôles.

4.1.1. Recensement des outils disponibles

L'hôpital n'a fourni à la chambre aucun outil de gestion propre à réaliser une analyse médico-économique.

Après un effort notoire entrepris en 2007 et 2008, le départ, début 2009, du directeur financier, et la constatation d'erreurs d'imputation massives liées à la faiblesse des systèmes d'information²⁶, ont mis un terme à l'élaboration des instruments de comptabilité analytique pour les exercices 2008 et 2009.

Les études médico-économiques produites pour les exercices 2006 et 2007 n'ont pas recueilli l'adhésion de la communauté médicale, qui juge qu'elles reposent sur des bases erronées.

Les coûts de production des activités administratives, logistiques et médico-techniques n'ont plus été calculés et comparés avec ceux d'un hôpital témoin pour les exercices 2008 et 2009.

²⁵ Engagement du ministre de la santé de l'époque au titre d'une aide nationale exceptionnelle.

²⁶ L'obsolescence et l'inadaptation du système d'information, qui n'a pas été rénové lors de la fusion des sites de Corbeil et d'Evry en 1999, les deux sites ayant des outils différents qui n'ont pas convergé, constituent un handicap particulièrement lourd pour le CHSF.

Aucun tableau coût-case-mix (TCCM), qui permettrait de comparer le coût global du CHSF, ainsi que les coûts des différents services et les coûts par groupement homogène de séjours (GHS), avec ceux d'un hôpital «théorique», calculés par l'étude nationale des coûts (ENC), n'a jamais été produit.

Il n'existe, en conséquence, pas d'instrument de pilotage qui permettrait le suivi infra- annuel de l'activité et de la consommation de moyens par pôle.

Le référentiel du diagnostic flash élaboré pour l'exercice 2007²⁷ et le référentiel de la FHF ont néanmoins permis de comparer les performances du CHSF avec celles des établissements de sa catégorie pour les exercices 2005 à 2007.

4.1.2. La qualité du dialogue de gestion

Le dialogue de gestion semble actuellement dans une impasse.

Malgré de nombreuses réunions de concertation, la signature des contrats de pôle, prévue à l'automne 2008, a été ajournée après la décision de fermeture de lits²⁸ prise pendant l'été 2008, sur la base très contestée des comptes de résultat par pôles de 2007.

Hormis des tableaux de bord relatifs aux ressources humaines en volume (effectifs, absentéisme, heures supplémentaires), les responsables de pôles ne disposent d'aucun indicateur de suivi, en recettes comme en dépenses. La rotation des agents de direction de l'établissement (direction générale, direction des finances, direction des ressources humaines) est unanimement déplorée et invoquée comme une cause de démotivation.

4.1.3. L'organisation des pôles

Le découpage de l'établissement a donné lieu à la constitution de 20 pôles, nombre à l'évidence trop élevé et reconnu comme tel par l'ensemble des acteurs.

Les pôles n'atteignant pas la taille critique sont pénalisés, l'éventail des cas traités étant trop étroit pour compenser les contraintes liées au financement en T2A. La mutualisation des moyens, de même que la possibilité d'une délégation de gestion, sont ainsi limitées par la petite taille des pôles.

Certains pôles ne permettent pas d'améliorer l'efficacité de l'organisation, et ne facilitent pas le parcours de soins du patient. Ainsi, les urgences, sont regroupées avec le service de médecine légale, sans inclure d'autres services de médecine.

²⁷ En cours d'élaboration pour l'exercice 2008 par une société conseil.

²⁸ Fermeture de lits de chirurgie avec un taux d'occupation trop faible, autour de 65 %, en pneumologie, en neurologie.

4.2. L'activité de l'établissement

4.2.1. Enjeux et tendances observées

Globalement, on ne constate pas de baisse significative de l'activité sur la période, et les indicateurs de performance médico-économiques sont proches de la moyenne des établissements comparables.

L'origine des déficits de l'établissement est donc plutôt à rechercher dans une insuffisance d'activité par rapport aux moyens employés, en particulier dans certains secteurs.

L'activité de médecine reste soutenue, avec des indices de performance médico-économiques plutôt bons. L'activité de chirurgie est satisfaisante, mais insuffisante au regard des moyens déployés. L'activité d'obstétrique occupe une place particulière : dynamique et reconnue (maternité de niveau 3), ses indices de performance médico-économiques ne sont cependant pas optimaux.

4.2.2. Principales données d'activité

Les principales données d'activité du CHSF, qui présente une diversification marquée, indiquent que l'établissement résiste bien dans les secteurs MCO, et conserve ses parts de marché dans un contexte plutôt concurrentiel. Le développement de la chirurgie ambulatoire est néanmoins très insuffisant.

4.2.2.1. Données administratives (voir annexe n° 16)

Les données administratives d'activité sont orientées à la hausse, avec une progression des entrées et une baisse de la durée moyenne de séjour (DMS).

La baisse des entrées dans le service de chirurgie en hospitalisation complète, constatée à partir de 2007, résulte de l'ouverture de l'unité de chirurgie ambulatoire en juin de la même année.

Le taux d'occupation du service de chirurgie ambulatoire, faible en 2007 en raison d'une ouverture des lits en juillet, continue de stagner en 2008, bien que le développement des prises en charge ambulatoire soit un des axes forts du projet médical.

En obstétrique, la progression de l'activité est continue, malgré une capacité en diminution²⁹, mais la DMS reste légèrement supérieure à celle de référence (quatre jours).

4.2.2.2. Données du diagnostic flash (voir annexe n° 17)

Le poids moyen du cas traité (PMCT) est supérieur à un, notamment pour l'activité de chirurgie où il progresse sensiblement au cours des trois dernières années, témoignant d'une technicité supérieure à celle des établissements de même catégorie.

²⁹ La SAE indique une capacité de 82 lits jusqu'en 2006, et de 78 lits ensuite.

Entre 2006 et 2008, le CHSF conserve ses parts de marché en médecine sur le territoire de santé.

La chirurgie du CHSF résiste globalement bien, et augmente légèrement ses parts de marché, alors que l'activité chirurgicale du territoire diminue de 2,5 % entre 2005 et 2007. Le CHSF augmente notamment ses parts de marché sur le territoire du département de l'Essonne.

La fermeture d'activité de chirurgie de la clinique Pasteur à Ris-Orangis et celle des services de chirurgie du syndicat interhospitalier de Juvisy-sur-Orge n'y sont sans doute pas étrangères.

En outre, le regroupement sur le site d'Evry de toute la chirurgie en 2004, et surtout des deux services d'orthopédie qui existaient, a été bénéfique. Après la fusion en 1999, les deux services se sont opposés et cette situation a fortement nuit à l'activité de l'hôpital et bénéficié aux établissements privés voisins³⁰.

L'environnement chirurgical du CHSF n'en reste pas moins fortement concurrentiel, ses rivaux les plus sérieux étant la clinique du Mousseau et la clinique de l'Essonne, toutes deux situées à Evry et, hors territoire de santé, la clinique de l'Yvette à Longjumeau, l'institut Jacques Cartier de Massy et l'hôpital privé Claude Gallien à Quincy-sur-Sénart.

L'activité d'obstétrique est particulièrement soutenue et augmente régulièrement ses parts de marché, aux dépens de ses principaux concurrents, hormis la clinique du Mousseau.

Le CHSF présente, par ailleurs, une activité plutôt diversifiée, 142 GHS [hors séances de la consultation multidisciplinaire (CMD) 28] étant nécessaires pour réaliser 80 % des séjours³¹. Cette diversification assez marquée n'est pas un atout, les avantages de la spécialisation ayant été largement documentés. Les établissements spécialisés réalisent des économies de gamme et leurs coûts moyens sont plus faibles que ceux dont l'éventail d'activités est plus ouvert.

4.2.3. Examen de l'activité au regard du programme médicalisé du système d'information (PMSI)

Les données du PMSI confirment le maintien de l'activité, notamment en chirurgie, où la dispersion des actes est faible, mais révèlent la relative fragilité de certains secteurs, d'autant plus préoccupante qu'ils font l'objet de projets de développement.

	2006	2007	2008
GHS MCO (CMD 01 à 23)	21 698	22 113	21 304
CMD 24	17 274	17 545	15 892

Source : ATIH ; case mix fourni par le DIM pour 2008³²

L'évolution du nombre de GHS, favorable jusqu'en 2007 accuse une diminution en 2008.

³⁰ Le rapport de la chambre sur la période précédente notait que la chirurgie avait perdu 12 % d'entrées et 18 % de journées d'activité entre 2000 et 2004.

³¹ Un établissement peut être qualifié de diversifié à partir de 120 GHS. Si moins de 80 GHS suffisent, l'activité est plutôt concentrée.

³² Il existe une légère discordance entre les données fournies par le DIM, qui concernent l'ensemble des séjours effectués par les patients hospitalisés au CHSF, quelle que soit la nature de leur prise en charge, alors que les données du site e-PMSI ne recensent que les séjours des assurés sociaux.

Certaines disciplines (endocrinologie, urologie) apparaissent plus fragiles, alors que d'autres progressent (cardiologie), ou se maintiennent (neurologie) (voir annexe n° 18).

Certaines pathologies médicales paraissent particulièrement concernées. Ainsi, la diminution très significative de la présence de patients présentant un accident vasculaire cérébral (AVC) pose question dans la perspective de la mise en place d'une unité neuro-vasculaire. La diminution des séjours d'endocrinologie, en particulier de diabétologie, mérite également d'être analysée³³.

4.2.3.1. La chirurgie (voir annexe n° 19)

En 2008, conformément aux recommandations de la mission d'appui, les services de chirurgie ont fait l'objet d'une réduction de capacité, avec la fermeture d'une trentaine de lits liée à des taux d'occupation insuffisants (65 %).

En termes de séjours liés au PMSI, l'activité de chirurgie se maintient (+ 1 %).

En moyenne, 10 % des séjours chirurgicaux concernent des patients présentant des pathologies lourdes, entraînant des DMS plus longues.

Parmi les interventions les plus courantes, on note une augmentation des actes de gynécologie, et une activité plus incertaine pour les sphères digestive, orthopédique et endocrinienne.

En 2008, un tiers du programme opératoire provient des urgences, taux qui paraît significatif. Le taux des actes chirurgicaux représentant plus de 30 séjours par rapport au nombre total d'actes de chirurgie s'établit à 9,5 %, puis diminue légèrement en 2008 (8,5 %).

La proportion de la chirurgie orthopédique, par rapport au total des actes de chirurgie, est de 27,8 %, contre 18 % pour la chirurgie viscérale.

Les actes de chirurgie représentant au plus 10 séjours constituent une part très faible du total (0,3 %) jusqu'en 2007, mais progressent en 2008 (1,3 %). La distribution des actes de chirurgie n'est donc pas très étendue, ce qui devrait garantir la qualité des actes et faciliter l'atteinte du « point mort » en T2A.

En application de l'arrêté du 29 mars 2007 fixant les seuils d'activité minimale annuelle par structure de soins dans certains secteurs, le CHSF s'est vu refuser, le 17 juillet 2009, l'autorisation d'exercer la chirurgie urologique, de même que celle d'exercer la chirurgie du cancer des os et des tissus mous, activité non soumise à seuil.

En revanche, le CHSF conserve l'autorisation d'exercer la chirurgie carcinologique gynécologique, mais le seuil (20 cas par an) n'est dépassé que d'une unité en 2008. L'activité de chirurgie gynécologique, assez dynamique (355 séjours en 2007 dont 45 interventions pour cancer in situ du col de l'utérus, activité non soumise à seuil) devrait garantir la venue du nombre de malades nécessaire au maintien de cette autorisation.

³³ Le rapport d'activité 2007 note que « le volume d'activité d'endocrinologie et de la chirurgie thyroïdienne de l'hôpital est nettement supérieur à la moyenne des ces activités dans les autres hôpitaux d'Ile-de-France ».

4.2.3.2. L'obstétrique (voir annexe n° 20)

L'activité est importante, avec plus de 3 000 accouchements par an, en dépit d'un léger fléchissement en 2008³⁴. Le taux de césariennes est légèrement supérieur à la moyenne des maternités de niveau 3 prenant en charge un fort contingent de grossesses pathologiques³⁵.

4.2.3.3. L'activité des urgences (voir annexe n° 21)

Le service d'accueil et de traitement des urgences (SAU) du CHSF est dispersé en quatre points répartis sur les deux sites principaux. Il enregistre plus de 80 000 passages annuels.

Le taux d'hospitalisation après passage aux urgences est plutôt faible et régresse sur la période, témoignant des difficultés rencontrées dans la permanence des soins. L'ouverture, fin 2006, d'une maison médicale de garde les dimanches et jours fériés, ayant assuré 600 consultations pédiatriques en 2007, a permis une diminution équivalente des passages aux urgences pédiatriques.

4.2.4. L'optimisation de la DMS (voir annexe n° 22)

L'évolution de la DMS, proche de la moyenne en fin de période, témoigne d'une relative efficacité du CHSF³⁶.

La DMS des 10 groupes homogènes de malades (GHM) les plus fréquents est en outre, pour sept d'entre eux, inférieure à la DMS de la base du tableau de bord ARH/IGAS en 2008.

Les indicateurs « processus » et « organisation » du diagnostic « flash » montrent que l'efficacité des services de médecine est supérieure, en termes d'organisation et de durée de séjour, à celle des services de chirurgie et d'obstétrique.

4.2.5. La gestion des flux de patients

La gestion des flux de patients ne présente pas de difficultés majeures au CHSF.

Le taux de patients provenant des urgences (13 % en 2007 et 30 % en 2008) semble indiquer que le CHSF peut s'appuyer sur un recrutement de patients sur le plan local³⁷.

Les transferts à partir des urgences, de un à deux par jour pour environ 200 passages quotidiens, apparaissent acceptables.

La recherche de lits d'aval est favorisée par de nombreuses conventions, tant avec les établissements de moyen séjour que de long séjour.

³⁴ Les données de la statistique d'activité des établissements (SAE) indiquent un nombre d'accouchements supérieur à celui du PMSI, sauf en 2005.

	2005	2006	2007	2008
Accouchements	3 006	3 157	3 195	3 204

³⁵ 21,5 % en 2007 – source : Platines.

³⁶ DMS globale de 6,1 jours au CHSF en 2007 contre une valeur de 6,3 pour l'ensemble des établissements de la catégorie la même année : DMS de 4,3 jours en maternité contre 4,4 jours pour les établissements comparables.

³⁷ Un taux supérieur à 40 % peut être le signe de difficultés de recrutement.

4.2.6. L'adéquation de la prise en charge (voir annexe n° 23)

La chirurgie ambulatoire est peu active au CHSF, risquant ainsi de le pénaliser en 2009 avec le passage à la nouvelle nomenclature des actes V11.

Le faible taux d'occupation de l'unité de chirurgie ambulatoire, expliquée en 2007 par son ouverture au mois de juin, perdure cependant en 2008.

La base PLATINES montre, en 2007, un écart très défavorable des taux de chirurgie ambulatoire par rapport à la moyenne des établissements de même catégorie, hormis pour les cures de hernie chez l'enfant, dont la faible cohorte rend toutefois le résultat peu significatif.

Le taux moyen de chirurgie ambulatoire relatif aux pathologies traceuses (29,5 %), est voisin de celui du taux d'intervention en chirurgie ambulatoire (500) rapporté au nombre de séjours de la CMD 24C (1 483) en 2008, soit 33 %.

Concernant les séjours de courte durée, les actes d'endoscopie connaissent une progression notable, à l'exception des endoscopies digestives diagnostiques sans anesthésie.

En revanche, tous les actes en CMD08 (traumatismes de l'appareil musculo-squelettique) marqueurs de l'activité ambulatoire, régressent, sauf les résections osseuses.

4.2.7. Les seuils critiques d'activité

En application de l'arrêté du 29 mars 2007, l'autorisation d'activité de radiothérapie externe a été refusée à l'établissement, qui n'atteignait pas les seuils recommandés par la circulaire du 14 avril 2009, avec seulement 340 et 356 patients traités respectivement en 2007 et 2008, pour un seuil de 600 patients par an³⁸. Ce refus ne permet plus à l'hôpital de disposer d'une filière de cancérologie complète.

L'activité de traitement du cancer concerne environ 10 % de l'hospitalisation de court séjour (30 % des patients qui viennent au CHSF selon le président de la CME). Le pôle pathologies tumorales et hématologie prend en charge les pathologies malignes les plus fréquentes.

Ce refus oblige également à reconsidérer le PREF, qui prévoyait de parvenir à traiter 600 patients par an sur la période 2009-2010, en réduisant les taux de fuite.

En outre, l'autorisation d'une reprise de l'activité de radiothérapie interne vectorisée, qui ne figure pas au nombre des activités soumises à seuil, a également été refusée.

4.2.8. Productivité des services médico-techniques, logistiques, administratifs

La multi-localisation de l'hôpital et la persistance de doublons après la fusion des deux sites principaux est une cause majeure de surcoûts pour l'hôpital.

³⁸ L'activité du service de radiothérapie a été affectée par des dysfonctionnements techniques (une machine n'a fonctionné que deux mois sur 12) et humains (arrêts de maladie de praticiens en 2007 et en 2008).

Coût de la logistique et de la gestion générale

La performance du CHSF, qui était correcte pour la blanchisserie, se dégrade en 2007, alors qu'elle s'améliore pour l'activité restauration, dont le coût est inférieur à la moyenne régionale.

Les laboratoires

Le prix de revient de l'acte en B augmente régulièrement, tout en restant, en fin de période, conforme à la moyenne régionale (0,22), mais supérieur à la moyenne nationale (0,19) et au coût unitaire de la base d'Angers (0,187 en 2006).

Les blocs opératoires

L'étude réalisée par la mission d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH) en 2008, consacrée à la démarche de comparaison des blocs, a fait apparaître la très faible performance des blocs opératoires du CHSF, avec un taux d'ouverture très inférieur au niveau régional, un taux d'occupation de 54 % et un taux de débordement très élevé (10 %).

L'effort de réorganisation qui aurait, selon le directeur, commencé de porter ses fruits en 2009, doit être poursuivi, compte tenu des capacités du futur hôpital, qui disposera de 20 blocs.

L'imagerie

L'utilisation de l'IRM diminue de 42 % entre 2005 et 2008, notamment en raison d'une chute des examens pratiqués par d'autres structures en co-utilisation. Cinq établissements³⁹ ont cessé d'utiliser l'IRM du CHSF à compter 2006.

La convention signée en avril 2007 avec le CH de Fontainebleau et quatre cabinets privés, n'est pas parvenue à ralentir la chute des actes pratiqués par tous les co-utilisateurs.

IRM	2005	2006	2007	2008
Hospitalisés	2 108	1911	1412	
Co-utilisation	3 737	2 020	1 050	
TOTAL	5 845	3931	2 462	3 087

Sources : rapports d'activité-pour 2008 : SAE

La dispersion des sites

Le surcoût induit est estimé à 10 M€.

Alors que la suppression des doublons était une des mesures du plan de redressement, et malgré la restructuration en 2004 ayant donné lieu au regroupement de toute la chirurgie et du pôle mère-enfant à Evry et celui de la médecine et de la cancérologie à Corbeil, de nombreux doublons persistent.

Chacun des deux sites principaux dispose d'un laboratoire de biologie, d'un service d'urgence, d'une unité de production des repas, d'un service de réanimation et d'un service d'imagerie.

Le coût des transports sanitaires internes (0,7 M€) paraît particulièrement élevé⁴⁰.

³⁹ Les CH de Melun, de Montereau et de Nemours, l'hôpital privé de Quincy, la clinique Pasteur de Ris-Orangis, la clinique Caron d'Athis-Mons.

⁴⁰ Cependant, le CH de Poissy-Saint-Germain, assez comparable au CHSF, présente un coût de transports bien supérieur (2 M€ en 2007, dont 1,7 M€ pour les usages).

Une majorité de transports a lieu entre les deux sites principaux, mais les multiples sites de prise en charge psychiatrique, et surtout pédo-psychiatriques, engendrent des coûts de transport parfois élevés⁴¹.

4.3. La valorisation et la facturation de l'activité

4.3.1. Les produits versés par l'assurance maladie (titre 1)

4.3.1.1. La « valorisation » des données d'activité transmises à la tutelle (voir annexe n° 24)

La réduction des produits issus de la tarification des séjours, de 5 M€ en 2008, est compensée par l'augmentation symétrique des prestations faisant l'objet d'une tarification spécifique. Cette évolution résulte des modifications de la nomenclature des activités de soins dans le PMSI en 2006 et 2007⁴².

En 2008, le montant des recettes issues de l'activité en hospitalisation représente un peu plus de la moitié du total des produits versés par l'assurance maladie.

Le taux d'exhaustivité du codage est de l'ordre de 97 %⁴³. La grève du codage de début 2009 a entraîné un retard dans la valorisation des séjours, actuellement comblé et qui ne devrait pas affecter les recettes 2009.

En revanche, la qualité du codage souffre des difficultés rencontrées dans la valorisation des séjours. Le recours à un cabinet spécialisé, souhaité par l'établissement, a pour but de résoudre cette question.

Le taux de rejet des flux B2Noémie par l'assurance maladie diminue, en fin de période, grâce à un traitement plus rapide des erreurs, et passe de 20 % à 8 % en 2008, taux comparable à celui des professionnels privés qui télétransmettent depuis de nombreuses années.

4.3.1.2. Les dotations notifiées par l'ARH (voir annexe n° 25)

Les dotations notifiées par l'ARH en 2008 représentent 35,4 % des produits versés par l'assurance maladie (titre 1), et 28 % du total des recettes de l'exercice.

4.3.2. Le financement à partir des crédits liés aux missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation (MIGAC)

Le CHSF estime connaître depuis plusieurs années un sous-financement à partir des crédits MIGAC⁴⁴ estimé à 2 M€, mais ne semble pas en assurer un réel suivi comptable.

⁴¹ En 2007, le transport journalier d'un enfant en taxi, sur prescription médicale, de son domicile au centre de soins, et parfois du centre de soins chez différents thérapeutes, a représenté un coût annuel de 32 700 €, et de 21 000 € pour un autre enfant.

⁴² Depuis l'arrêté du 27 février 2007, certaines activités sont facturées sous forme de forfait SE (sécurité - environnement), et ont été retirées du PMSI, entraînant une chute du nombre de séjours afférents.

La circulaire du 31 août 2006 a requalifié les actes frontières concernant les prises en charge hospitalières en zone de surveillance de très courte durée et celles de moins d'une journée en consultations et actes externes.

⁴³ Sur les 10 premiers mois de l'année 2009, 1 279 résumés manquaient, sur un total annuel de 60 000.

⁴⁴ Préambule du PREF.

4.3.3. Les recettes de facturation (titre 2)

Les outils de pilotage habituels dont disposent le comptable et l'ordonnateur n'ont pas permis de fiabiliser la chaîne facturation/recouvrement, qui est confrontée à des défaillances notoires. La facturation, dispersée sur une multitude de titres, est source d'erreurs, et le recouvrement est peu efficace.

4.3.3.1. Les outils de pilotage de la facturation

Les outils habituels de pilotage de la facturation sont tenus par le poste comptable : liste des états de restes à recouvrer sur exercices précédents et antérieurs, statistiques des actes de poursuites contentieux, prise en charge et recouvrements effectués par catégories de débiteurs et de produits, taux de recouvrement, application OREGHON⁴⁵.

4.3.3.2. Les indicateurs de suivi de la facturation/recouvrement (voir annexe n° 26)

- Les indicateurs relevant de l'établissement

Le taux d'exhaustivité du codage est évalué par un programme informatique qui calcule, pour chaque service, la différence entre les sorties enregistrées et les résumés standard de sortie codés. Un contrôle hebdomadaire invite les services présentant des écarts à rectifier leurs erreurs et à coder les séjours manquants.

Le délai moyen du codage des actes est néanmoins très long en raison des blocages fréquents engendrés par les défaillances des systèmes d'information de l'hôpital.

- Les indicateurs relevant du comptable

Le taux de recouvrement sur exercice courant

Le comptable produit, depuis 2006, les états mensuels issus du système de reporting ORHEGON qui comportent des indicateurs de recouvrement mensuels.

Pour 2006, il soulignait cependant les difficultés liées à une émission des titres très tardive, généralement de mauvaise qualité, et au très grand nombre de titres d'un montant inférieur à 30 € (plusieurs dizaines de milliers par an).

Le nombre de régies de recettes (sept) lui semblait insuffisant pour un établissement de cette taille et leur fonctionnement ne paraissait pas optimal.

Il pointait également ⁴⁶ la précarisation croissante d'une partie des redevables, la suspension de l'émission des titres et des mandats pendant trois semaines en novembre 2006, le traitement tardif des dossiers qui posent problème, l'accroissement des réclamations à l'encontre des titres émis (20 à 30 réclamations écrites par jour en 2006), le délai de traitement des dossiers par le département de l'Essonne (trois mois).

⁴⁵ Outil de reporting global des hôpitaux sur le net.

⁴⁶ Etude adressée à l'ordonnateur le 13 mars 2007, portant sur la qualité de l'émission des titres 2006.

Selon le directeur, une amélioration dans la qualité du recouvrement est intervenue au cours des exercices 2007 et 2008, comme le montre effectivement le faible taux de rejet des titres par l'application informatique B2 Noémie.

L'état des restes à recouvrer

Sur les exercices 2007 et 2008, l'examen des soldes des comptes, concernant les restes à recouvrer au 31 décembre de l'exercice et 31 mai de l'exercice suivant, montre que les difficultés de recouvrement portent pour l'essentiel sur les hospitalisés et les consultants. Le taux d'apurement de ces titres pris en charge en 2007 n'est respectivement que de 44,30 % et de 63,24 %, très inférieur à celui que des autres catégories de débiteurs.

En 2008, malgré une amélioration du recouvrement des créances sur les hospitalisés et les consultants et un taux de recouvrement au 31 décembre bien supérieur (+ 5 points), le taux d'apurement total (92 %) est de deux points inférieur à celui de 2007.

Les admissions en non-valeur sont suivies régulièrement, mais les montants inscrits ne correspondent pas au montant réel des créances que l'hôpital sait ne jamais pouvoir recouvrer.

4.3.3.3. Autres indicateurs (voir annexe n° 27)

Le taux de facturation du CHSF, supérieur à 8 %, se situe plutôt dans la fourchette haute, à la suite d'une amélioration en 2006, alors qu'il varie de 5 % à 10 % dans les autres établissements.

Le montant des sommes représentatives des annulations de titres de recette progresse très fortement à partir de 2006, pour atteindre 43 M€ en 2008. L'augmentation du rattachement des recettes, lié au financement en T2A, induit en effet celle des écritures de contrepassation, donc des annulations pour ordre, lors de l'exercice suivant.

4.3.4. Autres recettes (titre 3)

Les recettes n'émanant pas de l'activité de soins représentent 14,4 % des recettes totales.

4.4. La maîtrise des effectifs et le pilotage de la gestion des ressources humaines (GRH)

4.4.1. Enjeux, champ et méthode du contrôle

Le rapport s'est attaché à identifier les zones de sous-productivité du personnel et les carences dans le pilotage de la gestion des ressources humaines.

Le champ du contrôle s'est efforcé de cerner les rémunérations des personnels et leurs effectifs, dont les principaux indicateurs figurent aux annexes 28 à 34.

Les outils utilisés, outre les comptes de gestion, ont été la SAE, le bilan social et les tableaux prévisionnels des effectifs rémunérés joint à l'EPRD. En revanche, l'hôpital n'a pas pu fournir les états élaborés à partir des applications de la paye. Il n'en dispose pas, car la paye est externalisée.

La mesure de la productivité des personnels, par comparaison avec des référentiels existants, s'est appuyée principalement sur les bases de données de la Fédération hospitalière de France (FHF) (module ressources humaines), ainsi que sur les tableaux n°30 et 31 renseignés par l'hôpital et annexés au présent rapport.

4.4.2. La maîtrise des charges et des effectifs

4.4.2.1. Evolution des charges de personnel (voir annexe n° 28)

Les dépenses de personnel croissent davantage que les recettes d'activité, particulièrement pour les rémunérations des médecins et celles des personnels contractuels.

Entre 2006 et 2008, les dépenses de personnel augmentent globalement de 5,6 %, soit à un rythme inférieur à celui des recettes totales de l'hôpital (+ 7,40 %) mais supérieur à celui des recettes d'activité (+ 2,9 %). Elles absorbent près de 90 % des produits versés par l'assurance maladie en 2008.

Leur poids s'accroît par rapport aux dépenses totales de fonctionnement et représente 70 % sur les deux derniers exercices.

La croissance des dépenses de personnel médical (7,3 %) est supérieure à celles du personnel non médical (4,6 %).

En ce qui concerne le personnel non médical, la progression la plus importante porte sur les rémunérations des contractuels permanents (+ 20 %), alors que l'augmentation des coûts du personnel titulaire est dans la moyenne (+ 5,8 %), et que le coût des contractuels de remplacement diminue significativement (- 36 %). Les rémunérations de personnel intérimaire diminuent également fortement (- 38 %).

Pour ce qui est du personnel médical, ce sont les rémunérations des contractuels et des internes qui augmentent le plus significativement (42 %).

4.4.2.2. Etude globale des effectifs (voir annexes n° 29 et n° 30)

Les effectifs du CHSF ont augmenté entre 2006 et 2008, en particulier pour les personnels médicaux et administratifs, avec un recours croissant aux personnels contractuels aux dépens du recrutement de personnels titulaires. La productivité des personnels de soins, et, dans une moindre mesure, des médecins, est faible, notamment pour les secteurs de chirurgie et d'obstétrique.

- Les effectifs de personnel médical augmentent davantage (+ 3 %⁴⁷) que ceux du personnel non médical (+ 1,9 %) ou des personnels de soins (+ 2,3 %).

Parmi les médecins, ce sont les effectifs des attachés qui augmentent le plus (+ 18 %), suivis des praticiens hospitaliers (PH) à temps plein (+ 5,4 %), alors que le nombre des PH à temps partiel diminue.

⁴⁷ Source : rapports d'activité

Pour les personnels non médicaux, on constate une diminution du nombre des personnels titulaires, compensée par un recours croissant à du personnel contractuel à durée indéterminée pour les soignants (+ 50 %), et les personnels médico-techniques (+ 235 %). Le nombre des personnels administratifs augmente quel que soit leur statut (+ 3,5 %), mais plus nettement pour les contractuels (+ 20 %) que pour les titulaires (+ 1 %).

- L'évolution de l'activité⁴⁸ entre 2006 et 2008 ne justifie pas cette progression.

Les effectifs de médecine augmentent de 1,8 %, alors que l'activité se réduit de 2,1 % ; ceux de chirurgie diminuent de 3,2 %, alors que l'activité correspondante diminue de 6,7 %.

Les services d'obstétrique, où les effectifs progressent de 18 %, sont confrontés à une activité en baisse de 1,5 % et les urgences connaissent une progression du nombre des personnels de 10 % et une activité en réduction de 5 % en 2007.

- Les écarts de productivité peuvent être objectivés en utilisant le module ressources humaines de la FHF qui compare l'effectif nécessaire pour produire 1 000 journées et venues au CHSF avec celui de la moyenne des établissements.

Pour l'ensemble du court séjour, sur les années 2005 à 2007, la densité des personnels de soins et, dans une moindre mesure la densité du personnel médical, sont nettement supérieures à celle d'un échantillon témoin.

Personnel de soins pour produire 1 000 journées et venues

	CHSF	Moyenne régionale	Moyenne nationale
2007	4,93	4,38	4,15
2006	4,17	4,28	4,13
2005	4,8	4,34	4,13

La densité du personnel médical est élevée par rapport à la moyenne nationale (+ 0,2), mais plus proche de la moyenne régionale. Le différentiel de productivité des médecins entre l'Île-de-France et le reste du territoire national est, en effet, particulièrement important.

Personnel médical pour produire 1000 journées et venues

	CHSF	Moyenne régionale	Moyenne nationale
2007	0,84	0,80	0,61
2006	0,81	0,75	0,6
2005	0,78	0,72	0,57

Le poids du personnel médical dans l'ensemble du personnel de l'établissement est également plus élevé que la moyenne régionale.

Le rôle joué par l'hôpital dans la permanence des soins, consommatrice de ressources médicales, tempère cette analyse, même si la bi-localisation des services d'urgence n'est pas, dans ce contexte, un facteur d'efficacité.

- La déclinaison de ce ratio par grand secteur d'activité montre que c'est en chirurgie que se concentre la sous-productivité la plus importante des personnels de soins.

⁴⁸ L'activité est évaluée en nombre de journées.

Le secteur emploie ainsi, pour produire 1 000 journées et venues, deux fois plus d'infirmiers non spécialisés, 10 fois plus d'infirmiers spécialisés et deux fois plus d'aide-soignants que les moyennes, régionale et nationale, des établissements de même catégorie.⁴⁹

Dans une moindre mesure, la maternité présente une surdensité des personnels de soins, touchant essentiellement les sages femmes et les infirmiers spécialisés, qui peut s'expliquer par son niveau 3 couvrant le suivi des grossesses à risque et la réanimation néonatale.

Dans le secteur de la médecine, au contraire, la densité des personnels de soins toutes catégories confondues est globalement inférieure aux moyennes, régionale et nationale, des établissements comparables.

En psychiatrie, la productivité des médecins est très inférieure à celle de la moyenne régionale et nationale. Celle des personnels soignants est encore plus faible⁵⁰.

4.4.2.3. Etude du niveau d'encadrement des services (voir annexe n° 31)

Le niveau d'encadrement est très élevé dans certains services, particulièrement en médecine où il peut dépasser 50 %. Les chirurgiens paraissent également nombreux au regard de l'activité.

La très grande majorité des services de médecine présente un sureffectif supérieur à 10%, en particulier les deux unités d'endocrinologie, l'hématologie, la médecine polyvalente, la rhumatologie et la néphrologie⁵¹.

En revanche, une seule unité de chirurgie présente un sureffectif important (+ 32 %).

Compte tenu de ces éléments, un ajustement des personnels dans les unités présentant les sureffectifs les plus importants, compensé en partie par un ajustement des effectifs des unités en sous-effectif, permettrait une diminution d'environ 30 postes d'infirmiers et de 10 postes d'aide-soignant.

L'évolution de l'effectif des chirurgiens (voir annexe n° 32), rapprochée des données d'activité, qu'elle soit évaluée en actes ou en séjours de chirurgie, démontre une productivité plutôt faible, avec en moyenne une intervention par jour et par chirurgien.

Néanmoins, la recette moyenne par chirurgien au CHSF est légèrement supérieure à la moyenne régionale⁵² (mais inférieur à la moyenne nationale) et la recette moyenne par séjour de chirurgie est supérieure aux moyennes régionale et nationale, confirmant un PMCT élevé déjà révélé par le diagnostic flash.

L'effectif des anesthésistes est stable sur la période, mais la base de données de la FHF indique qu'en 2007, le nombre de séjours par anesthésiste (374) est inférieur à la moyenne régionale (400) et nationale (497). La forte activité et la bi-localisation de l'accueil des urgences, le niveau de la maternité, la prise en charge de la douleur peuvent expliquer en partie cette sous-productivité.

⁴⁹ Chiffres 2007- le différentiel est très proche pour les années 2006 et 2005.

⁵⁰ Chiffres 2005 et 2006.

⁵¹ La néphrologie paraît avoir été classée par erreur dans le secteur de la chirurgie.

⁵² 0,491 M€ au CHSF, pour une moyenne régionale de 0,473 M€ et nationale de 0,711 M€.

4.4.2.4. Absentéisme et recours à des contractuels de remplacement (voir annexe n° 33)

L'objectif du premier CREF signé en 2004, qui prévoyait de lutter contre l'absentéisme pour revenir à une moyenne de 20 jours par an et par agent, n'a pas été atteint.

4.4.2.5. Pyramide des âges et départs en retraite (voir annexe n° 34)

Chaque année, plus de 250 agents quittent le CHSF. Les suppressions de postes, notamment celles prévues par le plan de retour à l'équilibre, sont donc applicables dans le cadre du respect des engagements contractuels et des conditions statutaires du personnel.

4.4.3. Pilotage de la GRH

En l'absence d'outils de comptabilité analytique et de contrats de pôles, le pilotage de la GRH est peu rigoureux et repose sur le pragmatisme. Il s'appuie sur les fichiers de mouvement, les tableaux de suivi des effectifs, de l'intérim et des heures supplémentaires.

4.4.3.1. Identification de la fonction de gestion des ressources humaines (GRH)

La gestion des personnels médicaux et celle des personnels non médicaux relèvent de deux directions différentes.

4.4.3.2. Procédures de recrutement et de remplacement

En l'absence d'aboutissement des contrats de pôles permettant de valider des effectifs cibles par service et de comptabilité analytique, en particulier de compte de résultat par pôle, le pragmatisme prévaut en conséquence pour apporter une réponse ciblée aux demandes des services.

Le recrutement croissant d'agents sous contrat de droit privé, jugés moins motivés et moins performants, serait lié à l'image de l'hôpital sud-francilien réputé, quant à lui, peu attractif.

Personnel non médical	2006	2007	2008
CDI/titulaires ⁵³	5,7 %	6,5 %	7,6 %

Personnel administratif			
CDI/titulaires	13,3 %	13,6 %	15,8 %

Source : bilans sociaux (annexe n°10)

4.4.3.3. La gestion des CET

Le CHSF s'est efforcé d'élaborer un tableau de bord pour le suivi des CET du personnel médical. Au 31 décembre 2008, 12 310 jours ont été épargnés par le personnel médical pour un montant de 5,9 M€, et 7 053 jours pour le personnel non médical pour un montant de 837 450 €.

⁵³ Ratio rapportant le nombre de contractuels à durée indéterminée au nombre de titulaires dans la catégorie.

4.4.3.4. Le respect de la réglementation statutaire

Les logements de fonction

Selon l'article R 94 du domaine de l'Etat, un logement de fonction doit présenter un intérêt certain pour la bonne marche du service.

La chambre s'étonne que, sur 11 logements de fonction attribués au personnel de direction du CHSF, trois sont situés en dehors du département de l'Essonne.⁵⁴

5. LES PISTES D'ECONOMIE ET LES RECOMMANDATIONS DE LA CHAMBRE

La portée des recommandations de la chambre est limitée par la perspective du transfert de l'hôpital en 2011 sur son nouveau site, compte tenu des facteurs d'incertitude concernant l'activité et l'utilisation des ressources à partir de cette date.

En outre, si la chambre a pu étudier les 57 mesures prévues par le PREF signé en 2008, les engagements de la tutelle en matière financière étaient encore hypothétiques à la date du présent rapport, le CREF n'ayant pas été signé.

5.1. La détermination de l'ampleur et du rythme de l'effort d'économie

o **Le montant des déficits**

Comme indiqué précédemment, le montant du déficit structurel du CHSF, après retraitement comptable, se situe entre 15 M€ et 20 M€ par an.

Ainsi, pour 2008, après neutralisation des produits des cessions d'actifs, il atteint près de 22 M€, comme le montre le tableau ci-après.

	2005	2006	2007	2008
Résultat retraité	-8,1	-11,6	-14,7	-14,5
Cessions d'immobilisations	0,6	3,7	3,9	7,4
Résultat	-8,7	-15,3	-18,6	-21,9

o **Le rythme du redressement**

Le retour à l'équilibre après l'ouverture du nouvel hôpital en 2012 exige des mesures plus énergiques que celles du plan de retour à l'équilibre. La compensation mécanique du déficit par les autorités de tutelle, telle qu'elle est sollicitée en vue de la signature du CREF, présenterait en effet le risque d'un équilibre financier artificiel, appelé à terme à disparaître.

⁵⁴ Dans les cinquième et douzième arrondissements de Paris et à Sceaux (92).

	2009	2010	2011	2012
Résultat prévisionnel avant plan		-17,1	-36,4	-41,1
Mesures d'économies du plan	9,1	14	20,1	29
Différentiel de loyer			6,1	7,8
UHSI			1,5	1,6
MIGAC supplémentaires		1,3	2	2,7
Résultat prévisionnel après plan	-4,7	-1,6	-6,5	0

Source : PGFP fourni par l'établissement

En 2010 et 2011, les mesures d'économie prévues ne permettent pas de combler le déficit structurel de l'établissement. En outre, selon les informations recueillies, le projet d'unité d'hospitalisation sécurisée interrégionale (UHSI) serait abandonné. Dans cette hypothèse, l'hôpital serait privé des recettes prévues (1,5 en 2011 et 1,6 M€ en 2012), le résultat serait alors déficitaire de 8 M€ en 2011 et de 1,6 M€ en 2012.

5.2. L'inventaire des mesures de redressement

Les mesures préconisées par la chambre ont tenu compte des 57 mesures d'économies du PREF couvrant la période 2009-2012.

o **Les mesures de gestion et le développement des recettes**

Les mesures de gestion

▪ Renouer le dialogue avec le corps médical

La défiance qui prévaut entre l'administration et le corps médical est à l'évidence très dommageable aux performances de l'hôpital et à l'assainissement de la situation financière.

La réussite des premières mesures du PREF, prévoyant la répartition entre les pôles des réductions de postes de soignants, sur la base d'effectifs cible définis dans le cadre de la négociation contractuelle de juin 2008, est compromise dans le contexte de blocage actuel.

La reprise du dialogue est donc indispensable, de même que la signature des contrats de pôles en 2010.

Une rationalisation des pôles doit accompagner cette étape, avec, dans un premier temps, le regroupement des cinq pôles de psychiatrie, ainsi que celui des trois pôles « imagerie », « laboratoires » et « santé publique et pharmacie » en un pôle médico-technique, comme dans la plupart des établissements comparables.

Cette première reconfiguration permettrait ainsi de passer de 20 à 14 pôles et pourrait être suivie d'une réflexion sur un regroupement plus stratégique.

La délégation de gestion devrait ensuite être mise en œuvre sans tarder.

▪ Fidéliser l'équipe de direction

La rapidité de la rotation des responsables administratifs est invoquée par les acteurs, notamment médicaux, à l'appui de leur démotivation.

La stabilité de l'équipe de la direction générale, notamment la direction financière, s'appuyant sur une cellule contrôle de gestion appropriée aux enjeux du CHSF, pourrait être plus efficace que les nombreuses missions d'appui, audits financiers, rapports d'inspection demandés par la tutelle depuis une dizaine d'années, sans que la situation de l'hôpital ne se soit améliorée.

- Mettre en place les instruments de pilotage médico-économique pour isoler les facteurs de déficit

L'élaboration d'instruments de comptabilité analytique fiables doit être une priorité pour l'établissement dès 2010 : tableaux coût-case mix, déclinés par services et par séjour et comparés à l'ENC, calcul des coûts des activités logistiques et administratives et médico-techniques comparés à la base d'Angers, comptes de résultat par pôles.

Les tableaux correspondants ont été élaborés en 2006 et 2007. L'hôpital doit donc reprendre cette tâche, dès que la rénovation des systèmes d'information, prévue avec l'arrivée d'un nouveau directeur sectoriel au 1^{er} novembre 2009, sera effectuée.

En l'absence de restauration de ces instruments de gestion de base, toute nouvelle mesure, d'économie comme de création d'activité, risque d'être mal acceptée ou d'induire de nouveaux déficits.

Le développement des recettes

L'amélioration du recouvrement constitue un impératif pour le CHSF. L'invocation des difficultés de la population pour juger « incompressible » un niveau annuel de créances irrécouvrables de 1 M€ est difficilement recevable, et ne doit pas exonérer l'hôpital des efforts indispensables à mener en matière de recouvrement, ce qu'il paraît avoir renoncé à faire.

Cette situation ne peut perdurer et l'objectif de l'hôpital doit être de ramener le taux de restes à recouvrer en dessous du seuil limite de 3 %.

La convention de gestion entre l'ordonnateur et le comptable, dont le projet est en cours de rédaction, doit être rapidement finalisée pour permettre au premier d'assurer un meilleur suivi des recettes.

Une fois les systèmes d'information rénovés, la formation des personnels à l'« identito-vigilance » est indispensable à l'amélioration de la facturation⁵⁵.

Les régies de recettes doivent être reprises en main et multipliées afin de diminuer les multiples recouvrements des créances d'un faible montant.

- Les charges de personnel et la productivité de l'établissement

Les suppressions de postes

L'hôpital s'est engagé à supprimer 160 postes d'ici 2012.

⁵⁵ Il s'agit de faciliter l'identification des redevables.

Toutefois, si l'effectif a décru globalement de 11 agents en 2008, le tableau prévisionnel des effectifs rémunérés présente une augmentation de 29 emplois pour le seul budget principal, avec en particulier 48 emplois de soignants et quatre emplois administratifs supplémentaires.

Par ailleurs, la fiche n° 1, « effet en année pleine des réductions initiées en 2008 », est imprécise, mentionnant la suppression de 60 postes en 2008 et envisageant de manière floue, l'atteinte par chaque pôle de son niveau d'effectif cible.

La mesure de la productivité, établie à partir du référentiel de la FHF, peut constituer une base de répartition des personnels soignants, bien que l'effectif de référence soit une moyenne, régionale ou nationale, et non un effectif cible, et qu'il date de 2007.

Il paraît logique de faire porter l'effort sur les services de chirurgie, notamment sur les infirmiers spécialisés, les infirmiers non spécialisés et les aides-soignants, de même que sur le personnel de psychiatrie, particulièrement dense au regard de l'activité.

Le taux d'encadrement des services, repris à l'annexe 12, présente les effectifs de l'hôpital au 31 décembre 2008.

En appliquant le ratio de neuf infirmiers et neuf aide-soignants pour 24 lits, préconisé en 1997, et avec une activité constante, une quarantaine d'emplois de soignants pourrait être supprimée dans les services de médecine et de chirurgie dont le sureffectif est 10 % au-dessus de ce ratio. L'économie ainsi réalisée serait de l'ordre de 1,2 M€, s'ajoutant aux économies en année pleine prévues, soit 1,7 M€ à partir de l'exercice 2009.

La rationalisation des effectifs de personnel médical est prévue par le plan de redressement, pour une économie de 380 000€ en année pleine à partir de 2011, soit l'équivalent de trois emplois à temps plein.

Le rapprochement avec les taux moyens régionaux, tirés des bases des données de la FHF pour 2007, conduirait à une diminution de 5,3 emplois à temps plein en MCO. Du fait que l'effectif de personnel médical est passé de 320 à 326 emplois à temps plein entre 2007 et 2008, le plan pourrait ainsi prévoir la réduction de huit emplois supplémentaires pour le personnel médical, représentant une économie de 960 000 €.

En prenant en compte le rôle joué par l'hôpital dans la permanence des soins, tel que présenté par le directeur, cette réduction serait de quatre à cinq emplois, soit une économie de 480 000 € à 600 000 €.

La diminution des effectifs, médicaux et non médicaux, des services de psychiatrie paraît également justifiée, mais ne constituerait une économie que si l'établissement conserve le montant actuel de la dotation annuelle de financement (DAF) allouée à cette activité.

Suivant les résultats du référentiel de la FHF, le rapprochement de la densité moyenne conduirait à la suppression de 14 postes de psychiatres et à une économie de 1,4 M€.

A partir des mêmes bases de données et suivant le même raisonnement, l'effectif de personnel non médical du secteur de psychiatrie pourrait être également diminué d'environ 50 emplois. L'économie réalisée serait alors de 1,5 M€. Ce dernier chiffre paraît cependant très élevé et demande une étude plus fine de la part de la direction des ressources humaines, l'activité de psychiatrie, multiforme, étant plus difficilement paramétrable.

Au total, l'adaptation des effectifs à l'activité MCO pourrait permettre une économie supplémentaire de 2,1 M€. La rationalisation des effectifs de psychiatrie conduirait à une économie équivalente, sans réserve d'une analyse plus poussée.

○ **Le redimensionnement des investissements**

Les capacités du nouvel hôpital sont surdimensionnées mais, dans le cadre du montage financier fermé résultant du bail emphytéotique, il est impossible de les réduire.

Le projet d'une UHSI de 80 lits, destinée à rentabiliser les surcapacités, décidé tardivement et très mal accepté par le conseil d'administration et le corps médical⁵⁶, ne paraît pas être la solution qui sera retenue.

Dans un environnement fortement concurrentiel, le positionnement du CHSF risque de devenir de plus en plus difficile à maintenir, si la tutelle n'intervient pas sur la répartition de l'offre de soins au sein du territoire pour lui permettre d'accroître ses parts de marché.

L'optimisation de l'offre de soins

- La réorganisation des activités existantes et les réorientations possibles

Le développement de la chirurgie ambulatoire doit constituer une priorité pour l'hôpital.

L'augmentation de l'activité de la radiothérapie, prévue par la fiche 15 du plan de redressement, est compromise par le retrait d'autorisation décidé par la tutelle en juillet 2009.

Pour pallier l'incidence négative de ce retrait d'autorisation sur la cohérence de son offre de cancérologie, l'hôpital s'oriente vers une coopération sous forme de groupement de coopération sanitaire (GCS) avec l'institut Gustave Roussy pour pouvoir poursuivre cette activité.

Ce projet est concevable, sous réserve d'une analyse précise de la convention constitutive du GCS et de ses aspects financiers, ainsi que son articulation avec la convention de coopération conclue, en 2009, avec l'institut Curie.

La capacité du service de psychiatrie a augmenté de 30 lits sur la période, conformément au SROS. L'ouverture de places en hospitalisation de jour en psychiatrie infanto-juvénile, et de lits en hospitalisation complète pour adolescents⁵⁷, pourraient contribuer à réduire les surcapacités du nouvel hôpital, à hauteur d'une trentaine de lits et places.

En revanche, la faible activité du service d'urologie (moins de 100 séjours en 2008), jointe à la suppression de l'autorisation d'autorisation pour la chirurgie cancérologique dans le domaine urologique, devrait inciter l'établissement à interrompre cette activité, qui ne constitue qu'une des trois unités du service de chirurgie générale et digestive.

⁵⁶ Le président du conseil d'administration parle de « catastrophe en termes de fonctionnement » et « d'absurdité économique », et la CME « de décision irresponsable » -réunion de la CME du 16 décembre 2008

⁵⁷ Prévues par le SROS

- La fin de la multi-localisation

Le regroupement de la plupart des pôles au sein du nouvel hôpital représente une opportunité majeure de rationaliser l'offre de soins et de lutter contre la dérive financière. La suppression des doublons (réanimation, urgences, biologie, restauration) et la diminution des transports pourrait dégager une économie de 5,1 M€ en 2011, puis de 13,6 M€ en année pleine à compter de 2012.

Cette somme correspond cependant au montant du loyer à la charge de l'hôpital dès 2011, et ne corrigera donc pas le déficit structurel.

ANNEXES

ANNEXE N° 1 : attractivité

		2006	2007	2008
Total activité MCO	Taux de fuite		39,6%	?
	Parts de marché	20,6%	21,3%	20,8%
Médecine	Taux de fuite		41,2%	
	Parts de marché	24,8%	25,4%	24,8%
Chirurgie	Taux de fuite		41,1%	
	Parts de marché	10,2%	10,9%	10,6%
Obstétrique	Taux de fuite		24,4%	
	Parts de marché	27,6%	29%	30,2%

Source : FHF- BDHF

ANNEXE N ° 2 : fiabilité de l'état de l'actif

LIBELLES	Comptes	CG 2005	Etat 2005	Etat - CG
Frais d'établissement	201	42 653,14	0,00	-42 653,14
Frais d'études	2031	871 617,28	914 270,41	42 653,13
Concessions et droits simples	205	178 786,29	281 244,65	102 458,36
Terrains nus	2111	894 016,33	458,96	-893 557,37
Terrains bâtis	2115	562 362,78	0,00	-562 362,78
Agencements et aménagements terrains nus	2121	1 517 589,91	0,00	-1 517 589,91
Agencements et aménagements terrains aménagés	2122	116 393,75	0,00	-116 393,75
Constructions sur sol propre - bâtiments	2131	63 470 379,40	83 715 061,02	20 244 681,62
Constructions sur sol propre - IGAAC	2135	36 344 886,00	25 254 912,30	-11 089 973,70
Construction sol d'autrui - bâtiments	2141	91 786,13	710 890,95	619 104,82
Construction sol d'autrui - IGAAC	2145	622 153,81	0,00	-622 153,81
Installations complexes spécialisées	2151	615 676,18	1 128 517,76	512 841,58
Installations à caractère spécifique	2153	14 695 986,01	7 007 037,38	-7 688 948,63
Matériel et outillage	2154	30 990 318,29	45 966 607,59	14 976 289,30
Collection d'œuvres d'art	216	12 195,92	12 195,92	0,00
Immobilisations générales, agencements, aménagements	2181	320 882,67	16 805,21	-304 077,46
Matériel de transport	2182	2 005 224,03	1 854 133,57	-151 090,46
Matériel de bureau et informatique	2183	16 047 048,23	15 417 822,29	-629 225,94
Mobilier	2184	6 917 716,73	8 722 825,18	1 805 108,45
Autres immobilisations incorporelles	2188	504 942,80	478 938,14	-26 004,66
TOTAL		176 822 615,68	191 481 721,33	14 659 105,65

ANNEXE N ° 3 : cessions d'immobilisations

	2005	2006	2007	2008
c/775 (produits de cessions d'actifs)	0,641	3,940	4,067	7,647
c/776 (différences positives sur réalisations)				
c/675 (valeur comptable d'éléments d'actif cédés)	-0,017	-0,195	-0,119	-0,170
c/676 (différences négatives sur réalisations)				
(775+776) – (675+676)	0,634	3,745	3,948	7,477

Source : compte de gestion

ANNEXE N ° 4 : retraitement du résultat

	2005	2006	2007	2008
Résultat comptable	-1,202	-20,067	-5,577	-3,129
- 672 -8 (N+1)	5 (19,1 - 14,2)	3,410	5,9 (7,07- 1,11)	3,987*
+ 672-8(N)	3,903	19,1 (dont 14,2 TS 2002-2003)	3,410	7,07 (dont 1,11 TS 2004)
+772-8 (N+1)	2,262	3,438	4,100	0,742*
-772-8 (N)	1,589	2,262	3,438	4,100
Résultat retraité	-1,626	-3,113	-7,405	-3,4
Insuffisance de provisions				7,4
Dotations exceptionnelles	6,5	8,5	7,3	6
Résultat réel	-8,1	-11,6	-14,7	16,8

*Direction des affaires financières- prévisions 2009

ANNEXE N° 5 : franchissement des seuils réglementaires de déficit

	2005	2006	2007	2008
Résultat retraité (1)	-1,626	-3,113	-7,405	-1,1
Total des produits de l'exercice (2)	199,3	205,5	210,1	220,9
Pourcentage de déficit (2/1)	0,8%	1,5%	3,5%	0,5% (1,4%) si résultat CG
CAF	9,736	-12,712	1,612	-1,443
Annuité de la dette en capital	6,429	6,039	6,429	4,662
Couverture de l'annuité par la CAF	oui	non	non	non
CAF/ensemble des produits	4,80%	0	0,76	0
IAF				

ANNEXE N° 6 : qualité des prévisions budgétaires*Ecart entre prévisions et réalisations*

CHARGES	Prévisions 2006	Réalisations 2006	Prévisions 2007	Réalisations 2007	Prévisions 2008	Réalisations 2008
Titre 1	134,2	147,1	149,1	150,6	155,4	155,4
Titre 2	26	29	27,7	29,8	30,3	31,1
Titre 3	15,5	16,2	16,2	16,5	16,5	16,1
Titre 4	18,8	33,2	13,1	18,6	19,9	21,1
TOTAL CHARGES	194,5	222,5	206,2	215,7	222,2	224
EXCEDENT PREVISIONNEL	0	0	0	0	0	0
PRODUITS	Prévisions 2006	Réalisations 2006	Prévisions 2007	Réalisations 2007	Prévisions 2008	Réalisations 2008
Titre 1	160,5	169,9	169,1	171,8	179,2	174,8
Titre 2	13,5	15,4	14	15,9	16,6	16,4
Titre 3	17	20,1	22,4	22,4	21,2	29,6
TOTAL PRODUITS	191	205	205,6	210,1	217,1	220,9
DEFICIT PREVISIONNEL	3,5	20,2	0,64	5,5	5,1	3,1

Sources : EPRD, compte financier

ANNEXE N° 7 : analyse de la structure budgétaire**Structure des charges par titre fonctionnel de 2006 à 2008**

	2006	2007	2008
titre 1	65,2	69,3	69,4
titre 2	12,8	13,8	13,9
titre 3	7,1	7,6	7,2
titre 4	14,7	8,6	9,4
	100	100	100

Structure des charges par titre au niveau national (CH avec budget d'exploitation >70M€)

	2005	2006
titre 1	67,76	66,81
titre 2	14,53	14,29
titre 3	9,63	9,15
titre 4	7,78	9,74
	100	100

Source : rapport du comité d'experts finance, BDHF

ANNEXE N° 8 : passage de la CAF brute à la CAF nette

Capacité brute d'autofinancement

Affectation de la Capacité d'Autofinancement	2005	2006	2007	2008
Résultat de l'exercice	-1,202	-20,067	-5,577	-3,128
+ Valeur comptable des éléments d'actifs cédés	0,017	0,195	0,119	0,170
+ Dotations aux amortissements et aux provisions	11,745	11,196	11,444	10,733
- Produits des cessions d'éléments d'actif	0,641	3,940	4,066	7,647
- quote-part des subventions virées au compte de résultat	0,000	0,001	0,008	0,015
- reprises sur amortissements et provisions	0,183	0,095	0,300	1,556
CAPACITE D'AUTOFINANCEMENT	9,736	-12,712	1,612	-1,443

Montants exprimés en M€

Capacité nette d'autofinancement

	2004	2005	2006	2007	2008
CAF brute		9,736	-12,712	1,612	-1,443
Remboursement des dettes financières		6,429	6,039	6,429	4,662
CAF nette		3,307	-18,751	-4,817	-6,105

ANNEXE N° 9 : variation du fonds de roulement

Tableau de financement des investissements

EMPLOIS	2005	2006	2007	2008
Insuffisance d'auto financement		12,7		1,4
Remboursement des dettes financières	6,4	6	6,4	4,6
investissements	7,9	8	9,2	3,7
Besoin de financement des investissements	14,3	26,8	14	9,7
CAF	9,736	0	1,6	0
+cessions d'immobilisations	0,6	3,9	4	7,6
+apports et subventions	0,010	0,040	0,428	0,275
+emprunts nouveaux	3	7	8,7	5,2
Total financement investissement	13,3	10,9	14,8	13,1
Variation fonds de roulement	-0,94	-15,8	-0,75	+3,2
Taux d'emprunts sur investissement				

ANNEXE N° 10 : indicateurs mesurant l'effort d'investissement**Les taux de vétusté de l'établissement**

	2005	2006	2007	2008
Taux de vétusté des immeubles	66,1%	68,0%	68,5%	60,0%
Taux de vétusté des équipements	82,3%	82,51%	81,93%	86,34%

Source : IDAHO

Taux de renouvellement des immobilisations	2005	2006	2007	2008
Débits nets c/20+21+228+23+24 (1)	7,883	8,081	9,212	3,777
Soldes débiteurs c/20+21+228+23+24 (2)	204,641	204,670	213,661	217,224
Taux = (1) / (2)	3,9%	3,9%	4,3%	1,7%

Poids de l'investissement par rapport aux recettes T2A

Part de l'investissement au regard des recettes T2A	2005	2006	2007	2008
Intérêts des emprunts liés à l'investissement (cpté 6611)	1,412	1,308	1,262	1,332
Dotations aux amortissements (cpté 6811)	8,902	8,697	9,025	9,647
Recettes du titre 1	166 737 352	169 905 242	171 820 250	174 865 209
%	6,1	5,8	5,9	6,2

ANNEXE N° 11 : les principaux ratios d'endettement

Ratios d'endettement	2005	2006	2007	2008
Encours de la dette	30,556	31,518	33,868	34,406
charges financières				
emprunts (c/661)	1,4	1,3	1,2	1,3
ligna de trésorerie (c/6615)	0	0	0	0
Durée apparente de la dette	2,6 ans	2,8 ans	3 ans	3,7 ans
médiane de la strate			5,25 ans	
indépendance financière	28,8%	29,8%	32,6%	33%
médiane de la strate			43,8%	

ANNEXE N° 12 : l'indépendance financière

Dettes financières/capitaux permanents

Indépendance financière	2005	2006	2007	2008
Encours de la dette	30,556	31,518	33,868	34,406
Capitaux permanents	106,100	105,799	103,798	104,115
Taux de dépendance	28,80%	29,79%	32,63%	33,05%
Taux moyen des CH avec budget d'exploit.>70M€	39,5%	41,6%		

ANNEXE N° 13 : la gestion de la dette et des lignes de trésorerie

Prêteur	date vers.	date fin	Taux	capital initial	encours au 31/12/08	intérêts 2009
Caisse d'épargne	02/01/2001	02/01/2016	Fixe 5,22	2 012 327	950 265	46 394
Caisse d'épargne	14/02/2003	14/02/2013	Fixe 3,82	4 800 000	2 000 000	67 996
Caisse d'épargne	10/11/1999	10/11/2014	Fixe 5,23	2 713 592	1 070 361	51 643
Caisse d'épargne	10/11/1999	10/11/2014	Fixe 5,23	2 322 255	916 001	44 195
Caisse d'épargne	27/02/2009	27/02/2009	Fixe 4,32	2 000 000	2 000 000	63 990
Caisse d'épargne	15/12/2008	31/12/2009	Ind	2 000 000	2 000 000	26 340
Total caisse d'épargne				15 848 175	8 936 628	300 530
CDC	25/02/1998	25/11/2011	Fixe 5,91	409 321	119 350	6 349
CDC	25/01/1996	25/10/2015	Fixe 11,75	63 418	33 584	4 176
CDC	25/02/1998	25/11/2011	Fixe 5,91	440 005	126 809	6 629
CDC	25/01/1998	25/10/2009	Fixe 5,77	754 437	84 508	3 071
CDC	25/10/1999	25/11/2013	Fixe 5,35	664 537	221 512	11 850
CDC	25/10/1999	25/11/2013	Fixe 5,35	664 537	221 512	11 850
CDC	25/02/1999	25/02/2013	Fixe 5,35	388 240	138 567	7 418
CDC	25/11/1979	25/05/2009	Fixe 7,3	50 308	4 204	306
CDC	25/02/1999	25/02/2014	Fixe 5,35	1 329 074	531 629	28 442
CDC	08/12/1999	25/11/2014	Fixe 5,75	1 063 259	425 303	24 454
CDC	25/02/1999	25/02/2013	Fixe 5,35	2 070 614	739 505	39 563
Total caisse des dépôts				7 897 754	2 646 577	144 114
CNAV	30/06/1994	30/06/2014	Fixe 0	910 465	273 139	0
CNAV	30/06/1996	30/06/2011	Fixe0	52 662	10 532	0
Total caisse nationale Assur. Viellesse				963 128	283 671	0
CRAMIF	16/11/1993	31/10/2013	Fixe 0	625 945	156 484	0
CRAMIF	23/11/1995	23/11/2015	Fixe 0	341 188	119 412	0
Total CRAMIF				967 133	275 897	0
crédit agricole	25/11/1998	25/11/2009	Fixe 5,05	4 668 141	665 003	
Total crédit agricole				4 668 141	665 003	
CLF	01/03/2002	01/03/2012	Fixe 4,74	7 165 103	2 328 658	94 812
CLF	01/01/2002	01/01/2009	Fixe 4,79	176 527	6 304	75
CLF	01/04/1998	01/04/2012	Fixe 6	1 379 663	492 232	29 533
CLF	01/07/1994	01/06/2009	Fixe 7,25	457 347	24 528	521
CLF	01/01/2002	01/10/2009	Fixe 4,79	196 913	25 408	760
CLF	01/12/1994	01/11/2009	Fixe 8,5	960 428	99 746	4 288
CLF	01/04/1995	01/03/2010	Fixe 8,25	640 285	53 357	2 787
CLF	01/09/1995	01/08/2010	Fixe 7,8	59 455	6 605	373
CLF	30/06/2006	01/07/2021	Fixe 3,33	10 000 000	8 388 888	272 900
Total Crédit Local de France				21 035 724	11 425 729	406 054
DEXIA	01/02/2006	01/02/2012	euribor 3 m 2,54	1 122 812	629 496	14 503
Total DEXIA				1 122 812	629 496	14 503
Société générale	28/09/2007	28/09/2027	Fixe 1	5 480 000	5 137 500	34 429
Société générale	05/02/2008	23/01/2028	Fixe 1	3 300 000	3 300 000	19 897
Société générale	20/11/2008	20/11/2008	type TMP 1	1 200 000	1 200 000	18 863
Total société générale				9 980 000	9 637 500	73 190
TOTAL				62 482 869	34 520 505	959 681

ANNEXE N ° 14 : le bilan fonctionnel synthétique

Structures financières	2005	2006	2007	2008
FRI	4 051	7 863	12 601	19 605
FRE	3 094	- 16 169	- 21 662	- 13 980
FRNG	7 145	- 8 306	- 9 061	5 625
BFR	5 994	- 7 773	- 8 222	3 958
TRESORERIE	1 151	- 533	- 839	1 667

Source : IDAHO

Niveau d'apurement de l'article 58

	2005	2006	2007	2008
Créance article 58	13 845	13 845	13 845	2 399
Avances T2A	15 709	19 318	14 398	2 953

ANNEXE N ° 15 : EPRD 2009- Tableau de passage du résultat à la CAF

En M€	charges	Produits	
	224,6	219,9	
Excédent		4,7	Déficit
Valeur comptable des éléments d'actifs cédés	0	0	Produits de cession d'actifs
Dotations AP	9,1	0,021	Quote-part de subv.
		0,4	Reprises sur AP
Total	9,1	5,1	
CAF	3,9		IAF

Tableau de financement prévisionnel

	Emplois	ressources	
IAF		3,9	CAF
Remboursement dette	4,9	8,7	Emprunts
Immo	9,2	0,496	Dotation-subventions
Total	14,151	13,1	
Apport au FR	0	0,952	Prélèvement sur FR
Equilibre	14,151	14,151	

ANNEXE N ° 16 : données d'activité administratives

Activité hôpital (hospitalisation complète hors H de semaine)		2005	2006	2007	2008
	Lits	326	337	342	364
Médecine	Journées	92 222	99 202	99 150	98 152
	Entrées	18282	18 771	19 439	20 136
	Taux d'occupation	80%	80,4%	79,4%	74,8%
	DMS	5	5,2	5,1	4,6
Chirurgie	Lits	118	121	119	88
	Journées	29 812	28 898	26 963	27 085
	Entrées	5 794	5 998	5 912	5 237
	Taux d'occupation	67%	65%	62%	84,1%
	DMS	5	4,8	4,5	5,1
Obstétrique	Lits	82	82	78	78
	Journées	22 901	23 099	23 010	22 736
	Entrées	4 905	5 042	5 100	4 826
Accouchements		3 006	3 157	3 195	3 204
	Taux d'occupation	81,8%	77%	80%	79,6%
	DMS	4,6	4,5	4,5	4,7

Activité hôpital de jour		2005	2006	2007	2008
	Places	0	0	8	12
Chir ambu	Venues	0		500	861
	Taux d'occupation			31%	36%
Médecine	Places	51	49	52	54
	Venues hors chimio			11 336	11 078
	Venues chimio	18 211	13 440	1 467	
	Venues radioth	6 992	6 362	336	
	Hémodialyse			5 482	
	Taux d'occupation (chimio)	97	75	109%	
Gynéco-obstétrique	Places	0	3	2	
	Venues hors chimio			728	455
	Venues chimio		691		
	Venues radioth				
	Taux d'occupation		63%	182%	

Activité hôpital (semaine)		2005	2006	2007	2008
Médecine	Lits	11	11	11	17
	Journées	1 198	1 129	1 180	
	Entrées	814	732	807	
	Taux d'occupation	51,2%	49%	41%	
	DMS	1,46	1,54	1,46	
Chirurgie	Lits	9	0	0	
	Journées	800			
	Entrées	250			
	Taux d'occupation	21%			
	DMS	3,2			

Source : SAE

Activité obstétrique	2005	2006	2007	2008
Lits	82	82	78	78
Accouchements	3 006	3 157	3 195	3 204
Césariennes		718	738	774
Taux de césariennes		22,7%	23%	24,1%
DMS	4,6	4,5	4,5	4,7

Source : SAE (bordereaux Q016)

Activité hôpital (synthèse des données de l'établissement)		2005	2006	2007	2008
	Lits	337	348	353	364
Médecine	Journées	93 420	100 351	100 330	98 152
	Entrées	19 196	19 503	20 246	20 136
	Taux d'occupation	76%	81,3%	80,3	74,8%
	DMS	4,8	5,1	4,9	4,6
Chirurgie	Lits	127	121	119	88
	Journées	29 812	28 898	26 963	27 946
	Entrées	5 794	5 998	5 912	6 098
	Taux d'occupation		65%	62%	84%
	DMS		4,8	4,5	4,5
Obstétrique	Lits	82	82	78	78
	Journées	22 901	23 099	23 010	23 501
	Entrées	4 905	5 042	5 100	5 591
Accouchements		3 006	3 157	3 195	3 204
	Taux d'occupation	81,8	77%	80%	79,6%
	DMS	4,6	4,5	4,5	4,2

Source : SAE

ANNEXE N° 17 : données du diagnostic flash

Tableau n° 37 : Indicateurs activité et patient

	2006	2007	2008
TOC net M	0,79	0,80	0,74
TOC net C	0,66	0,62	0,84
TOC net O	0,77	0,80	0,79
PMCT relatif	1,05	1,01	1,01
PMCT Chirurgie	0,99	1,11	1,10

Source : FHF-Donnée de la BDHF

CHSF parts de marché sur le 91-3	2006	2007	2008
Médecine	24,80%	25,40%	24,80%
Chirurgie	10,20%	10,90%	10,60%
Obstétrique	27,60%	29%	30,20%

Source : FHF

GHM Chirurgicaux	2005	2006	2007	2008
Département 91	66 808	68 749	67 098	
CHSF	5 347	5 717	5 864	
Parts de marché/91	8%	8,30%	8,70%	

Source ATIH

GHM Chirurgie 91-3	2005	2006	2007	2008
Clinique du Mousseau	6 106	6 360	6 357	
Clinique de l'Essonne	6 411	6 133	7 285	

Source : ATIH

GHM Chirurgie sur le 91	2005	2006	2007	2008
Clinique de l'Yvette (Longjumeau)	6 733	6 957	6 897	
Institut Jacques Cartier (Massy)	9 103	9 117	8 586	
H privé Claude Gallien (Quincy sous Sénart)	7 996	7 914	7 711	

Source : ATIH

Parts de marché sur le 91 en obstétrique	2006	2007	2008
Clinique du Mousseau	7,9	8,3	8,6
Clinique de l'Essonne	13,5	10,5	8,1
Clinique de l'Yvette	2,8	2	1,9

Source : FHF-BDHF

ANNEXE N° 18 : évolution de l'activité par discipline

CMD	discipline	Effectifs		
		2006	2007	2008
01	Neurologie	1069	1012	1000
02	Ophtalmologie	74	98	74
03	ORL	884	925	778
04	Pneumologie	1800	1885	1649
05	Cardiologie	1573	1601	1700
10	Endocrinologie	1340	1128	936
12	Urologie	101	118	90

GHS	2005	2006	2007	2008
AVC= 01M14V ; 01M14W	229	220	165	142
SEP= 01M17V-01M17W	65	39	38	45
Infarctus 05M02E ; 05M03Z ; 05M04V ; 05M04W	31	45	22	29
Diabète 10M02V ; 10M02W ; 10M03Z	764	778	641	463

ANNEXE N° 19 : activité de chirurgie au regard du PMSI

Actes en C hors césariennes	2006	2007	2008
	4 976	5 122	5030

Sources : ATIH ; pour 2008 DIM

	2006	2007	2008
Actes en C et W	475	482	510
Actes en C+ W/actes en C	9,5%	9,4%	10,3%

Pathologies traitées	2005	2006	2007	2008
Cholécystectomies 07C04V-W	197	153	181	168
Hanche et fémur 08C04Z-05V-W	134	122	145	121
Thyroïde 10C11V-W-12V-W	193	203	169	189
Hystérectomie 13C03V-W	100	100	158	131

	2006	2007	2008
Actes en C >30*	3 692	3795	3169

* y compris CMD24, mais hors césariennes

Répartition entre les actes de chirurgie viscérale (CMD05, 06, 07, 11, 12) et orthopédique(CMD08)

	2006	2007	2008
CMD 05-06-07-11-12	693	701	999
CMD 08	1 137	1 056	1 244

	2006	2007	2008
Actes en C effectifs <ou=10	134	138	495

Chirurgie carcinologique

Seuils d'activité minimale annuelle	Pathologie	Seuil d'activité minimale annuelle d'interventions par structure de soins ⁵⁸	Nombre d'interventions au CHSF		
			2006	2007	2008
Chirurgie des cancers					
	T sein	30	50	32	39
	T digestives	30	87	82	74
	T urologiques	30	15	26	16
	T poumon	30	0	0	0
	T gynéco	20	9	18	21
	T cutanées		28	34	27
	T ORL	20	42	42	35

⁵⁸ Arrêté du 29 mars 2007

ANNEXE N° 20 : l'obstétrique

Activité obstétrique	2005	2006	2007	2008
Accouchements	3 006	3 139	3 174	2979
Césariennes		724	742	726
Taux de césariennes		23%	23,3%	24,3%
DMS		5.4	5.4	5,2

Source : PMSI-case-mix fourni par le DIM pour 2008

	2005	2006	2007	2008
Accouchements	3 006	3 157	3 195	3 204

Source :SAE

ANNEXE N° 21 : les urgences

Urgences	2005	2006	2007	2008
Nbre de passages total	84 229	88 186	87 703	
Passages adultes (GC)	23 229	23 024	22 302	
Passages adultes (LM)	33 320	35 004	34 918	
Passages adultes total	56 549	58 028	57 220	57 877
Nbre de passages (pédiatrie)	17 226	18 560	17 985	18 471
U obstétricales	10 654	11 598	12 498	
% d'hospitalisation	20,6%	22,4%	17,8%	
Transferts	495	571		

Source : SAE –rapports d'activité pour 2008

ANNEXE N° 22 : indicateurs DMS du tableau de bord ARH/IGAS

Les 10GHM les plus fréquents	Effectifs	DMS Hôpital	DMS Base
04M02V Bronchites et asthme, âge inférieur à 18 ans sans CMA	324	3,2	3,7
04M13Z Œdème pulmonaire et détresse respiratoire	352	12,7	12
05K10Z Actes diagnostiques par voie vasculaire sans pathologie cardiov.sévère	241	3,8	3,6
05M09W Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire sans CMA	240	10,2	11
14C02A Césariennes sans complication significative	513	6,3	6,7
14Z02A Accouchements par voie basse sans complications	1 845	4,2	4,4
15Z05A Nouveau-nés de 2500 g et plus, sans problème significatif	1 956	3,8	4,1
15Z05B Nouveau-nés de 2500 g et plus, avec autre problème significatif	804	5,3	5,5
23M06Z Autres facteurs influant sur l'état de santé	722	5,2	4,9
05K06V Endoprothèses vasculaires sans infarctus sans CMA	224	3,1	3,5

Source : case mix 2008 fourni par le DIM

ANNEXE N° 23 : adéquation de la prise en charge

	2005	2006	2007
Nombre de places	51	52	62
Activité potentielle	10 200	10 400	16 296
Nombre de GHM CMD24	17 274	17 545	16 296

Activité hôpital de jour		2006	2007	2008
	Places	0	8	12
Chir ambu	Venues	0	500	861
	Taux d'occupation		31%	35%

	Nbre de séjours annuel	Taux de chirurgie ambulatoire		
		CHSF	EPS de même catégorie	Ecart CHSF/moyenne
Chirurgie de la cataracte				
Amygdalectomie/adoïdnectomie	181	39,8%	54,90%	
Décompression du canal carpien	76	52,6%	86%	
TTT Dupuytren	5		54,50%	
Cure de hernie chez l'enfant	6	50%	49%	
Chirurgie testiculaire	53	17%	31,90%	
Arthroscopie du genou	102	34%	52,70%	
Chirurgie des varices	22	4,5%	23,90%	
Extraction dentaire	186	10%	67,80%	

Source Platines-données 2007

Endoscopies	2006	2007	2008
24 K26Z digestives thérapeutiques +anesthésie	55	149	145
24 K28Z digestives diagnostiques +anesthésie	119	470	515
24 K29Z digestives diagnostiques sans anesthésie	521	182	108
24 K30Z urinaires thérapeutiques +anesthésie	25	94	85
24 K32Z urinaires diagnostiques +anesthésie	8	67	53
24 K34Z ORL<2jours	7	10	10
24 K35Z bronchiques <2jours	11	7	9

Nombre	2006	2007	2008
24 C54Z décompression du canal carpien	88	74	72
24 C55Z autres interventions sur la main	88	93	74
24 C15Z résections osseuses et ablation de matériel de fixation	125	205	202
24 C17Z arthroscopies	90	92	76
24 C18Z affections de la CMD08 –séjours<2jours	77	79	67

ANNEXE N° 24 : valorisation des données d'activité transmises à la tutelle

	2005 (T2A 15%)	2006 (T2A 35%)	2007 (T2A 50%)	2008 (T2A 100%)
Produits de la tarification (cpte 731-11)	26 951 821	30 478 015	48 296 651	94 951 788
DAC	82 539 823	70 376 684	51 343 300	0
Total	109 491 644	100 854 699	99 639 951	94 951 788

CAE (cpte 731-21)		5 708 280	4 646 297	9 058 881
M et DM facturés en sus (731-12 et 731-13)	4,1	4,7	4,8	6,3
Forfaits annuels U (731-14)	4,9	5,2	5,4	5,4
Tarif. spécifiques (731-24)				0,041
Total titre1	166,7	169,9	171,8	174,8

ANNEXE N° 25 : montant des ressources notifiées par l'ARH en 2008

DAC	0	0%
MIGAC	22,8 dont MIG (64%) et AC (36%)	36,8%
DAF	33,8	54,5%
Forfaits divers	5,7	8,7%
Total	62M€	100%

*En M€***ANNEXE N° 26 : état des restes à recouvrer –taux de recouvrement**

Comptes	Prise en charge 2007	RAR au 31/12/07	% apuré	RAR au 31/05/08	% apuré
411/412-1	4,682	2,608	44,30%	1,721	63,24%
411/412-31	6,667	1,165	82,53%	0,148	97,78%
411/412-32	0,041	0,017	58,54%	0,000	100,00%
411/412-33	0,062	0,018	70,97%	0,000	100,00%
411/412-38	0,068	0,015	77,94%	0,000	100,00%
411/412-4	3,315	1,329	59,91%	0,204	93,85%
411/412-51	5,857	1,878	67,94%	0,245	95,82%
411/412-52	6,099	1,679	72,47%	0,382	93,74%
411/412-58	1,772	0,346	80,47%	0,013	99,27%
411/412-6	0,601	0,133	77,87%	0,011	98,17%
411/412-7	2,444	0,713	70,83%	0,083	96,60%
467-21/467-22	17,771	4,045	77,24%	0,082	99,54%
TOTAL	49,379	13,946	71,76%	2,889	94,15%

En M€

Comptes	Prise en charge 2008	RAR au 31/12/08	% recouvré	RAR au 31/07/09	% recouvré
411/412-1	4,640	2,345	49,46%	1,540	66,81%
411/412-31	7,378	1,563	78,82%	0,457	93,81%
411/412-32	0,064	0,049	23,44%	0,008	87,50%
411/412-33	0,097	0,023	76,29%	0,000	100,00%
411/412-38	0,102	0,032	68,63%	0,000	100,00%
411/412-4	3,165	0,853	73,05%	0,063	98,01%
411/412-51	6,316	1,888	70,11%	0,242	96,17%
411/412-52	5,567	1,321	76,27%	0,341	93,87%
411/412-58	1,677	0,838	50,03%	0,786	53,13%
411/412-6	2,517	0,224	91,10%	0,000	100,00%
411/412-7	2,528	0,566	77,61%	0,039	98,46%
411/412-81	0,001	0,001	0,00%	0,000	100,00%
467-21/467- 22	13,995	1,075	92,32%	0,362	97,41%
TOTAL	48,047	10,778	77,57%	3,838	92,01%

En M€

ANNEXE N° 27 : autres indicateurs**Taux de facturation**

Produits	2005	2006	2007	2008
Titre 1	166 737 352	169 905 242	171 820 250	174 865 209
Titre 2	13 463 210	15 416 756	15 923 329	16 442 452
Titre 1+titre 2	180 200 562	185 321 998	187 743 579	191 307 661
Taux de facturation	7,4%	8,3%	8,4%	8,5%

Source : compte de gestion

Volume des annulations de titres

ANNULATION DE TITRES BH	Groupe / Titre 1	Groupe / Titre 2	Groupe / Titre 3	Groupe / Titre 4	Total
2004					
Montant des titres annulés exercice courant	0,00	1 175 445	804 472	5 512	1 985 430
Montant des titres émis exercice courant	163 617 748	22 270 013	24 685 002	2 050 194	212 622 960
Montant des titres annulés sur titres émis	0,0%	5,3%	3,3%	0,3%	0,9%
Montant des titres annulés sur c/67248					818 852,36
2005					
Montant des titres annulés exercice courant	181 355	1 229 129	4 595 911		6 006 396
Montant des titres émis exercice courant	169 918 708	23 594 107	24 784 249	2 027 926	220 324 991
Montant des titres annulés sur titres émis	0,1%	5,2%	18,5%	0,0%	2,7%
Montant des titres annulés sur c/67241					1 085 048
2006					
Montant des titres annulés exercice courant	30 915 223	1 829 204	4 089 488		36 833 916
Montant des titres émis exercice courant	207 820 465	17 285 607	24 286 377		249 392 451
Montant des titres annulés sur titres émis	14,9%	10,6%	16,8%		14,8%
Montant des titres annulés sur exercices antérieurs					1 763 674
2007					
Montant des titres annulés exercice courant	25 896 341	1 803 842	4 877 869		32 578 053
Montant des titres émis exercice courant	206 496 592	18 155 269	27 305 357		251 957 218
Montant des titres annulés sur titres émis	12,5%	9,9%	17,9%		12,9%
Montant des titres annulés sur exercices antérieurs					2 965 077
2008					
Montant des titres annulés exercice courant	31 472 094	2 065 328,74	9 840 031		43 377 455
Montant des titres émis exercice courant	211 537 304	18 782 880	39 442 059		269 762 244
Montant des titres annulés sur titres émis	14,9%	11,0%	24,9%		16,1%
Montant des titres annulés sur exercices antérieurs					2 490 107

ANNEXE N° 28 :**Les dépenses de personnels (source compte financier)****DONNEES GENERALES**

		2006	2007	2008	2006/2008
Dépenses totales		225 745 759	215 717 367	224 048 398	-0,75%
Dont titre 1 (D1)		147 188 790	150 672 406	155 513 369	5,60%
Recettes totale		205 518 887	210 171 068	220 909 690	7,40%
Dont titre 1 (R1)		169 905 242	171 820 250	174 865 209	2,90%
D1 / dépenses		65	69,8	69,4	
D1 / R1		86,6	87,6	88,9	

DETAIL PAR CHAPITRE

	Chapitre	2006	2007	2008	2006/2008
<i>Personnel non médical</i>					
Titulaire et stagiaire	6411	65 694 174	67 874 273	69 534 373	5,8%
Personnel CDI	6413	5 053 604	5 205 087	6 036 747	19,5%
Personnel CDD	6415	3 450 234	2 466 181	2 192 951	-36,4%
Autre personnel	6417	490 886	428 252	357 460	-27,2%
Sous-total non médical		74 688 898	75 973 793	78 121 531	4,6%
<i>Personnel médical</i>					
Praticiens hospitalier	6421	13 878 413	13 464 976	14 169 292	2,1%
Praticiens attachés	6422	1 845 838	1 752 530	1 833 883	-0,6%
Autres praticiens (cont, interne)	6423/24	3 235 291	4 748 651	4 615 964	42,7%
Permanences des soins	6425	3 857 321	3 982 693	3 856 769	0,0%
Sous-total médical		22 816 863	23 948 850	24 475 908	7,3%
Personnel intérimaire	621	86 757	56 719	53 496	-38,3%
Charge sur exercice antérieur T4	6721	16 681 252	2 455 126	5 882 244	-0,64737395

ANNEXE N° 29 :

Source, bilan social de l'établissement (effectifs en ETP)

PERSONNEL NON MEDICAL Budget H

STATUT	2006	2007	2008	2006/2008
Titulaires et stagiaires				
Personnel administratif dont direction	321,7	327,6	325,6	-1,2%
Personnel soignant et éducatif	1 803	1 848,3	1 814	89,2%
Personnel technique	201	192	194	17,4%
personnel médico-technique	178	165,4	166,1	
Total 1	2 503,7	2 533,3	2499,7	0,2%
Contrats à durée indéterminée				
Personnel administratif	42,8	44,6	51,7	-20,8%
Personnel soignant et éducatif	61,6	89,2	94,7	-53,7%
Personnel technique	34	25,8	28,2	17,1%
Personnel médico-technique	4,8	7,7	16,1	-235,4%
Total 2	143,2	167,3	190,7	-33,2%
Contrat à durée déterminée				
Total 3	84	92,7	91,6	-9,0%
Contrats soumis à dispositions particulières				
Apprentis				
Total 4	0	0	0	0,0%
Total général	2 730,9	2 793,3	2 782	1,8%

ANNEXE N° 30 :**Ventilation des personnels non médicaux****BUDGET H**

				2006/2008
	Total 31/12/06	Total 31/12/07	Total 31/12/08	
ACTIVITES HOSPITALIERES				
Médecine	384	382,96	391,1	1,8%
IDE	174,51	173,67	170,1	-2,6%
AS	136,72	139,77	145,4	6,0%
ASH	2	2	1	-100,0%
Gynéco-obstétrique	176,16	206,86	215,6	18,3%
SF	46,1	53,02	53,08	13,1%
IDE et ass,	65,09	76,55	77,5	16,0%
AS	47,26	58,59	66	28,4%
ASH	2	3	3	33,3%
Chirurgie	259,3	283,63	251,2	-3,2%
IDE	141,7	155,52	142,6	0,6%
AS	87,8	91,56	76,4	-14,9%
ASH	1	5,03	4	75,0%
SSR	52,24	53,68	52,2	-0,1%
IDE	11,7	12	12,3	4,9%
AS	16,74	16,7	17,2	2,7%
ASH	1	1	1	0,0%
Psychiatrie	277,78	288,48	283,8	2,1%
IDE	158,08	157,22	146,9	-7,6%
AS	23	25	30	23,3%
ASH	23,4	22,63	23,8	1,7%
AUTRES ACTIVITES OU SERVICES DE SOINS				
Blocs opératoires	48,7	52,2	52,2	6,7%
IDE IBODE	22,4	27,6	26,6	15,8%
AS	18,4	15,4	16,4	-12,2%
ASH	2	3	3	33,3%
Service d'urgence	160,86	176,24	178,7	10,0%
IDE	78,52	79,94	82,1	4,4%
AS	27	33,5	36,6	26,2%
ASH	0	0	0	0
AUTRES SERVICES	1 101,29	1 200,49	1 229,51	10,4%
Administratifs	151,2	231,33	223,3	32,3%
Technique	174,96	199,1	195,8	10,6%
Médico-technique	182,97	180,6	178,5	-2,5%
TOTAL BUDGET H	2 460,33	2 644,54	2 654,31	7,3%

ANNEXE N° 31 :**31/12/2008 budget H****NE PAS REMPLIR CES COLONNES**

	UF	Libellé UF	Lits	Effectifs réels		Effectifs théoriques		Différence		TOTAL DIFFERENCE	
				IDE*	AS	IDE	AS	IDE	AS	Nombre	%
Exemple			30	13	15	11,25	11,25	1,75	3,75	5,5	20%
MEDECINE											
UF 1075	1075	Médecine du travail	0	2		0	0	2	0	2	100%
UF 2014	2014	Hépatogastro-entéro	30	12,4	10	11,25	11,25	1,15	-1,25	-0,1	0%
UF 3311	3311	Radiothérapie oncologie - GC Equipe mobile d'accompagnement et de soins palliatifs	3	0,8	2	1,125	1,125	-0,325	0,875	0,55	20%
UF 3905	3905		0	1		0	0	1	0	1	100%
UF 4000	4000	Cardiologie - GC	24	9,8	8,8	9	9	0,8	-0,2	0,6	3%
UF 4008	4008	Angio-coro-cardio - GC	0	1,8		0	0	1,8	0	1,8	100%
UF 4009	4009	Explo fonct cardiologie et soins intensifs - GC	0	2,5		0	0	2,5	0	2,5	100%
UF 4100	4100	Réanimation adultes - GC	12	29,8	19	4,5	4,5	25,3	14,5	39,8	82%
UF 4310	4310	Cardio soins intensifs - GC	8	11,8	10,8	3	3	8,8	7,8	16,6	73%
UF 4500	4500	Pneumologie A	22	9,8	9	8,25	8,25	1,55	0,75	2,3	12%
UF 4508	4508	Cardiologie conventionnelle programmée - GC	8	2		3	3	-1	-3	-4	-200%
UF 4511	4511	Endocrino diabète - GC	20	10,3	8,5	7,5	7,5	2,8	1	3,8	20%
UF 4512	4512	Médecine polyvalente - GC	20	9,3	10	7,5	7,5	1,8	2,5	4,3	22%
UF 4520	4520	Rhumatologie - GC	14	7,6	7,8	5,25	5,25	2,35	2,55	4,9	32%
UF 4530	4530	Hématologie - GC	14	15,1	8,8	5,25	5,25	9,85	3,55	13,4	56%
UF 4532	4532	Equipe de liaison et de soins aux toxico et infecti	0	0,6		0	0	0,6	0	0,6	100%
UF 4540	4540	Neurologie - GC	24	7,5	12,8	9	9	-1,5	3,8	2,3	11%
UF 4900	4900	Consult externes GC	0	15,2	15,1	0	0	15,2	15,1	30,3	100%
UF 5012	5012	Endo-diabète - GC (benoit)	18	9,5	9	6,75	6,75	2,75	2,25	5	27%
UF 5015	5015	Pneumologie - B	21	8,6	6,8	7,875	7,875	0,725	-1,075	-0,35	-2%

	UF	Libellé UF	Lits	Effectifs réels		Effectifs théoriques		Différence		TOTAL DIFFERENCE	
				IDE*	AS	IDE	AS	IDE	AS	Nombre	%
UF 5020	5020	Oncologie HC - GC	6	1,5	1	2,25	2,25	-0,75	-1,25	-2	-80%
UF 5516	5516	HJ endocrino-diabétologie	12	4,8	4	4,5	4,5	0,3	-0,5	-0,2	-2%
UF 5520	5520	Hopital de jour oncologie - GC	1	4,4	2	0,375	0,375	4,025	1,625	5,65	88%
TOTAL MEDECINE			257	178,1	145,4	96,375	96,375	79,725	49,025	128,75	40%
CHIRURGIE											
UF 2002	2002	Chir ortho - LM (PT)	15	7	9,6	5,625	5,625	1,375	3,975	5,35	32%
UF 2004	2004	Chir gle & visc - LM	29	11,7	9,4	10,875	10,875	0,825	-1,475	-0,65	-3%
UF 2011	2011	Néphrologie - LM	14	19,3	8	5,25	5,25	14,05	2,75	16,8	62%
UF 2040	2040	Réanimation adultes - LM	12	34	19	4,5	4,5	29,5	14,5	44	83%
UF 3005	3005	Consult adultes LM	0	10,6	9,6	0	0	10,6	9,6	20,2	100%
UF 3012	3012	Chirurgie ambulatoire	12	3,3	3	4,5	4,5	-1,2	-1,5	-2,7	-43%
UF 3025	3025	Anesthésiologie - LM	0	30		0	0	30	0	30	100%
UF 3150	3150	Hygiène hosp. et de lutte contre infections nosocom	0	3		0	0	3	0	3	100%
UF 3900	3900	Prélèvements d'organes - LM	0	2,8		0	0	2,8	0	2,8	100%
UF 5011	5011	Chir ortho - LM (canal)	28	9,6	9	10,5	10,5	-0,9	-1,5	-2,4	-13%
UF 5530	5530	ORL sto chir maxillo cervico faciale - LM	20	10,8		7,5	7,5	3,3	-7,5	-4,2	-39%
UF 9330	9330	C.E.S.U	0	0,5		0	0	0,5	0	0,5	
TOTAL CHIRURGIE			130	142,6	67,6	48,75	48,75	93,85	18,85	112,7	54%

*IDE = IDE + IADE +
IBODE

Les effectifs sont calculés en ETP

En bleu, zone de calcul

Si le nombre d'UF > 5, insérer des lignes supplémentaires entre les UF 4 et 5

ANNEXE N ° 32 : productivité des chirurgiens

	2006	2007	2008
Chirurgie générale et vasculaire	7,9	8,6	8,7
Chirurgie cervico faciale et ORL	6,5	6,8	6,5
Chirurgie ortho	9,1	7,9	7,3
Total chirurgiens	23,5	23,3	22,5

Source : bilan social

	2006	2007	2008
Actes en C (hors césariennes)	4 976	5 122	4911
Nombre actes/chirurgien	211	219	218

Source : case mix

	2006	2007	2008
Séjours en chirurgie (parhtage)	5 667	5 961	5 910
Nombre séjours /chirurgien	241	255	262

Source : PARHTAGE

ANNEXE N° 33 : absentéisme et contractuels de remplacement

(source bilan social, budget H)

	2006	2007	2008	2006/2008
Journées théoriques travaillées individuelles	228	228	233	
Effectif moyen annuel	2 730	2 793	2 782	1,87%
Journées théoriques travaillées totales	622 586	636 564	649 931	4,21%
Journées d'absence (R1)	76 739	76 086	85 057	9,78%
Taux d'absentéisme	0	0	0	
Nombre de contractuels de remplacement (ETP)	84	93	92	8,30%
Journées travaillées par ces contractuels (R2)	19 152	21 204	21 436	10,65%
Différence R1-R2	57 587	54 882	63 621	

ANNEXE N° 34 : mouvement de personnel

(source bilan social)

	2006	2007	2008	2006/2008
Nombre total d'agents permanents	2 646,9	2 700	2 690	1,60%
Agents de + de 55 ans	158	178	193	18,13%
Ratio	5,97%	6,59%	7,17%	
Nombre de départs	264	278	284	7,04%
Nombre d'arrivées	345	326	260	-32,69%
Solde	81	48	-24	437,50%
Suppression d'emplois prévus au plan				
Différence	81	48	-24	

ANNEXE N° 35

I Fiche d'identité de l'hôpital	2006	2007	2008
1 Nombre total de lits installés	848	851	
2 Nombre de places	62	64	
3 Nombre de journées et venues MCO	166 479	152 367	
4 Nombre de séjours de MCO			
5 Nombre de séances	15 378	7 285	
6 Valorisation 100% T2A des séjours de MCO			
7 Valorisation 100% T2A des séances			
8 Dépenses fonctionnement H	211 163 047	206 114 846	218 429 318
9 Recettes de fonctionnement H	204 455 150	207 673 383	213 938 433
10 Crédits MIGAC reçus	22 653 448	23 242 020	22 878 773
11 Crédits MERRI reçus (CHU)	0	0	0
12 ETP totaux PNM	2730	2789	2782
13 ETP totaux PM	317	324	328
14 ETP MCO PM cliniques			
15 Dont internes	97	94	
16 ETP MCO PNM cliniques			
17 L'établissement dispose-t-il d'une comptabilité analytique	non	non	non
Le rattachement des charges à l'exercice	2006	2007	2008
18 Total des charges reportées (de n-1 sur n)	19,188	3,4	7,07
19 Total des charges reportées (de n sur n+1)	3,4	7,07	inconnu
20 Taux de charges reportées	9,90%	1,60%	3,40%
Les dotations aux provisions sous évaluées ou omises dont :			
Les provisions au titre du compte épargne temps (CET)			
21 Nombre jours de CET PNM cumulés			7053
22 Nombre jours de CET PM cumulés			12 310
23 Montant total des crédits inscrits au compte 143	226 140	226 140	48 000
24 Insuffisance des inscriptions au compte 143			9 355 000
Les provisions au titre du compte 15	1 519 000	1 479 000	1 180 000
25 Insuffisance des inscriptions au compte 1511 (litiges et contentieux)			
25 Insuffisance des inscriptions au compte 49 (créances douteuses)	0	159 000	0
Les provisions au titre du compte 145 (différé de remboursement de dettes financières)			
26 Insuffisance des inscriptions au compte 145			
Les reprises de provisions par anticipation			
27 Montant des reprises sur provision par anticipation			
Les dotations aux amortissements sous évaluées			
28 Insuffisance des inscriptions au compte 68 (et 28)			

Le rattachement des produits à l'exercice	2006	2007	2008
29 Total des produits reportés (de n-1 sur n)	2,117	3,23	3,978
30 Total des produits reportés (de n sur n+1)	3,23	3,978	0,742*
Titres annulés puis réémission sur l'exercice suivant	1 402 956	1 253 230	inconnu
31 Total des subventions exceptionnelles (à détailler)			
CREF	5,527	6	6
Renégociation du CRF		1,3	
Aides exceptionnelles pour apurement de passifs antérieurs	3		
Développement du SI		0,141	0,190
Plan péri-natalité			0,05
32 Total des autres dotations exceptionnelles (à détailler)			

*Prévisions 2009 apportées par la direction des finances

ANNEXE N° 36 : maquette du bilan fonctionnel

<i>Biens stables</i>	2004	2005	2006	2007	2008	<i>Financements stables</i>	2004	2005	2006	2007	2008
Immobilisations incorporelles et charges à répartir	6 468	5 260	3 627	2 198	2 427	Apports -dotations	42 557	42 557	42 570	42 963	43 169
Immobilisations corporelles	196 511	203 548	203 209	211 630	214 796	Excédents affectés à l'investissement	13 680	13 681	13 681	13 716	13 716
Immobilisations financières	136	136	136	136	136	Subventions d'investissement	6	6	41	68	122
						Provisions pour R&C à caract immo					
						Dettes à moyen et long terme (nettes ICNE)	33 965	30 556	31 518	33 868	34 406
						Amortissements	111 337	126 184	127 026	135 949	145 551
Total des biens stables	203 114	208 943	206 972	213 964	217 359	Total des financements stables	207 565	212 994	214 835	226 565	236 964
						FDR d'investissement (+)	4 451	4 051	7 863	12 601	19 605
						Report à nouveau déficitaire	-1263	-843	-246	-15572	-21130
						Report à nouveau excédentaire	1570	2374	5497	648	630
Créances bloquées art 58	13 830	13 845	13 845	13 845	2 399	Réserve de trésorerie (106-85)	14503	14503	10642	10642	10642
Autres	401	401	0	0	0	Réserve de compensation	1166	1166	106	179	179
						Excédent affecté :					
						* à la réduction des charges					
						* au financement des mesures d'exploitation					
						Provisions pour risques et charges	682	1 247	1 518	1 478	1 180
						Autres provisions	0	0	226	226	48
						Résultat comptable	1225	-1202	-20067	-5577	-3128
						Autres dépréciations	0	95	0	159	0
Biens stables d'exploitation	14 230	14 246	13 845	13 845	2 399	Financements stables d'exploitation	17 883	17 339	-2324	-7817	-11581
						FDR d'exploitation (+)	3 653	3 094	-16 169	-21 662	-13 980
						FDR net global (+)	8 103	7 145	-8 306	-9 061	5 625

							2004	2005	2006	2007	2008
Stocks	1 753	1 465	1 683	1 895	1 650	Fournisseurs d'exploitation	13 438	10 848	14 403	20 741	19 653
Hospitalisés et consultants	5 752	6 438	8 169	8 589	8 216	Dettes fiscales et sociales	5 398	4 032	20 731	18 701	16 098
Caisse sécurité sociale	8 320	18 563	29 503	21 404	24 636	Avances reçues	168	15 709	19 318	14 398	2 953
Etat et collectivités locales	0	818	0	718	206						
Départements	2 186	1 945	1 756	1 504	865						
Mutuelles et autres tiers payants	5 850	6 057	6 770	6 246	6 339						
Créances adm, en non valeur	1 125	1 770	1 506	721	718	Recettes à classer	2 283	4 750	2 453	599	6 909
Charges constatées d'avance						Produits constaté d'avance					
Autres créances d'exploitation	777	5 133	1 146	8 204	9 282	Autres dettes diverses	1 079	1 405	1 618	1 028	785
Dépense à classer	2 605	1 261	1 165	472	16						
Biens d'exploitation	28 370	43 451	51 699	49 752	51 927	Financements d'exploitation	23 672	37 457	59 472	57 973	47 969
						Besoin en fonds de roulement	4 698	5 994	-7 773	-8 222	3 958
						Dettes court terme/immobilisation					
Valeurs de placement	0	0	0	0	0	Fonds déposés par les malades					
Disponibilités	4 999	2 639	745	479	5 166	ICNE	280	235	225	185	149
DGF attendue	0	0	0	0	3 810	Ligne de trésorerie	0	0	0	0	2 500
Montant des liquidités	4 999	2 639	745	479	5 166	Financement à court terme	1 594	1 489	1 278	1 318	3 499
Trésorerie positive	3 405	1 151			1 667	Trésorerie négative			-533	-839	
Total besoin de financement (actif)	250 714	269 279	273 262	278 039	276 851	Total des financements (passif)	250 714	269 279	273 262	278 039	276 851

ANNEXE N° 37 : indicateurs TBEPS

	2005	2006	2007
FRI (Ressources/Emplois)(en %)		103,8	105,9
FRE (Ressources/Emplois)(en %)		-16,8	-56,5
FRNG (en euros)	7141	-8306	-9061
FRNG (Ressources/Emplois)(en %)		96,2	96
BFR en Euros	5994	-7773	-8222
Trésorerie (en euros)	1151	-533	-839
Durée apparente de la dette (en années)	2,6	2,8	3
Indépendance financière	28,8	29,8	32,6
Remboursement Annuité K sur Amortissements	72,20%	69,40%	71,20%
Coefficient d'autofinancement courant		109	102,3
Taux d'intérêt de la dette (en %)		4,2	3,9
Actifs Immobilisés Bruts		204 670	213 661
Amortissements de l'exercice	8,9	8,6	9
Taux de renouvellement des immobilisations	3,9	3,9	4,3
Taux de vétusté des équipements	66,1	68	68,5
Taux de CAF		-6,2	0,8
Taux de marge brute (en %)		3,7	2,7
Poids des Amortissements / Marge Brute (en %)		116,9	159,6
Poids des Frais Financiers / Marge Brute (en %)		18,7	23,8
Evolution des Produits Bruts		102	103,3
Evolution des produits c/74 et c/75		77,5	82,5
Evolution des consommations intermédiaires		102,4	104
Evolution des charges de personnel		105,7	108,3
Evolution des Amortissements		97,7	101,4
Taux de charges sur exercices antérieurs	2,10%	9,90%	1,60%
Taux d'évolution des charges rattachées		283,3	291,1
Résultat net comptable (en M€)	-1,202	-20,067	-5,577
CAF	9,7	-12,7	1,6
Evolution de la CAF			
Restes à recouvrer / Produits Bruts (en %)		5,1	4,4
Délai de rotation des Dettes Fournisseurs (en jours)		101,9	159,3
Régularité du mandatement de la taxe sur les salaires (en %)	9,92%	10,33%	9,64%
Taux de couverture annuel des emplois par les ressources (en %)		40,9	95,2
FRE en nombre de jours d'exploitation			
FRNG en nombre de jours d'exploitation			
BFR en nombre de jours d'exploitation			
Trésorerie en nombre de jours d'exploitation			

ANNEXE N° 38**Q01 - Capacités d'accueil**

Entité Finess sélectionnée : 910002773 - CENTRE HOSPITALIER SUD FRANCILIEN

Type de calcul : EJ consolidées

Nombre de lits ou de places ou journées exploitables	Médecine	Chirurgie	Gynéco- logie Obsté- trique	Total MCO	Psychiatrie		Total psychiatrie (champ calculé)	Soins de suite ou de réadaptation		Total soins de suite	Soins de longue durée	Autres disciplines de la section hôpital	Total section hôpital (champ calculé)
					Psy. générale	Ps y. inf ant o- juv énil e		Réadapt. Fonction- nelle	Soins de suite				
code discipline d'équipement :	2110	2120	2130	2100	220A	22 0B	2200	2410	2420	2400	2500	2600	2000

Hospitalisation complète (hors hospitalisation de semaine)

Hosp. complète (TA 03)	Lits	342	119	78	539	108		108	40		40	40		727
	Journées exploitables	124 830	43 435	28 470	196 735	39 420		39 420	14 600		14 600	14 600		265 355

Hospitalisation de semaine si unité individualisée

Hosp. semaine (TA 20)	Lits	11	0	0	11	0		0	0		0	0		11
	Journées exploitables	2 871	0	0	2 871	0		0	0		0	0		2 871

Alternatives à l'hospitalisation complète

Anesthésie ou chirurgie ambulatoires (TA 23)	Places		8		8									8
Hospitalisation de jour (TA 04)	Places	52		2	54	0		0	10		10		0	64
Hospitalisation de nuit (TA 05)	Places	0		0	0	0		0	0		0		0	0
Hospitalisation à domicile (TA 06)	Places	0		0	0	0		0	0		0		0	0

Q02A - Activité réalisée

ANNEXE N° 39

Nombre d'entrées, venues, journées, consultations et séances	Nombre de	Médecine	Chirurgie	Gynécologie Obstétrique	Total MCO	Psychiatrie		Total psy.	Soins de suite ou de réadaptation		Total soins de suite (champ calculé)	Soins de longue durée	Autres disciplines de la section hôpital	Total section hôpital (champ calculé)
						Psy. générale	Psy. infanto-juvénile		Réadapt. Fonctionnelle	Soins de suite				
Code discipline		2110	2120	2130	2100	220A	220B	2200	2410	2420	2400	2500	2600	2000
Hospitalisation complète (hors hospitalisation de semaine)														
Hospitalisation complète (TA 03)	Journées réalisées	99 150	26 963	23 010	149 123	36 532		36 532	13 238		13 238	13 928		212 821
	Entrées totales	19 439	5 912	5100	30 451	2 362		2 362	395		395	25		33 233
Hospitalisation de semaine (si unité individualisée)														
Hospitalisation de semaine (TA 20)	Journées réalisées	1 180	0	0	1180	0		0	0		0	0		1 180
	Entrées totales	807	0	0	807	0		0	0		0	0		807
Alternatives à l'hospitalisation complète : nombre de venues (TA 23, TA 04, TA 05), séances (TA 19) ou journées de prise en charge (TA 06)														
Anesthésie ou chirurgie ambulatoire (TA 23)	Venues	0	500	0	500									500
Hospitalisation de jour hors chimiothérapie (TA 04)	Venues	11 336	0	728	12 064	0		0	3 023		3 023		0	15 087
Hospitalisation de nuit (TA 05)	Venues	0		0	0	0		0	0		0		0	0
Séances de chimiothérapie	Séances	1 467			1 467									1 467
Séances de radiothérapie	Séances	336			336									336
Séances d'hémodialyse	Séances	5 482			5 482									5 482
Séances de transfusion sanguine	Séances	0			0									0
Autres traitements et cures ambulatoires (TA 19)	Séances	0		0	0				0		0			0
Hospitalisation à domicile (TA 06)	Journées de prise en charge	0		0	0				0		0	0	0	0
Consultations														
Consultations, soins externes (TA07)	Consultations	43 012	32 434	14 385	89 831				191		191			90 022
Consultations dentaires et soins dentaires (TA 28)	Consultations													
Accueil des urgences : nombre de passages														
Accueil des urgences (TA 10)	Passages												87 703	87 703