



RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES
ET SA RÉPONSE

CENTRE HOSPITALIER
SAINTE-ANNE
A PARIS

Exercices 2008 et suivants

Observations définitives
délibérées le 28 mai 2015

SOMMAIRE

SYNTHÈSE	4
RECOMMANDATIONS	6
OBSERVATIONS	7
ORGANISATION DU CONTRÔLE	7
1. UN ÉTABLISSEMENT D'ENVERGURE	9
1.1. Une offre de soins alliant proximité et hyperspécialisation	9
1.2. Recherche et enseignement dynamiques	10
1.3. Un projet d'établissement ambitieux.....	10
1.4. Les partenariats, un axe stratégique	11
1.4.1. Une Communauté hospitalière de territoire en cours de construction.....	11
1.4.2. Une relation particulière avec l'AP-HP.....	12
1.4.3. De nombreux autres partenariats.....	12
1.5. L'activité du CHSA, une productivité tout juste équilibrée	13
1.5.1. Les neurosciences, renommées mais financièrement fragiles	14
1.5.2. La santé mentale en transition vers l'extrahospitalier	15
1.5.3. La recherche bien positionnée.....	16
1.6. Les engagements envers l'ARS.....	16
1.7. Une organisation en pôles dès 2006.....	17
2. UNE SITUATION FINANCIÈRE MARQUÉE PAR DE FORTS INVESTISSEMENTS	17
2.1. Principales conclusions du précédent rapport de la chambre	17
2.2. La fiabilité des comptes à parfaire	18
2.2.1. La fiabilité de l'actif du bilan globalement assurée.....	18
2.2.2. L'apurement des créances irrécouvrables pour améliorer la fiabilité de l'actif circulant.....	19
2.2.3. La fiabilité du passif du bilan entachée par des provisions irrégulières	19
2.2.4. Opérations hors bilan	21
2.2.5. La fiabilité du compte d'exploitation à améliorer	21
2.2.6. L'engagement dans un processus de fiabilisation des comptes.....	23
2.2.7. Conclusion sur la fiabilité des comptes	23
2.3. La situation financière rétrospective, des marges de manœuvre en baisse.....	24
2.3.1. Dépenses et recettes du budget principal progressent au même rythme.....	24
2.3.2. La constance de résultats nets déficitaires.....	27
2.3.3. Fonds de roulement et besoin en fonds de roulement, un équilibre à retrouver	29
2.3.4. Une trésorerie soumise aux fluctuations erratiques des encaissements et des paiements.....	33
2.3.5. Conclusion sur l'analyse financière	34
2.4. Les fragiles équilibres futurs de l'établissement	35
2.4.1. La bonne qualité des prévisions budgétaires antérieures.....	35
2.4.2. Un plan global de financement pluriannuel 2014-2018 volontariste.....	35
3. LA GESTION DU PARC IMMOBILIER, UNE ASSISE JURIDIQUE A CONSOLIDER	36
3.1. Joseph Lévy-Valensi, une construction ponctuée de deux conventions de transaction.....	37
3.1.1. Une première convention de transaction	37
3.1.2. Une seconde convention de transaction	38
3.1.3. Une fin de chantier en régie de maîtrise d'œuvre.....	40

3.2. De nombreuses structures immobilières sont hors les murs de l'hôpital.....	40
3.2.1. Rue Blanche, une acquisition éphémère.....	40
3.2.2. La gestion de l'immeuble Alésia, un contentieux en cours.....	41
3.2.3. L'I3P, une situation patrimoniale sans solution depuis 1970.....	43
3.2.4. Boulevard Brune, une occupation irrégulière par le CHSA.....	45
ANNEXES	47
GLOSSAIRE DES SIGLES UTILISÉS	52

SYNTHÈSE

Le centre hospitalier Sainte-Anne, qui présente la particularité d'assurer conjointement une activité de soins en santé mentale et en neurosciences, est un établissement parisien alliant soins de proximité et hyperspécialisation, au sein duquel la recherche tient également une place importante.

Le CHSA a créé une communauté hospitalière de territoire, consacrée à la psychiatrie, avec quatre autres établissements. Avec deux d'entre eux, l'établissement public de santé Maison Blanche et le groupe public de santé Perray-Vaucluse, une direction commune existe depuis le début de l'année 2014, renforçant les possibilités de mutualisation.

Le CHSA développe également une relation forte avec l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP). Toutefois, à ce titre la convention cadre de 1999 devra être réactualisée et juridiquement consolidée au vu des nombreuses coopérations existantes sur le terrain.

L'établissement affiche une productivité tout juste équilibrée. Engagé auprès de l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) par un premier contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (Cpom) couvrant la période 2007-2012, l'établissement a été contraint, en 2008, à un plan de retour à l'équilibre financier concernant tout particulièrement les activités de médecine et de chirurgie (centre Raymond Garcin). Ce plan a en partie porté ses fruits, le centre Raymond Garcin ayant retrouvé l'équilibre financier en 2010. Repoussé en 2015, le nouveau Cpom n'a pas encore été signé et aucun bilan du précédent n'a été formalisé.

Si la fiabilité des comptes du CHSA est globalement assurée, et si l'établissement est engagé dans le processus de certification de ses comptes, l'absence de certaines annexes des comptes financiers et une utilisation irrégulière du compte des autres provisions pour charges (c/158) entachent ce constat. Par ailleurs, le rattachement des charges, l'utilisation des crédits de TVA à reporter (c/44567), ou encore les écritures entre budgets annexes et budget principal devront être mieux assurés.

Les résultats comptables du CHSA ont été faiblement, mais régulièrement, déficitaires sur toute la période examinée (depuis 2008) et l'étaient déjà depuis 2005. Le résultat exceptionnel, fortement déficitaire depuis 2009, reflète principalement les montants élevés de réémissions de titres après annulations sur les exercices clos, signe d'une incapacité de l'établissement à assurer correctement la facturation et notamment le recueil des informations nécessaires pour identifier au plus tôt le débiteur. La chambre recommande à l'établissement de mettre en place un plan d'amélioration, afin de faire drastiquement baisser le montant des annulations de titres.

Les amortissements et les frais financiers absorbent l'essentiel de la marge brute et le taux de CAF nette se détériore au cours de la période. Le fonds de roulement net global se situait à 32 jours de charges courantes en 2013, très en dessous du taux médian de 48 jours des établissements de même catégorie. De même, le besoin en fonds de roulement, même s'il a connu une certaine amélioration, reste supérieur (18 jours en 2013) au taux médian de 9,8 jours.

Le portefeuille de la dette comporte un « prêt » de la Ville de Paris, héritage du transfert de propriété lors de l'accès de l'établissement à la personnalité juridique. Aucun remboursement en capital, ni frais d'intérêt n'ont été payés depuis 1970. Ce « prêt » nécessite que les écritures comptables soient régularisées, ce à quoi s'est engagé l'ordonnateur, en collaboration avec le comptable.

De plus, la situation patrimoniale de l'immeuble pour lequel ce prêt avait été contracté, occupé par l'infirmierie psychiatrique de la préfecture de police de Paris, est incertaine depuis cette date. Elle peut faire craindre des défauts de maintenance pour des locaux recevant du public. Cette situation, malgré un avis du Conseil d'Etat en mars 2002, est restée en suspens. Les parties devront, sans tarder, trouver une réponse qui permette de mettre fin à cette situation qui n'a que trop duré.

Le bâtiment Joseph Lévy-Valensi, dédié à la clinique des maladies mentales et de l'encéphale ainsi qu'au secteur 3, a été livré en 2012 pour un montant de travaux de 36,5 M€ TTC. L'opération a donné lieu à deux conventions de transaction (art. 2044 et suivants du code civil) avec le titulaire du lot gros œuvre, qui toutefois sont restées imprécises quant à la définition du litige opposant les parties, la nature et l'étendue des concessions réciproques et les modalités d'évaluation des dommages. De ce fait, des travaux supplémentaires et modificatifs demandés par le maître d'ouvrage ont été, irrégulièrement, traités en-dehors du cadre habituel des marchés publics.

Le CHSA, souhaitant favoriser le logement pour ses agents, avait signé trois conventions avec une société d'HLM, pour la construction puis la gestion de logements dans un immeuble de son patrimoine. Le partenariat prévoyait le remboursement au CHSA par la société d'HLM d'éventuels déficits d'exploitation qu'il aurait comblés. Leur persistance, entre 1990 et 1999, a conduit l'établissement à saisir le juge en 2003 pour en obtenir le remboursement. En requalifiant ces conventions de marché public de service, la Cour administrative d'appel de Paris, le 2 juillet 2010, a refusé la demande du CHSA. Un second contentieux est en cours devant le juge. Cette opération qui devait se révéler neutre financièrement ne l'a donc pas été.

L'établissement, répondant à un appel à candidature, a obtenu en 2011 du tribunal de grande instance de Paris de reprendre les activités de pédopsychiatrie exercées par l'association pour le développement de l'hygiène maternelle et infantile (ADHMI), mise en liquidation judiciaire, ainsi que la gestion de l'immeuble concerné. Cependant le CHSA, alors qu'il ne dispose d'aucun titre d'occupation pour cet immeuble, n'en assure pas moins l'entretien et finance les travaux. Dans sa réponse à la chambre, le service France Domaine s'est engagé à apporter une solution qui permette de lever cette insécurité juridique.

RECOMMANDATIONS

Recommandation n° 1 :

La chambre recommande au CHSA de se rapprocher de l'AP-HP afin d'actualiser, au plus tôt, la convention-cadre qui les lie et assurer la sécurité juridique de leurs actions de partenariat sur le terrain.

Recommandation partiellement mise en œuvre

Recommandation n° 2 :

La chambre recommande au CHSA de profiter de la mise en œuvre de la PES V2 pour améliorer sa politique et ses procédures de recouvrement de ses recettes, notamment par une meilleure identification du débiteur dès la prise en charge du patient, afin d'obtenir une baisse substantielle du montant des annulations de titres.

Recommandation non mise en œuvre

OBSERVATIONS

ORGANISATION DU CONTRÔLE

Le contrôle du centre hospitalier Sainte Anne (CHSA) à Paris (75) a été inscrit au programme 2013 de la chambre.

Les lettres d'ouverture du contrôle ont été adressées, le 30 septembre 2013 à M. Jean-Luc Chassaniol, ordonnateur sur toute la période sous examen, et à M. Serge Blisko, Président du Conseil de surveillance.

Le présent cahier fait suite au cahier n° 1 relatif à la gestion des ressources humaines et concerne l'analyse de l'établissement dans son ensemble, laquelle porte plus particulièrement sur l'activité, la sincérité des comptes, l'analyse financière rétrospective et prospective, et un échantillon illustrant les modes de gestion du patrimoine immobilier.

La période d'analyse couvre les exercices 2008 et suivants. Le précédent contrôle, notifié le 12 décembre 2001, portait sur les exercices 2002 à 2007.

L'entretien préalable, prévu à l'article L. 243-1 du code des juridictions financières, a eu lieu le 27 novembre 2014 avec M. Jean-Luc Chassaniol.

Dans sa séance du 8 janvier 2015, la chambre a formulé les observations provisoires qui ont été adressées le 30 janvier 2015 au directeur en poste, M. Jean-Luc Chassaniol, dont il a accusé réception le 2 février 2015.

A la même date, ont été destinataires d'extraits :

- Mme Anne Hidalgo, Maire de Paris, dont elle a accusé réception le 2 février 2015 ;
- Mme Nathalie Morin, Chef du service France Domaine, dont elle a accusé réception le 2 février 2015 ;
- M. Bernard Boucault, Préfet de Police de Paris, dont il a accusé réception le 2 février 2015 ;
- M. Claude Evin, Directeur général de l'ARS, dont il a accusé réception le 2 février 2015.

Ont répondu aux observations de la chambre :

- Mme Anne Hidalgo par courrier du 18 mars 2015 enregistré au greffe de la chambre le 20 mars 2015, indiquant qu'elle n'avait pas d'observations à faire valoir ;
- Mme Nathalie Morin par courrier du 25 mars 2015 enregistré au greffe de la chambre le 31 mars 2015 ;
- M. Jean-Luc Chassaniol par courrier du 1er avril 2015 enregistré au greffe de la chambre le 3 avril 2015 ;
- M. Claude Evin par courrier du 13 avril 2015 enregistré au greffe de la chambre le 16 avril 2015.

Ont participé au délibéré, qui s'est tenu le 28 mai 2015 et qui a été présidé par M. Pierre Grimaud, Président de section : Mme Brigitte Ollier, M. Gérard Payet, Premiers conseillers, Mme Sarah Birden et M. Gilles Duthil, Conseillers.

Ont été entendus :

- En son rapport, M. Gérard Payet, Premier conseiller ;
- En ses conclusions, sans avoir pris part au délibéré, le Procureur financier.

Mme Viviane Barbe, Auxiliaire de greffe, assurait la préparation de la séance de délibéré et tenait les registres et dossiers.

1. UN ÉTABLISSEMENT D'ENVERGURE

1.1. Une offre de soins alliant proximité et hyperspécialisation

Le centre hospitalier Sainte-Anne, situé dans le 14^{ème} arrondissement de Paris, présente la particularité d'assurer conjointement une activité de soins en santé mentale et en neurosciences.

Il comportait en 2012¹, selon les dernières données de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE), 600 lits et places pour sept secteurs de psychiatrie adulte et deux inter-secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, couvrant les 5^{ème}, 6^{ème}, 14^{ème}, 15^{ème} et 16^{ème} arrondissements de la capitale, pour lesquels la file active² comptait 35 500 patients.

Cette offre comprend :

- un service hospitalo-universitaire (SHU) ;
- une clinique des maladies mentales et de l'encéphale (CMME) ;
- un service médico-psychologique régional (SMPR) à la maison d'arrêt de la Santé ;
- un service spécialisé en addictologie ;
- et un service d'appui en santé mentale et exclusion sociale (SMES).

Le CHSA dispose également de 102 lits et places de médecine et de chirurgie consacrés aux neurosciences (centre Raymond Garcin) : neurologie, neurochirurgie, anesthésie-réanimation.

Les services de neurologie et de neurochirurgie sont hospitalo-universitaires et à ce titre les activités sont développées en complémentarité avec le *groupe hospitalier – universitaire* (GHU) Paris Ile-de-France ouest (AP-HP). La neuro-imagerie et la neuro-anatomopathologie sont également hospitalo-universitaires.

L'établissement participe à la « grande garde³ » de neurochirurgie adulte assurée par six établissements de la région Ile-de-France, qui permet d'accueillir les urgences 24h/24h.

Les synergies sont recherchées, en matière de recherche et d'activité clinique, entre les équipes du centre Raymond Garcin et celles des activités psychiatriques.

18 lits et places de soins de suite et de réadaptation neurologiques complètent ce dispositif.

Enfin, le CHSA propose une prise en charge de stomatologie ambulatoire, à vocation régionale, pour les patients présentant des troubles psychiatriques et/ou polyhandicapés.

Le CHSA employait, en 2012, 2084,4 équivalents temps plein (ETP) non médicaux et 215,8 ETP médicaux (hors internes)⁴.

¹ La SAE et Hospidiag n'ont pas de données plus récentes que l'exercice 2012.

² Total des patients vus au moins une fois dans l'année soit en hospitalisation, soit en consultation, soit en visite à domicile.

³ A tour de rôle, l'accueil des urgences est assuré par : la Pitié-Salpêtrière, Henri Mondor, Bicêtre, Beaujon, Lariboisière (hôpitaux de l'AP-HP) et le centre hospitalier Sainte-Anne. Les urgences neurochirurgicales pédiatriques sont prises en charge par l'hôpital Necker.

⁴ Source : Hospidiag.

1.2. Recherche et enseignement dynamiques

Le CHSA, s'appuyant sur ses six services hospitalo-universitaires et ses 27 praticiens universitaires, développe une activité d'enseignement et de formation en médecine et en pharmacie. Il a accueilli, en 2012, 62 internes et 103 étudiants.

Il dispose d'un institut de formation des cadres de santé (IFCS), d'un institut de formation en soins infirmiers (IFSI) et d'une école d'aides-soignants.

La recherche biomédicale constitue un axe stratégique de positionnement de l'établissement, confortée par l'attribution, en 2011, du label⁵ de délégation à la recherche clinique et à l'innovation (DRCI) et de centre de recherche clinique (CRC) sur les thèmes de la santé mentale et des neurosciences.

Egalement, à l'occasion du vingtième anniversaire des programmes hospitaliers de recherche clinique (PHRC) en 2013, l'un de projets du CHSA⁶ a été distingué par le Ministère de la santé et des affaires sociales parmi les 20 projets les plus emblématiques au plan national.

1.3. Un projet d'établissement ambitieux

Le projet d'établissement 2011-2015, adopté le 14 décembre 2010 par le conseil de surveillance, s'articule autour d'un projet médical et de soins qui mise sur les collaborations croissantes entre les établissements, dans un contexte de restructuration de l'assistance publique – hôpitaux de Paris (AP-HP).

L'activité de soins en santé mentale a connu une réduction du nombre de lits au profit de l'extrahospitalier, engagée par le précédent projet d'établissement. Celle de neurosciences peut faire valoir un plateau technique complet et reconnu.

Sur ces bases, le projet médical et de soins fixe les objectifs suivants :

- Renforcer les urgences (SAU⁷ avec lits-porte, CPOA⁸ et Numéro Vert, intervention à domicile, « *grande garde* » de neurochirurgie, urgences neurovasculaires) ;
- Conforter les complémentarités interhospitalières (AP-HP, autres établissements, secteur médico-social) ;
- Structurer la dynamique interne des pôles tant en psychiatrie qu'en neurosciences ;
- Poursuivre les actions de soins ambulatoires.

⁵ Circulaire DGOS/PF4 n° 2011-329 du 29 juillet 2011 relative à l'organisation de la recherche clinique et de l'innovation et au renforcement des structures de recherche clinique.

⁶ « Endartériectomie versus angioplastie chez les patients ayant une sténose carotide artériocléreuse serrée symptomatique (EVA-3S) », projet lancé en 1997 et porté par le professeur Jean-Louis Mas.

⁷ Service d'accueil des urgences.

⁸ Centre psychiatrique d'orientation et d'accueil.

Le projet d'établissement est accompagné, notamment :

- D'un schéma directeur du système d'information (SDSI) centré prioritairement sur le dossier patient, la communication et la sécurisation, permettant de répondre aux critiques formulées par la chambre lors de son précédent contrôle⁹. La haute autorité de santé (HAS), dans son rapport de 2012, cotait en effet « B » le critère 5.a « système d'information » et « A » le 5.b « sécurité du SI », constatant ainsi les progrès réalisés.
- D'un schéma directeur immobilier et architectural (SDIA) particulièrement ambitieux.

L'établissement a mis en place une structure et un tableau de bord de suivi de son projet d'établissement 2011-2015. Le Directoire en assure le pilotage et les instances sont régulièrement informées. L'état en date du 6 juin 2014 évaluait l'avancement du projet médical et de soins à 52% (projets réalisés / projets prévus).

1.4. Les partenariats, un axe stratégique

Défini comme axe stratégique du projet d'établissement, la recherche de partenariats donne lieu à de nombreuses conventions.

Un avis de la direction des affaires juridiques de l'établissement est requis au préalable, puis les conventions sont gérées au niveau des directions fonctionnelles intéressées. En cas d'impact financier, une copie est adressée à la direction des finances.

Le suivi institutionnel n'est pas organisé. Les partenariats font toutefois l'objet d'une analyse lors de l'élaboration du projet d'établissement.

1.4.1. Une Communauté hospitalière de territoire en cours de construction

Afin de proposer une stratégie publique en santé mentale sur le territoire de la ville de Paris, le CHSA et quatre autres établissements ont saisi l'Agence régionale de santé (ARS) en mars 2011 d'un projet de convention de création d'une communauté hospitalière de territoire (CHT). Celle-ci serait consacrée à la psychiatrie adulte et infanto-juvénile dans les domaines des soins, de l'enseignement et de la recherche, complétés d'une offre globale en neurosciences.

Dénommée « communauté hospitalière du territoire parisien pour la psychiatrie », cette CHT, sans personnalité juridique, a été créée par la convention du 19 décembre 2012 qui lie le CHSA (établissement siège), l'établissement public de santé Maison Blanche (2^{ème} arrondissement de Paris) et le groupe public de santé Perray-Vaucluse (Epinay-sur-Orge). La convention prévoit également que l'Association de santé mentale du XIII^{ème} arrondissement de Paris (ASM13) et les hôpitaux de Saint-Maurice (Val-de-Marne) soient associés aux réflexions et puissent participer à toute action de coopération mise en œuvre au sein de la CHT. Ces cinq établissements développaient déjà de nombreuses coopérations depuis 2002.

⁹ Le précédent contrôle de la chambre relevait les difficultés d'approvisionnement des bases de données renforcées par les lacunes du système d'information, et leur utilisation très en-deçà de ce qu'on pourrait attendre dans l'optique du contrôle de gestion.

Présentée en Commission spécialisée de l'organisation des soins (CSOS) le 21 février 2013, la CHT doit permettre de faciliter les relations avec le secteur médico-social et social et les praticiens libéraux, tout en développant le dialogue avec l'AP-HP et son secteur psychiatrique, en conformité avec le plan régional de santé (PRS) fixé par l'ARS pour la période 2013-2017.

La CHT a installé des instances communes depuis le 1^{er} janvier 2014.

Parallèlement, les trois membres fondateurs ont signé, le 29 octobre 2013, une convention de direction commune, actuellement confiée au directeur du CHSA, permettant des mutualisations et l'harmonisation des politiques et des pratiques.

1.4.2. Une relation particulière avec l'AP-HP

Même si la convention créant la CHT indique clairement que la fusion juridique n'est pas envisagée, l'association des quatre établissements avec le CHSA leur offre une assise plus large qui fait craindre à l'AP-HP, qui dispose de 840 lits et places de psychiatrie, une revendication de la CHT pour le leadership de la psychiatrie en Ile-de-France. Dans les faits, l'AP-HP et la CHT créent une relation duale de coopération-compétition.

Ainsi, le CHSA a signé une convention-cadre avec l'AP-HP le 29 juillet 1999. Celle-ci a donné lieu à de nombreuses conventions spécifiques avec les groupes hospitaliers composant l'AP-HP.

Des comités de suivi se sont réunis régulièrement jusqu'en 2005, et il est alors apparu nécessaire d'actualiser les conventions. L'AP-HP a souhaité au préalable revoir la convention-cadre. Cela a donné lieu à des échanges entre les deux établissements en 2007, qui n'ont pas abouti depuis.

Pourtant, compte-tenu de leurs périmètres d'intervention réciproques et des collaborations nécessaires, la formalisation du partenariat entre le CHSA et l'AP-HP est juridiquement indispensable. Et cela même si des contacts ont été pris sous l'égide de l'ARS et dans le cadre de la CHT, comme le confirme la tutelle.

Néanmoins, dans la pratique les relations perdurent entre les professionnels de santé.

Recommandation n° 1 :

La chambre recommande au CHSA de se rapprocher de l'AP-HP afin d'actualiser, au plus tôt, la convention-cadre qui les lie et assurer la sécurité juridique de leurs actions de partenariat sur le terrain.

1.4.3. De nombreux autres partenariats

Outre la CHT et le cadre général de coopération avec l'AP-HP, le CHSA s'est engagé par convention, pour les plus marquantes d'entre elles, dans :

- Le développement de la recherche biomédicale avec l'Inserm et l'Université Paris Descartes ;
- Le traitement du cancer avec l'Institut Gustave Roussy (Villejuif) ;

- La convention avec la Fondation Hôpital Saint-Joseph pour la prise en charge psychiatrique et des pathologies du système nerveux périphérique ;
- La prise en charge de l'autisme avec le centre de ressources autisme d'Ile-de-France (Craif) ;
- La prise en charge des soins bucco-dentaires des patients en situation de handicap avec le réseau handicap prévention et soins odontologiques d'Ile de France (Rhapsodif) ;
- La prise en charge des adolescents et jeunes adultes sourds avec l'institut national de jeunes sourds (INJS) ;
- La prise en charge de la dépendance psychique des personnes âgées avec le centre d'action sociale de la ville de Paris ;
- Le réseau de télé-imagerie avec le centre hospitalier du Mans et celui de Saint-Pierre et Miquelon.

Un partenariat spécifique a permis, par convention du 29 septembre 2011 avec la Fondation hospitalière Sainte-Marie (FHSM), la reprise des activités de l'Institut de Puériculture et de Périnatalité de Paris (IPP), placé en liquidation judiciaire et géré par l'Association pour le développement de l'hygiène maternelle et infantile (ADHMI), en matière de pédopsychiatrie et de gestion des locaux (cf. 3.2.3).

1.5. L'activité du CHSA, une productivité tout juste équilibrée

Selon les dernières données du système national d'information sur l'hospitalisation (Snatih), l'indicateur de productivité¹⁰ global du CHSA (IP-Global) se situait à 1,008 en 2011, montrant que l'établissement couvrait tout juste ses charges.

La part du MCO dans l'activité totale était de 23,8% en 2011, en très légère hausse (23,6% en 2010).

L'IP-MCO et MIGAC se situait à 1,064 en 2011, confirmant que, globalement, l'ensemble des charges de l'activité MCO était couvert par les recettes de l'établissement.

A l'inverse, l'IP-DAF (activités psychiatrie et soins de suite et de réadaptation) se situait à 0,989 en 2011, signe que la DAF et les recettes de Titre 2 pour ces activités ne finançaient pas complètement les charges supportées par l'établissement.

Tableau n° 1 : Indicateurs de productivité médico-économique

	2009	2010	2011
IP-MCO_MIGAC	0,980	1,044	1,064
IP-DAF	1,012	1,011	0,989
IP-Global	1,004	1,019	1,008
Part du MCO dans l'activité globale	0,232	0,236	0,238

Source : SNATIH

¹⁰ Les indicateurs de productivité médico-économique (IPME) ont pour objectif de permettre aux établissements de santé du secteur ex-DG de réaliser la comparaison des recettes et des charges affectées à un champ d'activité donné. Ils mesurent les taux de couverture des charges par les recettes.

1.5.1. Les neurosciences, renommées mais financièrement fragiles

Avec 6216 séjours de MCO¹¹ en 2012 (5066 en 2011), la part de marché du CHSA sur la région Ile-de-France n'était que de 0,4 % en médecine et 0,2 % en chirurgie. Et cela, même si les taux de croissance moyen des parts de marché ont été en hausse entre 2009 et 2012 en médecine (+12%), en chirurgie (+14%) et en chirurgie ambulatoire (+26%), preuve du dynamisme de l'établissement.

Néanmoins, le *case-mix*¹² présenté par le CHSA est très étroit, reposant presque exclusivement sur la catégorie majeure de diagnostic (CMD) 01 « affections du système nerveux ». Avec 2232 séjours en 2012 (en hausse de 6,5% par rapport aux 2096 séjours de 2011), la part de marché du CHSA pour cette CMD était de 2,5 %, et l'établissement réalisait une activité élevée sur le territoire parisien pour certains GHM (craniotomies, interventions sur le rachis et la moelle, embolisations intracrâniennes et médullaires et accidents vasculaires intracérébraux non transitoires pour les plus importants).

De plus, le pourcentage de groupes homogènes de séjours (GHS) de recours ou de référence dans l'activité était élevé (11,5% en 2012) comparativement aux établissements de la région. C'est le signe de la lourdeur des pathologies traitées et donc de la qualité du plateau technique.

Ce profil MCO hyperspécialisé du CHSA, qui en fait sa renommée dans un environnement particulièrement concurrentiel, n'en est pas moins une fragilité sur le plan économique. L'ensemble du financement repose en effet sur un nombre très réduit de groupes homogènes de malades (GHM) pour lesquels les évolutions de tarifs peuvent avoir un impact immédiat sur les équilibres financiers.

En 2012, les taux d'occupation des lits ont été de 99,3 % en médecine et de 66,8 % en chirurgie. Les indices de performance de la durée moyenne de séjour (IP-DMS¹³) sont perfectibles (1,007 en chirurgie et 1,11 en médecine), en dégradation par rapport à 2011.

L'indice de coût relatif (ICR)¹⁴ par salle d'intervention chirurgicale était de 163 156 au CHSA en 2012, alors qu'il était de 192 474 en 2011, situant l'établissement en-dessous du 2nd décile le moins performant de la région (173 666).

¹¹ Données Hospiddiag 2012 – 8020 séjours selon l'établissement.

¹² *Case-mix* : anglicisme désignant l'éventail des cas traités par un établissement et les niveaux de gravité associés.

¹³ L'IP-DMS MCO rapporte le nombre de journées de court séjour (MCO) réalisées dans l'établissement au nombre de journées MCO théoriques. Lorsque l'IP-DMS est supérieur à 1, l'établissement a des durées de séjour en moyenne plus longues que l'ensemble des autres hôpitaux.

¹⁴ L'indice de coût relatif (ICR) par salle de bloc opératoire indique le degré de mobilisation des ressources humaines et matérielles.

Tableau n° 2 : Données Hospidiag

	2009	2010	2011	2012
Taux d'utilisation / occupation des lits en médecine	111,2%	nc	89,1%	99,3%
Taux d'utilisation / occupation des lits en chirurgie	72,7%	nc	67,2%	66,8%
IP-DMS médecine	1,037	1,12	1,005	1,11
IP-DMS chirurgie	0,818	0,907	0,925	1,007
ICR par salle d'intervention chirurgicale	205 663	209 088	192 474	163 156

Source : Hospidiag

Outre les 52 lits et places installés de médecine en 2012 et les 50 lits de chirurgie, le CHSA avait obtenu une autorisation, en 2005, pour l'ouverture progressive d'une activité de soins de suite et de réadaptation à orientation neurologique. Les 18 lits et places installés, qui ont permis de réaliser 647 séjours en 2012 avec un coefficient d'occupation de 94 %, complètent la filière de prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC).

1.5.2. La santé mentale en transition vers l'extrahospitalier

Enfin, l'activité de psychiatrie reposait sur 578 lits et places en psychiatrie adulte et 32 lits et places en psychiatrie infanto-juvénile en 2012 avec un coefficient d'occupation, respectivement, de 82,0 % et 46,9 %.

Le CHSA assure une activité sectorisée, caractérisée par une prise en charge aux services d'accueil des urgences (SAU de Cochin, HEGP, Ambroise Paré, Saint-Joseph), dans les centres médico-psychologiques (CMP)¹⁵ et dans les centres d'accueil et de crise (CAC)¹⁶.

Le centre psychiatrique d'orientation et d'accueil (CPOA)¹⁷, pour lequel existe une convention avec le service d'aide médicale urgente (SAMU), couvre la totalité de la région Ile-de-France. Par ailleurs, le CHSA prend en charge, en soins ambulatoires, les patients sans domicile fixe grâce à son service de santé mentale et exclusion sociale (SMES). Le secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire (SPMP) assure, quant à lui, la prise en charge à la maison d'arrêt de la Santé.

En 2012, la file active¹⁸ adulte du CHSA (30 570) représentait 10,6 % de la file active régionale (288 186) et 31,2 % de la file active parisienne (98 058). Sur la période 2008-2013, elle a progressé de 18,8 %, passant de 25 018 à 29 723 pendant que le nombre de journées en hospitalisation complète diminuait de 2,6 % (de 110 416 à 107 537).

¹⁵ Les CMP assurent des consultations médico-psychologiques pour toutes personnes en souffrance psychique et organisent les orientations éventuelles vers des structures adaptées. Il existe des CMP pour adultes et pour enfants.

¹⁶ Les CAC sont des lieux d'accueil, de soins, d'orientation ou d'hospitalisation pour une durée brève des patients en état de crise. Ils assurent aussi une permanence téléphonique et des consultations psychiatriques en urgence.

¹⁷ Le CPOA est un service d'urgence sanitaire régional qui accueille et propose des réponses aux demandes de soins en urgence, 24h/24, 7 jours/7 et où les consultations et les soins sont entièrement gratuits, pour toute personne âgée de plus de 15 ans, quel que soit son domicile, ou sans domicile.

¹⁸ Patients vus au moins une fois dans l'année en psychiatrie.

Cette dynamique confirme l'engagement du CHSA dans une politique de transition vers l'extrahospitalier qui ne se traduit cependant pas par une baisse du nombre de lits (+1,4 %), le périmètre d'activité ayant évolué pendant la période.

1.5.3. La recherche bien positionnée

Outre la fonction d'enseignement, le CHSA cherche à développer son positionnement en matière de recherche.

L'indicateur Sigaps¹⁹ mesure la production de publications scientifiques et sert à l'attribution de financements dans le cadre des missions d'enseignement, de recherche, de recours et d'innovation (Merri). Le CHSA, avec un score de 5375 points en 2012, se classait au 33^{ème} rang au plan national (hors AP-HP).

Un second indicateur, dénommé Sigrec²⁰ et participant également à l'attribution des Merri, permet de recenser les essais cliniques et les patients inclus dans ces essais réalisés par un établissement. Le score du CHSA était de 108 en 2012.

Les financements Merri du CHSA sont passés de 5,4 M€ à 8,0 M€ entre 2010 et 2012.

1.6. Les engagements envers l'ARS

Au cours de la période sous examen, un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (Cpom) a été signé avec l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH), et un second est en cours de négociation.

Le premier, relatif aux années 2007 à 2012, fixait les objectifs stratégiques suivants :

- Mieux dimensionner les capacités du centre Raymond Garcin ;
- Conforter la prise en charge des situations d'urgence en pédopsychiatrie²¹ ;
- Mieux répondre à l'aval des hospitalisations en santé mentale ;
- Obtenir la valorisation financière des actes psychiatriques réalisés dans les SAU.

Il était assorti, dans son annexe 4-4, d'un plan de retour à l'équilibre financier (Pref) faisant suite à trois années consécutives de résultats déficitaires. La mise en œuvre des mesures que devait engager l'établissement, à la fois sur le plan des économies de gestion et sur celui du développement d'activités pour un total cumulé de 16,6 M€, conditionnait l'attribution d'une aide non reconductible de 2 M€ par l'ARH, étalée sur les années 2008 à 2010. Le retour à l'équilibre était projeté pour 2011.

Le Pref concernait tout particulièrement le centre Raymond Garcin pour lequel la simulation de l'application de la tarification à l'activité au taux de 100% mettait en évidence le déficit structurel. Un suivi régulier de l'exécution du Pref pour ce centre a été assuré avec l'ARS, dont le tableau de bord est maintenu jusqu'à aujourd'hui.

L'établissement a dépassé ses objectifs quant à la réduction du déficit sur les trois premières années, mais en 2011 l'équilibre consolidé attendu (+85 k€) n'a pas été atteint (-163 k€).

¹⁹ Système d'Interrogation, de Gestion et d'Analyse des Publications Scientifiques.

²⁰ Système d'Information et de Gestion de la Recherche et des Essais Cliniques.

²¹ Objectif qui figurait déjà dans le projet d'établissement 2002-2007.

Tableau n° 3 : Réalisation du Pref 2007-2012, en €

Cpom 2007-2011	2008	2009	2010	2011
Résultats prévisionnels du Pref (1)	-1 468 862	-1 126 241	-488 544	85 878
Résultats constatés (2)	-601 283	-286 311	-3 954	-163 721
<i>Ecart (1)-(2)</i>	<i>867 579</i>	<i>839 930</i>	<i>484 590</i>	<i>-249 599</i>

Sources : *Cpom 2007-2012 et comptes financiers*

En 2013, et sans qu'un bilan formalisé n'ait été dressé du précédent contrat, la discussion a été engagée entre l'établissement et l'ARS pour un nouveau Cpom couvrant la période 2013-2018. Le socle commun à l'ensemble des établissements de la région, à effet au 28 décembre 2013, a été signé afin de respecter les délais posés par la réglementation. Néanmoins, à ce jour, les orientations spécifiques au CHSA n'ont pas été arrêtées.

1.7. Une organisation en pôles dès 2006

Le CHSA a déterminé son organisation en pôles d'activité clinique et médico-technique dès octobre 2006.

Dans le cadre du Cpom 2007-2012, il s'était engagé à conclure, à l'échéance 2008, des contrats de pôle intégrant la délégation de gestion. Les contrats des neuf pôles n'ont finalement été signés qu'en janvier 2012 pour un an renouvelable.

Ces contrats permettent, sur le fondement d'objectifs institutionnels et d'objectifs propres à chaque pôle, certaines délégations de crédits pour les dépenses hôtelières et la formation, ainsi qu'une certaine déconcentration de la prise de décision en matière de ressources humaines. Ils intègrent des tableaux de bord qualitatifs pour un suivi trimestriel par le directoire.

Le premier bilan annuel, pôle par pôle, a été effectué le 23 mai 2013.

2. UNE SITUATION FINANCIÈRE MARQUÉE PAR DE FORTS INVESTISSEMENTS

2.1. Principales conclusions du précédent rapport de la chambre

Le précédent rapport de la chambre régionale des comptes, portant sur les exercices 2002 à 2007, avait relevé les principaux points suivants :

- Une augmentation du montant des restes à recouvrer (RAR) et la nécessité d'une meilleure maîtrise des créances sur hospitalisés et consultants, indispensable pour inverser la dynamique d'accroissement des impayés ;
- L'existence de montants élevés en recettes à régulariser (c/471) au-delà de la journée complémentaire ;
- Des résultats comptables déficitaires depuis 2005 essentiellement dus aux dotations aux provisions réglementées relatives aux constructions alors en cours, et au déficit chronique du centre Raymond Garcin dont l'activité était insuffisante et trop peu diversifiée.

2.2. La fiabilité des comptes à parfaire

2.2.1. La fiabilité de l'actif du bilan globalement assurée

2.2.1.1. Immobilisations incorporelles et corporelles

Les immobilisations (252,4 M€ en 2013) sont principalement de nature corporelles (87,4% du total des immobilisations en 2013). Celles-ci augmentent fortement (+54,1%) durant la période sous examen, ainsi que les amortissements (+22,7%), reflétant bien la modernisation architecturale engagée.

Dans le cadre de son plan d'action en vue de la certification de ses comptes, l'établissement s'est engagé dans des travaux de recensement détaillé des éléments constituant l'actif (notamment les bâtiments). La réaffectation des biens, conformément à la M21, et la rédaction de procédures pour la tenue de l'inventaire sont prévus. Ces travaux ont débuté au second semestre 2012 et sont toujours en cours.

L'état de l'actif au 31 décembre 2010 a été rapproché de la balance générale à la même date. Ce rapprochement a été réalisé une nouvelle fois fin 2013. Des correctifs ont été nécessaires (614 k€ en 2013) pour améliorer l'adéquation entre les états du comptable et de l'ordonnateur.

2.2.1.2. Immobilisations en cours

Le CHSA a engagé un important plan pluriannuel de travaux qui se traduit par une augmentation substantielle du compte c/23 « opérations en cours » en particulier entre 2010 et 2011 (+8,2 M€). La construction du nouveau bâtiment Lévy-Valensi, destiné à accueillir la clinique des maladies mentales et de l'encéphale (CMME) et le secteur psychiatrique 75G03, et la rénovation du centre psychiatrique d'orientation et d'accueil (CPOA) en constituent les opérations principales.

L'intégration des immobilisations en cours dans l'état de l'actif est effectuée régulièrement ; celle de ces opérations a eu lieu en 2012.

Néanmoins, figure également parmi les immobilisations en cours, et depuis 1970, l'immeuble qui héberge l'infirmerie psychiatrique de la préfecture de police de Paris (I3P) pour lequel la question de la propriété n'est toujours pas tranchée (cf. 3.2.3).

Tant le terrain d'assiette que l'immeuble n'ont pas lieu de figurer dans les comptes du CHSA dans la mesure où l'avis du Conseil d'Etat, sur lequel s'appuie l'établissement, n'a pas valeur de titre de propriété.

A la fin 2013, les immobilisations en cours augmentaient de nouveau (26,99 M€), conséquence de la poursuite du schéma immobilier et architectural du CHSA.

2.2.2. L'apurement des créances irrécouvrables pour améliorer la fiabilité de l'actif circulant

2.2.2.1. Restes à recouvrer peu importants

Contrairement à ce qui avait été constaté par la chambre pour la période antérieure, le CHSA a connu de 2009 à 2013 des restes à recouvrer contentieux peu importants (taux nettement inférieur au seuil maximum de 3% communément admis). Il sont toutefois en forte hausse en 2013.

2.2.2.2. Les admissions en non-valeur en forte diminution

Les admissions en non-valeur (ANV) représentent une part en forte diminution des restes à recouvrer (1,2% en 2013).

Le stock de créances irrécouvrables, important en début de période sous examen (1,2 M€) a très fortement diminué (0,3 M€ en 2013) grâce à une politique active d'apurement de ces sommes. L'établissement s'est efforcé de passer en perte sur créances irrécouvrables (c/654) des montants supérieurs aux ANV de l'année à compter de 2010, permettant ainsi d'en réduire le stock.

Il perdure malgré tout, fin 2013, une somme de 0,32 M€ encore à apurer.

2.2.3. La fiabilité du passif du bilan entachée par des provisions irrégulières

2.2.3.1. Des provisions en forte augmentation

La chambre constate l'absence de l'annexe présentant le contenu des provisions (F0) qui doit, règlementairement, être jointe aux comptes financiers²².

Ces états ont été fournis à la chambre à sa demande.

Les provisions du CHSA ont augmenté de 41,4% au cours de la période sous examen, passant de 15,1 M€ en 2008 à 21,3 M€ en 2013 (soit +6,2 M€), presque exclusivement du fait de la progression des provisions règlementées pour renouvellement des immobilisations.

2.2.3.2. Provision règlementée pour renouvellement des immobilisations

Les provisions règlementées pour renouvellement des immobilisations (c/142)²³ intègrent les aides apportées par l'ARS pour les trois investissements suivants :

²² Arrêté du 19 octobre 2006 relatif au compte financier des établissements publics de santé.

²³ Cette provision règlementée c/142 est fondée sur le principe d'une allocation anticipée d'aides destinées à la couverture des surcoûts d'exploitation générés par les nouveaux investissements, sous forme de dotations budgétaires supplémentaires versées par l'assurance maladie.

- Dans le cadre des crédits Hôpital 2007, le CHSA a obtenu une aide de 0,95 M€ sous forme d'aide à la contractualisation, et à compter de 2008 de DAF reconductible, pour le Bâtiment CMME-Secteur 3. Ces crédits ont été provisionnés et une première reprise a été faite en 2012.
- En application du contrat d'objectifs et de moyens signé en 2006, l'ARH a accordé 1,2 M€ par an pendant 20 ans pour le financement des surcoûts d'exploitation du regroupement des structures hospitalières des 15^{ème} et 16^{ème} arrondissements. Des reprises ont été effectuées à compter de 2008.
- Le CHSA a obtenu des financements du Plan régional d'investissement en santé mentale pour la restructuration du pavillon Benjamin-Ball. Les sommes de 0,16 M€ (en 2007-2008) puis de 0,32 M€ (DAF reconductible) ont été provisionnées, sans reprise à ce jour puisque les travaux n'étaient prévus qu'en 2014.

En 2012, la reprise sur provision de 2,23 M€ comprenait également un transfert au compte c/158 « Autres provisions pour charges » de 0,99 M€ de provisions non réglementées constituées en 2008 pour financer des surcoûts d'exploitation d'autres opérations du plan pluriannuel d'investissement (PPI).

2.2.3.3. Provision pour gros entretien ou grosses révisions

Les provisions pour gros entretien ont été jusqu'alors imputées à tort sur le compte c/158 « Autres provisions pour charges ».

La chambre prend acte que l'établissement, en accord avec le comptable, a prévu de les réaffecter à la clôture 2014 dans le cadre de sa préparation à la certification des comptes.

2.2.3.4. Les autres provisions pour charges à réexaminer

Les autres provisions pour charges ont légèrement diminué sur la période pour représenter encore 4,5 M€ en 2013.

Leur détail montre toutefois, pour l'année 2013, qu'elles ont concerné des opérations qui ne répondaient pas aux critères réglementaires définissant une provision pour charge : passif certain, échéance ou montant imprécis, obligation vis-à-vis d'un tiers qui entraînera une sortie de ressources sans contrepartie équivalente.

Ainsi il peut être relevé :

- Une provision de 235 000 € dans la perspective d'un contrôle de l'assurance maladie, alors qu'il aurait été plus judicieux de lever les difficultés qui pourraient entraîner les éventuelles pénalités ;
- De nombreux financements attribués dans le cadre de la recherche. Or, à l'exception des provisions pour renouvellement des immobilisations, les financements reçus par un établissement de santé ne peuvent pas être conservés au moyen d'une provision ;
- Il en est de même pour les financements obtenus dans le cadre de programmes (Plan Autisme) ;
- Une provision pour emprunt afin de faire face aux surcoûts du plan pluriannuel d'investissement ;

- Une somme de 19 624 € relative à une subvention du Fonds pour l'insertion des personnes handicapées qui ne peut pas constituer une provision

Interrogé sur la nature de ces prévisions, l'établissement a indiqué que dans le cadre de la préparation à la certification des comptes, ces provisions faisaient l'objet, en 2014, d'une analyse afin de régulariser les écritures.

2.2.3.5. Des provisions pour dépréciation des comptes de redevables encore supérieures aux ANV constatées

Le montant de la provision pour dépréciation des comptes de redevables (c/491) est stable jusqu'en 2010 (0,68 M€), puis diminue nettement en 2011 (0,36 M€) avant d'augmenter de nouveau (0,55 M€ en 2013).

La baisse est due essentiellement à deux facteurs :

- Un changement de politique dans l'évaluation du montant à inscrire en provisions. Jusqu'à 2010, celui-ci était ajusté au montant proposé en non-valeur en n-1. Depuis 2011, l'établissement analyse les créances douteuses pour adapter le montant de ses provisions au risque estimé ;
- Une campagne d'apurement progressif des créances présentées en ANV (cf. 2.2.2.2).

2.2.4. Opérations hors bilan

Les comptes financiers du CHSA ne sont pas accompagnés de l'état H1 retraçant les engagements hors bilan autres que les instruments de couverture de la dette à long terme²⁴.

Interrogé, l'établissement a toutefois indiqué l'existence d'un bail emphytéotique au profit de la société SA d'HLM Aximo, signé en 2005 pour 25 ans, et communiqué les éléments à la chambre pour 2012 et 2013.

L'absence de l'annexe H1, comme celle des annexes relatives aux provisions déjà mentionné (cf. 2.2.3.1), entache la transparence des données financières du CHSA, ce qui est assimilable à un défaut de sincérité. L'établissement doit produire l'ensemble des annexes prévues par la réglementation.

2.2.5. La fiabilité du compte d'exploitation à améliorer

2.2.5.1. Un taux de report de charges à réduire

Depuis 2009, le taux de report de charges sur exercices antérieurs dépasse le seuil d'alerte admis de 0,2 %. Il est particulièrement élevé en 2011 (0,38%).

²⁴ L'arrêté du 27 novembre 2012, relatif au compte financier des établissements publics de santé, prévoit que doit figurer obligatoirement dans le compte financier à compter de l'exercice 2012, un état H1 « retraçant les engagements hors bilan autres que les instruments de couverture de la dette à long terme ».

Si le report des charges de personnel a baissé de 50,1% au cours de la période sous examen, passant de 0,49 M€ à 0,24 M€, il a atteint des niveaux élevés en 2008, 2011 et 2012. Le report de charges hôtelières et générales quant à lui a triplé, passant de 0,03 M€ à 0,15 M€ sur la période sous examen.

Néanmoins, l'établissement porte son effort sur la maîtrise de ses reports, comme l'atteste la baisse du taux de report de charges (0,22 % en 2013). Cet effort devra être poursuivi.

2.2.5.2. Rattachements des produits

2.2.5.2.1. Les produits liés à l'activité

Si l'établissement pratique bien le rattachement des produits à recevoir, celui-ci est irrégulier sur les exercices sous revue.

C'est spécialement le cas du compte c/418 « Redevables – produits à recevoir » qui évolue de façon erratique entre 0,27 M€ et 3,10 M€ au cours de la période sous examen, quand bien même une certaine fluctuation des montants peut être admise.

En 2013, des difficultés de personnel à la direction de la facturation ont provoqué une situation conjoncturelle de retard inhabituel pour l'instruction et la facturation des dossiers.

Mais plus généralement, la fluctuation du montant des produits à rattacher est liée aux difficultés que rencontre l'établissement pour constituer les dossiers administratifs permettant la prise en charge des frais de séjour. Le CHSA le justifie en invoquant les caractéristiques socioéconomiques spécifiques de la population qu'il est amené à prendre en charge et pour laquelle un travail sur la situation au regard des droits sociaux de l'individu est souvent nécessaire, au préalable à l'identification des débiteurs. En particulier, malgré l'intervention d'assistantes sociales et le soutien de la permanence d'accès aux soins de santé en milieu psychiatrique (Pass-Psy), il lui est toujours difficile de recueillir les informations pour la patientèle étrangère.

Néanmoins, même si elle peut être amplifiée dans la capitale, cette problématique est couramment rencontrée par les établissements situés dans les grandes agglomérations et ne décharge pas le CHSA de l'effort à porter sur la chaîne de facturation, et plus particulièrement sur la qualité des informations administratives permettant de constituer le dossier du patient.

Les réémissions de titres sur exercice antérieurs (c/7721), rapportées aux recettes du Titre II, augmentent brutalement entre 2010 (environ 4 %) et 2011 (plus de 10,5 %). L'établissement explique ce phénomène par la systématisation de la transmission en norme B2 à l'Assurance maladie en 2009, qui a nécessité la formation des agents et le déploiement de nouveaux outils. Ce dispositif, et notamment le traitement des rejets et son rattrapage, n'a été effectif qu'en 2011. En 2013, le taux de réémission diminue légèrement. Il retrouve en 2014, selon la réponse de l'ordonnateur aux observations provisoires de la chambre, le niveau constaté en 2008.

2.2.5.2.2. Les recettes à classer ou à régulariser

Alors que le rapport précédent de la chambre avait relevé d'existence de montants élevés en recettes à régulariser, le taux de recettes à classer rapporté aux recettes totales ne dépasse pas, au cours de la période sous examen, (même s'il l'égalise en 2012 et 2013) le plafond généralement admis de 0,2 %.

2.2.5.3. La récupération de la TVA à mettre en œuvre

Le compte c/44567 « Etat – crédit de TVA à reporter » n'a pas été mouvementé depuis 2008. Pourtant, l'établissement assure des activités entrant dans le champ de la TVA et pouvant donner lieu à déduction.

Interrogé, l'établissement a indiqué que les déclarations de TVA ne faisaient pas apparaître de crédit de TVA. Il s'est rapproché du comptable afin de régulariser les écritures et envisage le recours à une expertise fiscale pour l'aider dans cette démarche.

La chambre ne peut que l'encourager dans cette démarche.

2.2.5.4. Les écritures entre budget principal et budgets annexes à améliorer

Les écritures de reversement des budgets annexes sont équilibrées au bilan, mais pas au compte de résultat.

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

Ces écritures entachent la lisibilité du passage des comptes des résultats annexes au compte de résultat du budget principal, même s'il cela n'a pas d'impact en termes de résultat consolidé. Selon l'ordonnateur, elles seront corrigées à compter de 2015.

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

Le CHSA devra faire certifier ses comptes à partir de l'exercice 2015 comme en dispose l'arrêté du 1^{er} août 2014 fixant la liste des établissements publics de santé soumis à la certification de leurs comptes à compter de cet exercice 2015.

Pour cela, il s'est engagé dans une démarche, commune avec l'Hôpital de Maison Blanche et le groupe public de santé Perray-Vaucluse, de préparation à la certification de ses comptes. Le choix a été fait de mener ce projet dans le cadre de la CHT afin de partager les méthodologies.

Une feuille de route a été élaborée en mars 2013 avec le comptable public, principalement orientée vers les travaux d'inventaire, et un bilan d'étape de la préparation de l'établissement à la certification présenté en juin 2014 à l'ARS.

2.2.7. Conclusion sur la fiabilité des comptes

Les comptes du centre hospitalier Sainte-Anne sont globalement fiables et l'engagement de l'établissement dans la préparation à la certification de ses comptes devrait encore les améliorer.

Néanmoins la chambre a relevé que le CHSA ne produisait pas toujours toutes les annexes aux comptes financiers prévues par la réglementation. Ce manque de transparence est de nature à entacher la sincérité des comptes.

Ainsi, les états auraient permis de constater que le compte « autres provisions pour charges » (c/158) comportait des opérations qui ne répondaient pas à la définition d'une provision. L'établissement s'est engagé à les analyser.

Le CHSA, par une campagne d'apurement des créances admises en non valeur et une meilleure évaluation du montant à inscrire en provision, a réussi à réduire sa provision pour dépréciation des comptes de redevables.

En lien avec la question patrimoniale, il devra régulariser l'écriture en immobilisation en cours relative à l'immeuble hébergeant l'I3P.

Si le CHSA a porté l'effort sur la réduction des reports de charges, il devra également améliorer le rattachement de ses charges, ce qui nécessite un travail sur le processus de la chaîne de facturation dès l'arrivée du patient pour s'assurer au maximum du bon enregistrement des données administratives.

L'établissement, qui exerce certaines activités pouvant bénéficier de la déduction de TVA, n'a pas mouvementé le compte « Crédit de TVA à reporter » (c/44567) sur l'ensemble de la période sous examen. Interrogé par la chambre, il s'est rapproché du comptable afin d'analyser la situation.

Enfin, la fiabilité des écritures de reversement des budgets annexes vers le budget principal est assurée au bilan, mais les écritures ne sont pas équilibrées au compte de résultat.

2.3. La situation financière rétrospective, des marges de manœuvre en baisse

2.3.1. Dépenses et recettes du budget principal progressent au même rythme

Les résultats comptables consolidés du CHSA sont négatifs sur l'ensemble de la période 2008-2013, poursuivant ainsi la tendance observée depuis 2005, et qu'avait relevé la chambre dans son précédent rapport.

Le résultat du budget principal reste continuellement négatif et, même si en moyenne ce déficit ne représente que 0,2 % des recettes, il indique que l'établissement s'est durablement installé dans une situation déficitaire qui tend à devenir structurelle.

En cumulé sur la période examinée, le budget principal accuse ainsi un déficit de 1,5 M€.

Cependant le CHSA dispose, en début de période, d'un report à nouveau excédentaire de 3,2 M€ permettant d'absorber ces déficits successifs, mais qu'il érode peu à peu, réduisant ainsi ses marges de manœuvre.

Tableau n° 4 : Evolution des reports à nouveau, en €

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Report à nouveau excédentaire	3 223 835	2 934 598	2 777 282	2 567 334	2 496 451	1 883 021
Report à nouveau déficitaire		- 312 046	- 441 040	- 235 048	- 327 885	- 247 289
Report à nouveau	3 223 835	2 622 552	2 336 241	2 332 287	2 168 566	1 635 732
Résultat de l'exercice	- 601 283	- 286 311	- 3 955	- 163 721	- 532 834	- 412 824

Source : comptes financiers

Pour son activité, le CHSA dispose, en outre du budget principal, des comptes annexes suivants :

- Budget C : Ecoles paramédicales ;
- P1 : Centre spécialisé de soins aux toxicomanes (CSST) Moreau de Tours ;
- P2 : CSST Paris La Santé ;
- P3 : Alcoologie²⁵ ;
- P4 : Institut médico-psycho-pédagogique et éducatif des troubles du comportement de l'enfant et du préadolescent (IMPPEC) ;
- P5 : Service d'accompagnement à la vie sociale Epilepsies (SAVS Epilepsies) ;
- P6 : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)²⁶.

La contribution des budgets annexes au résultat consolidé cumulé (-0,5 M€) représente 22,7 % du déficit global de la période (2,0 M€).

Mais ce constat peut s'avérer faussé. En effet, même si elle admet un besoin en financement médico-social pour le budget Csapa (P6), l'ARS a indiqué dans son courrier du 18 juillet 2014, ne pas être en mesure de le garantir, contraignant ainsi l'établissement à faire supporter le différentiel par le budget principal, au détriment de la transparence des financements.

Au total sur la période 2008-2013, les charges progressent (10,83 %) sensiblement au même rythme que les produits (10,86 %), soit +17,4 M€, ne permettant pas de rétablir l'équilibre.

Tableau n° 5 : Charges et Produits du budget principal, en M€

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Charges relatives au personnel (Titre I)	120,57	122,61	124,38	126,06	129,09	129,95
Charges à caractère médical (Titre II)	6,90	7,77	8,25	9,68	9,55	9,44
Charges à caractère hôtelier et général (Titre III)	16,37	17,23	17,74	18,89	20,49	18,99
Amortissement, provisions, charges financières et exceptionnelles (Titre IV)	16,43	11,56	14,45	14,85	16,38	19,24
TOTAL DES CHARGES DU BUDGET PRINCIPAL	160,26	159,17	164,83	169,48	175,51	177,63
Produits de l'assurance maladie (Titre I)	134,35	136,83	140,07	143,39	146,44	149,36
Produits de l'activité hospitalière (Titre II)	12,41	12,21	14,90	14,92	13,89	15,35
Autres produits (Titre III)	13,25	9,96	9,64	11,10	14,56	12,67
TOTAL GENERAL DES RECETTES	160,01	159,01	164,62	169,41	174,90	177,39

Source : comptes financiers

²⁵ La direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) ayant fait remarquer que le compte P3 « activité de lutte contre l'alcoolisme » ne pouvait pas faire l'objet d'une autorisation budgétaire, ses moyens ont été agrégés à ceux du compte P2. Ce budget annexe est néanmoins toujours mentionné dans les comptes financiers.

²⁶ Le compte annexe P6, à sa création en 2010, a repris les activités des comptes annexes P1 et P2.

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

Les charges de personnel du budget principal, avec une croissance annuelle moyenne de 1,5 %, paraissent bien maîtrisées, passant de 120,57 M€ à 129,95 M€ sur la période 2008-2013 (+9,4 M€). Leur part dans les charges totales tend à décroître entre 2009 (77,0 %) et 2013 (73,2 %), mais leur poids rend le total des charges sensible à leur variation.

Les charges à caractère médical du budget principal progressent de 36,9 % sur la période (soit +2,5 M€). Près de la moitié de cette hausse (1,2 M€) est due aux fournitures de produits finis et petits matériels médicaux (c/6022), conséquence du développement du MCO sur les dernières années²⁷. Les charges du titre II (9,44 M€) représentent 5,3 % des charges totales en 2013.

Les charges à caractère hôtelier et général du budget principal s'élèvent de 16,0% sur la période (+2,6 M€). Après une hausse continue jusqu'en 2012 (+4,1 M€), elles ont diminué sur la dernière année de la période sous revue (-1,5 M€). Les hausses des dépenses pour services extérieurs (+1,8 M€) et des achats non stockés (+1,2 M€), dues en grande partie à l'augmentation des surfaces à entretenir, sont en partie compensées par la diminution des dépenses sur d'autres postes. La part du titre III (19,0 M€ en 2013) dans les dépenses du budget principal est stable autour de 10,7 %, sauf en 2012 (11,7 %).

Les charges de titre 4 du budget principal progressent de 17,1 % (2,8 M€) sur la période. Les frais financiers, avec 2,4 M€, portent l'essentiel de cette augmentation, singulièrement entre 2011 et 2012 (+0,76 M€). Les dotations aux amortissements et provisions retrouvent, en 2013 (13,61 M€), leur niveau de 2008 (13,67 M€). Le titre IV (19,24 M€) prend part pour 10,8 % dans le total des charges du budget principal en 2013.

2.3.1.2. Les produits de l'activité hospitalière en proportion croissante dans les recettes

Entre 2008 et 2013 les produits de l'assurance maladie (Titre I) du budget principal connaissent une augmentation de 11,2 % (+15,0 M€), soit 2,1 % en moyenne annuelle, progressant de 134,35 M€ à 149,36 M€. Ils représentent environ 84 % de l'ensemble des recettes du budget principal.

Alors que la dotation annuelle de fonctionnement (DAF) évolue de +7,6 % (soit +7,7 M€) pendant la période sous examen, les produits de la tarification des séjours croissent deux fois plus rapidement (13,2 %), même si la hausse est plus modeste en valeur (2,9 M€). Dans le même temps, les financements MIGAC (missions d'intérêt général et aide à la contractualisation) évoluent fortement (+47,3 %, soit 3,4 M€), avec un pic de +2,26 M€ entre 2010 et 2011.

Les produits de l'activité hospitalière (Titre II) connaissent une forte hausse de 23,7 % (soit +2,9 M€), dont l'essentiel tient aux produits de la tarification en hospitalisation complète non pris en charge par l'assurance maladie (+2,2 M€). Les recettes du titre II représentent 8,7 % du total des recettes du budget principal en 2013.

Parallèlement, les « autres produits » (titre III) ont régressé de 4,3 % (-0,58 M€) entre 2008 et 2013. Toutefois, sans les produits exceptionnels qui ont été particulièrement élevés en 2008 (4,9 M€), les recettes du titre III ont cru de 4,0 M€, pour un total de 12,67 M€ en 2013. Le titre III représentait 7,1 % du total des recettes du budget principal en 2013.

²⁷ Notamment le développement de la pose d'implants intra-cérébraux.

2.3.2. La constance de résultats nets déficitaires

2.3.2.1. La valeur ajoutée en progression

La valeur ajoutée de l'établissement a augmenté de 11,16% au cours de la période 2008-2013 (+14,4 M€), soit une progression annuelle moyenne de 2,14 %. Cette hausse est particulièrement sensible entre 2012 et 2013 (+6,1 M€), due à une hausse importante des produits bruts d'exploitation (+4,7 M€) conjuguée à une baisse des consommations intermédiaires (-1,5 M€).

Les produits bruts ont crû de manière soutenue de 19,4 M€ sur la période (soit une moyenne de 2,45 %), portés par la DAF (7,7 M€) et presque autant par les produits variables selon l'activité (6,9 M€).

Cependant les consommations intermédiaires ont augmenté plus rapidement que les produits bruts (+4,4 M€, soit 3,54 % en moyenne annuelle) du fait des consommations en provenance des tiers (+3,4 M€, soit +34,07 %) et des charges externes (+2,3 M€, soit +19,29 %) ; la progression des remboursements de frais des comptes annexes étant quasi nulle.

2.3.2.2. De la valeur ajoutée au résultat courant

L'excédent brut d'exploitation (EBE) s'est fortement amélioré entre 2008 et 2013 (+ 36,11%).

Cette évolution est essentiellement liée à celle des charges de personnel, mais profite également des importantes subventions d'exploitation dont a bénéficié l'établissement à chaque exercice (21,3 M€ en cumulé sur la période). Les charges de personnel (+8,76 %) augmentent moins vite que la valeur ajoutée (+11,16 %) et les impôts et taxes progressent rapidement (30,95 %), même si les montants sont plus modestes (0,13 M€ en 2013).

En 2013, l'EBE représentait 7,4 % des produits bruts d'exploitation, taux le plus élevé sur la période sous revue pendant laquelle il se situait autour de 6 %.

La marge brute²⁸, qui avait très peu progressé entre 2008 (10,1 M€) et 2012 (10,2 M€), connaît une forte évolution en 2013 (14,95 M€, soit +46,6 % par rapport à 2012). L'augmentation sensible sur les deux dernières années des autres produits de gestion courante²⁹ est venue contribuer à la constitution de la marge brute en amplifiant l'évolution de l'excédent brut d'exploitation.

Le taux de marge brute, rapporté aux produits d'exploitation, se situait encore à 5,90 % en 2012 (en-dessous de la médiane de 6,50 % pour les hôpitaux de sa catégorie). Il atteint un taux satisfaisant en 2013 avec 8,43 %.

²⁸ La Marge Brute retrace l'activité courante de l'établissement, hors opérations de renouvellement de l'actif, opérations financières et exceptionnelles.

²⁹ Les « autres produits de gestion courante » comprennent, principalement, le remboursement, par le CH Necker (AP-HP), des frais de gestion (charges générales et de personnel) de l'immeuble sis boulevard Brune.

Tableau n° 6 : Taux de marge brute

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Taux de marge brute	6,66%	5,20%	6,75%	5,85%	5,90%	8,43%

Source : Retraitements IDAHO

Sur toute la période, la marge brute a, certes, couvert les amortissements et les frais financiers, mais ceux-ci en absorbaient l'essentiel particulièrement en 2008 (90,5 %), en 2012 (95,67 %) et encore 77,7 % en 2013. Les frais financiers ont progressé plus rapidement (+2,4 M€) que les amortissements (+1,4 M€).

2.3.2.3. Du résultat d'exploitation au résultat net

L'établissement a perçu des aides exceptionnelles non reconductibles de 2008 à 2010 pour un montant cumulé de 3,4 M€ permettant d'améliorer le résultat de ces années.

Sans ces aides, le déficit cumulé sur la période se serait élevé à 5,35 M€.

En 2008, le CHSA affichait un résultat d'exploitation négatif (-1,05 M€). Celui-ci est devenu positif par la suite (+2,33 M€ en 2009 et +4,24 M€ en 2013). Les budgets annexes participent modestement au résultat d'exploitation.

Le résultat financier, constitué uniquement des charges financières, s'est aggravé sur la période, passant de -0,29 M€ en 2008 à 2,68 M€ en 2013 en lien avec la mobilisation des emprunts particulièrement les deux dernières années.

Le résultat courant est resté cependant positif entre 2009 (1,91 M€) et 2013 (1,69 M€), sauf en 2012 où l'activité quotidienne n'est pas parvenue à couvrir les charges financières (-0,33 M€).

Le résultat net de l'exercice, déficitaire sur toute la période, a bénéficié d'un résultat exceptionnel positif en 2008 (+0,74 M€). Il a, au contraire, été pénalisé par un résultat exceptionnel déficitaire les années suivantes. Les produits exceptionnels, qui traduisent notamment la réémission de titres après annulation sur les exercices clos, ne couvrent pas les charges essentiellement dues aux titres annulés sur exercices antérieurs.

Tableau n° 7 : SIG, du résultat d'exploitation au résultat net, en M€

Soldes	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Résultat d'exploitation	-1,05	2,33	4,17	4,20	1,94	4,24
+ Produits financiers	-	-	-	-	-	-
- Charges financières	0,29	0,43	1,06	1,50	2,26	2,68
Résultat courant	-1,34	1,91	3,10	2,70	-0,33	1,69
+ Produits exceptionnels	4,91	1,09	1,23	1,90	4,47	3,25
- Charges exceptionnelles	4,18	3,28	4,34	4,76	4,68	5,18
Résultat exceptionnel	0,74	-2,19	-3,11	-2,86	-0,21	-1,93
Résultat net	-0,60	-0,29	-0,00	-0,16	-0,53	-0,24

Source : Retraitements IDAHO

Dans cet ensemble, le centre Raymond Garcin affiche un résultat qui redevient positif à compter de 2010. Néanmoins les données, produites à partir des retraitements comptables, sont à prendre avec précaution car elles ne sont pas totalement comparables. En effet, le système d'information de l'établissement ne permettait pas la ventilation des produits de Titre 2 entre les activités Psychiatrie et MCO. De plus, les recettes étaient valorisées à 100% T2A, alors qu'à compter de 2010, les recettes réelles du compte financier et une première ventilation de l'enveloppe Merri ont pu être prises en compte.

2.3.2.4. Une capacité d'autofinancement nette à conforter

En cumulé, le CHSA a généré une CAF brute de 51,9 M€ sur la période 2008-2013. Celle-ci est élevée en 2013 (11,17 M€), profitant d'une valeur ajoutée importante.

Le taux de CAF brute³⁰, qui permet d'apprécier la capacité de l'établissement à investir, se situait en 2012 (4,2 %) en-dessous de la valeur médiane (6,1 %). Il se redresse toutefois en 2013 à 6,2 %.

La CAF nette, une fois déduit le remboursement des dettes financières hors crédit à long terme renouvelable (CLTR) en capital, présente un solde cumulé sur la période de 44,1 M€. Même si à l'issue de l'exercice 2013, la CAF nette a augmenté de près de 60 % par rapport à 2012, sur l'ensemble de la période, elle a baissé de 8,3 %. Il s'agit, en 2014, de conforter cette tendance à la hausse de cette CAF nette.

Le taux de CAF nette³¹ rapportée à la CAF brute se détériore durant la période, passant de 93,8 % en 2008 à 75,8 %, du fait de l'augmentation sensible des annuités d'emprunts. Néanmoins, le niveau atteint témoigne de marges de manœuvre encore disponibles, à condition d'être maniées avec prudence, pour la poursuite des investissements.

2.3.3. Fonds de roulement et besoin en fonds de roulement, un équilibre à retrouver

2.3.3.1. Une dynamique de modernisation de l'investissement

Le taux de renouvellement des immobilisations, qui traduit le rythme des investissements de l'hôpital, s'est accéléré nettement en 2009 (12,2 %) et 2010 (12,3 %) pour revenir à un taux encore soutenu sur le reste de la période sous examen (8,4 % en 2013).

En conséquence, le taux de vétusté des équipements a décru régulièrement (de 84,5 % en 2008 à 77,4 % en 2012 et 78,2 % en 2013) pour approcher le niveau médian constaté pour les établissements de même catégorie (77,9 % en 2012).

Celui des bâtiments s'est dégradé entre 2008 (57,9 %) et 2011 (64,5 %), puis s'est amélioré nettement (44,8 % en 2013) avec notamment la livraison du bâtiment Joseph Lévy-Valensi.

La modernisation de l'établissement est fortement engagée.

³⁰ Le taux de CAF brute rapporte la CAF à la totalité des produits encaissables (Tableau de bord financier des établissements publics de santé).

³¹ Taux de CAF nette : Ce ratio mesure la part de l'autofinancement absorbée par le remboursement en capital de la dette. Plus cette part est élevée, plus l'établissement dispose d'autofinancement réel à consacrer au financement de ses investissements (dont le renouvellement des immobilisations).

2.3.3.2. Un fonds de roulement net global insuffisant

Entre 2008 et 2013, les financements stables ont augmenté de 94,7 M€ (soit 52,4 %) essentiellement par l'emprunt (+65,6 %) et les amortissements (+22,7 M€). Le report à nouveau excédentaire a diminué de 1,2 M€.

La progression des biens stables a été plus rapide (+55,1 %), mais pour un montant moindre (+92,9 M€). L'essentiel est dû aux immobilisations corporelles (+92,6 M€) en raison de la réalisation de constructions (+67,2 M€) et d'installations, matériel et outillage (+27,2 M€).

En 2013, les financements stables représentaient 275,5 M€ et les biens stables 259,0 M€.

Le fonds de roulement net global (FRNG), en décroissance sur la période 2008-2012 pour atteindre 5,2 M€ en 2012, rebondit en 2013 à 16,5 M€. Ce mouvement se traduit par une baisse inquiétante du FRNG exprimé en jours de charges courantes (11 jours en 2012). Malgré une nette amélioration en 2013, il ne représente alors que 32,7 jours de charges courantes, au-deçà du chiffre médian pour la catégorie d'établissement (48,8 jours).

2.3.3.3. Une dette sécurisée

2.3.3.3.1. Des financements faisant de plus en plus appel à l'emprunt

Sur l'ensemble de la période sous examen, le CHSA a réalisé 138,7 M€ de dépenses d'investissement et remboursé 7,8 M€ d'emprunts hors CLTR.

La CAF nette de 44,1 M€ et les apports et subventions de 1,9 M€ ont contribué à couvrir le besoin de financement cumulé de 146,6 M€. Le besoin d'emprunt se situait à 89,2 M€, mais l'établissement n'en a mobilisé que 80,7 M€ et a prélevé 8,5 M€ sur le fonds de roulement.

Les emprunts, qui ont représenté moins de 70 % des investissements entre 2008 et 2012, ont fortement augmenté en 2013 (23,9 M€ d'emprunts nouveaux) pour en représenter 112,3 % malgré une CAF importante (11,17 M€).

Enfin, le taux de couverture des emplois par les ressources, globalement favorable sur la période 2008-2012, fait un bond à 146,9 % en 2013 (pour un taux médian dans les établissements de même catégorie de 104,07).

La dette du CHSA est constituée d'un emprunt obligataire de 5 M€ contracté en 2010, d'un « prêt » de 1,04 M€ de la Ville de Paris et de prêts bancaires en forte augmentation sur la période.

L'encours fin 2013 était de 74,8 M€, en progression de 65,6 M€ par rapport à 2008.

2.3.3.3.2. Une somme inscrite à tort dans les emprunts

Un « prêt » de la Ville de Paris de 1,04 M€ figure dans les comptes du CHSA sur toute la période, sans constat de remboursement.

L'établissement considère aujourd'hui que cette somme « correspond au loyer d'occupation versé pour l'Infirmierie de la Préfecture de Police de Paris pour l'occupation des locaux sis dans l'enceinte du CHSA. Ce loyer est assimilé à un emprunt. » (cf. 3.2.3).

Dans la mesure elle ne donne lieu ni à remboursement du capital, ni à versements d'intérêts, elle ne peut pas être assimilée à un emprunt. Pour y remédier, l'ordonnateur s'engage à corriger les écritures comptables, en lien avec le comptable.

2.3.3.3.3. L'emprunt obligataire

Le CHSA a participé à une opération de levée de fonds menée, en 2010 pour la seconde fois, par un groupement sans solidarité de dix-neuf CHU/CHR ayant obtenu la note AAA auprès de l'agence de notation Moody's Investors.

Cet emprunt obligataire de 167 M€, remboursable in fine au taux de 3,625%³² et venant à échéance le 29 avril 2020, a permis au CHSA de bénéficier de 5 M€ à un taux attractif.

2.3.3.3.4. Les prêts bancaires

Le CHSA utilise les services du prestataire « Finance active » pour l'élaboration des cahiers des charges de ses appels à l'emprunt, et pour la relation avec les institutions bancaires.

L'essentiel de ses emprunts en euros est à taux fixe, à l'exception d'un contrat de 2012 fondé sur l'Euribor 3 mois qui représente 6,2% du montant initial total des emprunts bancaires. Le portefeuille est donc très sécurisé.

2.3.3.3.5. Des ratios de la dette à surveiller

Le CHSA présente, au 31 décembre 2013, un encours de dette de 74,8 M€ au taux d'intérêt moyen de 4,12 %.

Ce taux d'intérêt moyen paraît un peu élevé compte-tenu du contexte économique et financier actuel et mériterait une étude approfondie de la part de l'établissement pouvant éventuellement aboutir à une renégociation de la dette.

La durée apparente de la dette³³ a augmenté pour atteindre 6,7 ans en 2013 (médiane 5,0 ans). Le taux d'indépendance financière³⁴ s'est élevé durant la période sous revue pour atteindre 49,1 % en 2013 ; la médiane pour les établissements de même catégorie que le CHSA était de 30,7% en 2013. Enfin, l'encours de la dette rapporté aux produits a dépassé le seuil des 30 % avec 41,3 % en 2013.

Le décret n°2011-1872 du 14 décembre 2011, qui a précisé les conditions du recours à l'emprunt pour les établissements de santé, subordonne les établissements à l'autorisation préalable du directeur général de l'ARS pour tout recours à l'emprunt lorsqu'ils répondent à deux de ces trois critères :

- Une durée apparente de la dette supérieure à 10 ans ;
- Un taux d'indépendance financière excédant 50% ;
- Un encours de la dette rapporté au total des produits supérieur à 30%.

³² Soit, au moment de la signature, à mid-swap 10 ans plus 40 Bps et 25 Bps au-dessus de l'OAT dix ans.

³³ La durée apparente de la dette mesure le nombre de mois nécessaires à l'établissement pour rembourser sa dette avec sa seule capacité d'autofinancement.

³⁴ Le taux d'indépendance financière découle du rapport entre la dette à long et moyen terme et les capitaux permanents.

Le CHSA a dépassé le seuil relatif au ratio entre encours et produits d'une part, et a quasiment atteint celui de l'indépendance financière. La détérioration de ces indicateurs, et en conséquence la réduction des marges de l'établissement, devront être prises en compte pour la poursuite de la réalisation du schéma directeur immobilier architectural.

Tableau n° 8 : Ratios liés à la dette

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Durée apparente de la dette (en année)	0,9	3,1	3,69	6,1	7,29	6,7
Indépendance financière	11,60%	23,90%	30,49%	37,26%	41,59%	49,13%
Remboursement annuité capital / amortissement			13,74%	14,26%	27,30%	30,26%
Encours de la dette rapporté au total des produits	5,70%	14,09%	19,44%	25,83%	29,96%	41,26%
Taux d'intérêt de la dette	5,20%	2,59%	3,81%	3,81%	4,59%	4,12%

Source : Retraitement IDAHO et comptes financiers

2.3.3.4. Un besoin en fonds de roulement trop important

Les créances d'exploitation, après avoir augmenté au cours de la période (31,7 M en 2010) sont revenues à un niveau équivalent à celui de 2008 (25,7 M€) en 2013 (26,8 M€). Cela représente une progression de 4,35 % sur la période sous examen (+1,1 M€).

Elles sont constituées essentiellement des créances des caisses de Sécurité sociale (10,5 M€ en 2013, soit 39,3 % du total), des mutuelles et autres tiers-payant (5,2 M€ en 2013, soit 19,3 % du total) et des créances des hospitalisés et consultants (5,5 M€ en 2013, soit 20,3 % du total). Ces dernières sont en très forte progression (+3,5 M€ entre 2008 et 2013), signe d'une difficulté de l'établissement dans le recouvrement auprès des patients.

En 2013, les créances ont représenté 53 jours d'exploitation.

Tableau n° 9 : Ratios en jours d'exploitation

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Créances en jours	70,1	59,39	67,54	57,37	54,77	53,15
Stocks en jours	1,6	2,19	1,88	2,06	1,96	1,95

Source : Retraitement IDAHO

Les dettes d'exploitation ont augmenté fortement (+10,7 M€, soit +105,1 %) entre 2008 (10,2 M€) et 2012 (21,0 M€), avant de décliner légèrement en 2013 (17,58 M€).

L'augmentation au cours de la période sous examen repose en grande partie sur un fort accroissement des dettes fournisseurs (+3,7 M€, soit 115,4 %) et des dettes fiscales (2,0 M€, soit 55,2 %).

En 2013, les dettes fournisseurs et les dettes sociales et fiscales ont représenté respectivement 13,8 jours et 11,3 jours de charges d'exploitation.

Tableau n° 10 : Rotation des dettes fournisseurs et dettes fiscales et sociales, en jours d'exploitation

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Dettes fournisseurs	7,15	10,92	11,26	14,32	17,09	13,80
Dettes sociales et fiscales	8,14	6,93	6,54	11,85	11,27	11,32

Source : Retraitement IDAHO

Au total, même si le besoin en fonds de roulement (BFR), exprimé en jours de charges courantes, s'est amélioré sur la période, passant de 34 jours en 2008 à 18 jours en 2013, il n'en reste pas moins très supérieur au chiffre médian de 9,8 jours constaté dans les établissements de même catégorie.

L'établissement, en réponse à son incapacité à recouvrer ses créances dans des délais raisonnables, retarde le paiement de ses principaux débiteurs, fournisseurs et Etat.

Recommandation n° 2 :

La chambre recommande au CHSA de profiter de la mise en œuvre de la PES V2 pour améliorer sa politique et ses procédures de recouvrement de ses recettes, notamment par une meilleure identification du débiteur dès la prise en charge du patient, afin d'obtenir une baisse substantielle du montant des annulations de titres.

Tableau n° 11 : Besoin en fonds de roulement, en M€

Soldes	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Créances d'exploitation	25,69	26,76	31,66	27,64	27,25	26,97
- Dettes d'exploitation	10,22	12,81	15,70	17,75	20,96	17,58
Besoin en fonds de roulement	15,47	13,95	15,96	9,89	6,29	9,23
<i>En jours de charges courantes</i>	34	31	34	21	13	18

Source : Retraitement IDAHO

2.3.4. Une trésorerie soumise aux fluctuations erratiques des encaissements et des paiements

Les évolutions conjuguées du FRNG et du BFR entraînent les variations erratiques de la trésorerie.

Celle-ci connaît tous les deux ans, au cours de la période sous examen, un déficit (représentant jusqu'à 13 jours de charges courantes en 2010). En 2013, la situation est excédentaire de 7,2 M€ correspondant à 14,4 jours de charges courantes, mais encore très au-deçà de la médiane des établissements de même catégorie (30,8 jours).

Cette situation, caractérisée par un FRNG proche du BFR (sauf en 2010 et en 2013), entraîne mécaniquement des difficultés de trésorerie. Elle est, en particulier, due au décalage entre encaissements et paiements (cf. 2.3.3.4).

Tableau n° 12 : Constitution de la trésorerie, en M€

Soldes	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Fonds de roulement net global	14,65	15,83	9,76	10,36	5,21	16,48
- Besoin en fonds de roulement	15,47	13,95	15,96	9,89	6,29	9,23
Trésorerie	-0,82	1,88	-6,19	0,47	-1,08	7,25
<i>En jours de charges courantes</i>	<i>-1,82</i>	<i>4,17</i>	<i>-13,21</i>	<i>0,98</i>	<i>-2,17</i>	<i>14,37</i>

Source : Idaho

2.3.5. Conclusion sur l'analyse financière

Les résultats comptables consolidés du centre hospitalier Sainte-Anne sont déficitaires, sans interruption, depuis 2005, érodant le report à nouveau excédentaire constitué au cours des années précédentes.

Sur la période sous revue, les charges et les produits progressent sensiblement au même rythme (+10,8%) ; les produits de l'activité hospitalière prenant une part plus grande dans l'ensemble des produits.

La valeur ajoutée augmente de 11,16% sur la période, l'excédent brut de 36,11% et la marge brute dégagée, relativement stable jusqu'en 2012, progresse fortement en 2013 (14,9 M€).

Néanmoins, l'amortissement du capital des emprunts absorbe l'essentiel de la marge brute, et le taux de marge brute rapporté aux produits d'exploitation est encore en-deçà de celui de la médiane des établissements comparables au CHSA en 2012. Ce taux se rétablit en 2013 (8,43%).

Si l'établissement réussit à présenter un résultat d'exploitation positif depuis 2009 (4,24 M€ en 2013), le résultat financier est uniquement composé de charges (2,68 M€ en 2013) et le résultat exceptionnel est fortement négatif depuis 2009 (-1,93 M€ en 2013). Ce dernier est la conséquence de montants élevés d'annulations de titres que le CHSA devra s'efforcer de maîtriser par une politique active d'amélioration de la facturation dès la prise en charge du patient.

Le taux de CAF est inférieur au taux médian des établissements comparables encore en 2012 et se redresse en 2013. Le taux de CAF nette se détériore au cours de la période du fait de la forte augmentation des annuités d'emprunt. Malgré tout, l'établissement dispose encore, s'il agit avec prudence, de marges de manœuvre pour investir.

Il a d'ailleurs engagé une politique de modernisation de ses installations qui se poursuit aujourd'hui.

Le fonds de roulement net global a décliné sur la période sous examen, au point de ne plus représenter que 11 jours de charges courantes en 2012. En 2013, avec 32 jours, il était encore nettement en-dessous du chiffre médian de sa catégorie (48 jours).

L'état de la dette montre un portefeuille sécurisé, constitué d'un emprunt obligatoire de 5 M€ contracté en 2010 et de prêts bancaires presque exclusivement à taux fixe. Figure également parmi les dettes du CHSA, un « prêt » de la Ville de Paris de 1,04 M€. Celui-ci n'ayant connu, depuis l'origine en 1970, aucun remboursement en capital, ni donné lieu à aucun frais financier, ne peut pas être assimilé à un emprunt et devra faire l'objet d'une régularisation.

L'encours de la dette était de 74,8 M€ au 31 décembre 2013, au taux d'intérêt moyen de 4,12%. Compte-tenu du contexte économique et financier actuel, ce taux paraît un peu élevé et mériterait qu'une étude de renégociation de la dette soit menée.

La durée apparente de la dette s'est accrue pour atteindre 6,7 ans en 2013 et le taux d'indépendance financière a atteint 49,1% en 2013. Ces résultats ont amené l'ARS à appeler l'établissement à la vigilance quant à la poursuite des investissements.

Le besoin en fonds de roulement s'est amélioré sur la période mais, exprimé en jours de charges courantes, reste encore supérieur (18 jours en 2013) au chiffre médian de la catégorie (9,8 jours).

Enfin, la trésorerie évolue de façon erratique sur la période, négative une année sur deux. Cette situation, avec le FRNG proche du BFR, est en particulier dûe au décalage entre encaissements et paiements.

2.4. Les fragiles équilibres futurs de l'établissement

2.4.1. La bonne qualité des prévisions budgétaires antérieures

Au cours de la période sous revue, l'écart entre les prévisions budgétaires du CHSA et le réalisé pour le budget principal, toujours positif, est resté au-deçà de 2,4 % pour ce qui concerne les charges, et au-deçà de 3,3 % pour ce qui concerne les produits.

Ces écarts ont diminué en fin de période (1,0 % pour les charges et 1,4 % pour les produits en 2013), signe d'une bonne maîtrise des prévisions, même si des fluctuations peuvent être constatées au niveau des titres.

2.4.2. Un plan global de financement pluriannuel 2014-2018 volontariste

Les EPRD³⁵ et PGFP³⁶ proposés par l'établissement ont été régulièrement validés par l'ARS durant la période sous examen.

Néanmoins, dès l'exercice 2010, l'autorité de tutelle constatait une forte progression du taux d'endettement du fait d'investissements conséquents. Elle invitait, dans son courrier du 8 août 2013, l'établissement à la prudence, en rappelant que le taux d'endettement avait atteint 40% et la durée apparente de la dette 8,4 ans.

Par courrier du 28 août 2014, l'ARS a approuvé le plan global de financement pluriannuel 2014-2018 de l'établissement. Celui-ci repose sur une hypothèse d'évolution annuelle moyenne +0,6 % pour les charges et pour les produits, très en-deçà des 2,1 % de progression annuelle moyenne constatée sur la période 2008-2013.

La chambre s'interroge sur la capacité de l'établissement à contenir ses charges, et notamment ses charges de personnel, à ce niveau sans un travail approfondi sur les organisations et leur productivité.

Sur ces bases, l'établissement prévoit, sur les exercices au-delà de 2015, une diminution lente, mais régulière, du déficit prévisionnel et le maintien du taux de marge brute autour de 7,5 %.

³⁵ Etat prévisionnel des recettes et des dépenses.

³⁶ Plan global de financement pluriannuel.

Tableau n° 13 : Projections, en €

	Réalisatio ns	Prévisions				
	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Résultat prévisionnel Toutes activités	-238 675	-492 217	-247 027	-144 911	-67 476	32 251
Marge brute prévisionnelle	14 947 029	11 757 924	13 670 528	13 630 518	14 118 418	13 809 818
Taux de marge brute (en % des produits)	8,43%	6,63%	7,60%	7,53%	7,76%	7,55%
Capacité d'autofinancement	11 171 917	8 074 218	8 151 240	10 149 352	10 820 238	10 692 028

Source : PGFP 2014-2018

Le programme d'investissement (53,8 M€) bénéficiera de la cession, dès 2014, d'un bâtiment situé rue Blanche (14,8 M€, cf. 3.2.1). Un prélèvement de 0,6 M€ sur le fonds de roulement permettra d'assurer l'équilibre général et le CHSA devrait alors s'engager sur une trajectoire de désendettement.

Il est néanmoins surprenant de constater des montants identiques de remboursement de dette entre 2016 et 2018, alors que les mobilisations d'emprunt ne sont pas lissées.

Enfin, cet équilibre général repose également sur des prévisions de progression d'activité MCO dont la plus importante (+2,0 M€ en 2016) devrait découler de l'augmentation des séjours chirurgicaux.

La qualité des prévisions budgétaires passées du CHSA est globalement correcte et les hypothèses pour l'avenir sont volontaristes. L'équilibre prévisionnel affiché reste fragile.

Les prévisions 2014-2018 ont été définies dans l'objectif de n'atteindre l'équilibre qu'à compter de 2018, tout en assurant une CAF de 8 M€ en 2014 et 2015, puis de 10 M€ à partir de 2016. Elles reposent sur une très faible progression des dépenses et des recettes.

L'établissement, avec un programme d'investissement revu à la baisse et la cession de l'immeuble de la rue Blanche pour 14,8 M€, serait alors en mesure de faire diminuer son endettement, sous réserve d'une augmentation d'activité et d'une forte maîtrise de ses charges.

Les indicateurs de la dette, qui se sont dégradés ces dernières années, devront être particulièrement surveillés.

3. LA GESTION DU PARC IMMOBILIER, UNE ASSISE JURIDIQUE A CONSOLIDER

Le CHSA gère un important parc immobilier, soit directement, soit dans le cadre de partenariats, pour les besoins de son activité de soins, mais également pour offrir à ses agents des conditions de logement attractives.

3.1. Joseph Lévy-Valensi, une construction ponctuée de deux conventions de transaction

Le schéma directeur immobilier architectural 2011-2020 comprend de très nombreuses opérations dont la plus emblématique de la modernisation de l'établissement est la construction du bâtiment Joseph Lévy-Valensi.

Celui-ci, consacré à la clinique des maladies mentales et de l'encéphale (CMME) et au secteur 3, a été ouvert le 12 avril 2012 après quatre années de travaux.

L'opération a été lancée en 2003 pour une mise en service prévue en juillet 2006. Toutes dépenses confondues, l'établissement avait estimé le coût de l'opération à 23 M€ TTC, dont 17 M€ pour les travaux. Le projet a toutefois été retardé du fait de la révision du plan local d'urbanisme de la ville de Paris engagé en 2011 et dont l'enquête publique s'est déroulée en fin 2004 avec des incidences sur le foncier du CHSA.

Le premier appel d'offres a été déclaré infructueux en avril 2007 dans un contexte économique peu favorable.

Lancée en mai 2007, la deuxième consultation a abouti, après négociation, à l'attribution des 16 lots pour un montant total initial de 30 M€ TTC de travaux. Le programme avait été revu sensiblement afin d'intégrer un ajustement des coûts, lesquels qui avaient été sous-évalués dans le premier appel d'offres, mais aussi pour permettre :

- La création d'un troisième niveau au parking afin de rendre économiquement rentable la délégation de service public envisagée ;
- Et le renforcement de la sécurité des vitrages et fenêtres.

En cours d'exécution, et à la demande du maître d'ouvrage, sont intervenues des modifications de programme qui ont entraîné des travaux supplémentaires ou modificatifs portant sur l'ensemble des lots. Les régularisations ont été effectuées sous forme d'avenants.

3.1.1. Une première convention de transaction

Toutefois des incidents de chantier, générant des retards de planning, ont provoqué des tensions entre l'établissement et la société Rabot Dutilleul construction, titulaire du lot n° 1 (gros œuvre, charpentes métalliques et travaux de voirie). Les parties ont alors convenu de régler ces difficultés par convention de transaction telle qu'elle est prévue aux articles 2044 et suivants du code civil. Ces conventions sont encouragées³⁷ parce qu'elles facilitent un règlement rapide des différends et une gestion économe des deniers publics.

Dans le cadre d'une première convention de transaction, la date de réception des travaux, initialement fixée au 1^{er} février 2010, a été repoussée après le 16 juillet de la même année, et le montant du marché initial a été augmenté de 0,94 M€ HT, soit 0,52 M€ HT pour perte d'industrie du fait du maître d'ouvrage et 0,42 M€ HT pour travaux complémentaires³⁸ ou supplémentaires³⁹.

³⁷ Circulaire du Premier ministre du 6 février 1995 relative au développement de la transaction pour régler amiablement les conflits.

³⁸ Article 14 du CCAG correspondant à des nouveaux travaux rémunérés sur la base d'un nouveau prix.

³⁹ Article 15 correspondant à une augmentation de la masse des prestations stipulées au marché, rémunérée en fonction du prix contractuel initial.

La circulaire de 2009⁴⁰ précise que les clauses du contrat doivent faire mention :

- Du litige que la transaction vise à prévenir ou régler ;
- De la nature et de l'étendue des concessions réciproques des parties ;
- Et des modalités d'évaluation des dommages.

Ces éléments ne figurant pas, ou de manière très incomplète, dans la convention signée le 5 août 2010, la chambre n'a pas été en mesure ni de vérifier le périmètre du différend opposant les parties, ni la teneur effective de la contrepartie de l'indemnité au profit de la société Rabot Dutilleul construction.

Interrogé, l'établissement a indiqué que le litige, dans un contexte de tensions entre la maîtrise d'œuvre et l'entreprise Rabot Dutilleul construction, consistait essentiellement en :

- L'allongement des délais du fait de demandes nouvelles de la part du CHSA (notamment pour intégrer les dispositions de la nouvelle loi sur l'accessibilité⁴¹) ;
- L'abandon de la construction, déjà engagée par la société Rabot Dutilleul construction, de la déchetterie prévue au marché. Devant l'hostilité du voisinage à ce projet, le CHSA avait préféré le retirer ;
- La mise en œuvre du nouveau projet relatif aux groupes électrogènes qui ont, selon Rabot Dutilleul construction, perturbé son organisation.

La chambre rappelle que si le recours à la transaction doit permettre de terminer une contestation née ou à naître, il n'a pas pour objet de se substituer au mode de gestion courant des travaux supplémentaires ou d'avenants.

Ainsi, par principe, les travaux supplémentaires n'ont pas à figurer dans la convention de transaction. Egalement, les travaux modificatifs, négociés et exécutés avant la signature de la convention de transaction, auraient dû donner lieu à la signature d'avenants.

Enfin, conformément à l'article 5 du code des marchés publics, « la nature et l'étendue des besoins à satisfaire sont déterminés avec précision avant tout appel à la concurrence ». Cela ne semble pas avoir été le cas sur cette opération au cours de laquelle la maîtrise d'ouvrage a apporté des modifications d'importance, et pour laquelle la convention de transaction a tenu lieu de mode de négociation en dehors du cadre des marchés publics.

3.1.2. Une seconde convention de transaction

Par la suite, constatant l'apparition généralisée de fissures sur l'ensemble des voiles de façade, le CHSA a sollicité une expertise judiciaire, acceptée par ordonnance de référé du tribunal de grande instance (TGI) de Paris du 24 mai 2011. Cette expertise, qui a de nouveau retardé le chantier, a conclu que « les désordres ne sont pas préjudiciables à la solidité de l'immeuble, ni à la destination de l'ouvrage ». Néanmoins, les désordres ont été réparés par le titulaire du lot ; le contentieux en cours porte uniquement sur la répartition des frais entre la maîtrise d'œuvre, le titulaire et ses fournisseurs.

⁴⁰ Circulaire du 7 septembre 2009 relative au recours à la transaction pour la prévention et le règlement des litiges portant sur l'exécution des contrats de la commande publique.

⁴¹ Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, applicable depuis le 1er janvier 2007 aux bâtiments construits ou rénovés accueillant des établissements recevant du public ou des locaux d'habitation.

En septembre 2011, le CHSA a lancé de nouveaux appels d'offres pour la mise en place d'un système d'alimentation sans interruption (ASI)⁴² et en novembre 2011 pour la création d'une unité d'addictologie et d'une cuisine satellite dans le cadre de la construction du bâtiment CMME.

De nouveaux incidents sont venus émailler le déroulement du chantier.

D'une part les travaux modificatifs demandés par le maître d'ouvrage ont repoussé encore la date de livraison au 31 août 2011 et engendré des demandes d'indemnité de la part de la société Rabot Dutilleul construction, du fait de l'allongement des délais.

D'autre part, la réception des travaux, dont la date effective a été reportée au 6 janvier 2012 pour tous les corps d'état, a donné lieu à des réserves importantes de la part du CHSA et notamment à propos de la non-conformité des planchers des sous-sols.

Les parties se sont accordées une nouvelle fois pour signer une convention de transaction le 25 juillet 2013. Celle-ci a formalisé les engagements et renonciations réciproques :

- Le paiement par le CHSA d'une indemnisation de 1,14 M€HT, augmentée de la révision des prix ;
- L'engagement de la société Rabot Dutilleul construction à effectuer les travaux de levée des réserves et à assumer la partie des frais de location de groupes électrogènes de secours.

Toutefois, le paiement de travaux supplémentaires demandés par le maître d'ouvrage et la levée des réserves en fin de chantier ne sont que des opérations courantes qui auraient dû s'inscrire dans le cadre habituel des marchés publics. Le recours à la transaction nécessite qu'une contestation née ou à naître puisse être clairement identifiée, et donner lieu à des concessions réciproques.

La chambre considère que ces conditions n'ont pas été réunies, ni lors de la première transaction, ni lors de la seconde. Que les parties ont confondu leurs obligations contractuelles et les éléments du litige qui les a opposés, si bien que ce litige est difficilement identifiable.

En réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnateur rappelle l'importance de ces transactions sans lesquelles les travaux n'auraient pu se poursuivre. La chambre ne conteste pas le recours à ce contrat qui a eu l'avantage, comme l'indique l'ordonnateur, de permettre à cette opération de continuer dans un cadre juridique sécurisé. Pour elle, c'est bien le manque de précision dans leur rédaction qui ne permet pas d'identifier le litige, ses conséquences et les concessions réciproques, et dans lesquelles ont été inscrits certains travaux qui auraient dû être conduits dans le cadre habituel des marchés.

Au final, les sommes versées au titre de ces deux conventions de transaction, intégrées au décompte général des travaux du lot 1, engendrent une augmentation de 18,23% par rapport au marché initial.

⁴² Une alimentation sans interruption (ASI), alimentation statique sans coupure (ASSC) ou, du nom d'un de ses composants, onduleur, est un dispositif de l'électronique de puissance qui permet de fournir à un système électrique ou électronique une alimentation électrique stable et dépourvue de coupure ou de micro-coupure.

3.1.3. Une fin de chantier en régie de maîtrise d'œuvre

La chambre constate également que, les travaux supplémentaires et modificatifs ayant concerné l'ensemble des lots, des régularisations par avenant sont intervenues le 13 novembre 2012 (sauf pour le lot n°1), soit 10 mois après la réception des travaux. Certaines ont entraîné des dépassements de plus de 15% du montant des marchés initiaux.

Le montant total des travaux de construction du bâtiment CMME s'est élevé à 36,5 M€ TTC auquel s'ajoutent les travaux relatifs à l'unité d'addictologie et de cuisine satellite, et d'installation de l'ASI pour 3,0 M€ TTC.

Le lot électricité pour l'unité d'addictologie a donné lieu à la signature de trois avenants dont le montant total est supérieur de 53% au montant du marché initial. A l'analyse, il s'avère que les deux premiers avenants comprenaient des travaux qui dépendaient du marché de construction du bâtiment principal et réalisés après la date de réception de ceux-ci.

En effet, le maître d'ouvrage arguant de « dysfonctionnements constatés principalement au sein du lot chauffage ventilation désenfumage » de la maîtrise d'œuvre et ne constatant pas d'effort suffisant pour tenir les objectifs de qualité et de délais, a pris la décision, en juillet 2010, d'achever les seuls travaux conservatoires dans le cadre de l'opération, et de poursuivre en maîtrise d'œuvre interne par la suite. La société Sfica concernée a contesté cette décision devant le juge, qui l'a débouté le 3 avril 2012, confirmé en appel le 17 mars 2014.

3.2. De nombreuses structures immobilières sont hors les murs de l'hôpital

Le CHSA dispose d'une trentaine de lieux pour y exercer son activité extrahospitalière ou pour y loger son personnel. Il est propriétaire d'un cinquième d'entre eux et bénéficie de la gratuité de quatre locaux appartenant à des entités publiques. Enfin il a conclu des baux simples ou emphytéotiques pour les locaux restants.

3.2.1. Rue Blanche, une acquisition éphémère

Le 29 janvier 2008, le CHSA a acquis un immeuble à usage commercial sur rez-de-chaussée et trois étages, situé rue Blanche à Paris (75009), pour un montant de 15,45 M€. Le projet médical du moment prévoyait, à moyen terme, le regroupement des centres médico-psychologiques (CMP) du secteur du XVI^{ème} arrondissement et l'ouverture d'une hospitalisation de semaine sur le site de Sainte-Anne. Les travaux de réaménagement avaient été évalués à 7,6 M€ TTC.

Courait un bail commercial conclu le 30 juin 1999 au profit de la société « de conseils, de recherches et d'applications scientifiques » (SCRAS) et dont le terme était fixé au 30 juin 2008. Ce bail n'était pas remis en cause et, conformément au protocole d'accord annexé à l'acte de vente, le locataire et son sous-locataire, une société anonyme, avaient la possibilité de le proroger jusqu'à livraison des nouveaux locaux qu'ils devaient emménager à Boulogne-Billancourt. Ils ont effectivement quitté les lieux le 18 septembre 2008.

Le loyer annuel de 532 809 €, révisé en 2008 à 711 912 € était payable trimestriellement. En qualité de propriétaire, le CHSA a perçu les loyers de l'année 2008 au prorata du temps d'occupation.

Depuis, cet immeuble est resté inoccupé. En effet, en prévision des travaux, l'immeuble avait été curé⁴³, pour un montant de 1,1 M€ TTC, le rendant impropre à toute occupation.

En 2012, les tensions budgétaires ont entraîné une révision du PPI et ce projet a été abandonné au profit d'une location à envisager sur un site tiers pour regrouper les CMP.

Finalement l'établissement a signé le 2 octobre 2014 une promesse de vente pour cet immeuble pour un montant de 15,7 M€ hors frais.

Au total, sans même tenir compte de la hausse continue du coût de l'immobilier à Paris sur cette période, en intégrant le coût des travaux, le CHSA aura fait une moins-value sur cette opération.

3.2.2. La gestion de l'immeuble Alésia, un contentieux en cours

Pour mettre en valeur son patrimoine foncier non affecté au soin, le CHSA a conclu des baux emphytéotiques de droit privé régis par l'article L 451-1 du code rural, antérieurement à l'ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 créant les baux emphytéotiques hospitaliers.

Ainsi, le centre hospitalier Sainte-Anne dispose d'un immeuble situé rue d'Alésia (75014) pour lequel il a décidé, en 1987, d'engager la rénovation.

Pour ce faire, après avoir signé une promesse de bail emphytéotique avec la société anonyme « Sagi », bailleur de logement social, il a passé trois conventions avec cette même société :

- En date du 9 juin 1987, il lui a confié, en qualité de maître d'ouvrage délégué, l'opération de rénovation et de transformation de l'immeuble afin d'y installer un dispensaire en sous-sol et un hôpital de jour au rez-de-chaussée. Le coût de cette opération, payée par l'hôpital, a été de 1,41 M€ pour une valeur estimée initialement de 1,28 M€ ;
- A la même date, une seconde convention a engagé la Sagi à créer 38 logements destinés au personnel de l'hôpital et au contingent préfectoral⁴⁴. La Sagi a réalisé cette opération de 1,57 M€ pour son compte, à l'aide d'un prêt locatif aidé (PLA) de l'Etat. La convention prévoyait également que la Sagi exploite l'immeuble jusqu'au 31 décembre 2023, en contrepartie d'un loyer de 321 079 € payé en une fois pour l'ensemble de la période. Elle précisait, en son article 15, que si à la clôture d'un exercice, le compte d'exploitation de l'immeuble d'habitation présentait un solde déficitaire et que la provision prévue à cet effet était insuffisante, le déficit devait faire l'objet d'un versement par le CHSA à la Sagi, qui devra lui être remboursé.
- Une troisième convention, signée le 28 février 1990, a donné bail emphytéotique à la Sagi pour la gestion de la partie de l'immeuble en logements pour une durée de 35 ans. Ce bail permettait à la Sagi de disposer de droits réels et rappelait le loyer global fixé dans la précédente convention.

La Sagi devait encaisser les loyers et charges dues par les locataires et assurer les charges d'entretien et de grosses réparations afférentes à cette partie de l'immeuble.

⁴³ Le curage d'un bâtiment est une opération de démolition partielle qui consiste à enlever le béton détérioré ou contaminé (amiante, plomb).

⁴⁴ Le contingent préfectoral est un droit de réservation au profit du préfet sur les logements des organismes HLM en contrepartie de la participation de l'Etat au financement de leur parc. La quotité globale réservée par le préfet représente 30% des logements de chaque organisme dont 5%, au maximum, au bénéfice des agents civils et militaires de l'Etat.

3.2.2.1. Période 1990-1999, naissance du contentieux

De 1990, date de la mise en location des appartements, à 1999, les comptes d'exploitation se révéleront tous déficitaires et le CHSA a versé à la Sagi, comme convenu dans la convention, les sommes équivalentes pour un total de 345 919 €. Ces versements ne lui seront pas remboursés.

L'établissement n'a pas été en mesure de produire des éléments tendant à s'assurer qu'il avait effectivement contrôlé les comptes d'exploitation du bailleur avant de combler les déficits, comme cela avait été prévu aux articles 14 et 16 de la convention du 9 juin 1987. Ce défaut de supervision est préjudiciable tant au niveau du cumul des déficits d'exploitation, qu'à la reprise de la gestion des logements par le CHSA en 2012.

La récurrence des déficits, dont l'hypothèse n'avait manifestement pas été envisagée par le CHSA, a conduit l'établissement à réclamer ces remboursements, à suspendre les versements à venir destinés à combler les déficits d'exploitation, puis à saisir, le 5 juillet 2003, le Tribunal administratif de Paris afin d'obtenir le remboursement des sommes versées entre 1990 et 1999 en application de l'article 15 de la convention du 9 juin 1987 précitée.

Dans un premier temps, le tribunal administratif (TA) de Paris lui a donné raison et a condamné la Sagi à régler la somme de 345 919 € avec intérêts au taux légal au 10 mars 2003, ce qui a porté la somme à 417 689,75 €. La Sagi a réglé par chèque du 23 décembre 2008.

Le 2 juillet 2010, la Cour administrative d'appel (CAA) de Paris a annulé le jugement du TA de Paris en date du 24 avril 2007 et requalifié la deuxième convention du 9 juin 1987 de « marché public de service » qu'elle a jugé entaché de nullité. La demande du CHSA a été alors rejetée.

La SNI, venant aux droits de la Sagi par suite d'une absorption, a demandé l'application de la décision de la CAA et le remboursement des sommes « qui ont été indûment versées », par courriers des 13 octobre 2010 et 24 février 2011. Le CHSA, par mandat du 31 janvier 2011, a versé la somme de 417 689 € à la Sagi pour les déficits d'exploitation de la période 1990-1999.

Le Conseil d'Etat, le 29 avril 2011, a rejeté le pourvoi intenté par l'hôpital, rendant ainsi le jugement de la CAA définitif.

3.2.2.2. Période 2000-2012, résiliation du bail

De 2000 à 2012, les exercices comptables ont continué à être déficitaires et le CHSA n'a pas couvert les déficits.

Par courrier du 24 mai 2011, la SNI, s'appuyant sur l'arrêt de la CAA, a demandé le remboursement de ces déficits d'exploitation pour la période écoulée puis, par courrier du 22 novembre 2012, a fait part au CHSA de sa volonté de ne plus assurer la gestion des logements à compter du 1^{er} janvier 2013.

Concomitamment, la SNI a présenté le 29 novembre 2012 une requête auprès du TA de Paris afin d'obtenir la résiliation du bail emphytéotique du 28 février 1990 et le remboursement du loyer de 2 MF au prorata de la durée restant à courir à la date de la résiliation. Le 18 novembre 2013, le TA de Paris a prononcé la résiliation du bail emphytéotique à compter du 31 décembre 2013 et rejeté la demande de remboursement de la quote-part de loyer.

Le 6 janvier 2014, le CHSA a fait appel de cette décision.

3.2.2.3. Période 2012-2013, un mandat de gestion temporaire

En urgence, le CHSA a lancé une première consultation, restée infructueuse, pour désigner un nouveau gestionnaire de l'immeuble locatif. L'établissement a alors demandé à la SNI, qui l'a accepté, de poursuivre transitoirement cette mission. Un mandat de gestion a été conclu le 2 janvier 2013 pour une durée de trois mois, prolongé le 2 avril 2013 jusqu'au 31 décembre 2013. A ce titre, le mandataire a perçu une rémunération mensuelle de 2 392 €TTC ; somme régulièrement versée.

Le différend concernant la gestion de l'immeuble n'étant pas réglé entre le CHSA et la SNI, et alors que le TA n'avait pas encore rendu son jugement, les parties ont décidé de désigner, en commun, un médiateur afin de trouver une résolution amiable. Le prestataire, la société Sémaphore, a rendu son rapport le 11 octobre 2013. Mais à ce jour, les parties n'ont pas encore réussi à s'accorder.

Par courrier du 5 décembre 2013, la SNI a demandé au CHSA, considérant que la décision rendue par la CAA de Paris était transposable à cette période, le versement de 532 894 € correspondant aux déficits d'exploitation cumulés sur la période 2000-2012. L'établissement a indiqué avoir fait une nouvelle proposition à la SNI, sans réponse à ce jour.

3.2.2.4. En 2014, une gestion directe des logements par le CHSA

Afin d'assurer la continuité de la gestion du parc locatif de la rue d'Alesia, une nouvelle consultation a fait l'objet des avis de publicité au JOUE et au BOAMP parus le 14 mai 2014. Aucune offre n'a été présentée.

Faute de candidat, le CHSA a été contraint d'assurer lui-même depuis le 1^{er} janvier 2014, la gestion directe des logements sociaux, le comptable acceptant d'encaisser les loyers.

Parallèlement, il s'est rapproché de la Caisse des dépôts et consignations (CDC) afin d'étudier la possibilité de refinancement du prêt conventionné obtenu dans le cadre du bail emphytéotique, afin de faciliter la recherche d'un opérateur pour la gestion de ces logements.

Un état de l'occupation des logements en juillet 2014 fait apparaître que les 38 logements étaient occupés, 28 attribués à des agents de l'hôpital.

La chambre encourage l'établissement à poursuivre ses efforts pour trouver au plus vite une solution externe pour la gestion de ces logements.

3.2.3. L'I3P, une situation patrimoniale sans solution depuis 1970

Une opération de construction, destinée à l'Infirmierie psychiatrique de la Préfecture de Police de Paris (IPPP ou I3P), avait été lancée par le Conseil général du département de la Seine le 20 décembre 1961, sur un terrain sis au 3, rue Cabanis (75014) dont il était alors propriétaire. Compte-tenu de l'intervention de la loi portant réorganisation de la région parisienne⁴⁵ et de la loi modifiant le régime des hôpitaux psychiatriques⁴⁶, une incertitude était née quant à la propriété de ce terrain et du bâtiment érigé.

⁴⁵ Loi n°64-707 du 10 juillet 1964.

A l'occasion du jugement des comptes 1973-1979 du CHSA, le Procureur général près la Cour des Comptes avait demandé au Ministre de la santé qu'une clarification soit apportée dans les rapports entre l'hôpital et la Préfecture de Police pour la gestion de cet immeuble.

Saisi par le Premier ministre, le Conseil d'Etat, dans son avis du 19 mars 2002, tout en précisant que le CHSA était propriétaire du terrain d'assiette, ne s'était pas prononcé sur la situation patrimoniale de l'immeuble qui y était édifié.

A ce jour, il n'existe toujours pas d'accord entre les parties et la question du statut patrimonial de l'immeuble n'est pas réglée. Le Préfet de Police persiste, nonobstant l'avis du Conseil d'Etat, à considérer que la Ville de Paris est seule propriétaire du terrain d'assiette et des bâtiments et, en conséquence, il estime disposer de toutes les prérogatives du propriétaire sur l'ensemble immobilier.

Cette insécurité juridique entraîne plusieurs conséquences :

- Le financement de la construction du bâtiment avait été assuré au départ par le département de la Seine, puis par la Ville de Paris. La collectivité parisienne avait souscrit un emprunt de 5,4 MF (soit 1,03 M€, cf. 2.3.3.3.2). Lorsque le CHSA a été doté de la personnalité juridique, l'emprunt a été inscrit dans ses comptes. Cependant l'opération n'a pas fait l'objet d'une demande de remboursement de charges d'emprunts comme l'indique le courrier du 4 février 1975 du Préfet de Paris au Trésorier principal des hôpitaux psychiatriques ;
- Les bâtiments réceptionnés depuis 1969 ont donné lieu à une écriture en « immobilisation en cours », inchangée depuis, pour un montant de 5,33 MF correspondant au coût des travaux ;
- Se pose également la question de l'entretien et de la mise en sécurité de locaux recevant le public et des responsabilités en cas de sinistre.

Le CHSA, se fondant sur l'avis du Conseil d'Etat précité, revendique la propriété du terrain et du bâtiment occupé par l'infirmerie psychiatrique de la préfecture de police de Paris (IPPP). La haute juridiction n'avait pu se prononcer sur la domanialité de l'immeuble, faute de disposer du permis de construire qui avait permis de l'ériger. Le CHSA estime, puisque ce document, retrouvé depuis, était antérieur au transfert des biens⁴⁷ dans son patrimoine, que l'immeuble lui appartient.

Sur ces bases, il a proposé à la Préfecture de Police, par courrier du 29 novembre 2005, un projet de convention d'autorisation d'occupation temporaire (AOT), rejeté par le destinataire le 17 février 2006.

Cette situation de désaccord avait été anticipée par le Conseil d'Etat qui avait rappelé qu'à défaut d'une convention pour régler les conditions d'affectation de la partie du domaine public utilisée par l'IPPP, il serait « loisible à l'Etat de faire usage de la procédure des mutations domaniales » prévue au code du domaine de l'Etat.

La chambre invite les parties à se rapprocher des services de l'Etat compétents afin d'apporter, au plus tôt, une solution à cette situation qui n'a que trop perduré.

⁴⁶ Loi n°68-690 du 31 juillet 1968.

⁴⁷ Décret du 9 juin 1970.

3.2.4. Boulevard Brune, une occupation irrégulière par le CHSA

L'association pour le développement de l'hygiène maternelle et infantile (ADHMI), reconnue d'utilité publique, a été créée en 1919. Elle exploitait l'institut de puériculture et périnatalité de Paris (IPPP⁴⁸) dont le siège était situé 26 boulevard Brune (XIV^{ème} arrondissement).

Malgré les aides financières accordées par l'ARS, la dégradation de sa situation financière a conduit le Tribunal de Grande Instance de Paris à prononcer, le 20 juillet 2011, la liquidation judiciaire de cette association et la mise en œuvre d'un plan de cession de ses activités.

Un appel d'offres en deux lots a été lancé fin 2011 : le lot n°1 comprenait la néonatalogie et les activités connexes ; le lot n°2, les activités sanitaires, médico-sociales et d'enseignement, ainsi que la gestion de l'immeuble du boulevard Brune.

Le tribunal de grande instance (TGI) de Paris a, par jugement en date du 22 novembre 2011, arrêté le plan de cession de l'ADHMI, d'une part en faveur de l'AP-HP et du CH Sud Francilien pour ce qui concerne le lot n°1 et d'autre part, en faveur du CHSA solidairement avec la Fondation hospitalière Sainte-Marie (FHSM) pour ce qui concerne le lot n°2. Une convention de partenariat entre le CHSA et la FHSM, en date du 29 septembre 2011, prévoyait la répartition des activités entre les deux parties :

- Le CHSA reprenait les activités de pédopsychiatrie (hôpital de jour et service de guidance infantile) ainsi que la gestion des locaux afférents à ce lot. L'hôpital a signé le 15 février 2012 l'acte de cession d'activité avec L'ADHMI pour un montant de 445 000 €;
- La FHSM, les activités d'enseignement de l'IPPP, les activités médico-sociales et l'ensemble des salariés affectés aux activités du lot n°2.

Pour les besoins de son activité, l'ADHMI bénéficiait d'un droit de jouissance domanial gratuit pour l'immeuble sis boulevard Brune, partie du domaine public de l'Etat.

Lors de l'appel d'offres relatif à la cession des activités de l'ADHMI, France Domaine⁴⁹, dans une note à l'attention des candidats repreneurs du lot n°2, indiquait que l'immeuble serait mis à la disposition du candidat retenu sous forme soit d'une autorisation d'occupation temporaire (AOT) du domaine public, soit d'un bail emphytéotique administratif (BEA), tous deux assortis de droits réels et moyennant une redevance. Ces conditions ont été confirmées au CHSA par un courrier de France Domaine du 30 novembre 2011.

L'appel d'offres incluait la gestion de l'immeuble mais ne faisait pas référence aux aspects domaniaux. Le CHSA avait toutefois prévu des travaux de rénovation à hauteur de 17 M€⁵⁰, comme indiqué en annexe du jugement du TGI.

Alors qu'un projet de bail emphytéotique à valorisation semblait sur le point d'aboutir, France Domaine a écarté cette solution au motif que, si la mise en concurrence a bien intéressé la reprise d'activité, elle n'a pas porté sur les aspects domaniaux, pouvant faire courir un risque juridique de requalification en concession de travaux publics. Cette analyse est contestée par le CHSA.

⁴⁸ A ne pas confondre avec l'infirmierie psychiatrique de la préfecture de police dont l'acronyme est semblable.

⁴⁹ France Domaine est un service à compétence nationale du Ministère du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique. Ce service a été créé le 1er janvier 2007 lors du rattachement à la DGCP des missions domaniales auparavant exercées par la DGI.

⁵⁰ Annexe 1 du jugement, présentant l'offre du CHSA.

France Domaine a proposé au CHSA de lui céder l'immeuble au prix de 11 M€, tout en indiquant qu'il était prêt à examiner favorablement une diminution de ce prix pour tenir compte des travaux déjà réalisés.

Compte-tenu du PGFP du CHSA déjà important et de l'équilibre fragile de son plan de financement, l'établissement n'est pas en mesure d'acquiescer cet immeuble, sans aide extérieure substantielle ou sans renoncer à des investissements déjà prévus.

Or, à ce jour, le CHSA ne dispose d'aucun titre d'occupation pour cet immeuble, ni ne paie de redevance pourtant obligatoire. Il n'en assure pas moins les frais d'entretien et y a effectué des travaux en partenariat avec les autres occupants.

Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, le Service France Domaine a indiqué que, pour remédier à l'insécurité juridique de la situation créée par la reprise des activités de l'ADHMI par le CHSA, il proposera prochainement à l'établissement d'établir une convention d'utilisation au sens de l'article R.2313-1 du code général de la propriété des personnes publiques (CG3P). Cette solution, attendue par l'ordonnateur, a été rendue possible depuis la loi HPST qui a fait des hôpitaux publics des établissements publics de l'Etat.

ANNEXES

Tableau n° 14 : Apurement des créances admises en non-valeur, en €

Année	Débit 415-2	SD c/ 415-2	SD c/ 654	Crédit 491	SC c/ 491
2008	645 885	1 181 237	535 352	1 161 192	626 435
2009	645 885	1 167 430	543 056	1 712 546	626 435
2010	356 072	896 771	540 698	1 226 435	683 379
2011	34 292	709 318	674 789	1 037 379	362 590
2012	34 580	270 190	235 622	716 590	480 967
2013	34 739	319 918	285 534	285 534	550 034

Source : Comptes financiers

Tableau n° 15 : Evolution des provisions, en M€

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Provisions réglementées	9,29	11,16	13,03	14,91	14,55	15,40
Pour renouvellement des immobilisations	8,12	9,98	11,85	13,73	13,37	14,19
Pour compte épargne temps (CET)	1,18	1,18	1,18	1,18	1,18	1,21
Provisions pour risques et charges	5,14	3,99	4,09	2,99	3,64	5,35
Provisions pour litige	0,42	0,42	0,42	0,42	0,42	0,33
Autres provisions pour risques	-	-	-	0,14	0,14	0,14
Provisions pour gros entretien ou grandes révisions	-	-	-	-	-	0,40
Autres provisions pour charges	4,72	3,57	3,67	2,44	3,09	4,48
Provisions pour dépréciations	0,63	0,63	0,68	0,36	0,48	0,55
Dépréciation des immobilisations	-	-	-	-	-	-
Dépréciation des stocks	-	-	-	-	-	-
Dépréciation des créances de redevables	0,63	0,63	0,68	0,36	0,48	0,55
Total des provisions	15,06	15,78	17,80	18,27	18,67	21,29

Source : comptes financiers

Tableau n° 16 : SIG, de la valeur ajoutée au résultat courant, en M€

Soldes	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Valeur ajoutée	128,94	129,70	135,61	137,22	137,22	143,33
+ Subventions d'exploitation	4,02	3,03	3,52	3,18	3,65	3,86
- Impôts et taxes	0,10	0,06	0,06	0,06	0,10	0,13
- Charges de personnel (en net)	123,52	125,82	128,80	130,66	133,66	134,34
Excédent brut d'exploitation	9,33	6,85	10,27	9,68	7,11	12,70
+ Autres produits de gestion courante	1,67	1,95	1,69	1,75	3,60	2,84
- Autres charges de gestion courante	0,94	0,80	0,78	1,57	0,50	0,60
Marge brute	10,07	7,99	11,17	9,87	10,21	14,95
+ Reprises sur amortissements et provisions et transferts de charges d'exploitation	0,90	2,25	2,25	3,09	1,29	0,80
- Dotations aux amortissements	7,57	6,80	6,85	7,09	7,51	8,93
- Dotations aux provisions et dépréciations	4,44	1,10	2,40	1,67	2,06	2,57
Résultat d'exploitation	-1,05	2,33	4,17	4,20	1,94	4,24
+ Produits financiers	-	-	-	-	-	-
- Charges financières	0,29	0,43	1,06	1,50	2,26	2,68
Résultat courant	-1,34	1,91	3,10	2,70	-0,33	1,56

Source : Retraitements IDAHO

Tableau n° 17 : Résultat d'exploitation des différents budgets, en €

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
H - Budget principal	-654 522	2 454 699	3 931 434	4 296 742	1 877 264	4 375 636
C - Ecoles	-138 592	-390	121 841	-23 701	-5 093	-330
P1 - CSST Moreau la Tour	-	-1 199	-	-	-	-
P2 - CSST SMPR	23	-	-	-	-	-
P3 - CSST Alcoologie	-50 466	-	-	-	-	-
P4 - IMPPE	-172 996	-151 224	123 535	-107 130	79 096	-132 228
P5 - SAVS	-30 221	30 221	6 095	18 577	-13 677	-412
P6 - CSAPA	-	-	-16 562	17 072	0	0
Sous-Total Budgets annexes	-392 252	-122 592	234 910	-95 182	60 326	-132 970
Total	-1 046 774	2 332 107	4 166 343	4 201 560	1 937 590	4 242 666

Source : comptes financiers

Tableau n° 18 : Compte de résultat des activités médico-chirurgicales, en M€

Raymond Garcin (*)	2008	2009	2010	2011
Charges directes nettes	14,83	15,14	16,02	16,76
Charges indirectes nettes	18,78	19,54	20,82	21,97
Total des charges	33,61	34,67	36,84	38,73
Recettes	32,99	34,35	38,44	40,20
Résultat	-0,62	-0,32	1,60	1,47

Source : Etablissement, produit à partir des retraitements comptables validés par l'ARS – (*) recettes réelles compte financier

Tableau n° 19 : Formation de la capacité d'autofinancement, en M€

Soldes	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Excédent brut d'exploitation	9,33	6,85	10,27	9,68	7,11	12,70
+ Transferts de charges d'exploitation	-	-	-	-	-	-
+ Autres produits de gestion courante	1,68	1,95	1,69	1,75	3,60	2,84
- Autres charges de gestion courante	0,94	0,80	0,78	1,57	0,50	0,60
+ Produits financiers (sauf reprises)	-	-	-	-	-	-
- Charges financières	0,29	0,43	1,06	1,50	2,26	2,68
+ Produits exceptionnels	1,69	1,07	1,21	1,85	2,20	1,85
- Charges exceptionnelles	1,63	1,39	2,40	2,87	2,80	2,95
Capacité d'autofinancement	9,85	7,24	8,92	7,35	7,36	11,17

Source : Retraitements IDAHO

Tableau n° 20 : CAF nette, en M€

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
CAF brute	9,85	7,24	8,92	7,35	7,36	11,17
Taux de CAF brute	6,2%	4,5%	5,4%	4,3%	4,2%	6,2%
Remboursement des emprunts	0,61	0,45	0,94	1,01	2,05	2,70
CAF nette	9,24	6,78	7,98	6,34	5,30	8,47
Taux de CAF nette	93,8%	93,7%	89,4%	86,2%	72,1%	75,8%

Source : retraitements IDAHO et comptes financiers

Tableau n° 21 : Financement de l'investissement, en M€

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Remboursement des emprunts hors CLTR	0,61	0,45	0,94	1,01	2,05	2,70
Investissements	30,85	21,20	25,26	18,81	21,29	21,31
Autres emplois	0,07	0,02	0,00	0,00	0,01	0,01
Total des emplois	31,53	21,67	26,20	19,82	23,35	24,02
CAF brute	9,85	7,24	8,92	7,35	7,36	11,17
Cessions d'immobilisations	0,02	0,00	-	-	-	-
Apports et subventions d'équipement	0,12	1,43	0,20	0,05	0,01	0,11
Emprunts nouveaux	8,00	14,00	11,00	13,00	10,80	23,92
Autres ressources	3,20	0,19	0,01	0,03	0,03	0,09
Total des ressources	21,18	22,86	20,13	20,42	18,20	35,28
<i>Prélèvement sur le fonds de roulement</i>	<i>10,34</i>	<i>-</i>	<i>6,07</i>	<i>-</i>	<i>5,15</i>	<i>-</i>
<i>Apport au fonds de roulement</i>	<i>-</i>	<i>1,19</i>	<i>-</i>	<i>0,60</i>	<i>-</i>	<i>11,27</i>
<i>Taux d'emprunt / investissements</i>	<i>25,9%</i>	<i>66,0%</i>	<i>43,6%</i>	<i>69,1%</i>	<i>50,7%</i>	<i>112,3%</i>
<i>Taux de couverture ressources / emplois</i>	<i>67,2%</i>	<i>105,5%</i>	<i>76,8%</i>	<i>103,0%</i>	<i>77,9%</i>	<i>146,9%</i>

Source : Comptes financiers

Tableau n° 22 : Le fonds de roulement net global, en M€

Soldes	2008	2009	2010	2011	2012	2013
I - Financements stables	180,77	202,57	221,13	240,51	255,22	275,47
II - Biens stables	166,12	186,73	211,37	230,15	250,01	258,99
Fonds de roulement net global	14,65	15,83	9,76	10,36	5,21	16,48
En jours de charges courantes	32,4	36,9	22,3	23	10,6	32,7

Source : comptes financiers et IDAHO

Tableau n° 23 : Evolution de l'endettement, en M€

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Remboursements d'emprunts	0,61	0,45	0,94	1,01	2,05	2,70
- Refinancement de dette	-	-	-	-	-	-
- CLTR	-	-	-	-	-	-
Remboursements d'emprunts (nets)	0,61	0,45	0,94	1,01	2,05	2,70
+ Intérêts des emprunts	0,29	0,41	1,06	1,48	2,26	2,65
Annuité de la dette	0,90	0,87	2,00	2,49	4,31	5,36
Emprunts nouveaux	8,00	14,00	11,00	13,00	10,80	23,92
- Refinancement de dette	-	-	-	-	-	-
- CLTR	-	-	-	-	-	-
Emprunts nouveaux (nets)	8,00	14,00	11,00	13,00	10,80	23,92
Encours de la dette au 31/12/N	9,27	22,81	32,87	44,86	53,61	74,83

Source : Idaho et comptes financiers

Tableau n° 24 : Créances de l'établissement, en M€

Soldes	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Stocks	0,72	0,99	0,88	0,99	0,98	0,98
Hospitalisés et consultants	1,90	2,74	4,37	5,57	4,98	5,45
Caisses de Sécurité sociale	12,99	12,40	11,14	10,97	10,49	10,53
Départements	0,08	-	0,00	0,00	0,00	0,00
Mutuelles et autres tiers-payants*	2,96	5,81	5,09	6,06	5,20	5,16
Créances irrécouvrables admises en non-valeur	0,65	0,65	0,36	0,03	0,03	0,03
Etat et collectivités locales	-	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Autres créances	6,37	4,18	9,62	3,92	5,56	4,63
Dépenses à classer	0,03	0,01	0,19	0,09	0,00	0,00
Total Créances	25,69	26,76	31,66	27,64	27,25	26,81

Sources : comptes financiers et retraitement IDAHO

Tableau n° 25 : Tableau de financement prévisionnel, en M€

	Réalisations	Prévisions				
	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Insuffisance d'autofinancement	-	-	-	-	-	-
Titre 1 - Remboursement des dettes financières	2,70	3,80	4,08	4,61	4,61	4,61
Titre 2 - Immobilisations	21,31	14,50	21,97	11,51	3,05	2,77
Titre 3 - Autres emplois	0,01	-	-	-	-	-
Total des emplois	24,02	18,30	26,05	16,13	7,66	7,38
Capacité d'autofinancement	11,17	8,07	8,15	10,15	10,82	10,69
Titre 1 - Emprunts	23,92	-	4,20	8,00	-	-
Titre 2 - Dotations et subventions	0,11	-	-	-	-	-
Titre 3 - Autres ressources	0,09	14,85	-	-	-	-
Total des ressources	35,28	22,92	12,35	18,15	10,82	10,69
Apport au Fonds de roulement	11,27	4,62	-13,70	2,02	3,16	3,31
Variation du BFR		-0,01	-	-	-	-

Source : PGFP 2014-2018

GLOSSAIRE DES SIGLES UTILISÉS

AMP	Assistance médicale à la procréation
ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance
APA	Aide personnalisée d'autonomie
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
ARS	Agence Régionale de Santé
ATS	Agence territoriale de santé
CA	Conseil d'administration
CAF	Capacité d'autofinancement
CAO	Commission d'appel d'offres
CET	Compte épargne-temps
CH	Centre hospitalier
CME	Commission médicale d'établissement
CMP	Centre médico-psychologique
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPS	Caisse de prévoyance sociale
CRA	Comptes de résultats annexes
CRPP	Compte de résultat prévisionnel principal
CS	Conseil de surveillance
CSP	Code de la santé publique
DAF	Dotation annuelle de fonctionnement
DAF	Direction des affaires financières
DGFIP	Direction générale des Finances Publiques
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DIM	Département de l'information médicale
DM	Décision modificative
DMS	Durée moyenne de séjour
DSS	Direction de la Sécurité sociale
EBE	Excédent brut d'exploitation

EHESP	Ecole des hautes études en santé publique
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPRD	Etat prévisionnel de recettes et de dépenses
EPS	Etablissement public de santé
ERHA	Eastern regional health authority
ETP	Equivalent temps plein
EVASAN	Evacuation sanitaire
FMESPP	Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés
GCS	Groupement de coopération sanitaire
GHM	Groupe homogène de malades
GHS	Groupe homogène de séjours
GMP	GIR moyen pondéré
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute autorité de santé
HDJ	Hospitalisation de jour
HPST	Hôpital, patient, santé, territoire
IFSI	Institut de formation en soins infirmiers
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
INCA	Institut National du Cancer
IVA	Indicateur de Valorisation de l'Activité
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
PGFP	Plan global de financement pluriannuel
PH	Praticien hospitalier
PMCT	Poids moyen du cas traité
PMSI	Programme de médicalisation du système d'information
PPI	Plan pluriannuel d'investissement
RSA	Résumé de sortie anonymisé
SIG	Solde intermédiaire de gestion
SMUR	Service mobile d'urgence et de réanimation
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile

SSR	Soins de suite et de réadaptation
STOSS	Schéma territorial de l'organisation sanitaire et sociale
T2A	Tarification à l'activité
USLD	Unité de soins de longue durée
USLD	Unité de soins de longue durée
VNC	Valeur nette comptable

REPONSE

Du Directeur

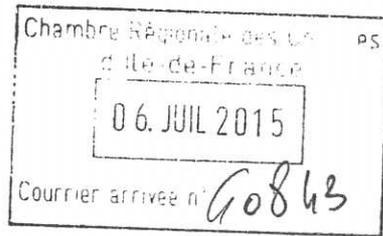
Du Centre hospitalier

Sainte-Anne

à Paris (*)

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

L'Adjoint au Directeur



Monsieur Le Président
de la Chambre régionale des comptes
6 cours des Roches – Noisel
BP 187
77315 MARNE-LA-VALLEE CEDEX 2

Paris, le 3 juillet 2015

V/REF : Votre lettre N°/G197/15-0279 E – N°15-0058 R du 3 juin 2015
N/REF : JP/cm/2015.22
Dossier suivi par Mr Jacques PONTIS, Adjoint au Directeur
j.pontis@ch-sainte-anne.fr
Courrier RAR :1A 110 349 9018 2 du 3 juillet 2015

Objet : Réponse au rapport d'observations définitives (cahier n°2)

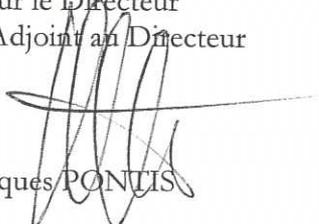
Monsieur le Président,

Je vous adresse ci-joint la réponse du Centre hospitalier Sainte-Anne au rapport d'observations définitives de la Chambre régionale des comptes.

Je ne manquerai pas de communiquer ce rapport, accompagné de cette réponse, au Conseil de Surveillance dès sa plus proche réunion.

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

Pour le Directeur
L'Adjoint au Directeur



Jacques PONTIS

PJ : Réponse du CHSA au Rapport d'observations définitives délibérées le 28 mai 2015



RAPPORT DEFINITIF DE LA CHAMBRE REGIONAL DES COMPTES (délibérées le 28 mai 2015)

CENTRE HOSPITALIER SAINTE-ANNE A PARIS – CAHIER N°2

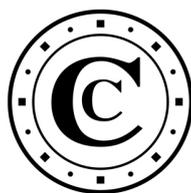
REPONSES DU CHSA AUX OBSERVATIONS (3 juillet 2015)

Réf	Thématiques	Réponse du CHSA
<p>Recommandation N°1</p>	<p>Relations avec l'AP-HP : La chambre recommande au CHSA de se rapprocher de l'AP-HP afin d'actualiser, au plus tôt, la convention-cadre qui les lie et assurer la sécurité juridique de leurs actions de partenariat sur le terrain. Recommandation partiellement mise en oeuvre</p>	<p>Réponse du CHSA</p> <p>Le CHSA a engagé un travail avec le siège et les établissements de l'AP-HP pour faire évoluer nos coopérations et réécrire la convention cadre qui les régie. Ce travail se porte essentiellement à deux niveaux. Le premier concerne l'organisation de la présence psychiatrique dans les services d'accueil d'urgence. Pour traiter cette question, la Direction de la politique médicale du CHSA, en lien direct avec le siège de l'AP-HP, réalise un état des lieux des moyens mis à disposition (Personnels médicaux et non-médicaux) dans les SAU. En parallèle de cet état des lieux et des discussions entre la CHT et l'AP-HP, l'ARS pilote un groupe de travail pour revoir le schéma de prise en charge des urgences psychiatriques à Paris. Une réunion importante tenue en juin 2015 a permis de dégager une stratégie commune dans ce domaine avec l'ensemble des partenaires concernés (AP-HP, CHT, Services de secours) dans le cadre du Schéma régional des urgences qui est de la responsabilité de l'ARS.</p> <p>Plusieurs rencontres ont également été organisées pour renforcer les liens et partenariats entre le Pôle neurosciences du CHSA et les hôpitaux de l'HEGP et de Cochin.</p> <p>Dans le cadre de la réorganisation de la permanence des soins en neurochirurgie et en neuroradiologie interventionnelle, des réunions se sont tenues avec les services d'urgences des hôpitaux de Cochin et de l'HEGP. Par ailleurs, le déploiement par l'Agence Régionale de Santé du dispositif de Télémédecine ORTIF Téléneuro (en remplacement du dispositif actuel TELIF) va faciliter la prise en charge des urgences entre le pôle neurosciences et les sites d'urgences de Cochin et l'HEGP.</p> <p>Des rapprochements entre le pôle neurosciences du CHSA et l'HEGP sont à l'étude et la mise en place d'une structure de coopération adaptée aux projets (nouvelle convention, fédération etc...) est en cours d'analyse. De manière globale, les hôpitaux de l'HEGP, Cochin et Necker dépendants de la même faculté de</p>

		<p>médecine, des projets universitaires communs se mettent en place (neurophysiologie, anesthésie-réanimation etc...)</p> <p>Enfin, un travail de coordination sera mis en œuvre en pédopsychiatrie avec l'AP-HP, qui gère 4 des 12 inter-secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, conformément aux recommandations de l'ARS émises dans son courrier à la CHT du 19 mai 2015.</p>
<p>Recommandation N°2</p>	<p>Recouvrement des recettes :</p> <p>« La chambre recommande au CHSA de profiter de la mise en œuvre de la PESV2 pour améliorer sa politique et ses procédures de recouvrement de ses recettes, notamment par une meilleure identification du débiteur de la prise en charge du patient, afin d'obtenir une baisse substantielle du montant des annulations de titres.</p> <p>Recommandation non mise en œuvre</p>	<p>La recommandation N°2 comporte une erreur d'analyse ou de formulation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sur le fond, la dématérialisation des titres de recettes (PESV2) n'est en aucun cas une source d'amélioration de la facturation du fait générateur de la facturation. - Sur la forme, la recommandation a par erreur fusionné les arguments des deux derniers paragraphes de la réponse faite au rapport provisoire : <i>« Par ailleurs, un travail est actuellement engagé pour mettre à jour la base des données des débiteurs pris la décision de faire appel à un prestataire pour identifier les débiteurs tiers et dématérialiser les demandes de prises en charge. Cette solution n'est pas encore mise en œuvre. Cette organisation doit être renforcée et fera l'objet d'un plan d'actions, en lien avec la certification des comptes, pour faciliter l'identification des débiteurs, améliorer le suivi de la facturation et réduire les anomalies »</i>
<p>Synthèse Point 5 :</p>	<p>Rattachement des charges :</p> <p>l'utilisation des crédits de TVA à reporter (cpté 44567), ou encore les écritures entre budgets annexes et le budget principal devront être mieux assurés.</p>	<p>Dès l'exercice 2014, l'utilisation des UF miroirs des budgets annexes a été limitée et sera proscrite de manière définitive dans le cadre de la gestion budgétaire 2015 des budgets annexes P et C, et ce afin d'être en stricte conformité avec la sincérité des comptes. Un travail méthodologique important reste à réaliser concernant les charges indirectes imputables aux budgets annexes qui doivent reposer sur une méthode rigoureuse de détermination des prix de revient sur la base d'unités d'œuvre incontestables et partant sur une comptabilité analytique dont le pilotage appartient au contrôle de gestion de l'établissement.</p>
<p>Synthèse Point 6</p>	<p>Annulation de titres :</p> <p>Le résultat exceptionnel, fortement déficitaire depuis 2009 reflète principalement les montants élevés des rémissions de titres après annulations</p>	<p>L'analyse des annulations/rémissions permet de constater qu'un effort certain a été consenti en ce sens.</p> <p>Depuis 2007, l'écart entre annulations/rémissions a été réduit.</p> <p>La sincérité des comptes nous conduit à valoriser les titres en rattachement de produits au plus près de la réalité des séjours hospitaliers (en psychiatrie comme en</p>

	<p>sur les exercices clos, signe d'une incapacité de l'établissement à assurer correctement la facturation et notamment le recueil d'informations nécessaires pour identifier au plus tôt le débiteur. La chambre recommande à l'établissement de mettre en place un plan d'amélioration, afin de faire drastiquement baisser le montant des annulations de titres.</p>	<p>MCO).</p> <p>Ainsi, en est-il des séjours initialement facturés aux patients qui font l'objet d'une ouverture rétroactive de droits auprès de l'AME, des Relations internationales, d'un accord rétroactif de prise en charge à 100% ou bénéficient des soins urgents. A ce titre, il faut noter que l'annulation/rémission d'un titre peut aussi constituer une voie de sécurisation du recouvrement.</p>
<p>3.2.4</p>	<p>Boulevard Brune, une occupation irrégulière par le CHSA</p> <p>A ce jour le CHSA ne dispose d'aucun titre d'occupation pour cet immeuble, ni ne paie de redevance pourtant obligatoire. Il n'en assure pas moins les frais d'entretien et y a effectué des travaux en partenariat avec d'autres occupants.</p> <p>Dans sa réponse provisoire (...) le CHSA a indiqué que, pour remédier à l'insécurité juridique de la situation créée par la reprise des activités de l'ADHMI par le CHSA, il proposera prochainement à l'établissement d'établir une convention d'utilisation au sens de l'article R.2313-1 du CG3P. Cette solution, attendue par l'ordonnateur, a été rendue possible depuis la loi HPST qui a fait des hôpitaux publics des établissements publics de l'Etat.</p>	<p>Dans sa séance du 4 novembre 2014, le Conseil de Surveillance a en effet décliné la proposition de cession de l'immeuble à sa valeur vénale, même après déduction des travaux réalisés, compte tenu de son PGFP déjà important et de son incapacité à augmenter les dépenses d'investissement sur cette période, mais aussi et surtout parce que cette proposition n'est pas conforme aux engagements pris par France Domaine lors de la reprise des activités de l'PPP et notamment de la reprise de la gestion de l'immeuble, rappelé par le TGI de Paris (occupation de longue durée par BEA ou AOT moyennant une redevance modique). Le Conseil de Surveillance a proposé en alternative au BEA soit une AOT, soit une convention d'utilisation de longue durée, et en cas de rejet de ces deux solutions, une cession mais uniquement à titre gratuit ou pour une valeur symbolique.</p> <p>Par courrier en date du 14 avril 2015 (voir ci-joint), après avoir consulté le Service Central, France Domaine Paris, rejette l'AOT pour les mêmes arguments que le BEA (risque juridique de requalification de concession de travaux publics) et la cession à titre gratuit. Et l'FD propose au CHSA une « convention d'utilisation » gratuite, qui est le dispositif désormais le plus utilisé pour mettre à disposition des biens du domaine de l'Etat à des établissements publics nationaux (et non de l'Etat), et qui n'existait pas lors de la reprise de l'immeuble par le CHSA en 2011, les hôpitaux appartenant à cette catégorie depuis la loi HPST de 2009.</p> <p>La période d'utilisation proposée initialement par France Domaine était de 15 ans, que le CHSA n'a pas jugée suffisante compte-tenu de l'importance des travaux engagés et nécessaires à la rénovation et à la restructuration du bâtiment et pour</p>

		<p>amortir ces travaux. Après discussion, France Domaine a accepté de fixer la période à 55 ans à compter du 1^{er} janvier 2015, au vu des justificatifs fournis sur les travaux, les frais financiers, les frais de grosses réparations et de maintenance, qui incombent en principe au propriétaire.</p> <p>Le Conseil de Surveillance du CHSA est appelé à délibérer sur cette proposition dans sa séance du 3 juillet 2015, la convention étant alors soumise à la signature du Préfet de Paris sans délai, ce qui assurera la sécurité juridique de l'occupation de l'immeuble dès le 1^{er} janvier 2015.</p>
--	--	--



« La société a le droit de demander compte
à tout agent public de son administration »

Article 15 de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen

L'intégralité de ce rapport d'observations définitives
est disponible sur le site internet
de la chambre régionale des comptes d'Île-de-France :
www.ccomptes.fr/ile-de-france

Chambre régionale des comptes d'Île-de-France

6, Cours des Roches

BP 187 NOISIEL

77315 MARNE-LA-VALLÉE CEDEX 2

Tél. : 01 64 80 88 88

www.ccomptes.fr/ile-de-france