Chambre régionale des comptes
Île-de-France

RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES ET SA RÉPONSE

CENTRE HOSPITALIER DE JUVISY-SUR-ORGE (91)

Exercices 2011 et suivants

Observations définitives
délibérées le 4 juin 2015

SOMMAIRE

SYNTHESE **3**

OBSERVATIONS **5**

1. PROCEDURE **5**

2. SITUATION DE L'ETABLISSEMENT **6**

3. OBLIGATIONS REGLEMENTAIRES **7**

4. FIABILITE DES COMPTES **7**

4.1. Observation d'ensemble 7

4.2. Reprise des soldes 7

4.3. Autres anomalies 8

5. ANALYSE FINANCIERE **8**

5.1. Equilibre financier et activité 9
5.1.1. Les recettes liées à l'activité 9
5.1.2. Les dépenses découlant de l'activité 12

5.2. Capacité d'autofinancement 14

5.3. Résultats 14

5.4. Plan de retour à l'équilibre 14

5.5. L'endettement 15
5.5.1. Les emprunts structurés du CH 15
5.5.2. Irréversibilité d'un emprunt devenu inutile pour le seul centre hospitalier de Juvisy-sur-Orge 16
5.5.3. Echec des négociations et absence de saisine de la justice 17

GLOSSAIRE DES SIGLES UTILISES **20**

SYNTHESE

Le centre hospitalier de Juvisy-sur-Orge est un établissement public de santé desservant le Nord de l'Essonne et possédant actuellement 111 lits, dont 83 lits de médecine et 28 lits de soins de suite. Depuis le 5 avril 2012, l'établissement est membre du Groupement de Coopération Sanitaire Nord-Essonne, issu du Groupement de Coopération Sanitaire Longjumeau-Orsay, créé initialement en 2004 entre le centre hospitalier de Longjumeau et celui d'Orsay.

Les comptes du centre hospitalier de Juvisy-sur-Orge manquent de fiabilité. En effet, d'une part, les soldes à la clôture de l'exercice 2010 n'ont pas été repris en balance d'entrée du compte de l'exercice 2011, mais seulement en opérations budgétaires de l'année, ce qui ne permet pas d'en vérifier l'exactitude. D'autre part, l'état de l'actif pour l'exercice 2010 laisse apparaître de très nombreuses rectifications manuelles sans justification aucune. Ce n'est qu'à ce prix d'ailleurs que la concordance entre l'état de l'actif et les soldes de la balance de sortie est établie.

Sur la période examinée (2011-2013), la capacité d'autofinancement de l'établissement n'a été positive qu'en 2013, à 431 000 €, mais à un niveau insuffisant pour faire face aux besoins de financement de l'hôpital. Si l'établissement a poursuivi ses efforts en termes de valorisation d'activité et si les charges de personnel sont demeurées contenues, la diminution des recettes liées aux autres produits de l'activité hospitalière (titre 2) et la forte augmentation de plusieurs postes de dépenses des charges à caractère médical (titre 2) expliquent la dégradation des résultats.

En raison d'une accumulation de résultats négatifs de près de 2 M€, un plan d'économies a été élaboré en 2013, à lits constants. Ce plan, qui devrait générer des économies d'environ 1,1 M€ par an, a été approuvé par l'agence régionale de santé le 25 septembre 2013, mais ses effets ne peuvent encore être mesurés.

Le centre hospitalier a souscrit à plusieurs emprunts dont l'un, initialement de 13,2 M€ est indexé sur la parité entre l'euro et le franc suisse. Cet emprunt est entré, le 1er décembre 2011, dans la phase, au cours de laquelle le taux d'intérêt que doit payer l'établissement n'est plus fixe mais évolue selon une formule très défavorable. Actuellement, le taux d'intérêt effectif est d'environ 13 %[1]. De plus, faute d'avoir prévu dans le contrat de prêt une clause de résiliation, l'hôpital ne peut renoncer au paiement de la moitié de ces charges (l'autre moitié étant supportée par la SFIL[2]) alors même que l'objet de cet emprunt – la reconstruction d'une partie de l'hôpital – est devenu caduc en mars 2012.

La chambre constate que la direction de l'établissement n'a pas suivi les avis juridiques de ses conseils, pourtant sollicités sur ce dossier. Ces derniers lui avaient recommandé de saisir la justice, avec une possibilité de succès à l'époque. Ce faisant, la direction de l'établissement a manqué de mieux défendre les intérêts patrimoniaux du CH de Juvisy-sur-Orge.

Il convient de rappeler que, si pour les directions successives, la défense des intérêts de l'établissement ne pouvait pas passer par la voie contentieuse sans obérer les chances de bénéficier des solutions apportées par les dispositifs mis en place ultérieurement par les pouvoirs publics à travers la SFIL et son fonds de soutien, ceux-ci ne furent disponibles qu'à

[1] Contre 3,88 % au cours de la phase précédant le 1er décembre 2011.

[2] *Cf.* glossaire p. 31.

partir de février 2013 et d'avril 2014 pour le fonds de soutien, soit plus d'un an après que les négociations avec Dexia eurent échoué.

La chambre prend note du dispositif qui a, en définitive, été convenu par les instances de l'établissement, l'agence régionale de santé et la SFIL et qui devrait permettre de transformer un emprunt indexé sur l'évolution de la parité EUR/CHF en un emprunt à taux fixe moyennant le paiement de la pénalité pour remboursement anticipé (21 M€) prévue au contrat initial. Au total, en tenant compte de cette indemnité, le capital à rembourser aura été de plus de 31 M€ pour un montant emprunté de 10,2 M€.

OBSERVATIONS

1. PROCEDURE

Observation 1

L'examen de la gestion du centre hospitalier, qui a été effectué dans le cadre du programme annuel 2013 de la chambre, a été engagé par lettre du président de la juridiction le 29 octobre 2013 adressée à MM. Éric Graindorge, directeur en exercice, et Daniel Jancourt, ancien directeur par intérim, à Mmes Brigitte de la Lance et Elise Alour, respectivement ancienne directrice et présidente du conseil de surveillance et à M. Etienne Chauffour ancien président du conseil de surveillance. D'autres lettres d'ouverture de contrôle ont été adressées par la suite : le 17 juin à Mme Isabelle Leclerc, nommée directrice par intérim à compter du 7 novembre 2013, le 17 juin également à M. Yves Condé lui a succédé (toujours par intérim) à compter du 1er avril 2014 et le 21 août à M. Guillaume Wasmer, directeur en exercice depuis le 4 août 2014.

Cet examen a porté sur les exercices 2011 et suivants.

L'entretien préalable prévu par l'article L. 243−1 du code des juridictions financières a eu lieu avec M. Jeancourt le 9 septembre 2014, MM. Wasmer et Condé le 10 septembre 2014, Mme Leclerc, M. Graindorge et M. Lefebvre le 11 septembre 2014 et Mme de la Lance le 15 septembre 2014.

Les observations provisoires ont été adressées le 9 décembre 2014 à M. Guillaume Wasmer, directeur en exercice ainsi qu'à M. Claude Evin, directeur général de l'agence régionale de santé d'Île-de-France, M. Eric Graindorge, Mme Brigitte de la Lance et M. Philippe Lefebvre, pour la partie les concernant. M. Lefebvre a répondu le 20 décembre 2014, Mme de la Lance le 27 janvier 2015, M. Wasmer le 6 février 2015 et M. Graindorge le 17 mars 2015. M. Evin n'a pas répondu.

Ont participé au délibéré, qui s'est tenu le 4 juin 2015 et qui a été présidé par M. Pierre Grimaud, président de section, M. Beaudin, premier conseiller et M. Duthil, conseillers.

Ont été entendus :

En son rapport, M. Hervé Beaudin, premier conseiller, assisté de Mme Françoise Pietri, assistante de vérification ;

En ses conclusions, sans avoir pris part au délibéré, M. le Procureur financier.

Mme Delage, agent du greffe, assurait la préparation de la séance de délibéré et tenait les registres et dossiers.

Lors de sa séance du 4 juin 2015, la chambre a rendu définitives les observations qui suivent et qui concernent principalement, outre la fiabilité des comptes, l'analyse de la situation financière et de l'endettement de l'établissement.

2. SITUATION DE L'ETABLISSEMENT

Observation 2

L'hôpital possède 111 lits, dont 83 lits de médecine et 28 lits de soins de suite installés pour la perception d'une dotation annuelle de financement correspondant à 30 lits autorisés. Les 83 lits de médecine se répartissent en 57 lits en hospitalisation complète, 4 lits d'hôpital de jour, 10 lits de gériatrie et 12 lits de soins palliatifs.

L'établissement est situé sur le territoire de santé 91-2 (SROS III), qui dessert le nord de l'Essonne, notamment les communes d'Athis-Mons, de Juvisy-sur-Orge, de Paray-Vieille Poste, de Savigny et de Viry-Châtillon.

Le CH de Juvisy-sur-Orge a appartenu, entre 2002 et 2011, au Syndicat inter hospitalier (SIH) de Juvisy-sur-Orge qu'il avait constitué avec un établissement privé participant au service public hospitalier (PSPH)[3], géré par la Croix Rouge Française et spécialisé dans la chirurgie, l'obstétrique, les soins de suite et les soins palliatifs, à Juvisy.

Cette entité administrative a été dissoute le 1er janvier 2011. Cette rupture a été entraînée par l'abandon par le SIH, en 2009, de la chirurgie et de la gynécologie-obstétrique.

Le CH de Juvisy-sur-Orge a adhéré le 5 avril 2012 au Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) Nord-Essonne, initialement créé fin 2004 entre les CH de Longjumeau et d'Orsay.

Le projet régional de santé 2013-2017 d'Île-de-France, en vigueur depuis le 1er janvier 2013, préconise la formation d'une communauté hospitalière de territoire[4] entre les trois établissements de Juvisy-sur-Orge, Longjumeau et Orsay. Cette recommandation, pourtant suivie par les conseils de surveillance des centres hospitaliers de Longjumeau et de Juvisy-sur-Orge, n'a pas été, pour le moment, mise en œuvre en raison de l'opposition de la direction et du conseil de surveillance du CH d'Orsay au projet médical commun, élaboré par l'agence régionale de santé, qui lui retirait son service de réanimation.

Il demeure donc un GCS entre Longjumeau, Orsay et Juvisy-sur-Orge au sein duquel de nombreuses fonctions ont été mutualisées et les activités de soins, rationalisées. Toutefois, certains des objectifs initiaux n'ont pas encore été atteints. Ainsi, la télé-imagerie, qui devait permettre de supprimer l'astreinte de radiologie à Juvisy-sur-Orge, n'a pas été, pour l'instant, mise en œuvre. De même, la fusion des départements d'information médicale n'est toujours pas réalisée.

[3] *Cf.* glossaire p. 31.

[4] Innovation de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires), la communauté hospitalière de territoire est la forme de droit commun des coopérations hospitalière publiques. A la différence du groupement de coopération sanitaire, elle n'est donc ouverte ni aux établissements de santé privés, ni aux professionnels libéraux.

3. OBLIGATIONS REGLEMENTAIRES

Observation 3

La procédure de certification[5] n'en est qu'à ses débuts puisque le pré-rapport de la Haute autorité de santé a été porté à la connaissance de l'établissement en mai 2014.

Les rapports d'activité pour les exercices 2012 et 2013 n'ont pas pu être communiqués à la chambre régionale des comptes au cours du contrôle. Il en est de même des comptes de résultat analytiques pour les exercices 2011, 2012 et 2013.

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, signé le 1er avril 2007, n'a pas été reconduit au-delà de la date butoir (28 décembre 2013). Le nouveau contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, en cours de négociation avec l'agence régionale de santé (ARS), n'avait pas encore abouti à l'automne 2014.

4. FIABILITE DES COMPTES

4.1. Observation d'ensemble

Observation 4

La chambre relève plusieurs anomalies relatives aux comptes des exercices 2011 à 2013. Ces anomalies concernent la reprise des soldes, les dotations aux amortissements et provisions, les variations de stocks et la dépréciation des comptes de tiers.

En raison de leur importance, la chambre en déduit que les comptes du CH de Juvisy-sur-Orge manquent de fiabilité.

4.2. Reprise des soldes

Observation 5

Les reprises, ou supposées telles, des soldes (débiteurs et créditeurs) présents au compte financier 2010 ne sont pas retracées, comme elles devraient l'être, au compte financier 2011 du CH de Juvisy-sur-Orge, en balance d'entrée, mais en opérations non budgétaires. Elles se confondent donc avec les opérations non budgétaires de l'année 2011.

Lorsque les données qui y figurent sont rigoureusement égales à celles qui figuraient en balance de sortie du compte financier du SIH, on peut estimer qu'il y a une forte probabilité pour que les opérations non budgétaires soient inexistantes en 2011 et que le chiffre qui y figure constitue une sorte de reprise des soldes en entrée.

Mais, lorsque les données qui figurent en opérations non budgétaires de 2011 sont différentes de celles qui figuraient en balance de sortie 2010 du SIH, on ne peut être certain que la reprise a été correctement effectuée.

[5] La procédure de certification des établissements de santé a pour objectif de porter une appréciation indépendante sur la qualité d'un établissement ou, le cas échéant, d'un ou plusieurs services ou activités d'un établissement, à l'aide d'indicateurs, de critères et de référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités de l'établissement.

Dans le cas où les données sont inférieures au solde constaté de 2010, ce qui pourrait faire office de reprise est frappé d'incomplétude et n'établit pas, en conséquence, la certitude de ne représenter que la donnée qui figurait en balance de sortie en 2010.

Dans le cas où les données sont supérieures au solde constaté de 2010, on ne peut affirmer avec certitude que les opérations non budgétaires de 2011 se limitent à la différence entre les deux nombres en question.

Dans sa réponse aux observations provisoires, Mme de la Lance, directrice à l'époque où la reprise des soldes a été effectuée, confirme que « *les comptes du SIH ont été difficiles à régulariser faute de traçabilité des données des exercices précédents.* »

4.3. Autres anomalies

Observation 6

La chambre a par ailleurs relevé les trois anomalies suivantes :

Le compte 28 (amortissement des immobilisations) est absent de l'état de l'actif alors que des dotations aux amortissements et provisions sont inscrites au compte 68 (dotations). Le compte 28 figurant à la balance est différent des dotations aux amortissements et provisions enregistrées au compte 68.

Les variations de stocks calculées au compte 603 ne correspondent pas à celles qui concernent les stocks et les en-cours.

Tableau n° 1 : Stocks et en-cours

Comptes	Variations des stocks	2009	2010	2011	2012	2013
SD / 3	Stocks et en cours (1)	231 452	180 774	167 401	172 018	193 671
	Evolution annuelle N-1 / N	-	-50 678	-13 373	4 617	21 653
SC / 603	Variation des stocks (crédits nets) (2)	14 888	0	0	-24 661	-24 660

Source : Comptes financiers

Le compte 491 « Dépréciation des comptes de tiers » n'a jamais été mouvementé sur la période examinée alors que le compte 415-2 « Créances irrécouvrables » présente un solde débiteur de 761 524 € constant sur la période 2011-2013. Cet état de fait contrevient à l'obligation des établissements publics de provisionner les risques liés aux créances douteuses.

5. ANALYSE FINANCIERE

Observation 7

La chambre estime tout d'abord que, les comptes manquant de fiabilité, l'analyse des soldes du bilan (fonds de roulement et besoin en fonds de roulement) n'est pas possible pour la période examinée (2011-2013). Elle ne peut donc porter une appréciation. Elle relève toutefois la fragilité d'ensemble du bilan et observe que les besoins de trésorerie de court terme ont été satisfaits par la mobilisation de ressources longues au lieu de l'être par l'ouverture d'une ligne de trésorerie.

Cependant, tel n'est pas le cas pour les comptes de la section de fonctionnement, ceux-ci décrivant l'activité économique sur un exercice donné alors que les précédents traduisent l'évolution de son patrimoine depuis sa création.

5.1. Equilibre financier et activité

5.1.1. Les recettes liées à l'activité

Observation 8

L'activité en 2013 du pôle *Hospitalisation et Ambulatoire*[6] a baissé de 8,1 %, ce qui a entraîné une diminution de la valorisation de l'activité de 2,3 % (soit 234 K€). Cette diminution provient principalement de la médecine (- 8,86 %). Elle semble liée à l'absence du chef de pôle pendant une période de trois mois. Elle est peut-être aussi due à une offre de soins trop lacunaire.

Cependant, cette baisse a été en grande partie absorbée par l'augmentation du poids moyen des cas traités. De plus, l'accroissement de l'activité en court séjour gériatrique (+ 23 K€ provenant d'une augmentation en volume de 1,9 %) a compensé en partie cette diminution.

Les soins palliatifs, qui ne baissent que de 3,5 % en volume, voient en revanche leur valorisation diminuer de 6,7 % (soit 141 K€). Quant à l'hospitalisation de jour, sa baisse en volume (- 10,6 %) explique une diminution de recettes de 17,4 % (soit 91 K€). Cette diminution est en partie due à l'absence du chef de service, qui a conduit la direction à privilégier l'hospitalisation.

Tableau n° 2 : Activité en 2013

Activité 2013	Variation par rapport à 2012		
	en volume (en %)	en valeur (en %)	en milliers d'euros
Hospitalisation et Ambulatoire	-8,10	-2,30	-234
Médecine	-8,86		
Court séjour gériatrique	1,90		23
Soins palliatifs	-3,50	-6,70	-141
Hospitalisation de jour	-10,6	-17,4	-91
Urgences (UHTCD)	26,5		89

Source : États des prévisions de recettes et de dépenses 2012 et 2013

Cette baisse de l'activité semble due à plusieurs facteurs, humains et organisationnels, dont le principal est un accroissement insuffisant de la capacité en gériatrie.

Le pôle *Urgences* voit ses recettes augmenter grâce à la forte progression de l'activité (+ 26,5 % en recettes, soit + 89 K€) de l'unité d'hospitalisation de très courte durée (UHTCD).

[6] Les soins ou interventions réalisables en « ambulatoire » dans le cadre d'une hospitalisation de jour correspondent aux actes médicaux ne nécessitant pas d'hospitalisation prolongée du patient et lui permettant de rentrer chez lui le jour même de l'intervention.

L'activité externe (consultations et actes externes) s'accroît également, tout comme l'activité en gastroentérologie et en rhumatologie.

Ainsi, les produits versés par l'assurance maladie ont-ils augmenté, en 2013, dans toutes leurs composantes, à l'exception des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC[7]) et de la dotation annuelle de financement.

Les MIGAC sont en effet passés de 6,55 M€ en 2011 à 1,85 M€ en 2012 et 1,696 M€ en 2013, soit une baisse de 74,1 % par rapport à 2011 et de 8,3 % par rapport à 2012. Cette baisse n'est qu'en partie (920 000 €) compensée par la dotation du Fonds d'intervention régional[8], transférée au titre 3 (autres produits). La dotation annuelle de financement, qui avait bénéficié, en 2012, du million versé pour le règlement de la première échéance de l'emprunt de 10,2 M€, retrouve, en 2013, son niveau de 2011 (1,795 M€ en 2011 et 1,782 M€ en 2013) après un pic à 2,779 M€ en 2012.

Mais les autres postes, eux, s'accroissent. Les produits de la tarification des séjours s'élèvent, en 2013, de 14 % par rapport à 2011 et de 2,5 % par rapport à 2012, à 10,615 M€ grâce au dégel du coefficient prudentiel (+ 32 K€) et au rattachement des groupes homogènes de séjour (GHS) de décembre 2012 (222 K€) plus important que pour décembre 2011 en 2012 (85 K€). Les produits des médicaments facturés en sus des séjours augmentent, en 2013, de 118,6 % par rapport à 2011 et de 3,49 % par rapport à 2012 à 173 176 €. Le forfait annuel urgences (FAU), inchangé en 2013, augmente de 11,9 % par rapport à 2011. Les consultations et actes externes ont augmenté de 3,61 % par rapport à 2011 et de 17 % par rapport à 2012 à 1,64 M€. Le forfait accueil et traitement des urgences (ATU) s'est accru de 12,8 % par rapport à 2011 et de 8,35 % par rapport à 2012 à 525 870 €.

Les produits de l'activité ont donc progressé même si l'activité, telle qu'elle est mesurée par le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), a reculé légèrement. Ce bilan positif s'explique aussi en partie par le maintien des aides de la tutelle (à l'exception du remboursement de l'emprunt Dexia à hauteur de 1 M€).

L'aggravation du déficit en 2013 (supérieur en valeur absolue à celui de 2012) s'explique donc par la diminution des recettes liées aux autres produits de l'activité hospitalière (titre 2) et, accessoirement, des autres produits (titre 3).

Les recettes du titre 2 ont, en 2013, significativement baissé, de 6,35 % par rapport à 2012 et de 8,13 % par rapport à 2011 pour des recettes atteignant 2 769 626 €.

La cause principale de cette baisse réside dans la forte diminution des produits de la tarification hospitalière complète hors assurance maladie (- 10,5 % par rapport à 2012 et – 22,6 % par rapport à 2011, à 930 088 € en 2013). Deux raisons l'expliquent. D'une part, le produit de la tarification en hospitalisation complète en soins de suite et de réadaptation a baissé de 56 % par rapport à 2011. Mais cet effondrement ne porte que sur un montant très réduit (43 623 € en 2013) de prestations. D'autre part, et c'est là l'explication principale, le produit de la tarification en hospitalisation complète de médecine (886 410 € en 2013) a baissé de 10,8 % par rapport à 2012 et de 19,6 % par rapport à 2011.

[7] Les MIGAC ont, par définition, pour mission de financer des actions de service public que la tarification à l'activité ne couvre pas.

[8] Le Fonds d'intervention régional finance des actions et des expérimentations décidées par l'Agence régionale de santé en faveur de la performance, de la qualité, de la coordination, de la permanence des soins, de la prévention et de la promotion de la santé ainsi que de la sécurité sanitaire.

Les deux autres causes de la baisse des recettes du titre 2 sont, d'une part, la diminution des recettes provenant du Service médical d'urgence et de réanimation (178 120 € en 2013) de 49,7 % par rapport à 2012, et, d'autre part, la baisse de 10,4 % par rapport à 2012 du forfait journalier en soins de suite et de réadaptation (93 258 € en 2013).

Tableau n° 3 : Recettes en 2013

Titres	Recettes (millions d'euros)	2013	Variation en 2013 (en %) par rapport à	
			2012	2011
Titre 1	*Total du titre 1*	*18,2*	*-3,02*	*-14,6*
	MIGAC	1,696	-8,3	-74,1
	Dotation annuelle de financement	1,782	-35,8	-0,69
	Tarification des séjours	10,615	2,5	14
	Médicaments facturés en sus des séjours	0,173	3,49	118,6
	FAU	1,754	0	11,9
	Consultations et soins externes	1,64	17	3,61
	ATU	0,526	8,35	12,8
Titre 2	*Total du titre 2*	*2,77*	*-6,35*	*-8,13*
	Produits de la tarification hospitalière complète hors assurance maladie	0,93	-10,5	-22,6
	dont Médecine	0,886	-10,8	-19,6
	S.M.U.R.	0,178	-49,7	-53,2
	Forfait journalier en soins de suite et de réadaptation	0,933	-10,4	-8,22
	Produits issus des prestations de soins délivrés aux étrangers	0,379	15,4	39,3
Titre 3	*Total du titre 3*	*3,57*	*-5,37*	*49,6*
	Remboursement des frais de personnel	0,365	26,9	113
	Refacturation pour mise à disposition de personnel et pour charges médicales et non médicales	0,383	ND	ND
	Produits exceptionnels	0,537	-61,9	-67,3
	Reprises sur provisions hors intérêts emprunt Dexia	0,911	-57,2	7,06

Source : Rapports du comptable 2012 et 2013 ; EPRD 2012 et 2013

Cette diminution s'explique en partie par le transfert vers les recettes du titre 1 (produits versées par l'assurance maladie) des recettes liées aux soins apportés à des patients bénéficiant d'une prise en charge à 100 %. Elle s'explique aussi de la préférence donnée à la gériatrie sur les soins de suite et de réadaptation, moins rémunérateurs.

L'augmentation des produits issus des prestations de soins délivrés aux étrangers (379 020 € en 2013) de 15,4 % par rapport à 2012 et de 39,3 % par rapport à 2011 n'a pas suffi à compenser ces baisses.

Les recettes du titre 3 ont diminué, en 2013, de 5,37 % par rapport à 2012, mais elles se sont accru de 49,6 % par rapport à 2011 grâce, d'une part, à l'augmentation sur les remboursements de frais de personnel (+ 113 % à 365 K€), et, d'autre part, à l'apparition des recettes reçues au titre du groupement de coopération sanitaire (refacturation pour mise à

disposition de personnel et pour charges médicales et non médicales : + 383 K€), inexistantes en 2011 et en 2012.

La hausse de près de 50 % observée en 2012 provient pour les deux tiers d'entre elle de l'affectation, aux recettes du titre 3, des ressources du Fonds d'intervention régional.

La baisse observée en 2013 provient de la diminution des produits exceptionnels (– 204 K€, soit – 62 %) et des reprises sur provisions hors intérêts de l'emprunt « toxique », en baisse de 57 % par rapport à 2012 à 911 K€.

5.1.2. Les dépenses découlant de l'activité

Observation 9

Les charges de personnel (dépenses du titre 1) représentent 65 % des dépenses de l'établissement. Elles sont à peu près constantes d'année en année, car la baisse des dépenses de personnel non médical (– 8 % entre 2011 et 2013) vient compenser la hausse des dépenses de personnel médical en 2013 par rapport à 2012 (+ 4 %).

L'amélioration de la gestion des effectifs a permis de réduire le personnel non médical. Selon la direction, dans le cadre du groupement de coopération sanitaire, le regroupement administratif des trois sites de Juvisy-sur-Orge, Longjumeau et Orsay, la diminution du nombre de remplacements, le lissage des congés, la fermeture de lits pendant la période estivale auraient engendré un moindre recours à l'intérim et aux heures supplémentaires.

La baisse des dépenses en matière de personnels stagiaires et titulaires, de personnels en CDD et en CDI et de personnels extérieurs à l'établissement a permis de compenser la hausse continue des impôts, taxes et charges sociales.

L'évolution des dépenses de personnel médical est en revanche plus contrastée. D'une part, des économies ont été réalisées sur les postes de personnel intérimaire (– 47 K€), sur les rémunérations des personnels autres que les praticiens à temps plein et à temps partiel (– 61 K€) et sur certaines taxes (– 4,5 K€). D'autre part, les rémunérations des praticiens à temps plein et à temps partiel, les dépenses liées à la permanence des soins et les impôts, taxes fiscales et charges de sécurité sociale et de prévoyance ont augmenté de, respectivement, 121 K€ (soit + 7,46 %), 93 K€ (soit +14,4 %) et 81 K€. Il a fallu en effet compenser l'absence de deux chefs de service par le recrutement de praticiens hospitaliers à temps partiel.

Les charges à caractère médical (dépenses du titre 2) ont fortement augmenté entre 2011 et 2012 (plus de 7 %). C'est pourquoi l'établissement a fait un effort pour les diminuer en 2013. Il n'y est parvenu que très partiellement puisque les dépenses du titre 2 n'ont baissé que de 1,09 %, ce qui explique qu'au total, elles aient augmenté, entre 2011 et 2013, de 6 %. Deux causes principales expliquent cette évolution.

En premier lieu, l'établissement n'a pas pu réduire autant que nécessaire en 2013 les dépenses qui avaient trop augmenté l'année précédente (2012). Plusieurs postes avaient considérablement augmenté en 2012. Parmi eux, les dépenses de fournitures (c/60221) ont cru de 763 % entre 2011 et 2013 du fait d'une nouvelle augmentation en 2013 de 59 410 € (soit + 104 %) après celle de 2012 (+ 43 534 €). Les dépenses de produits pharmaceutiques et produits à usage médical avaient augmenté de 120 506 € en 2012 et n'ont baissé que de 56 111 € en 2013. Les dépenses de sous-traitance générale avaient augmenté de 83 210 € en 2012 et elles ont baissé de 7 150 € seulement (soit – 0,80 %) l'année suivante. Les dépenses d'imagerie médicale ont progressé 155 % (soit + 31 817 €) en 2012 et la baisse enregistrée en 2013 (- 11 % à 46 445 €) n'a pas été suffisante pour retrouver le niveau de

2011. Le changement de scanner a en effet conduit l'établissement à recourir, en la matière, à des services extérieurs et le projet d'astreinte de radiologie, mutualisée entre Juvisy-sur-Orge et Longjumeau, n'a pu être mis en œuvre en raison de l'opposition du radiologue de Juvisy-sur-Orge.

Parmi ces augmentations, certaines dépenses sont le signe d'une bonne activité de l'établissement. Mais d'autres conduisent à s'interroger. Par exemple, les produits pharmaceutiques ont vu leur consommation augmenter en 2012 sans que l'activité de soins progresse.

En second lieu, certaines dépenses, qui n'avaient que modérément augmenté en 2012, voire même baissé, se sont accrues en 2013. Ainsi, les dépenses de maintenance informatique à caractère médical, qui avaient augmenté de 2 166 € seulement en 2012, ont progressé de 65 638 € en 2013. De même, les dépenses de fournitures d'endoscopie, qui s'élevaient à 17 351 € en 2011 et à 0 en 2012, sont passées à 25 544 € en 2013. Les stocks de fournitures, de produits finis et de petit matériel médical, ont augmenté de 14 938 € en 2013 alors qu'ils avaient baissé de 11 347 € en 2012. Ces hausses sont en partie dues à l'accroissement de l'activité et de la capacité en gériatrie et en soins de suite et de réadaptation.

Les charges du titre 3 (charges à caractère hôtelier et général), qui représentent 13 % des dépenses de l'établissement, ont progressé de 16 % en 2013. Cependant, ces dépenses concernent en partie des dépenses effectuées au titre du groupement de coopération sanitaire. Hors GCS, les dépenses du titre 3 ont régressé de 0,49 % (soit - 14 K€)[9].

Cette *quasi* stabilité s'explique car les hausses constatées sur certains postes (transports, assurances, locations mobilières, blanchisserie, fournitures de bureau et d'informatique et produits d'entretien) ont été exactement compensées par les économies réalisées sur l'alimentation, les dépenses de maintenance, les locations immobilières, les rémunérations d'intermédiaires et les honoraires. Les autres dépenses (fluides) sont demeurées constantes.

Enfin, les dépenses du titre 4 (charges d'amortissement, de provisions et dépréciations, financières et exceptionnelles), non corrélées à l'activité, qui représentaient, en 2013, 12,6 % des dépenses de l'établissement (contre 15,2 % en 2011 et 14,9 % en 2012), ont diminué de 648 K€ (soit – 16,9 %) en 2013 par rapport à 2012. La plus importante composante de cette diminution est constituée par les frais financiers (– 839 K€, soit - 52,8 %) grâce à un abandon de créances de la SFIL à hauteur de 808 K€. Cette diminution a été cependant freinée par la hausse des charges exceptionnelles (+ 35,2 % en 2013) provenant principalement d'un surcroît d'annulations de titres sur exercices antérieurs (+ 25 K€) et d'autres charges exceptionnelles (+ 76 K€).

[9] Le calcul est le suivant :

Dépenses du titre 3 en 2012 = 2 867 K€

Dépenses du titre 3 en 2013 = 3 330 K€

Progression 2013/2012 apparente = + 463 K€, soit + 16,1 %

Dépenses effectuées au titre du GCS en 2013 = + 477 K€

Dépenses 2013 du titre 3 hors GCS = 2 853 K€

Progression 2013/2012 effective = – 14 K€, soit – 0,49 %.

5.2. Capacité d'autofinancement

Observation 10

La capacité d'autofinancement est redevenue à nouveau positive en 2013 (+ 431 000 €). Elle demeure néanmoins à un niveau insuffisant pour faire face aux besoins d'investissement de l'hôpital.

5.3. Résultats

Observation 11

Fin 2013, le report à nouveau était déficitaire de 1 927 510 €. Ce déficit cumulé est en partie la conséquence des résultats négatifs enregistrés en 2010 (– 458 892 €), 2012 (– 156 737 €) et 2013 (– 766 074 €).

Les déficits enregistrés s'expliquent principalement par des charges d'intérêts excessives d'une dette devenue partiellement insoutenable. Ainsi, le résultat financier, qui est égal à la différence entre les recettes financières et les charges financières, est-il passé d'un déficit de 131 205 € en 2010 à un déficit de 1 130 038 € en 2011 et 840 301 € en 2012.

5.4. Plan de retour à l'équilibre

Observation 12

Un plan de retour à l'équilibre financier avait été élaboré par le Syndicat inter hospitalier en 2009. Intégré au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, il s'était accompagné de l'octroi d'une dotation de 2,3 M€ (MIGAC[10]). Même si, dans sa réponse aux observations provisoires, Mme de la Lance, ancienne directrice, assure qu'un bilan régulier des actions menées entre 2009 et 2011 a été régulièrement présenté sous la forme de rapports remis lors des séances des instances et des conseils de surveillance de l'établissement, la chambre n'a pas eu connaissance des actions qui ont été menées ni du bilan que l'on pouvait en faire fin 2011 en dépit de sa demande écrite effectuée au cours du contrôle[11]. Elle note seulement que le résultat global net de l'exercice 2011 était bénéficiaire de 96 951 €.

Un nouveau plan de retour à l'équilibre a été adopté en 2013 par l'établissement dans le cadre de la présentation de l'Etat des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD[12]). Il comportait un plan d'économies de 465 350 € provenant, dans le cadre du groupement de coopération sanitaire, d'une mutualisation des services administratif et médico-technique, du lissage des effectifs et de la réduction du nombre de jours de RTT et la création de recettes nouvelles pour un montant de 0,13 M€ grâce à l'ouverture de 5 lits en gériatrie.

A la suite du rejet, par l'autorité de tutelle, de l'EPRD, un deuxième plan d'économies a été élaboré, à lits constants et qui a intégré la diminution des frais financiers supportés par l'établissement grâce à leur prise en charge partielle par la SFIL. Ce plan a pour ambition de réorganiser l'emploi des effectifs soignants sur le modèle de Longjumeau et d'Orsay, de

[10] *Cf.* glossaire p. 31.

[11] *Cf.* point n°10 (page 2) du questionnaire du 7 novembre 2013.

[12] *Cf.* glossaire p. 31.

renforcer la mutualisation des praticiens hospitaliers avec le CH de Longjumeau, de réduire le nombre d'internes, de réorganiser la permanence des soins, de rattacher le standard téléphonique du CH de Juvisy-sur-Orge à celui du CH de Longjumeau et d'externaliser la restauration, générant ainsi une économie d'environ 1,1 M€ par an. Ce plan de retour à l'équilibre financier a été approuvé par l'ARS[13] le 25 septembre 2013. Il est encore trop tôt pour en mesurer les effets.

5.5. L'endettement

Compte tenu de l'importance du poids de la dette et de ses conséquences en termes d'intérêts financiers, cette dette a été étudiée de manière plus détaillée.

5.5.1. Les emprunts structurés du CH

Observation 13

En ce qui concerne ces ressources financières longues, le CH de Juvisy-sur-Orge a contracté, entre 2006 et 2012, deux séries d'emprunts structurés auprès de deux banques pour un montant total de 12,1 M€. Chacune des deux séries est constituée par une suite d'avenants à un emprunt initial. Ces avenants ont, dans l'ensemble, aggravé les conditions financières des remboursements dus par l'établissement.

L'une de ces séries concerne un emprunt initial de 13,2 M€ et ses avenants, conclu auprès de la banque Dexia[14]. Cet emprunt s'est révélé particulièrement nocif pour les finances de l'établissement à la suite du franchissement à la baisse, au cours de l'été 2011, de la barrière d'activation d'un taux contractuel indexé sur le cours de change entre l'euro et le franc suisse, et ce, bien que le contrat eût été conclu à un moment où le cours de cette parité s'établissait très au-dessus de la barrière d'activation de la formule d'indexation précitée.

Ce franchissement a enclenché un taux d'intérêt effectif d''environ 13 %[15]. La durée importante de l'emprunt, qui court jusqu'en 2036 pour la tranche de 10,2 M€ et 2038 pour celle de 3 M€, laissait ainsi augurer de longues années de remboursement à un taux d'intérêt probablement très au-dessus des conditions normales du marché.

Le tableau suivant récapitule, en fonction de l'évolution de la parité EURCHF, le taux d'intérêt effectif qui devrait être payé par l'établissement dans le cadre de ce contrat :

[13] *Cf.* glossaire p. 31.

[14] L'emprunt initial a été contracté le 13 juillet 2006. Trois avenants respectivement des 7 juin 2007, 22 février 2008 et 19 octobre 2009 sont venus le modifier.

[15] A titre de comparaison, les taux d'intérêt de la période dite « de mobilisation » étaient de 3,88 % pour la tranche de 10,2 M€ et de 4,42 % pour celle de 3 M€. Le taux actuel des emprunts d'État à 30 ans est de 2,9 %.

Tableau n° 4 : Taux effectif des deux emprunts indexés sur la parité EURCHF[16]

EURCHF	Emprunt 10,2 M€	Emprunt 3 M€
1,03	23,8%	24,8%
1,10	19,3%	20,3%
1,20	13,9%	14,8%
1,25	11,5%	12,4%
1,30	9,26%	10,2%
1,35	7,21%	8,12%
1,44	3,88%	4,77%
1,45	3,88%	4,42%

Source : Calcul effectué par la chambre à partir des clauses financières des contrats.

Rien ne permet de comprendre pourquoi la direction de l'établissement a assuré de façon persistante le portage d'un emprunt aussi dangereux pour les finances de l'hôpital. En effet, le glissement de l'euro au-dessous de sa barrière d'activation s'est produit avant l'entrée en vigueur de la phase de consolidation, c'est-à-dire pendant le laps de temps où il était possible de sortir du dispositif et où la pénalité pour remboursement anticipé était encore relativement soutenable pour les finances de l'établissement.

Ces deux emprunts entrainent actuellement le paiement de frais financiers plus de quatre fois supérieurs à ceux d'un emprunt à long terme à taux fixe de même montant.

L'autre série concerne un emprunt et ses avenants d'un montant initial de 8,2 M€ indexé sur le CMS (*Constant Maturity Swap*) euro conclu avec la Société générale[17]. Cet emprunt souffre d'une formule d'indexation extrêmement sensible aux variations des taux d'intérêt. En effet, passée une période dite de « mobilisation », au cours de laquelle l'établissement doit payer des intérêts modestes (environ 1 %) calculés sur la base d'une formule d'indexation choisie par l'emprunteur parmi une liste préétablie, l'établissement public voit sa dette indexée sur la différence entre le CMS euro et le CMS livre sterling. Ce nouveau taux peut très vite s'élever. Il suffit, par exemple, que l'écart, positif, entre le CMS euro et le CMS livre sterling atteigne les 0,67 % pour que le taux d'intérêt réellement payé par l'établissement soit égal à 10 %.

5.5.2. Irréversibilité d'un emprunt devenu inutile pour le seul centre hospitalier de Juvisy-sur-Orge

Observation 14

Un projet immobilier et son plan de financement pluriannuel, proposés par le CH de Juvisy-sur-Orge, ont été validés par l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) d'Île-de-France le 14 décembre 2004. Pour ce faire, un emprunt de 13,2 M€ a été souscrit auprès de Dexia en juillet 2006. Mais, en mai-juin 2007, l'EPRD[18] pour cet exercice a été rejeté par l'ARH.

La chambre régionale des comptes, sollicitée pour rendre un avis sur ce budget, a estimé que ce projet immobilier ne pouvait être mené à son terme sans dégrader les comptes de

[16] Au 4 juin 2015, date du délibéré, l'euro cotait 1,0524 franc suisse.

[17] L'emprunt initial a été contracté le 9 novembre 2006. Quatre avenants respectivement des 15 juin 2007, 31 décembre 2008, 17 décembre 2009 et 2 juin 2010 sont venus le modifier.

[18] Cf. glossaire p. 31.

l'établissement et que le redressement des comptes nécessitait la fermeture des services de chirurgie et maternité[19].

Aussi, par courrier du 24 décembre 2007, le directeur de l'ARH d'Île-de-France a demandé à l'établissement de suspendre son programme d'investissements dans l'attente d'un nouveau schéma directeur. Pour tenir compte du départ de la Croix Rouge, un nouveau projet immobilier a été encouragé par l'ARH, en juin 2009, afin de pouvoir mobiliser les emprunts souscrits trois ans auparavant sur un projet déterminé[20]. Cependant, la souscription de cet emprunt s'est avérée inutile par suite du renoncement définitif, en mars 2012, au projet de reconstruction de l'hôpital à la suite du rejet, par l'ARS, du plan global de financement pluriannuel.

Ce renoncement n'a été notifié à l'établissement par l'ARS qu'après l'entrée en vigueur de la phase de consolidation de cet emprunt, survenue le 1er décembre 2011. Or, l'hôpital n'a pu se désengager, compte tenu des clauses du contrat, de cet emprunt au moindre coût.

En effet, la chambre relève l'absence, dans les clauses du contrat, de cas de résiliation, comme, par exemple, la disparition de l'objet du contrat. Cette absence de clause de résiliation s'est révélée particulièrement dommageable en l'espèce[21].

Sans doute, en l'absence d'une telle clause, l'établissement a-t-il toujours eu la faculté de demander un remboursement anticipé. Mais, selon les clauses du contrat, la sortie anticipée aurait abouti au paiement d'une pénalité représentant une part substantielle du capital emprunté, soit 2,35 M€ (ou 23 % du capital emprunté) si elle avait été demandé avant la mise en œuvre, le 1er décembre 2011, de la phase de consolidation, et de 21 M€ (soit plus de 200 % du capital emprunté), depuis[22]. Ces conditions de sortie se sont avérées fortement dissuasives.

Dans sa réponse aux observations provisoires, le directeur présente les solutions envisagées pour « désensibiliser » cet emprunt, qui passe par la fusion avec le CH de Longjumeau, pour lequel cet emprunt trouverait une finalité (cf. observation 15).

5.5.3. Echec des négociations et absence de saisine de la justice

Observation 15

Des négociations avec la banque cocontractante pour tenter d'annuler les deux contrats qui avaient été conclus se sont déroulées avant le 1er décembre 2011.

Mais la banque n'a pas donné suite à la médiation, tentée à l'initiative de l'établissement, puisqu'elle a versé, à la date convenue au contrat, la somme de 10,2 M€.

Par ailleurs, la banque a présenté une offre au CH de Juvisy-sur-Orge, proposée trois semaines avant l'échéance, soit le 7 novembre 2011, qui consistait, pour l'établissement, à choisir entre les trois options suivantes : le paiement d'une indemnité de 21,31 M€ au 1er décembre 2011 ; un refinancement avec application d'un taux fixe de 9,55 % entre le

[19] Avis du 3 décembre 2007 n°A-58.

[20] Cf. lettre du directeur de l'agence régionale d'hospitalisation d'Île-de-France avait, du 30 septembre 2009.

[21] *Cf.* l'observation 14 ci-après.

[22] L'ampleur de la pénalité de 21 M€ s'explique par le franchissement à la baisse de la barrière d'activation consécutif à la forte dépréciation de l'euro par rapport au franc suisse intervenue pendant l'été 2011.

1er décembre 2011 et le 1er janvier 2013 ; le maintien d'une formule indexée sur la parité EURCHF au-delà du 1er janvier 2013.

L'établissement a refusé l'offre de remboursement anticipé et l'offre de refinancement qui lui étaient faites. Il a consigné la somme empruntée à la Caisse des dépôts et consignations le 7 décembre 2011.

Adhérant au système mis en place par le législateur, et qui a consisté à créer la Société de financement des investissements locaux (S.F.I.L.), financée sur ressources publiques et prenant à sa charge la moitié des frais financiers supportés par les collectivités publiques au titre de ces classes d'emprunts, l'établissement verra ses charges d'intérêt actuelles mécaniquement diminuées de 50 %[23]. Au surplus, l'ARS a versé, en 2012 et en 2013, une subvention d'un million d'euros pour le paiement des intérêts de cet emprunt.

Néanmoins, même en tenant compte de cette réduction de la charge de la dette, l'établissement doit satisfaire au versement d'intérêts égaux aujourd'hui au double du montant qu'un emprunt de même durée à taux fixe, non indexé sur l'évolution du franc suisse, aurait exigé qu'il remboursât, et ce, pour un investissement dont l'utilité demeure aujourd'hui suspendue à la réussite du projet de fusion avec le centre hospitalier de Longjumeau, prévue pour le 1er janvier 2016.

La chambre constate que la direction de l'établissement n'a pas suivi les avis juridiques de ses conseils, qu'elle avait pourtant sollicités sur ce dossier. Ces conseils lui recommandaient de saisir la justice, avec des possibilités de succès. Ce faisant, la direction de l'établissement a manqué, à l'époque, de mieux défendre les intérêts patrimoniaux du CH de Juvisy-sur-Orge alors que le système inauguré par la création de la SFIL n'avait pas encore été mis en place.

Il convient de rappeler que, si pour les directions successives, la défense des intérêts de l'établissement ne pouvait pas passer par la voie contentieuse sans obérer les chances de bénéficier des solutions apportées par les dispositifs mis en place ultérieurement par les pouvoirs publics à travers la SFIL et son fonds de soutien, ceux-ci n'ont été disponibles qu'à partir de février 2013 et d'avril 2014 pour le fonds de soutien, soit plus d'un an après que les négociations avec Dexia ont échoué et six mois après l'avis rendu par son conseil.

La chambre prend note du dispositif qui a, en définitive, été convenu par les instances de l'établissement, l'agence régionale de santé et la SFIL, selon l'exposé qu'en a fait le directeur en exercice, M. Wasmer, dans sa réponse aux observations provisoires. Ce dispositif devrait permettre de transformer un emprunt indexé sur l'évolution de la parité EURCHF en un emprunt à taux fixe moyennant le paiement de la pénalité pour remboursement anticipé (21 M€) prévue au contrat initial selon les modalités suivantes, élaborées et validées par les instances de l'établissement :

- « *Dilution de 8 M€ de soulte dans les emprunts nouveaux nés de la mise en œuvre du projet médical commun de l'identité fusionnée [avec] le Centre Hospitalier de Longjumeau (…) ;*

- *Participation de l'Agence régionale de la santé d'Ile-de-France à hauteur de 6 M€, versés en 3 ans. Une tranche de 2 M€ a été versée en 2014 ;*

- *Un montant de 7 M€ était attendu du fonds de soutien [aux] établissement[s] de santé* ».

[23] Soit, pour les exercices 2012 et 2013, un allègement de charges financières d'environ 800 000 €.

Cette solution, qui n'a fait encore l'objet d'aucun contrat signé, se traduirait, pour l'avenir, par la rupture du lien entre le taux d'intérêt dû et l'évolution de la parité EUR-CHF.

Il n'en demeure pas moins que cette rupture aura entrainé le paiement d'une pénalité pour remboursement anticipé égale à 21 M€, financée, pour une partie, par un développement anticipé de l'activité de l'entité fusionnée et, pour l'autre partie, par les contribuables et les assurés sociaux à travers l'aide dispensée par l'ARS et le Fonds de soutien aux établissements de santé. Au total, le capital à rembourser aura été de plus de 31 M€ pour un montant emprunté de 10,2 M€.

GLOSSAIRE DES SIGLES UTILISES

ATU	Accueil et traitement des urgences
CDD	Contrat à durée déterminée
CDI	Contrat à durée indéterminée
CH	Centre hospitalier
EURCHF	Parité Euro – Franc suisse (valeur d'un euro exprimé en francs suisses)
FAU	Forfait annuel urgences
GCS	Groupement de coopération sanitaire
GHS	Groupe homogène de séjour
MIGAC	Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
OCDE	Organisation de coopération et de développement économique
PSPH	Participant au service public hospitalier
SFIL	Société de financement local
SIH	Syndicat inter-hospitalier
SROS	Schéma régional d'organisation des soins (anciennement schéma régional d'organisation sanitaire)
UHTCD	Unité d'hospitalisation de très courte durée

REPONSE

Du Directeur

Du Centre Hospitalier

de Juvisy-sur-Orge (*)

(*) ***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.***

GH Nord-Essonne
GROUPE HOSPITALIER NORD-ESSONNE
JUVISY-LONGJUMEAU-ORSAY

DIRECTION

Secrétariat de la Direction
Tél. : 01 64 54 30 51 ou 30 68
Fax. : 01 69 34 85 72
direction@gh-nord-essonne.fr

N.Réf. : GW/ACC/CG/2015-214

Chambre Régionale des Comptes
d'Ile-de-France
29. JUIL 2015
Courrier arrivée n° 60945

Juvisy-sur-Orge, le 30 juillet 2015

Monsieur Gérard TERRIEN
Président
Chambre Régionale des Comptes IDF
6, Cours des Roches
Noisiel
BP 187
77315 MARNE-LA-VALLEE Cedex 2

V. réf. : N° G/76/15-0326 E
15-0052 R
Dossier suivi par : Nadia Dumoulin, greffière

Objet : Réponse à la notification du rapport d'observations définitives relatif à l'examen de la gestion du Centre Hospitalier de Juvisy-sur-Orge

Lettre Recommandée avec A.R.

Monsieur le Président,

Les remarques produites dans le cadre du rapport d'observations définitives sur les comptes 2011 et suivants du Centre Hospitalier de Juvisy-sur-Orge, et qui ont été transmises en date du 29 juin 2015 et reçues le 3 juillet 2015, appellent de ma part les observations suivantes.

<u>En ce qui concerne en premier lieu et à titre principal les emprunts structurés détenus par l'établissement</u> :

La Cour déplore dans le rapport définitif que l'établissement n'ait pas engagé de démarches contentieuses. Sur ce sujet qui a déjà fait l'objet d'échanges lors du rapport provisoire, je souhaite de nouveau insister sur les éléments suivants.

En premier lieu, la direction du CH de Juvisy-sur-Orge ayant été uniquement assurée par la succession de sept directeurs intérimaires les cinq dernières années, une prise de décision aussi structurante que le recours à un contentieux ne pouvait raisonnablement pas être assumée par quelqu'un qui n'était qu'en position d'intérim.

Les efforts de bonne gestion des intérimaires successifs face à cette problématique plus que complexe, et à présent de la Direction commune, me semblent devoir être soulignés. La recherche de la conservation du plus grand équilibre des finances publiques a indéniablement été une priorité de chacun des gestionnaires dans le traitement de cet héritage du passé particulièrement lourd.

En second lieu, la voie contentieuse n'était pas priorisée dans le cadre des échanges avec l'ARS et compte tenu du soutien fort qui a été apporté par la tutelle pour supporter la charge financière liée à ces emprunts,

l'établissement maintient avoir recherché les meilleures solutions envisageables pour protéger les intérêts de l'établissement.

Sans la mobilisation forte de la tutelle, des partenaires bancaires (jusqu'à leur retrait suite à la mise en place du fonds de soutien) et sans le dynamisme de l'ensemble de la communauté hospitalière dans le cadre de la mise en œuvre d'une fusion avec le CH de Longjumeau, la situation du CH de Juvisy-sur-Orge aurait été constitutive d'une impasse.

Sur le sujet de la participation du partenaire bancaire SFIL à la prise en charge de 50% des intérêts de la dette, l'observation 15 me semble devoir être précisée. Il est en effet noté par la Cour que le mécanisme des abandons de créances serait automatique, ce qui n'est pas exact. Ces abandons de créances ont été négociés avec la SFIL, et à notre connaissance, le CH de Juvisy-sur-Orge serait un des rares établissements de santé en France à avoir pu bénéficier de ces facilités négociées.

Par ailleurs, la synthèse du rapport précise que la désensibilisation de la dette du CH de Juvisy-sur-Orge envisagée dans le cadre d'une fusion avec le CH de Longjumeau permettrait de désensibiliser un montant de 10,2 M€ de dette ce qui est constitutif d'une erreur matérielle. C'est bien l'intégralité de la dette du CH de Juvisy-sur-Orge, soit plus de 13M€ qui devrait être désensibilisée si le processus de fusion venait à aboutir selon les modalités qui ont été proposées aux pouvoirs publics (fonds de soutien des emprunts structurés et aides régionales).

Enfin, la suppression du rapport du passage relatif au transfert d'un emprunt structuré de 8,2 M€ au CH Sud Francilien après désensibilisation totale de celui-ci laisse à penser que ce montant de dette est toujours intégré aux compte du CH de Juvisy-sur-Orge (observations page 13), ce qui n'est pas le cas.

<u>En second lieu, certains éléments du rapport doivent être précisés :</u>

- L'observation 2 fait état de l'absence de création d'une CHT commune entre les CH de Orsay, de Longjumeau et de Juvisy-sur-Orge. Cette CHT commune n'a pas pu être mise en place compte tenu de l'échec de projet médical unique entre les trois structures. En raison de la fusion prochaine et grâce à la mobilisation des trois établissements, je vous informe que ces derniers seront regroupés au sein d'un GHT unique le 1er janvier 2016.

- L'observation 6 fait état d'une absence de provisionnement des risques réglementaires. Je souhaite informer la Cour qu'un audit des comptes a été réalisé par un expert indépendant et finalisé en janvier 2015. Cet audit a permis de réaliser un état des lieux qui sera la base des travaux de fiabilisation des comptes qui seront menés en clôture 2016.

- L'observation 9 fait état du fait que la création d'une astreinte d'imagerie mutualisée entre le CH de Juvisy-sur-Orge et le CH de Longjumeau était rendue impossible du fait de l'opposition du radiologue de Juvisy-sur-Orge. Depuis la rédaction du rapport, ce praticien a quitté l'établissement, une fédération de services commune a été mise en place en novembre 2014, et une astreinte commune sera opérationnelle au second semestre 2016.

DIRECTION

- Enfin, l'observation 12 fait état de la mise en œuvre d'un PREF au sein de l'établissement, non suivi. Ce dernier est en effet non mis en œuvre à ce jour, néanmoins le CH de Longjumeau étant en cours de mise en œuvre d'un plan de retour à l'équilibre financier d'un montant de 6M€, les mesures d'efficience à réaliser par le CH de Juvisy-sur-Orge seront à prendre en compte dans ce cadre.

Je vous prie de croire, Monsieur le Président, en l'expression de mes salutations distinguées.

Le Directeur,

Guillaume WASMER

« 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