



RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

CENTRE HOSPITALIER DE
GONESSE

(DÉPT.95)

Exercices 2016 et suivants

Observations
délibérées le 13 octobre 2022

TABLE DES MATIÈRES

SYNTHESE	5
RECOMMANDATIONS	7
PROCEDURE	8
OBSERVATIONS	9
1 UN ÉTABLISSEMENT POLYVALENT DE RECOURS ET DE PROXIMITÉ AU SEIN D'UN TERRITOIRE DÉFAVORISÉ	9
1.1 Un établissement polyvalent	9
1.1.1 Une offre de soins diversifiée	9
1.1.2 La construction du nouvel hôpital de Gonesse	10
1.1.3 Le projet d'établissement incomplet	10
1.1.4 Un territoire de coordination marqué par des indicateurs socio-économiques et de santé défavorables.....	11
1.1.5 Une offre de médecine et de soins de ville déficitaire.....	13
1.2 L'activité du CHG dépendante des caractéristiques du bassin de population	14
1.2.1 L'attractivité de l'établissement concentrée sur son territoire de santé	14
1.2.2 La coopération avec les autres établissements et acteurs de la santé publique	15
1.2.3 L'activité en médecine chirurgie obstétrique portée par la maternité et les urgences..	17
1.2.4 L'ambulatoire en augmentation.....	21
2 LA SITUATION FINANCIÈRE DU CHG TRÈS DÉGRADÉE PAR LA CONSTRUCTION DU NOUVEL HÔPITAL	23
2.1 Des comptes certifiés sans réserve depuis 2017	23
2.2 La situation financière dégradée par la construction du nouvel hôpital	23
2.2.1 L'exploitation déficitaire depuis l'ouverture du nouvel hôpital.....	23
2.2.2 Le financement des investissements.....	26
2.2.3 La dégradation de la trésorerie	28
2.3 Le centre hospitalier de Gonesse placé sous surveillance financière de l'ARS	30
3 LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES EN COURS D'AMÉLIORATION	33
3.1 Le pilotage des ressources humaines	33
3.2 Un défaut d'attractivité mais des effectifs stables	34
3.2.1 L'évolution de la masse salariale	36
3.2.2 L'important recours aux contractuels pour la gestion du personnel non médical	37
3.3 Une gestion du temps de travail laissant des marges d'amélioration	38
3.3.1 L'organisation du temps de travail souple au regard du cadre légal	38
3.3.2 Des volumes d'heures supplémentaires dépassant les plafonds.....	40
3.4 De nombreuses irrégularités dans le versement de primes	43
3.5 La qualité de vie au travail.....	46

4	L'IMPACT DE LA PANDÉMIE COVID 19 SUR LE NOUVEL HÔPITAL DE GONESSE.....	49
4.1	La gestion institutionnelle de la crise sanitaire	49
4.1.1	Le Val-d'Oise fortement et durablement touché par la crise sanitaire	49
4.1.2	Un fort afflux de malades vers l'hôpital de Gonesse	50
4.1.3	Les dispositifs de gestion de crise sanitaire au sein du CHG	51
4.2	Le financement de la crise Covid 19	53
4.2.1	L'impact sur l'activité et le chiffre d'affaires.....	53
4.2.2	Les surcoûts	53
4.3	La gestion du personnel	54
4.3.1	La gestion du personnel non médical	54
4.3.2	La gestion du personnel médical	54
	ANNEXES.....	56

SYNTHESE

La chambre régionale des comptes Île-de-France a contrôlé les comptes et la gestion du centre hospitalier de Gonesse (CHG), établissement public de santé situé dans le département du Val-d'Oise.

Un acteur incontournable de l'offre de soins dans un bassin de population défavorisé

Situé dans un bassin de vie défavorisé, caractérisé par une offre de soins et de médecine de ville déficitaire, le CHG est un acteur de santé incontournable.

Il dispose de 400 lits en médecine chirurgie obstétrique (MCO), 122 lits en soins de suite et de réadaptation (SSR), 120 lits en unités de soins de longue durée (USLD) et 197 lits en psychiatrie. Il propose une offre de soins polyvalente.

L'attractivité du CHG est concentrée sur son bassin de population. Sa patientèle provient pour les deux tiers de cinq communes (Villiers-le-Bel, Goussainville, Gonesse, Sarcelles et Garges-lès-Gonesse).

Son activité en MCO augmente légèrement. Elle est dépendante des urgences qui représentent autour de 58 % des hospitalisations complètes, ainsi que de l'obstétrique qui croît de 20 % entre 2016 et 2020. L'ambulatoire progresse, conformément aux directives nationales.

Le CHG a développé des coopérations. La filière ville hôpital est active dans certaines activités (gériatrie, diabète, prise en charge du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), cancérologie, psychiatrie).

Il est membre du groupement hospitalier de territoire (GHT) interdépartemental « Plaine de France », avec le centre hospitalier de Saint-Denis (93), qui en est l'établissement support. Ce GHT, regroupe deux établissements comparables, mais peu complémentaires. Si les mutualisations en matière administratives ont bien avancé, la logique d'intégration dans le domaine médical est à renforcer.

L'actualisation des documents stratégiques, qui aurait dû aboutir en 2018, a été retardée par le déménagement dans le nouveau bâtiment, la constitution du dossier COPERMO et la crise sanitaire. Le projet médical a été adopté en 2021, ce qui devrait permettre la finalisation du projet d'établissement prévue pour 2023.

La situation financière du CHG dégradée par la construction du nouvel hôpital

L'adaptation des locaux à la prise en charge des patients et aux normes en vigueur a conduit à décider en 2001 la destruction de l'ancien bâtiment (1969) et la construction d'un bâtiment proche de ceux du XIX^{ème} siècle qui hébergent des services administratifs. Le déménagement a eu lieu entre 2016 et 2018.

La construction du nouvel hôpital a dégradé la situation financière du CHG dont le budget s'élève à 190 M€ (220 M€ en 2020).

Le remboursement des emprunts et les surcoûts d'exploitation ont obéré le résultat qui est déficitaire. La capacité d'autofinancement nette est négative. La trésorerie se dégrade.

Le CHG a atteint les seuils d'alerte et de soutenabilité. Il fait l'objet d'une surveillance renforcée de l'agence régionale de la santé (ARS) qui a dû l'accompagner financièrement.

La crise sanitaire a profondément altéré la trajectoire financière du CHG en portant atteinte à son activité et en entraînant des surcoûts. Il a toutefois pu bénéficier de dotations, dans le cadre du Ségur de la santé, à hauteur de 53,5 M€ pour la restauration de ses capacités financières (48 M€) et le soutien aux investissements structurants (5,5 M€).

La gestion des ressources humaines en cours d'amélioration

L'effectif du CHG (2 200 personnes) est stable au cours de la période sous revue, hormis en 2020, année du début de l'épidémie de Covid, marquée par une augmentation des effectifs. Le CHG fait face à une baisse d'attractivité. La part des contractuels est importante (20 % des effectifs non médicaux).

L'organisation du temps de travail présente des irrégularités. La gestion du temps de travail a été révisée en 2018. Toutefois, le temps de travail de certaines catégories de personnel et l'octroi de congés supplémentaires ne sont pas réguliers. Par ailleurs, la chambre constate des dépassements du plafond légal des heures supplémentaires pour un montant de 2,3 M€ entre 2016 et 2019.

Le CHG a entrepris des actions, notamment l'accès simplifié au CDI et la création d'une équipe de suppléance interne, visant à améliorer son attractivité et à fidéliser son personnel.

La réactivité du centre hospitalier de Gonesse face à la crise sanitaire

Le département du Val-d'Oise a été l'un des plus fortement et durablement affectés par l'épidémie de Covid. En 2020, le CHG a accueilli 1 690 patients atteints du Covid et 1 601 en 2021.

Le CHG a fait preuve de réactivité face à cet afflux : mise en place d'une cellule de crise le 27 février 2021, activation du plan blanc mi-mars 2020, arrêt complet durant 45 jours en 2020 du plateau technique opératoire.

Hormis l'accueil des patients Covid, l'année 2021 est marquée par l'ouverture du centre de vaccination au sein de l'hôpital.

À l'issue de son contrôle des comptes et de la gestion, la chambre formule trois recommandations de régularité.

RECOMMANDATIONS

La chambre adresse les recommandations reprises dans la présente section.

Trois recommandations de régularité :

- Recommandation régularité 1 : Compléter le projet d'établissement du projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques, du projet psychologique, et du projet social (article L. 6143-2 du CSP). 11
- Recommandation régularité 2 : Se conformer aux règles de décompte du temps de travail et des congés fixées par les décrets n° 2002-8 et n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif aux congés annuels, au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements relevant de la fonction publique hospitalière. 39
- Recommandation régularité 3 : Se conformer aux règles d'attribution et de plafond des primes et indemnités (article 20 de la loi du 13 juillet 1983 pour les fonctionnaires et article 1-2 du décret du 6 février 1991 pour les contractuels). 46
-

PROCEDURE

La chambre régionale des comptes Île-de-France a procédé au contrôle des comptes et de la gestion du centre hospitalier de Gonesse pour les exercices 2016 et suivants. Au cours de la période sous revue trois ordonnateurs ont été en fonction dont deux par intérim.

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

Le ROP a été transmis le 10 juin 2022. Le centre hospitalier de Gonesse a demandé par un courrier en date du 5 juillet 2022 un délai supplémentaire au 15 septembre 2022 en raison du contexte estival et de l'épidémie de Covid 19.

La chambre régionale des comptes Île-de-France, délibérant en sa 7^{ème} section, a adopté le présent rapport d'observations définitives

« 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

OBSERVATIONS

1 UN ÉTABLISSEMENT POLYVALENT DE RECOURS ET DE PROXIMITÉ¹ AU SEIN D'UN TERRITOIRE DÉFAVORISÉ

1.1 Un établissement polyvalent

1.1.1 Une offre de soins diversifiée

L'offre de soins du CHG concerne la médecine - chirurgie - obstétrique (MCO), mais aussi la psychiatrie et les soins de suite et de réadaptation (SSR). Elle est organisée en huit pôles :

- pôle femme-enfant-centre d'action médico-social précoce ; maternité de niveau II B avec un service de néonatalogie et de soins intensifs ;
- pôle urgences, structure mobile d'urgence et de réanimation, anesthésie, réanimation, bloc opératoire ;
- pôle gériatrie ;
- pôle spécialités médicales et oncologie ;
- pôle spécialités médicales, cardio-vasculaires et rééducation ;
- pôle psychiatrie adulte ;
- pôle médico-technique ;
- pôle psychiatrie infanto-juvénile.

Le CHG dispose aussi d'un plateau de consultations externes et d'explorations fonctionnelles, ainsi que d'une unité médico-judiciaire Pontoise-Gonesse.

Le dernier rapport de juillet 2017 de la Haute Autorité de Santé (HAS) a certifié le CHG au niveau B, pour une durée de quatre ans². Les recommandations d'amélioration portent essentiellement sur le dossier patient et le management de la prise en charge du patient au bloc opératoire.

Le CHG dispose d'autorisations pour exercer 41 activités³.

En 2020, il offre une capacité de près de 400 lits en MCO, 122 lits en SSR, 120 en USLD⁴ et 197⁵ en psychiatrie.

De 2016 à 2020, le nombre de lits en MCO a diminué du fait de la baisse de 25 % en chirurgie en 2017.

¹ Le terme proximité ne renvoie pas à la labellisation en tant qu'hôpital de proximité mais à son rôle au sein de son territoire. Le projet médical partagé du GHT parle d'offre de soins de proximité.

² La certification par la haute autorité de santé est un dispositif d'évaluation externe du niveau de qualité et de sécurité des soins au sein d'un établissement de santé. À l'issue de l'évaluation, l'établissement est classé dans un des quatre niveaux allant de A à D, A correspondant à une certification avec mention et D à une non certification.

³ Source : liste des autorisations transmises par le CHG.

⁴ USLD : unité de soins de longue durée.

⁵ 124 en hospitalisation complète et 70 en hospitalisation de jour et 3 en hospitalisation de nuit, source SAE.

Tableau n° 1 : Une diminution du capacitaire en MCO

Activités	2016	2017	2018	2019	2020	Évolution 2016/2019	Évolution 2016/2020
Médecine	322	322	309	284	297	- 12 %	- 8 %
Chirurgie	60	45	45	45	45	- 25 %	- 25 %
Obstétrique	58	50	50	56	56	- 3 %	- 3 %
Total	440	417	404	385	398	- 13 %	- 10 %

Source : SAE

1.1.2 La construction du nouvel hôpital de Gonesse

L'histoire de l'hôpital de Gonesse remonte au début du XIII^{ème} siècle. L'ancien hospice de Gonesse, édifié en 1841, s'inscrit dans une tradition hospitalière locale qui se poursuit aux XX^{ème} et XXI^{ème} siècles et lui confère un rayonnement départemental.

Le maire de Gonesse réussit en 1969 à maintenir l'hôpital et à le moderniser. Un nouveau bâtiment est construit aux côtés de ceux du XIX^{ème} siècle. Le CHG compte alors 660 lits.

Malgré les différents travaux et aménagements (créations de nouvelles unités médicales, service des urgences, maternité), le CHG n'est plus adapté aux modalités de prise en charge des patients (inadéquation aux normes, problèmes d'isolation thermique et phonique, chambres doubles et triples, absence de sanitaires dans certaines chambres, services de chirurgie répartis dans les locaux, séparation des services de maternité et de néonatalité) en raison de bâtiments vieillissants datant des années soixante.

En 2001, un contrat est signé avec l'État pour la reconstruction de l'hôpital⁶. La réalisation des différentes études et le lancement des procédures administratives prennent dix ans.

La construction du nouvel hôpital est l'une des opérations les plus importantes de la région d'Île-de-France, d'un coût supérieur à 320 M€, financée par une aide importante de l'ARS de 120 M€ soit 37,5 % du financement.

Le calendrier initial prévoyait le démarrage du terrassement en 2009⁷ et l'ouverture du nouvel hôpital en 2013. Mais la première grande phase de travaux a démarré en juin 2011 et le nouvel hôpital a été inauguré en mai 2016 à la suite de nombreux aléas⁸.

Implanté sur l'emprise foncière de l'ancien CHG, d'une superficie de 80 000 m² et d'une capacité de 640 lits, il comprend 3 000 locaux, huit blocs opératoires, un pôle mère-enfant et un service de néonatalogie.

L'investissement en matériel médical pour le nouvel hôpital a représenté plusieurs dizaines de millions d'euros et permis au CHG d'entrer en concurrence avec l'assistance publique - hôpitaux de Paris (AP-HP).

L'emménagement dans le nouveau bâtiment a lieu au cours du premier semestre de 2016 et s'est achevé en 2018.

1.1.3 Le projet d'établissement incomplet

L'article L. 6143-2 du code de la santé publique (CSP) dispose que « *le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement* ».

⁶ Signature avec le ministre de l'emploi et de la solidarité.

⁷ Le lancement de l'appel d'offres, choix des entreprises et démarrage de la construction en 2010, la construction hors eau, fin du gros œuvre et l'aménagement intérieur entre 2011 et 2012.

⁸ Dont le dépôt de bilan au cours de travaux de l'un des façadiers.

Outre l'organisation des services et des priorités, le projet d'établissement doit également comporter « *un projet de prise en charge du patient en cohérence avec le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques, ainsi qu'un projet psychologique et un projet social* ».

Le projet d'établissement est un document stratégique et de pilotage. Il définit, conformément aux objectifs du schéma régional de santé les modalités de coopération et d'action de l'établissement dans son environnement, et prévoit les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement.

Le projet social, partie intégrante du projet d'établissement, définit les objectifs généraux de la politique sociale, la formation, et porte sur le dialogue interne dans les pôles, l'amélioration des conditions de travail, la gestion prévisionnelle et prospective des emplois, la qualité de vie au travail⁹.

Le dernier projet d'établissement du CHG concerne la période 2013-2017.

Par ailleurs, aucun projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques n'a été transmis à la chambre.

Un projet médical partagé a été adopté en 2017 au sein du GHT. Toutefois, le projet médical 2013-2017 du CHG n'a pas été actualisé avant 2021. La démarche d'actualisation, engagée par l'ancienne direction en 2018, n'a pas abouti rapidement, le CHG étant dans l'attente de la validation¹⁰ du projet de performance et de modernisation de l'offre de soins. Toutefois, la démarche n'a pas été relancée après la présentation du dossier du centre hospitalier en COPERMO en mai 2019. Finalement, le projet médical a été adopté en juin 2021 malgré le contexte de la crise sanitaire. Selon l'ARS, le travail réalisé prend en compte la baisse d'activité dans certaines disciplines en raison du départ de médecins, parfois sans implantation capacitaire stable. Une étude capacitaire a été conduite en 2021 dans le but d'optimiser la répartition des lits, de retrouver le niveau d'activité perdu et de conforter la réduction de la capacité d'accueil en chirurgie, prévue dans le plan présenté en COPERMO en 2019.

En réponse aux observations provisoires de la chambre, le CHG a indiqué que l'objectif de finalisation du projet d'établissement reste d'actualité avec comme échéance ultime 2023, année au cours de laquelle la HAS auditera l'établissement.

Recommandation régularité 1 : Compléter le projet d'établissement du projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques, du projet psychologique, et du projet social (article L. 6143-2 du CSP).

1.1.4 Un territoire de coordination¹¹ marqué par des indicateurs socio-économiques et de santé défavorables

Le territoire de coordination des prises en charge de nord-est du Val-d'Oise¹², défini par l'ARS d'Île-de-France dans le cadre du programme régional de santé (PRS2) 2018-2022 correspond à la zone d'attractivité du CHG.

Alors que ce territoire de 279 000 habitants, comprenant 37 communes, est largement rural, le bassin de vie de l'hôpital de Gonesse est très urbain et concentre la grande majorité de la

⁹ Article L. 6143-2-1 du CSP.

¹⁰ Lors du conseil de surveillance du 31 janvier 2019 a été évoquée la validation par les instances du projet médical. À cette occasion a été précisé la nécessité d'intégrer les données financières du COPERMO.

¹¹ Le territoire de coordination est une maille territoriale d'analyse et d'action du projet régional de santé.

¹² ORS, Profil des territoires de coordination, décembre 2019.

population du territoire. Le taux de croissance du territoire est inférieur à la moyenne régionale ou départementale (moins de 1 000 personnes en moyenne par an).

Sa particularité réside dans la surreprésentation des enfants, la sous-représentation des personnes âgées¹³ et un indicateur conjoncturel de fécondité (ICF) de 2,6 enfants par femme de 15 à 49 ans, supérieur à la moyenne régionale. L'âge moyen des patients pris en charge par le centre hospitalier est inférieur¹⁴ à la moyenne nationale (45 ans en moyenne pour les patients en MCO, 36 ans en psychiatrie).

La structure des ménages du territoire par catégorie socio-professionnelle indique une part de ménages cadres nettement inférieure à la moyenne départementale et à la moyenne régionale. Certaines des communes les plus peuplées du territoire sont dans une situation sociale moins favorable que la moyenne régionale¹⁵ (Villiers-le-Bel, Sarcelles, Garges-lès-Gonesse, Goussainville, Gonesse).

Dans sa partie sud, le territoire compte de nombreux quartiers concernés par la politique de la ville, couverts par des ateliers santé-ville (à l'exception d'Arnouville) et par des contrats locaux de santé (CLS)¹⁶.

Le taux de patients en situation de précarité est important (49 %¹⁷ des patients vivent dans un îlot regroupé très précaire). Le nombre de patients bénéficiant de la prestation universelle d'assurance maladie (PUMA), de la couverture médicale universelle (CMU) ou de l'aide médicale d'État (AME) augmente¹⁸. En 2019 et 2020, la part des patients très précaires était de 23 % contre 17 % en 2016. Le nombre de patients bénéficiaires de ces prestations est un des indicateurs de suivi du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM).

Tableau n° 2 : Taux de patients bénéficiant de la PUMA¹⁹, de la CSS²⁰ ou de l'AME²¹

Nombre de patients ²²	2016	2017	2018	2019	2020
Nombre de patients bénéficiant de la CMU, CMUC ou l'AME	15 756	18 285	21 515	23 928	20 814
Nombre de patients par an	90 509	95 333	101 545	104 715	91 366
Part des patients très précaires	17 %	19 %	21 %	23 %	23 %

Source : données du CHG

Le territoire se caractérise par des indicateurs de santé dégradés. Il présente, à tous les âges, les espérances de vie les plus faibles de tous les territoires de coordination. La mortalité infantile de 5,3 pour 1 000 enfants nés vivants, est supérieure à la moyenne régionale. C'est aussi la plus importante des territoires de coordination.

¹³ Selon l'INSEE, la part des plus de 75 ans représente 5,9 de la population du Val-d'Oise contre 9 % au niveau régional.

¹⁴ La moyenne nationale est de 49 ans en MCO et de 42 ans en psychiatrie en 2018 (source analyse des activités hospitalières 2018).

¹⁵ Le revenu médian par unité de consommation est plus faible quasiment de moitié et la part de la population couverte par le RSA plus importante.

¹⁶ Signés entre les communes et l'ARS d'Île-de-France.

¹⁷ Source : données de l'Insee citées par l'étude Orfeh.

¹⁸ La PUMA remplace la couverture médicale universelle (CMU). C'est un dispositif permettant à toute personne qui travaille ou réside en France de façon stable et régulière la prise en charge de ses frais de santé. La complémentaire santé solidaire (CSS) est un dispositif visant à financer les dépenses de santé des personnes aux faibles ressources en complétant le remboursement de leurs soins pour la part non-prise en charge par l'assurance maladie. L'aide médicale de l'Etat est un dispositif permettant aux étrangers en situation irrégulière de bénéficier d'un accès aux soins. Elle est attribuée sous conditions de résidence et de ressources.

¹⁹ La PUMA remplace la couverture médicale universelle (CMU). C'est un dispositif permettant à toute personne qui travaille ou réside en France de façon stable et régulière la prise en charge de ses frais de santé.

²⁰ La complémentaire santé solidaire (CSS) est un dispositif visant à financer les dépenses de santé des personnes aux faibles ressources en complétant le remboursement de leurs soins pour la part non-prise en charge par l'assurance maladie.

²¹ L'aide médicale de l'État est un dispositif permettant aux étrangers en situation irrégulière de bénéficier d'un accès aux soins. Elle est attribuée sous conditions de résidence et de ressources.

²² Hospitalisation et consultations externes.

Les indicateurs de santé²³ sont défavorables pour toutes les tranches d'âge. Ainsi, le niveau de mortalité prématurée par maladies cardiovasculaires est supérieur au niveau régional de + 44,7 % sur la tranche 25 à 64 ans et le taux de mortalité des 65 ans et plus est supérieur à la moyenne régionale.

Les indices comparatifs des maladies de l'appareil respiratoire et du diabète sont supérieurs aux niveaux moyens franciliens, et les plus importants des territoires de coordination.

Enfin, le département du Val-d'Oise comporte deux aéroports soumis au plan de gêne sonore et au plan d'exposition au bruit.

1.1.5 Une offre de médecine et de soins de ville déficitaire

Le CHG est situé sur un territoire où l'offre de médecine et de soins de ville est déficitaire.

Tableau n° 3 : Densité médicale et soignante (médecine de ville)

Données pour 100 000 habitants (2019)	Département du Val-d'Oise	Région Île-de-France	France
Médecins généralistes	53,9	60,1	78,3
Médecins spécialistes	61,6	101,6	82,9
Pédiatres	3,8	6,1	4
Gynécologies	6,3	9,8	7
Sages-Femmes	7,1	8,9	9,5
Pneumologue	1	1,4	1,8
Pathologies cardio-vasculaires	4,6	8,3	7,1

Sources : effectif et densité de professionnels de santé libéraux par département, données de l'assurance maladie, 2019 retraitées par la CRC

Dans le Val-d'Oise, la densité médicale des médecins généralistes et des spécialistes est inférieure à la moyenne nationale ou régionale avec moins de 54 généralistes pour 100 000 habitants et 61,6 spécialistes pour 100 000 habitants.

Ce constat concerne les spécialités et activités soignantes pour lesquelles un besoin de soins est identifié en raison des caractéristiques démographiques et médicales du bassin de population. Ainsi, à titre d'exemple, le nombre de gynécologues ou de sages-femmes est inférieur à la moyenne nationale ou régionale alors que le taux de natalité (15,1 %) est supérieur au taux national (11,2 %)²⁴.

Cette densité médicale et soignante défavorable a des répercussions sur l'activité du CHG.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Le CHG, dont l'histoire remonte au XIII^{ème} siècle, est un établissement public de santé situé au nord-est du département du Val-d'Oise.

Il propose une offre de soins polyvalente comprenant la médecine, la chirurgie et l'obstétrique, mais aussi la psychiatrie, les soins de suite et de réadaptation et une unité de soins de longue durée. Il se situe dans un bassin de vie très défavorisé, caractérisé par une offre de soins et de médecine de ville déficitaire.

Afin d'adapter les locaux aux normes et modalités de prise en charge des patients, la construction d'un nouveau bâtiment a été décidée en 2001. L'emménagement des services est intervenu en 2016.

²³ Exemples : nombre d'affections longues durées (ALD) nouvelles admissions en ALD toutes causes, affection psychiatrique, insuffisances respiratoires chroniques graves.

²⁴ Chiffres de l'Insee 2019 pour le taux national et 2020 pour le Val-d'Oise.

Fortement mobilisé par le déménagement et par la crise sanitaire qui dure depuis 2020, la direction a lancé tardivement l'actualisation du projet médical, qui n'a abouti qu'en 2021, avec la nouvelle équipe de direction. Le projet d'établissement, dont le précédent couvrait la période 2013 à 2017, n'est pas complet et doit être finalisé pour 2023.

1.2 L'activité du CHG dépendante des caractéristiques du bassin de population

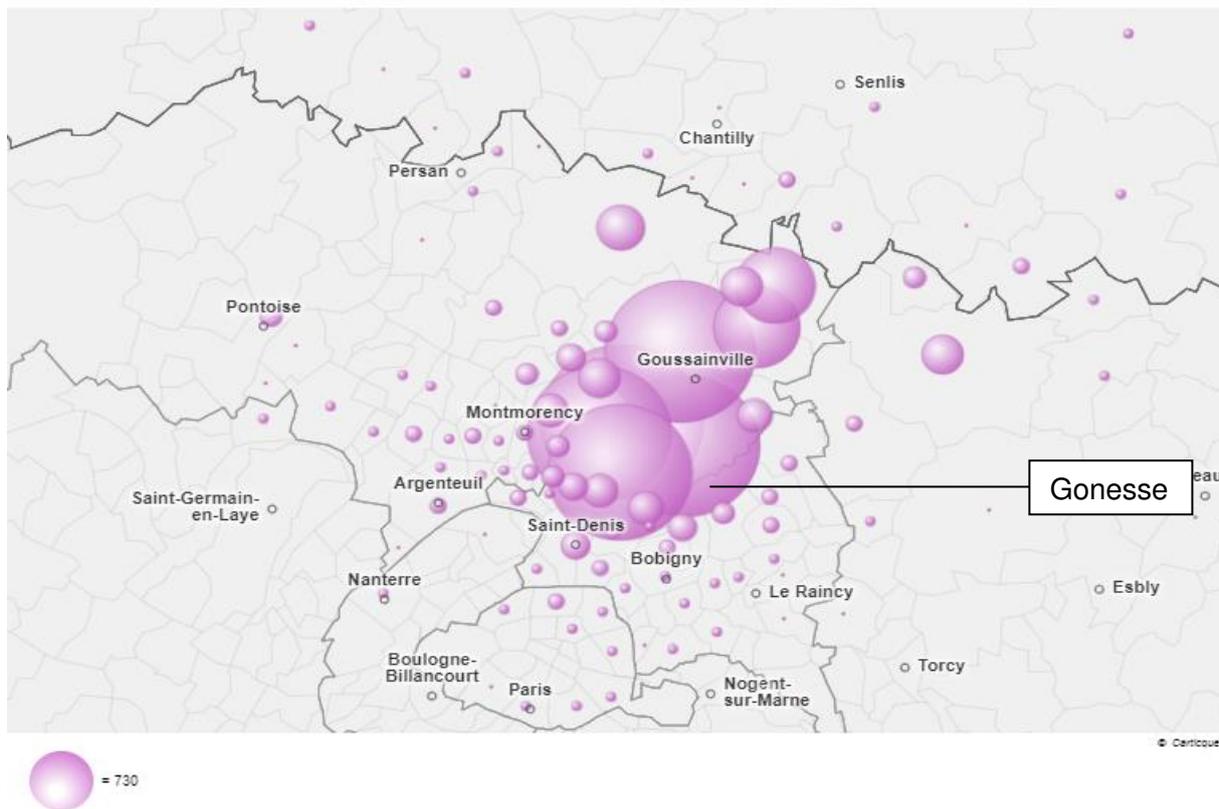
1.2.1 L'attractivité de l'établissement concentrée sur son territoire de santé

Le CHG couvre un bassin de population comprenant les communes de Villiers-le-Bel, Goussainville, Gonesse, Sarcelles, Garges-lès-Gonesse, Louvres, Fosses, Viarmes, Dammartin-en-Goële, Ecoeu, Marly-la-Ville et Stains.

Il est le principal acteur de santé sur sa zone d'attractivité. C'est le seul établissement public de santé de son bassin de population. Sa localisation à l'est du Val-d'Oise, en fait un établissement dédié à la prise en charge de patients précaires.

L'attractivité de l'établissement

Séjours PMSI MCO au lieu de résidence, 2019 - Source : ATIH



Source : Scan santé/ ATIH²⁵

Près des deux tiers des patients en MCO proviennent des cinq communes, Villiers-le-Bel, Goussainville, Gonesse, Sarcelles et Garges-lès-Gonesse, ce qui correspond à leur poids démographique au sein du territoire de coordination de l'établissement (cf. *supra*). Cette forte concentration de l'origine géographique des patients existe aussi pour les SSR, qui constituent l'aval des services de médecine et chirurgie, et la psychiatrie²⁶.

²⁵ Agence technique de l'information sur l'hospitalisation.

²⁶ L'activité de psychiatrie fonctionne par sectorisation c'est-à-dire qu'il y a un découpage démographique et géographique de l'offre de soins en santé mentale.

Le centre hospitalier perd des parts de marché sur la période sauf en obstétrique.

Tableau n° 4 : Part de marché globale du CH de Gonesse sur sa zone d'attractivité

PART DE MARCHÉ GLOBALE EN MCO SUR LA ZONE D'ATTRACTIVITE						
Libellé	2015	2016	2017	2018	2019	2020
CH de Gonesse	33,9	31,3	32,8	29,5	28,6	26,6
AP-HP	14,3	14,5	14,2	10,5	14,3	15,1
Hôpital Privé Nord Parisien	17,7	16,2	15,5	13,6	14,2	13,7
Clinique de l'Estrée	3,7	3,6	3,3	5,7	5,8	7,4
CH de Saint-Denis	1,4	1,4	1,4	3,7	3,8	3,7
PART DE MARCHÉ GLOBALE EN MÉDECINE SUR LA ZONE D'ATTRACTIVITE						
Libellé	2015	2016	2017	2018	2019	2020
CH de Gonesse	39,8	37,0	39,2	34,7	33,2	30,4
AP-HP	17,8	17,7	17,1	18,8	17,8	18,3
Hôpital Privé Nord Parisien	14,2	12,9	12,3	10,6	11,6	11,4
Clinique de l'Estrée	2,8	2,6	2,4	4,4	4,7	7,5
CH de Saint-Denis	1,5	1,5	1,5	4,0	4,0	3,7
PART DE MARCHÉ GLOBALE EN CHIRURGIE SUR LA ZONE D'ATTRACTIVITE						
Libellé	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Hôpital Privé Nord Parisien	21,2	21,2	19,2	18,8	17,6	16,9
CH de Gonesse	22,1	20,1	18,0	18,2	15,8	13,3
AP-HP	11,3	11,8	11,6	11,8	11,0	12,3
Clinique Conti	6,3	6,4	6,2	6,0	5,3	6,0
CH de Saint-Denis	0,7	0,8	0,9	0,9	2,3	1,8
PART DE MARCHÉ GLOBALE EN OBSTÉTRIQUE SUR LA ZONE D'ATTRACTIVITE						
Libellé	2015	2016	2017	2018	2019	2020
CH de Gonesse	39,0	40,4	42,5	44,1	41,3	40,2
Hôpital Privé Nord Parisien	26,8	25,8	21,9	20,5	18,2	17,9
Clinique de l'Estrée	8,1	8,3	6,8	6,9	9,0	8,7
CH de Saint-Denis	2,7	2,9	2,5	2,5	7,0	8,0
AP-HP	4,8	5,3	6,1	6,1	5,8	5,6

Source : Scansanté, juillet 2021

1.2.2 La coopération avec les autres établissements et acteurs de la santé publique

Conformément à l'objectif du CPOM, le CHG dispose de plusieurs partenariats avec les services de soins infirmiers à domicile environnants et le centre communal d'action sociale de la ville de Gonesse pour fluidifier les parcours de prise en charge et d'accès aux droits. Trois indicateurs du CPOM concernent le développement de ces partenariats²⁷.

Le CHG participe aux cinq contrats locaux de santé (CLS) de l'Est (avec Gonesse, Garges-lès-Gonesse, Goussainville, Sarcelles et Villiers-le-Bel), et a largement contribué en 2014 à la création du conseil local de santé mentale (CLSM), qu'il pilote.

La relation ville-hôpital est active pour la gériatrie, le diabète, la prise en charge des patients atteints du virus du VIH, la cancérologie et la psychiatrie. En ce qui concerne la diabétologie,

²⁷Il s'agit du nombre de réunions de la filière gériatrique, du nombre de convention avec les établissements et services médico-sociaux du territoire accueillant des praticiens hospitaliers et le taux de présence aux réunions du CLS et du CLSM.

le CHG a mis en place avec l'ARS un dispositif « ville-hôpital » s'appuyant sur un accès privilégié à un diabétologue pour le médecin de ville, une messagerie sécurisée permettant l'échange sécurisé d'informations, la mise en place d'une conciliation médicamenteuse, la création d'un poste d'infirmière de coordination²⁸.

Le renforcement de la filière gériatrique est un des axes du projet médical 2021-2025. Le CHG indique ainsi que plusieurs actions ont été mises en œuvre en ce sens, telles que la création d'un poste de directeur adjoint qui en est chargé et la constitution d'une équipe mobile externe intervenant sur cette filière.

Le groupement hospitalier de territoire Plaine de France : une mutualisation à renforcer

Les groupements hospitaliers de territoire (GHT) ont été créés par l'article 107 de la loi n° 2016-041 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Chaque établissement public de santé doit adhérer à un GHT. Les compétences et attributions transférées aux GHT ont été accrues par l'ordonnance du 17 mars 2021 relative aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital.

Le CHG appartient au GHT Plaine de France, avec le CH de Saint-Denis (93), établissement support. Le périmètre du GHT réunit un million d'habitants et quarante communes de deux départements, ce qui induit des difficultés opérationnelles. Si les deux établissements relèvent bien de la même autorité de tutelle, l'ARS, leurs interlocuteurs territoriaux relèvent de deux unités différentes présentes respectivement en Seine-Saint-Denis et dans le Val d'Oise²⁹.

Ceux-ci sont comparables en volume d'activité et en effectifs médicaux (en 2016, 320,3 équivalents temps plein (ETP) au CH de Saint-Denis et 310 ETP au CHG³⁰) et sont exposés à des difficultés similaires : forte précarité de la patientèle, importante croissance démographique et fort taux d'hospitalisation issue des urgences.

Les périmètres et bassins de vie et de recrutement des deux établissements sont différents³¹. En outre, les axes de transports publics ne favorisent pas l'orientation des patients ni les liens des professionnels, compte tenu des nombreuses cliniques privées implantées entre les deux établissements. Ces contraintes limitent le rapprochement mis en œuvre avec la création du GHT.

Le GHT « Plaine de France » a été décrié par les acteurs, notamment le conseil de surveillance, lors de son annonce et de sa mise en place. Il rapproche deux établissements comparables qui ne sont pas complémentaires³².

Le projet médical partagé, adopté en juin 2017, s'est attaché à identifier les possibilités de développement des coopérations. Le CHG précise qu'un projet médical deuxième génération va être élaboré par la commission médicale de groupement en lien avec les commissions médicales d'établissement et les deux directoires.

À défaut d'une « direction commune », configuration statutaire prévue par les textes, une « équipe territoriale de direction » s'est mise en place, à partir de la direction par intérim³³. Une politique de mutualisation est mise en œuvre, au sein du GHT, en matière notamment d'achats, conformément aux textes³⁴, et en matière informatique et de formation. L'ARS indique qu'une nouvelle réflexion a été lancée sur les potentiels de mutualisation à l'échelle du

²⁸ Projet médical partagé du GHT.

²⁹ Il s'agit des unités territoriales de l'ARS de la Seine-Saint-Denis et celle du Val d'Oise.

³⁰ Source : projet médical partagé.

³¹ Cf projet médical d'établissement.

³² Le conseil de surveillance a à plusieurs reprises marqué sa désapprobation. Lors de la séance du 28/09/2017, les membres du conseil de surveillance ont voté à l'unanimité contre la convention constitutive et le règlement intérieur du GHT.

³³ Le directeur du centre hospitalier de Saint-Denis est le directeur par intérim du CHG depuis janvier 2020.

³⁴ Article R. 6132 – 15 du CSP.

GHT. Des pistes ont été identifiées mais leur mise en œuvre est complexe du fait de leur impact social dans un bassin de vie précaire.

1.2.3 L'activité en médecine chirurgie obstétrique portée par la maternité et les urgences

L'augmentation du nombre de séjours médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) entre 2016 et 2019 (+ 3,3 %) est supérieure à la moyenne départementale (1 %).

Tableau n° 5 : Activité MCO du CHG en nombre de séjours entre 2016 et 2020

Exercice	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Écart 2016-2019	Écart 2016/2020	Écart 2016/2021
Nombre de séjours en MCO	34 320	35 561	36 451	35 442	30 017	35 213	3,3 %	- 12,5 %	+ 2,6 %

Source : Scansanté, janvier 2022 et document présenté en directoire février 2022

Le nombre de séjours MCO augmente de 3,3 % entre 2016 et 2019, malgré une baisse de 10 % en 2019 en raison notamment du départ de nombreux médecins et personnel non médical cette année-là en chirurgie, mais aussi en médecine. Après une forte diminution en 2020 liée à la crise sanitaire, l'activité 2021 se rapproche de celle de 2019.

Tableau n° 6 : Évolution des séjours MCO par catégorie entre 2016 et 2020

Nombre de séjours	2016	2017	2018	2019	2020	Évolution 2016/2020	Évolution 2016/2019
Médecine	24 280	25 472	25 940	24 746	21 441	- 12 %	2 %
Chirurgie	6 180	5 789	5 895	5 732	3 936	- 36 %	- 7 %
Obstétrique	3 862	4 301	4 616	4 964	4 640	20 %	29 %
Total général	34 322	35 562	36 451	35 442	30 017	- 13 %	3 %

Source : retraitement de la CRC à partir du Case-mix³⁵

Entre 2016 et 2019, la baisse du nombre de séjours en chirurgie (- 448, soit - 7 %) est compensée par la hausse du nombre de séjours en obstétrique (+ 1 102, soit + 29 %), tandis que le nombre de séjours en médecine augmente légèrement (autour de 70 % des séjours). La part relative de l'obstétrique enregistre entre 2016 et 2020 une croissance de quatre points.

Tableau n° 7 : Part relative de chaque catégorie dans l'activité MCO et son évolution (en %)

Contributions des secteurs au nombre de séjours	2016	2017	2018	2019	2020
Part de l'obstétrique	11	12	13	14	15
Part de la médecine	71	72	71	70	71
Part de la chirurgie	18	16	16	16	13

Source : retraitement de la CRC à partir du Case-mix

Le CHG a ouvert six lits supplémentaires en 2019 en gynéco-obstétrique³⁶ pour répondre aux besoins du territoire et diminuer le nombre des délestages³⁷. Par ailleurs, pour faire face à l'augmentation de 35 % des consultations d'anesthésistes des parturientes, la consultation d'information a été modifiée en réunion d'information réduisant le nombre de consultations, afin d'assurer 60 consultations par jour d'anesthésie³⁸. Cette augmentation de l'activité de

³⁵ Le case-mix fournit l'éventail des cas médicaux et chirurgicaux traités par un établissement de santé et qui peuvent être décrits par groupes homogènes de malades (GHM), racine de GHM ou catégorie majeure de diagnostic (CMD).

³⁶ Le procès-verbal du conseil de surveillance du 14 novembre 2018 indique que l'objectif cible de 2 800 naissances par an a été atteint et que les lits sont occupés de manière quasi permanente.

³⁷ Les délestages sont les transferts de patients vers d'autres hôpitaux.

³⁸ Idem.

maternité est prise en compte par le projet médical 2021-2025 dont une des mesures vise à accompagner la croissance (3 500 accouchements à terme).

Conformément à l'objectif du CPOM de poursuivre les réorganisations capacitaires et de déposer des dossiers de modification du capacitaire, notamment en ce qui concerne l'unité de gériatrie aigüe, huit lits ont été ouverts dans cette unité qui comprend 29 lits. Cette décision est inscrite dans l'avenant au CPOM du 18 février 2021.

Le service d'accueil des urgences contribue significativement à l'activité

Le service d'accueil des urgences (SAU) est polyvalent. Il accueille les urgences adultes médico-chirurgicales, chirurgicales enfant, pédiatriques³⁹ et psychiatriques. Son activité est importante (94 000 et 110 000 passages par an). Elle représente 20 % des passages aux urgences du département⁴⁰. Le nombre de patients de l'établissement accueillis aux urgences est important (14 % entre 2016 et 2021, 20 % entre 2016 et 2019), en particulier pour les adultes (+ 29 %), en raison en partie de l'offre limitée en médecine et soins de ville (cf. *supra*) ainsi que du déménagement de la maison médicale de Gonesse à Goussainville en 2018.

Cette surcharge d'activité et le manque de personnel ont été à l'origine du mouvement de grève du printemps 2018⁴¹.

Tableau n° 8 : Évolution de l'activité du SAU par catégorie de patients

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Évolution 2016-2019 (en %)	Évolution 2016-2021 (en %)
ADULTES	47 366	53 345	59 141	61 268	52 087	58 695	29	24
Externe	38 309	44 164	49 856	53 002	44 437	50 883	38	33
Hospitalisation	9 057	9 181	9 285	8 266	7 650	7 812	- 9	- 14
Part des hospitalisations	24 %	17 %	16 %	13 %	15 %	13 %		
GYNECO-OBST	16 942	17 137	17 079	17 789	14 074	15 556	5	- 8
Externe	13 693	13 539	13 675	13 964	11 199	12 499	2	- 9
Hospitalisation	3 249	3 598	3 404	3 825	2 875	3 057	18	- 6
Part des hospitalisations	19 %	21 %	20 %	22 %	20 %	20 %		
PEDIATRIE	29 002	30 494	32 131	32 986	20 378	32 022	14	10
Externe	24 932	26 327	28 087	28 788	17 431	27 817	15	12
Hospitalisation	4 070	4 167	4 044	4 198	2 947	4 205	3	3
Part des hospitalisations	14 %	14 %	13 %	13 %	14 %	13 %		
PSYCHIATRIE	1 481	1 605	1 695	1 703	1 463	1 762	15	19
Externe	1 360	1 547	1 663	1 680	1 448	1 760	24	29
Hospitalisation	121	58	32	23	15	2	- 81	- 98
Part des hospitalisations	8 %	4 %	2 %	1 %	1 %	0 %		
TOTAL	94 791	102 581	110 046	113 746	88 002	108 035	20	14
Externe	78 294	85 577	93 281	97 434	74 515	92 909	24	19
Hospitalisation	16 497	17 004	16 765	16 312	13 487	15 126	- 1	- 8
Part des hospitalisations	17 %	17 %	15 %	14 %	15 %	14 %		

Source : données du CHG

³⁹ Les urgences pédiatriques sont accueillies selon un circuit distinct.

⁴⁰ En 2017, le Val-d'Oise dénombre 526 095 passages aux urgences, « rapport d'activité 2018 des établissements de santé d'Île-de-France ».

⁴¹ Source : conseil de surveillance de juin 2018.

Les urgences contribuent significativement à l'activité traditionnelle (58 % des hospitalisations complètes issues des urgences en 2018 pour une moyenne nationale de 21 %). L'apport des urgences à l'activité traditionnelle s'explique plus par le déficit territorial d'offre de soins, le report de soins et le déficit de lits en aval que par l'absence de filières structurées.

Tableau n° 9 : Contribution des urgences à l'hospitalisation complète (HC)

	CHG					Région 2019		Catégorie 2019		Typologie 2019	
	2016	2017	2018	2019	2020	2 ^{ème} décile	8 ^{ème} décile	2 ^{ème} décile	8 ^{ème} décile	2 ^{ème} décile	8 ^{ème} décile
% d'entrée en HC en provenance des urgences	58,0	35,1	55,0	55,2	58,6	17,4	55,2	50	71,5	22,9	60,7

Source : Hospidiag, janvier 2022

Des consultations externes et soins externes en diminution

L'activité externe engendre moins de recettes que l'hospitalisation mais permet de constituer des filières d'orientation et de favoriser les hospitalisations programmées. Elle participe à l'attractivité du CHG. Dans un territoire en déficit de médecine de ville, alors que le CHG est très dépendant des urgences, le développement de l'activité externe est pour lui un enjeu.

Tableau n° 10 : Évolution de l'activité externe

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Nombres de consultations et de soins externes	142 821	152 235	158 901	167 709	143 588	224 924

Source : Données transmises par l'établissement

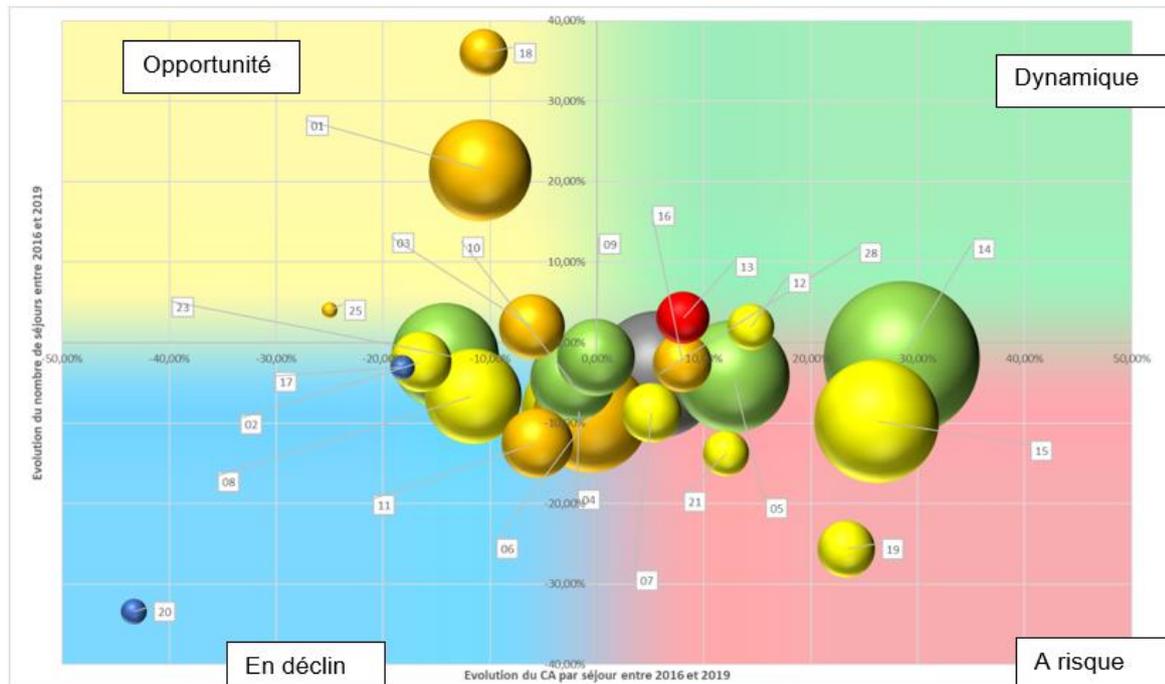
Graphique n° 1 : Dynamique de l'activité à travers l'analyse de l'évolution de l'activité⁴² et du chiffre d'affaires par CMD⁴³ entre 2016 et 2019

	IPDMS très inférieur à la moyenne nationale
	IPDMS inférieur à la moyenne nationale
	IPDMS équivalent à la moyenne nationale
	IPDMS supérieur à la moyenne nationale
	IPDMS très supérieur à la moyenne nationale ⁴⁴

⁴² L'évolution des séjours a été réalisée à iso case-mix c'est-à-dire sans distorsion liée à la structure de l'activité.

⁴³ Les CMD sont des catégories majeures de diagnostic (cf. annexe 4).

⁴⁴ L'IP-DMS (Indice de Performance de la Durée Moyenne de Séjour) correspond à la division du nombre de journées de l'établissement par le nombre de journées théoriques pour le périmètre considéré. Ainsi, un IP-DMS égal à 1 correspond à la norme, s'il est inférieur il est plus performant, et s'il est supérieur il est moins compétitif.



Source : retraitement de la CRC à partir du Case-mix du CHG

Entre 2016 et 2019, l'activité externe a augmenté de 17,4 %. Les années 2020 et 2021 sont atypiques en raison de la crise sanitaire⁴⁵. Alors que 2020 a subi une baisse liée aux confinements, 2021 connaît une forte augmentation de l'activité (centre de vaccination, tests et activité liée aux reports de soin entre 2020 et 2021).

L'ensemble des catégories majeures de diagnostic sont représentées, à l'exception des séjours de moins de deux jours, démontrant la polyvalence du CHG.

Les trois catégories représentant les plus gros chiffres d'affaires sont les affections de l'appareil respiratoire (n° 4), constat réalisé avant même l'épidémie de Covid 19, l'obstétrique (n° 14) et les affections de l'appareil circulatoire (n° 5). L'importance de ces catégories correspond aux indicateurs de santé et socio-démographiques du bassin de population⁴⁶.

L'obstétrique et la néonatalogie (catégories majeures de diagnostic n° 14 et 15) représentent ensemble 22 % des séjours et 20 % du chiffre d'affaires. Même si le chiffre d'affaires de l'obstétrique et de la néonatalogie par séjour diminue, leur activité augmente comme le prévoit le CHG (cf. supra). Ce constat est identique pour les affections de l'appareil circulatoire. Ainsi, deux des trois principales activités sont dynamiques mais perdent en rentabilité.

Le nombre de séjours des affections du système nerveux (n°1) diminue mais le chiffre d'affaires par séjour augmente. Cette catégorie majeure de diagnostics constitue une opportunité qui représente près de 10 % du chiffre d'affaires.

L'IP-DMS global de l'établissement est à la moyenne nationale (0,98)⁴⁷. La majorité des CMD ont un IPDMS égal ou inférieur à la moyenne nationale.

Toutefois, la chambre constate des durées moyennes de séjour très supérieures à la moyenne nationale pour les séjours de niveau de sévérité un, tels ceux pour les affections du système nerveux (CMD 1) et de l'appareil respiratoire (CMD 4). L'IP-DMS des affections de l'appareil

⁴⁵ Le caractère atypique de ces années rend plus difficilement analysable la tendance à long terme de l'évolution de l'activité externe.

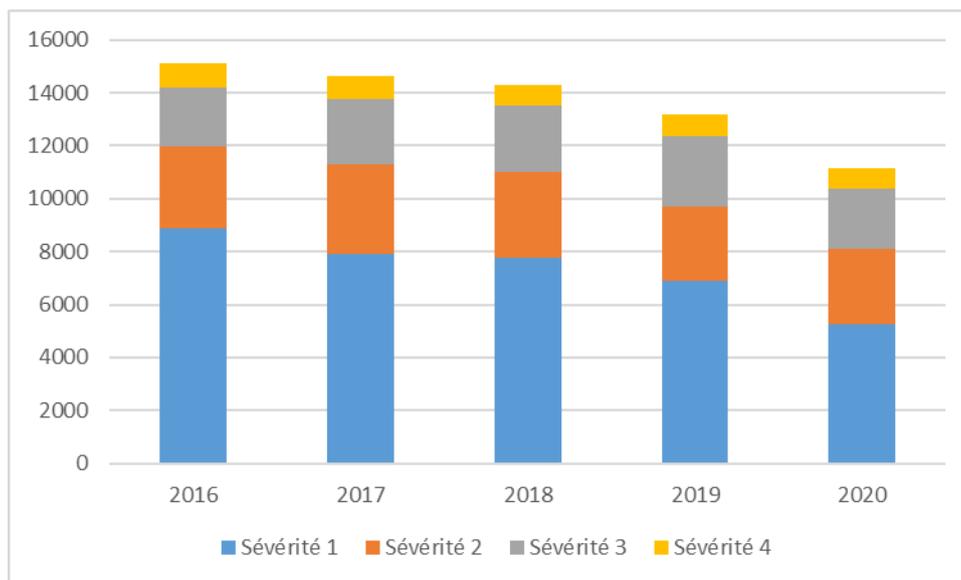
⁴⁶ Niveau de mortalité prématurée par maladies cardiovasculaires, indice de fécondité et maladies respiratoires.

⁴⁷ Le calcul des IPDMS a été élaboré à case-mix identique.

général féminin (n° 13) est très défavorable. L'amélioration de l'IP-DMS et l'augmentation du nombre de séjours permettraient d'obtenir des gains financiers d'autant plus que le chiffre d'affaires de cette CMD augmente.

La part des séjours⁴⁸ en médecine et chirurgie avec un niveau de sévérité important (sévérité trois et quatre) a augmenté (27 % en 2020). La plus forte augmentation concerne le secteur de la médecine (de 25 % en 2016 à 31 % en 2019). La part des séjours de sévérité trois et quatre est inférieure à la moyenne des établissements de même catégorie⁴⁹ alors que le CHG se situe dans un territoire très concerné par les reports de soins.

Graphique n° 2 : Évolution des niveaux de sévérité entre 2016 et 2020 hors obstétrique



Source : Case-mix du CHG

Ce constat est également fait par l'établissement. Depuis 2021, le département de l'information médicale (DIM) a mis en place des actions pour améliorer la qualité de l'information médicale. Il a ainsi été identifié 19 groupes homogènes de malade (GHM) de niveau trois et quatre pour lesquels des écarts potentiels de sous valorisation de l'ordre de plus de 5 % par rapport à la moyenne nationale ont été constatés. Le DIM⁵⁰ a commencé un travail d'analyse en lien avec les services. Il est relevé que des dossiers plus complets ainsi que la réalisation de certains actes médicaux permettraient de coder des séjours en sévérité trois au lieu de deux. L'augmentation des séjours de catégorie trois et quatre permettrait un gain financier en raison de leur valorisation financière plus importante. La chambre invite le CHG à poursuivre cette démarche afin de mettre en place les mesures adéquates.

1.2.4 L'ambulatoire en augmentation

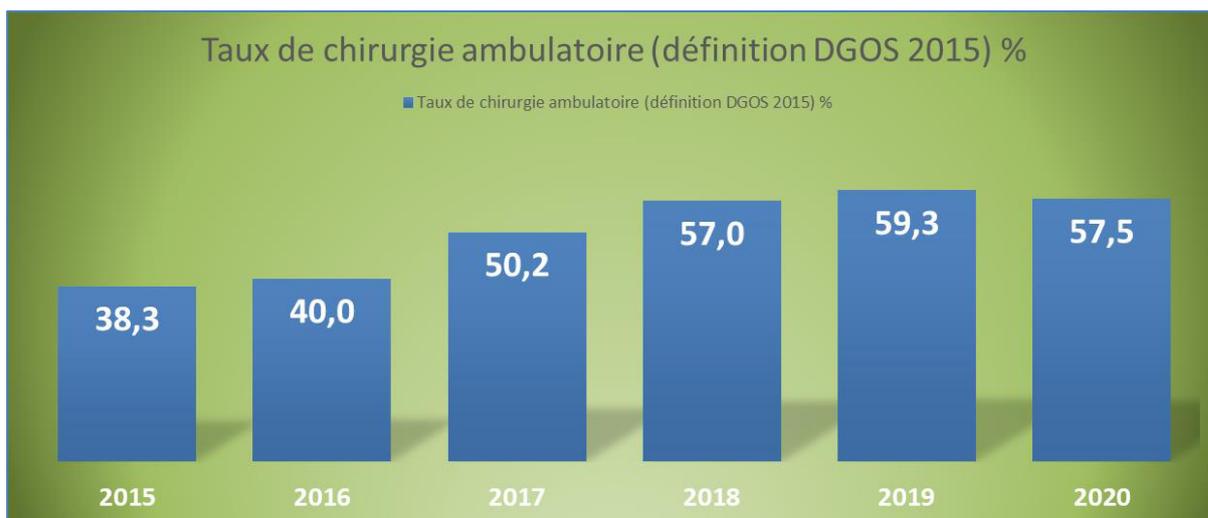
L'ambulatoire a enregistré une forte augmentation permettant d'atteindre en 2017 l'objectif de 50 % inscrit dans le projet médical 2013-2017. Cette tendance s'est confirmée avec un taux de 59,3 % en 2019.

⁴⁸ Source : case-mix du CHG retraité en prenant en compte la somme des séjours de sévérité 3 et 4 sur le nombre de séjours par catégorie : médecine ou chirurgie de 2016 à 2020.

⁴⁹ Source : hospidiag.

⁵⁰ Source entretien du 16 février 2022 avec le directeur de l'information médicale.

Graphique n° 3 : Évolution de l'ambulatoire



Source : données du CHG⁵¹

Les soins de suite et de réadaptation et la psychiatrie

Les hospitalisations complètes (HC) du secteur psychiatrique baissent de 17 % entre 2016 et 2019 alors que le CHG bénéficie de quatre places supplémentaires⁵². Cette baisse s'accroît en 2020, première année de la pandémie de la Covid19. Si les hospitalisations de jour diminuent fortement, celles de nuit augmentent.

La reprise des activités de l'hôpital Adelaïde Hautval

La chambre relève une augmentation élevée des SSR en hospitalisation complète contrairement à la tendance nationale, qui s'explique notamment par la reprise d'une partie des activités de l'hôpital gériatrique Adelaïde Hautval, renforçant les capacités de prise en charge en aval du CHG⁵³. L'établissement Adelaïde Hautval situé à Villiers-le-Bel (95), était un hôpital gériatrique appartenant à l'AP-HP devant fermer et transformé en plateforme gérontologique. Dans le cadre du redéploiement de ses activités, une convention est passée le 29 janvier 2016 entre l'AP-HP et quatre établissements publics dont le CHG, pour établir une nouvelle organisation de la prise en charge et l'accompagnement des personnes âgées dans la partie nord de la région Île-de-France.

Tableau n° 11 : Évolution des soins de suite et de réadaptation en hospitalisation complète

	2016	2017	2018	2019	2020	Évolution 2016/2019	Évolution 2016/2020
Nombre de lits	93	93	93	93	94		
Nombre de séjours	596	682	811	846	749	42 %	26 %

Source : SAE

Le CHG se voit attribuer 63 lits et places supplémentaires, dont 25 lits de SSR situés dans le nouvel hôpital, permettant ainsi de renforcer la filière gériatrie. Une partie du personnel d'Adelaïde Hautval est mise à disposition du CHG⁵⁴.

⁵¹ Les données correspondent à hospidiag.

⁵² Cf. annexe 6.

⁵³ Cf. les analyses de l'activité hospitalière par l'ATIH pour les années 2018 et 2019.

⁵⁴ Procès-verbal du conseil de surveillance du 8 décembre 2016.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

L'attractivité du CHG est concentrée sur son territoire de santé. Plus des deux tiers de sa patientèle proviennent de cinq communes (Villiers-le-Bel, Goussainville, Gonesse, Sarcelles et Garges-lès-Gonesse.)

Son activité en médecine, chirurgie et obstétrique connaît une légère augmentation. Elle est très dépendante des urgences, qui représentent environ 58 % des hospitalisations complètes, et de l'obstétrique dont l'activité augmente de 20 % entre 2016 et 2020. L'ambulatoire progresse conformément aux directives nationales.

Le CHG est membre du groupement hospitalier de territoire Plaine de France avec le centre hospitalier de Saint-Denis, établissement support. Ce GHT regroupe deux établissements comparables peu complémentaires. Le CHG a développé des coopérations, notamment au travers des contrats locaux de santé. La filière ville hôpital est active en gériatrie, pour le diabète, la prise en charge des patients du VIH, la cancérologie et la psychiatrie.

2 LA SITUATION FINANCIÈRE DU CHG TRÈS DÉGRADÉE PAR LA CONSTRUCTION DU NOUVEL HÔPITAL

2.1 Des comptes certifiés sans réserve depuis 2017

La chambre régionale des comptes veille à l'application des principes budgétaires et comptables.

La certification des comptes des établissements publics de santé est définie par les articles R. 6145-61-1 et suivants du CSP, le décret n° 2013-1239 du 23 décembre 2013 définissant les établissements publics de santé soumis à la certification des comptes, et le décret n° 2013-1238 du 23 décembre 2013 relatif aux modalités de certification des comptes des établissements publics de santé.

La certification des comptes porte sur la première partie du compte financier (les comptes annuels). La seconde (analyse de l'exécution de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses - EPRD) n'est pas concernée.

Le cabinet Exco & Associés a réalisé l'audit des comptes annuels de l'établissement entre 2015 et 2019. Le commissaire aux comptes (CAC) a formulé des réserves pour l'exercice 2016 (compteurs compte épargne temps (CET) du personnel médical et absence de reprise sur la provision pour renouvellement des immobilisations). Cette réserve a été levée lors de la certification des comptes de 2017.

Les rapports de certification ont été examinés en conseil de surveillance et joints aux comptes annuels conformément à l'article R. 6145-61-5 du CSP.

2.2 La situation financière dégradée par la construction du nouvel hôpital

2.2.1 L'exploitation déficitaire depuis l'ouverture du nouvel hôpital

Le chiffre d'affaires a crû entre 2016 et 2020 (+ 18 %). En 2020, il atteint 218 M€ contre 184 M€ en 2016. Cette augmentation est liée à la croissance des produits d'activité (+ 4 % en moyenne). Les subventions d'exploitation diminuent en moyenne de 2 % sur la période.

Dans le cadre de la reconstruction, le CHG a contracté en 2015 un nouvel emprunt de 7 M€ qui s'est traduit par une dégradation de 20 % du résultat financier l'année suivante et un déficit du compte de résultat de plus de 2 M€.

Tableau n° 12 : Évolution des soldes intermédiaires de gestion

En M€	2016	2017	2018	2019	2020
Produits d'exploitation	185	192	196	196	219
- Sous-traitance médicale et médico-sociale	1	1	1	1	1
= Production propre	184	191	195	195	217
- Achats	27	28	27	27	28
- Services extérieurs	6	7	7	7	7
- Autres services extérieurs	6	7	7	7	6
- Impôts et taxes (hors taxes sur personnel)	0	0	0	0	0
= Valeur ajoutée	145	149	154	154	176
+ Autres subventions	1	1	0	1	0
- Charges totales de personnel*	132	137	137	139	156
+ Remboursement de frais entre budgets	2	2	2	2	2
= Résultat économique brut	17	15	19	18	23
+ Autres produits de gestion	2	3	2	2	2
- Autres charges de gestion	3	7	5	6	6
= Marge brute d'exploitation	16	11	16	15	19
- Frais financiers nets réels	8	8	7	7	7
+ Produits exceptionnels réels (hors cessions)	2	3	4	3	4
- Charges exceptionnelles réelles	4	3	3	4	7
= Capacité d'autofinancement brute	6	4	10	7	9
Quote-part des subventions d'inv. transférés	0	0	0	0	0
- Dotations nettes aux amortissements	12	20	19	19	18
- Dotations nettes aux provisions	- 4	- 10	- 5	- 8	- 8
= Sous-total des opérations d'ordre (b)	- 8	- 10	- 14	- 11	- 10
Produits de cessions des éléments d'actifs	0	0	0	0	0
- Valeur nette des éléments d'actifs cédés	0	0	0	0	0
= +/- values de cessions (c)	0	0	0	0	0
Résultat net comptable (a + b + c)	- 2	- 6	- 5	- 4	- 1

Source : comptes financiers, après retraitement de la CRC

Dès 2017, le résultat d'exploitation devient déficitaire, passant de - 5 M€ en 2016 à - 6 M€ en 2017. Malgré une hausse de 4,4 % de ses produits⁵⁵, le nouvel hôpital n'assure plus ses charges⁵⁶, qui augmentent plus vite que ses produits. Le déficit passe ainsi de 2,1 M€ à 5,8 M€ en un an.

Le résultat net comptable est négatif sur l'ensemble de la période.

Le résultat d'exploitation s'améliore entre 2017 et 2019, de - 7 M€ à - 3 M€, ce qui est imputable à la hausse de 1,06 % des produits⁵⁷ et la diminution des charges de 0,6 %. En revanche, le résultat exceptionnel diminue (1 %) en raison notamment d'une moindre reprise de la provision réglementée pour renouvellement des immobilisations consécutive à la mise en service du nouveau bâtiment⁵⁸. Le déficit constaté est de 4 M€ en 2018.

En 2019, pour la première fois, les charges baissent pour tous les budgets. Les produits du budget principal et du centre d'action médico-social précoce (CAMSP) progressent

⁵⁵ Hausse de produits de l'hospitalisation et des produits à tarification spécifique, hausse de la dotation annuelle de financement des soins de suite et de réadaptation, hausse sur les ventes de marchandises (rétrocessions de médicaments).

⁵⁶ Hausse des dotations aux amortissements (effet année pleine du nouvel hôpital), augmentation des autres charges de gestion courante (essentiellement l'identification de créances douteuses ne remontant pas automatiquement dans les requêtes d'admission en non-valeur d'Hélios), augmentation des dépenses de personnel et des services extérieurs (transfert de personnels, maintenance, nettoyage, gardiennage et externalisation des analyses d'anatomo-pathologie (fermeture du service en 2016).

⁵⁷ + 2 M€ sur les produits d'activité hospitalière (augmentation du forfait annuel des urgences et du forfait accueil et traitement des urgences, ainsi que de la DMA SSR (dotation modulée à l'activité qui es le nom donné à la tarification à l'activité pour le SSR), des dotations MIGAC, hausse de l'activité, optimisation du circuit de facturation et de codage...).

⁵⁸ - 0,35 M€ par rapport à 2017.

légèrement. Le résultat d'exploitation courant et le résultat exceptionnel restent déficitaires. Les résultats excédentaires des budgets annexes compensent partiellement (entre 15 et 20 %) les déficits du budget principal, conduisant à un déficit consolidé de 3 M€ en 2019.

Tableau n° 13 : Évolution du compte de résultat par budget

En €	2015	2016	2017	2018	2019
DNA (A0)	2 762,00	- 358,21	585,80	477,31	537,00
USLD (B0)	61 282,00	78 424,09	479 265,82	- 119 061,13	182 472,48
IFSI (C0)	25 979,00	31 017,57	194 531,99	185 865,11	71 751,05
EHPAD (E0)	- 3 030,10	- 103 787,72	37 366,66	221 075,78	106 027,78
BUDGET PRINCIPAL	8 232,00	- 2 550 757,86	- 6 967 808,92	- 5 190 525,21	- 4 442 167,64
CAMSP (P0)	278 047,00	393 674,17	413 162,89	615 773,48	515 010,49
Total	373 271,90	- 2 151 787,96	- 5 842 895,76	- 4 286 394,66	- 3 566 368,84

Source : comptes financiers

L'encours de la dette, entièrement composé d'emprunts liés au nouvel hôpital, est important. Fin 2021, il est de 167,7 M€ (soit 73 % des produits d'exploitation) contre 207,5 M€ en 2016 (près de 110 % des produits).

Une étude confirme l'impact financier du nouvel hôpital

À plusieurs reprises, les rapports financiers présentés en conseil de surveillance ont mis en évidence le poids financier du nouvel hôpital et les surcoûts liés à son exploitation.

Ainsi, le rapport de présentation de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) de 2018 précise que l'augmentation du titre deux (charges à caractère médical) s'explique majoritairement par les surcoûts du nouvel hôpital avec notamment l'augmentation de 50 % des contrats de maintenance biomédicaux. De même, les charges du titre trois (charges à caractère hôtelier et général) présentent un surcoût de près de 3 M€ sans intégrer ceux relatifs à la sécurisation de l'ancien bâtiment. Ce surcoût se décompose en 717 000 € de dépenses énergétiques, 218 000 € d'assurances, 1,4 M€ contrats de maintenance informatique, 640 000 € de surcoûts de ménage liés aux surfaces supplémentaires.

La question du surcoût d'exploitation lié au nouveau bâtiment est à nouveau évoquée en 2019 en conseil de surveillance⁵⁹. Il est mentionné que les frais financiers et les amortissements sont couverts par les aides de l'ARS. Il demeure toutefois un déficit en partie lié au fait que le chiffrage de la construction du nouveau bâtiment n'a pas intégré le différentiel de coût de fonctionnement entre l'ancien et le nouveau bâtiment et que le plan global de financement pluriannuel prévoyait une augmentation de l'activité, qui selon le CHG, était impossible au regard du territoire.

Lors de la présentation de la situation financière au conseil de surveillance, un point a été fait sur l'impact financier, depuis 2018 et à venir, de la construction du nouvel hôpital. Il en ressort que les coûts financiers prévisionnels seront croissants. L'aide de l'ARS doit diminuer de 19,5 % tandis que la reprise des provisions, telle qu'arrêtée par le CAC, baisse pour devenir nulle en 2024. Il en résulte un besoin de financement évalué à 7,3 M€ en 2025.

⁵⁹ Conseil de surveillance du 31 janvier 2019.

Tableau n° 14 : Évaluation des coûts financiers prévisionnels

IMPACTS NHG investissement	2021	2022	2023	2024	2025	TOTAL
Dépenses brutes	16 731 244	16 342 725	15 954 647	15 568 736	15 163 983	79 761 335
Frais financiers	6 369 939	5 986 330	5 598 252	5 212 342	4 807 589	27 974 452
Amortissements	10 361 305	10 356 395	10 356 395	10 356 395	10 356 394	51 786 883
Compensation						58 119 680
AC	9 661 859	9 204 512	8 747 165	8 289 818	7 774 818	43 678 172
Reprise Provision Rrenouvellement	6 949 952	7 029 174	462 382			14 441 508
Solde - Ecart	119 433	109 039	6 745 100	7 278 918	7 389 165	21 641 655

Source : CHG

L'étude a aussi mis en exergue les coûts techniques du fonctionnement du nouveau bâtiment et de sécurisation de l'ancien qui grèvent le résultat d'exploitation⁶⁰. Le surcoût est évalué à environ 4 M€ par an.

Tableau n° 15 : Les surcoûts techniques du nouvel hôpital

DETAIL SURCOUTS NHG PAR RAPPORT A 2015 ET IMPACT TMB

Base 2015; données CF ant 2018, Projections 2019-2023	2018	2019	2020	2021	2022	2023	SURCOUT MOYEN 2018-2023	COÛT CF 2015	COÛT MOYEN 2018-2023
SURCOUTS STRUCTURELS AYANT UN IMPACT MB									
Energie surcoûts NHG pérennes	2 076	1 898	1 940	1 982	2 025	2 068	1 998	2 592	4 590
Eau	-11	-12	-8	-5	-1	2	-6	362	356
Electricité	1 224	1 114	1 133	1 153	1 173	1 193	1 165	846	2 011
Fioul	23	38	39	39	40	40	36	12	48
Gaz	231	91	98	105	112	119	126	609	735
Ménage/entretien	608	668	679	690	702	713	677	762	1 439
Maintenances	1 722	1 473	1 509	1 545	1 582	1 619	1 575	2 308	3 883
Bâtiment/installations techniques	681	487	487	487	487	487	520	839	1 358
Biomédical	397	248	258	268	278	288	289	752	1 042
Logistique	350	350	350	350	350	350	350	47	397
Informatique	295	388	414	440	466	494	416	670	1 086
Sécurisation du site	666	964	784	784	784	784	794	0	794
Sécurisation et gardiennage CMC	180	180	0	0	0	0	60	0	60
Vigipirate	290	0	0	0	0	0	48	0	48
Sécurisation NHG	196	784	784	784	784	784	686	0	686
Surcoûts de structure NHG	4 464	4 336	4 233	4 311	4 391	4 471	4 368	4 899	9 267

Source : étude du cabinet Prézars

Les constats de cette étude concordent avec l'analyse de l'ARS concernant la situation de l'hôpital. Selon l'ARS, la structure d'exploitation du CHG ne lui permet pas, aujourd'hui, de faire face en toute autonomie au poids du nouvel hôpital en termes de service de la dette, de dotations aux amortissements et de financement de ses investissements courants.

2.2.2 Le financement des investissements

La capacité d'autofinancement (CAF) brute du CHG progresse entre 2017 et 2018 (+ 6 M€). Après une baisse en 2019, elle retrouve en 2020 le niveau de 2018.

⁶⁰ Le déménagement s'est effectué en 2016 et le protocole de cession de l'ancien bâtiment à la ville de Gonesse a été signé en novembre 2018.

Tableau n° 16 : Le tableau de financement 2016-2020

En M€	2016	2017	2018	2019	2020
Capacité d'autofinancement brute	5,95	3,70	9,58	6,87	9,45
- Annuité en capital de la dette	9,56	10,64	10,69	10,77	11,26
= Capacité d'autofinancement nette (a)	- 3,61	- 6,94	- 1,11	- 3,90	- 1,81
<i>en % du produit total</i>	<i>- 1,95 %</i>	<i>- 3,61 %</i>	<i>- 0,57 %</i>	<i>- 1,99 %</i>	<i>- 0,83 %</i>
+ Apports en capital	0	0	0	0	0
+ Subventions d'équipement reçues	0,75	0,00	0,40	7,81	0,01
+ Produits de cession	0,00	0,05	0,01	0,20	0,00
= Recettes d'investissement hors emprunt (b)	0,76	0,05	0,41	8,00	0,01
= Financement propre disponible (a + b)	- 2,86	- 6,88	- 0,70	4,10	- 1,80
Fi dispo / Dépenses d'équipement (y c. travaux en régie)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
- Dépenses d'équipement réelles (y c. travaux en régie)	32,44	9,44	3,22	3,92	10,86
Dont immobilisations incorporelles	0,26	0,19	0,21	0,22	0,80
Dont terrains, constructions et agencements	0,42	1,09	0,48	-0,02	0,78
Dont autres immobilisations corporelles	1,14	2,10	1,32	1,05	1,47
Dont immobilisations en cours	30,62	6,08	1,22	2,66	7,82
- Titres individualisés, comptes de placement, prêts	0,00	0,03	0,00	0,04	- 0,01
= Besoin (-) ou capa (+) de financement propre	- 35,30	- 16,36	- 3,92	0,15	- 12,65
- Var. du besoin en fonds de roulement global (hors fonds en dépôt)	- 1,94	6,61	- 4,80	1,32	- 2,75
= Besoin (ou disponible) après financement des inv. et du cycle d'exploitation, dit BAFIC (ou DAFIC)	- 33,36	- 22,97	0,88	- 1,17	- 9,90
+ Nouveaux emprunts de l'année	0,01	0,00	0,00	0,00	15,01
Dont autres obligations et dettes financières	0,00	0,00	0,00	0,00	15,00
Dont autres dettes et cautionnements	0,01	0,00	0,00	0,00	0,01
= Variation de la trésorerie nette	- 33	- 23	1	- 1	5

Source : comptes financiers, après retraitement de la CRC

Entre 2016 et 2020, la CAF nette⁶¹ du CHG n'a eu de cesse de fluctuer passant de - 3,61 M€ à - 1,81 M€. Une légère amélioration de la CAF nette est toutefois constatée sur la période.

Les recettes d'investissement hors emprunt sont faibles malgré les 7,81 M€ de subventions d'investissement et les 0,20 M€ de produits de cession en 2019.

Les dépenses d'équipement réelles cumulées entre 2016 et 2020 s'élèvent à 59,89 M€. Elles concernent principalement la finalisation de l'opération du nouvel hôpital.⁶²

Le besoin de financement cumulé atteint 68,8 M€.

Le taux de marge brute d'exploitation

Le taux de marge brute d'exploitation d'un établissement est considéré par la direction générale de l'offre de soins du ministère de la santé comme l'indicateur central de la performance économique d'un établissement. Il doit permettre de couvrir la charge annuelle de la dette et un socle minimum d'investissements courants (objectif de 3 % des produits d'exploitation courants). La marge brute est la différence entre les produits d'exploitation courants et les charges d'exploitation courantes de l'établissement (hors flux financiers ou exceptionnels), après déduction des aides financières allouées à l'investissement ou dans le cadre d'un plan de retour à l'équilibre.

La marge brute (indicateur de performance) du CHG diminue en 2017, puis croît progressivement pour atteindre 19 M€.

⁶¹ La CAF nette est la CAF brute diminuée du montant du capital des emprunts à rembourser.

⁶² Cf. EPRD 2016 à 2021.

Tableau n° 17 : Évolution du taux de marge du budget principal

	2016	2017	2018	2019	2020
Marge brute	16	11	16	15	19
Produits (hors c 76, 77, 78 et 79)	177,2	183,7	187,6	187,3	208,1
Taux de marge brute en %	9 %	6 %	8,50 %	8 %	9,10 %
Aides financières de l'ARS ⁶³	15,6	9,8	9,7	9,7	10,2
Marge brute hors aides	0,4	1,2	6,3	5,3	8,8
Taux de marge brute hors aide	0,2 %	0,7 %	3,4 %	2,8 %	4,2 %

Source : comptes financiers

Le taux de marge brute hors aides, bien que croissant, est très inférieur au taux cible de 8 % en vigueur durant cette période. Ce taux de marge brut trop faible ne permettait pas le remboursement de la charge de la dette⁶⁴.

La différence entre le taux de marge brute avec aides et hors aides s'explique par l'aide annuelle du fonds régional à l'investissement (FRI) pour le financement du nouvel hôpital.

Le CHG précise qu'une nouvelle doctrine financière est en cours d'élaboration, qui tiendrait compte de la dégradation financière des établissements de santé, en raison notamment de la crise sanitaire. Ainsi, il a été demandé à l'établissement, dans le cadre d'un contrat de restauration des marges, de maintenir une CAF positive et réaliser des investissements courants avec un taux plancher cible pour ces derniers de 3 %.

2.2.3 La dégradation de la trésorerie

Entre 2016 et 2020, les fonds propres et les ressources stables diminuent fortement, soit de 20,88 M€ et 69,67 M€ respectivement. Les subventions d'investissement augmentent de 7,5 M€, soit de 38 % en moyenne.

Tableau n° 18 : Évolution du fonds de roulement

En M€	2016	2017	2018	2019	2020
+ Apports, réserves et reports	99,07	97,56	91,72	80,63	76,89
+ Résultat de l'exercice	- 2,15	- 5,96	- 4,64	- 3,92	- 0,85
= Fonds propres	96,92	91,60	87,08	76,71	76,04
+ Subventions d'inv. et droits de l'affectant	1,87	1,65	1,84	9,45	9,37
+ Provisions réglementées	49,98	41,51	33,79	28,12	22,02
= Fonds propres élargis	148,76	134,77	122,71	114,29	107,42
+ Dettes financières	207,50	196,87	186,18	175,41	179,16
= Ressources stables (a)	356,26	331,63	308,89	289,70	286,59
Immobilisations d'exploitation	308,15	297,80	281,60	261,55	254,07
+ Immobilisations financières	0,06	0,09	0,09	0,13	0,12
= Actif immobilisé (b)	308,21	297,89	281,69	261,68	254,19
Fonds de roulement (a-b=c)	48,06	33,74	27,20	28,02	32,40
<i>en nbre de jours de charges courantes</i>	<i>96</i>	<i>64</i>	<i>52</i>	<i>53</i>	<i>56</i>
<i>Dettes fi. nettes des dispo. / fonds propres élargis</i>	<i>139,48 %</i>	<i>146,07 %</i>	<i>151,72 %</i>	<i>153,48 %</i>	<i>166,78 %</i>
<i>Dettes fi. / fonds propres élargis</i>	<i>139,48 %</i>	<i>146,08 %</i>	<i>151,72 %</i>	<i>153,48 %</i>	<i>166,78 %</i>
<i>Dettes fi. / capitaux propres</i>	<i>214,10 %</i>	<i>214,91 %</i>	<i>213,81 %</i>	<i>228,66 %</i>	<i>235,62 %</i>

Source : comptes financiers, après retraitement de la CRC

⁶³ Les chiffres d'aide sont ceux de la maquette de l'EPRD 2021 et comprennent les aides du fonds régional d'intervention et les aides de contractualisation.

⁶⁴ Rapport financier 2017.

Le fonds de roulement s'établit ainsi à 32,40 M€ en 2020, soit 15,66 M€ de moins qu'en 2016.

La progression des créances redevables et comptes rattachés est élevée. Elle entraîne une croissance du besoin en fonds de roulement net global (3,36 % en moyenne sur la période).

Tableau n° 19 : Évolution du besoin en fonds de roulement

En M€	2016	2017	2018	2019	2020
= Stocks et en-cours (a)	1,92	1,57	1,48	1,78	2,71
= Redevables et comptes rattachés (b)	27,90	32,86	30,40	30,82	45,13
en nbre de jours de chiffre d'affaires	55	62	57	57	75
= Dettes fournisseurs	12,85	9,06	11,83	11,63	13,13
en nbre de jour d'achats	176	116	159	156	172
Besoin en fonds de roulement de gestion (a + b - c = d)	16,97	25,37	20,05	20,96	34,70
+ Autres dettes (-) et créances (+) diverses*	3,05	0,41	1,05	4,39	3,12
= Autres dettes et créances (e)	- 2,79	- 4,68	- 4,24	- 3,93	- 20,48
Intérêts courus non échus (f)	1,28	1,19	1,11	1,02	0,96
= Besoin en fonds de roulement global* (d + e - f = g)	12,90	19,50	14,70	16,02	13,27
en nbre de jours de charges courantes	26	37	28	30	23
= Provisions pour risques et charges (h)	6,62	6,32	8,92	8,18	5,87
= Besoin en fonds de roulement net global* (g - h = i)	6,28	13,19	5,78	7,84	7,40
en nbre de jours de charges courantes	13	25	11	15	13

Source : comptes financiers, après retraitement de la CRC

Le CHG perd 16 M€ de trésorerie nette entre 2016 et 2020. La trésorerie nette couvre 46 jours de charges courantes en 2020 contre 84 en 2016, ce qui reste néanmoins important par rapport aux 15 à 20 jours recommandés⁶⁵. Cette diminution a été permise en partie par l'aide en trésorerie attribuée par l'ARS de 0,5 M€ en 2020 et 1 M€ en 2021. Selon le CHG, il lui avait été demandé d'accumuler de la trésorerie pour la construction du nouvel hôpital, entré en service en 2016, ce qui peut expliquer la variation en début de période. Il confirme la situation fragile de sa trésorerie. Pour la première fois en 20 ans, il a mobilisé une ligne de crédit à hauteur de 6 M€ en décembre 2021 et projette une trésorerie négative à l'avenir.

Tableau n° 20 : Variation annuelle de la trésorerie

En M€	2016	2017	2018	2019	2020
Fonds de roulement	48,06	33,74	27,20	28,02	32,40
Besoin en fonds de roulement	6,28	13,19	5,78	7,84	7,40
Trésorerie nette	41,85	20,97	21,93	20,53	26,28
En nombre de jours de charges courantes	84	40	42	39	46
Variation annuelle de la trésorerie nette	- 42 %	- 50 %	5 %	- 6 %	28 %

Source : comptes financiers, après retraitement de la CRC

L'état des restes à recouvrer (RAR) amiables est significatif. Il a progressé en moyenne de 6 % entre 2016 et 2020. Les RAR contentieux ont nettement diminué.

⁶⁵ Tableaux de bord financier des établissements publics de santé (TBFEPS).

Tableau n° 21 : Évolution des créances irrécouvrables et des restes à recouvrer

<i>En M€</i>	2016	2017	2018	2019	2020	Variation annuelle moyenne (en %)
Restes à recouvrer amiables	21,99	27,46	25,87	25,70	29,16	6
Restes à recouvrer contentieux	6,55	3,92	3,85	4,04	3,41	- 12
Créances irrécouvrables admission en non-valeur	0,64	4,59	1,31	1,60	1,55	19

Source : comptes financiers, après retraitement de la CRC

Les admissions en non-valeur (ANV) ont particulièrement augmenté entre 2016 et 2017 (plus de 3 M€). L'identification des créances douteuses ne remontant pas automatiquement dans les requêtes ANV du logiciel comptable expliquerait cette augmentation.

Un apurement important, réalisé en 2017, et une baisse de la reprise sur provisions pour dépréciation des créances (- 1,7 M€) ont entraîné une baisse des ANV de créances irrécouvrables dès 2018.

Le CHG s'est lancé en 2019 dans une démarche d'optimisation du recouvrement.

Il a participé, avec 22 autres établissements de santé, au programme ORFEH, optimisation du recouvrement et de la facturation des établissements hospitaliers, co-piloté par l'ARS. L'étude a été menée, en collaboration avec les équipes du CHG en 2019. Elle a porté sur la période couvrant 2015 à juin 2019 à partir de l'analyse des RAR enregistrés au CHG (dont la facturation) et des données de la direction régionale des finances publiques. Les constats sont les suivants :

- le niveau de précarité du CHG est resté stable et élevé entre 2015 et le premier semestre 2019 mais le nombre de venues de patients sans aucune couverture a augmenté, notamment pour les hospitalisations ;
- le volume global des RAR patient a crû entre 2015 et 2017 de 38 %.

Une cartographie des recouvrements a été réalisée par parcours : activité externe, hospitalisations programmées et urgences. Ces dernières représentent 47 % des RAR. Une feuille de route a été élaborée. Elle repose sur le renforcement de la coopération avec la caisse primaire d'assurance maladie, le suivi des dossiers en cours de droit, la communication et sensibilisation des patients et des différents personnels soignants et administratifs.

2.3 Le centre hospitalier de Gonesse placé sous surveillance financière de l'ARS

Le dépassement des seuils d'alerte de la soutenabilité

Les établissements publics de santé doivent respecter plusieurs indicateurs d'alerte.

Tout d'abord, le décret n° 2008-621 du 27 juin 2008 relatif à la définition des critères de déséquilibre financier des établissements de santé fixe les seuils de déclenchement d'un plan de retour à l'équilibre définis à l'article D. 6143-39 du CSP. A cet égard, le CHG présente un déficit de son compte de résultat principal et une capacité d'autofinancement nette insuffisante. Il atteint les seuils de déclenchement d'un plan de retour à l'équilibre.

Ensuite, le décret n° 2011-1872 du 14 décembre 2011 relatif aux limites et réserves du recours à l'emprunt par les établissements publics de santé codifié à l'article D. 6145-70 du CSP restreint le recours à l'emprunt par un établissement s'il dépasse deux des trois critères suivants :

- le ratio d'indépendance financière, qui résulte du rapport entre l'encours de la dette à long terme et les capitaux permanents, excède 50 % ;

- la durée apparente de la dette excède dix ans ;
- l'encours de la dette, rapporté au total de ses produits toutes activités confondues, est supérieur à 30 %.

Les valeurs des ratios d'endettement sont au-dessus des seuils d'alerte fixés par ce décret.

Tableau n° 22 : Indicateurs d'alerte relatifs à l'endettement

	2016	2017	2018	2019	2020	Seuils
Ratio d'indépendance financière (dette financière / ressources stables)	58,24 %	59,36 %	60,27 %	60,55 %	62,52 %	50 %
Ratio de solvabilité dit aussi durée apparente de la dette (dette financière / CAF brute)	35	53	19	26	19	10
Dette financière rapporté au total des produits	105,15 %	92,88 %	87,12 %	82,34 %	74,93 %	30 %

Source : comptes financiers, après retraitement de la CRC

Le ratio d'indépendance financière s'aggrave de quatre points entre 2016 et 2020 alors que la dette financière diminue. Cette situation résulte d'une détérioration des ressources stables consécutive à des résultats comptables négatifs obérant les reports. Le niveau de dépendance financière du CHG vis-à-vis de ses prêteurs augmente.

Tableau n° 23 : Composition des ressources stables

En M€	2016	2017	2018	2019	2020
+ Apports, réserves et reports	99,07	97,56	91,72	80,63	76,89
+ Résultat de l'exercice	- 2,15	- 5,96	- 4,64	- 3,92	- 0,85
= Fonds propres	96,92	91,60	87,08	76,71	76,04
+ Subventions d'inv. et droits de l'affectant	1,87	1,65	1,84	9,45	9,37
+ Provisions réglementées	49,98	41,51	33,79	28,12	22,02
= Fonds propres élargis	148,76	134,77	122,71	114,29	107,42
+ Dettes financières	207,50	196,87	186,18	175,41	179,16
= Ressources stables (a)	356,26	331,63	308,89	289,70	286,59

Source : comptes financiers, après retraitement de la CRC

En revanche, la durée apparente de la dette et le ratio de la dette financière sur le total des produits diminuent en raison d'une amélioration de la CAF brute, du niveau de la dette qui diminue et des produits qui augmentent.

Tableau n° 24 : Ratio de la dette financière de 2016 à 2020

En M€	2016	2017	2018	2019	2020
Compte 16 emprunts et dettes assimilées	208,8	198	187	176,4	180,1
Compte 1688 intérêts courus	1,3	1,2	1,1	1	1
Compte 169 primes de remboursement des obligations	0	0	0	0	0
Encours de la dette	207,5	196,8	185,9	175,4	179,1
CAF brute	6	3,7	9,6	6,9	9,5
Ratio durée apparente de la dette	34,58	53,19	19,36	25,42	18,85

Source : retraitement de la CRC à partir des comptes financiers

La situation financière du CHG dépasse les seuils d'alerte de soutenabilité. Conformément à l'article D. 6145-70 du CSP, le CHG doit demander à l'ARS l'autorisation de recourir à l'emprunt.

Ainsi, avec l'accord de l'ARS, l'établissement a souscrit trois nouveaux emprunts en 2020, pour un montant de 15,01 M€ afin de financer le solde des opérations de construction du nouvel hôpital⁶⁶.

La démarche COPERMO non formalisée dans un avenant au CPOM

En raison des enjeux budgétaires et financiers consécutifs à la construction du nouvel hôpital de Gonesse, le CHG a fait l'objet à partir de 2016, date d'emménagement dans le nouveau bâtiment, d'un suivi renforcé de l'ARS dans le cadre du programme d'accompagnement des établissements sensibles (ARES)⁶⁷.

La dégradation de la situation financière a conduit à l'inscription en 2018 du CHG en (COPERMO).

Le CHG s'est fait accompagner par un cabinet privé et le conseil de surveillance a été régulièrement informé de l'état d'avancement du dossier⁶⁸.

Le dossier a été envoyé en avril 2019 et présenté au COPERMO le 28 mai 2019⁶⁹. Il prévoit un effort de 15,4 M€ sur cinq ans, porté à 37 % par l'activité générant des ressources nouvelles et 63 % par une baisse des dépenses avec notamment une amélioration de la gestion de la facturation. Les grands axes sont l'optimisation du coût par activité et la pertinence des actes, l'optimisation du capacitaire (baisse des lits conventionnels en cardiologie et augmentation de l'ambulatorie...), le développement des réponses alternatives innovantes comme la télémedecine et l'optimisation du rapport surface/activité. Le dossier prévoit aussi la suppression de 52 ETP sur une base de 70 postes vacants, et de 24 postes sur les secteurs logistique, restauration et bionettoyage⁷⁰. L'ARS indique que, lors de sa séance, le comité a relevé la nécessité d'inclure une dimension plus territoriale⁷¹ dans le plan d'action, afin de retrouver une autonomie financière.

Lors de sa présentation au conseil de surveillance du 27 juin 2019, le président de ce conseil, ainsi que le représentant du personnel, ont affirmé leur opposition à ce projet.

Ses objectifs n'ont pas fait l'objet d'un avenant au CPOM⁷² passé entre le CHG et l'ARS. Ils ont toutefois été traduits dans les documents budgétaires (EPRD et dans le plan global de financement pluriannuel). L'ARS rappelle que le CHG devait présenter la mise en œuvre du premier volet du plan, mais que le calendrier a été bouleversé par la crise sanitaire.

Bien que le plan n'ait pas été traduit par un avenant au CPOM, l'ARS précise qu'elle a poursuivi son engagement auprès de l'établissement par le suivi mensuel de l'exécution budgétaire, de l'activité et du plan d'action dans le cadre du dispositif ARES.

Son engagement s'est aussi traduit financièrement. En plus des aides à la contractualisation de 9 M€ par an jusqu'en 2022 (cf. tableau n° 14), l'ARS indique avoir financé, à hauteur de 7 M€, certains surcoûts en investissement du nouvel hôpital (dont 2 M€ pour la déconstruction de l'ancien hôpital en 2017 et 5 M€ au titre du décompte général définitif en 2019) et apporté une aide en trésorerie. L'établissement a par ailleurs bénéficié de 2,1 M€ au titre du fonds de modernisation de l'investissement en santé.

⁶⁶ Rapport financier 2021.

⁶⁷ Sources : rapport financier 2016 et 2017.

⁶⁸ Cf. notamment procès-verbaux des conseils de surveillance du 13 décembre 2018 spécifiquement consacré au COPERMO, procès-verbal du 16 mai 2019, procès-verbal du 27 juin 2019.

⁶⁹ Conseil de surveillance du 27 juin 2019.

⁷⁰ Conseil de surveillance du 16 mai 2019.

⁷¹ La notion de dimension territoriale n'a pas été précisée par l'ARS.

⁷² La circulaire interministérielle du 5 juin 2013 relative à la mise en place du comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins prévoit que le plan d'actions soit inséré sous la forme d'un avenant au CPOM.

De nouvelles trajectoires financières consécutives à la crise sanitaire

Depuis 2020, le CHG a subi, comme les autres établissements, l'impact de la crise sanitaire mais de manière amplifiée par sa situation géographique. Celle-ci a profondément bouleversé l'activité de l'hôpital et créé des surcoûts qui se sont répercutés sur sa trajectoire financière. Les revalorisations salariales du Ségur de la santé et l'augmentation du point d'indice doivent également être pris en compte.

Parallèlement, le CHG s'est vu attribuer une dotation de 48 M€ au titre de l'enveloppe "restauration des capacités financières", dans le cadre des mesures de soutien à l'investissement et à la transformation du service public hospitalier du Ségur de la Santé. Ces crédits ne visent pas à apurer le déficit accumulé mais à soutenir la trésorerie et la CAF. Ils seront versés en neuf annuités. L'ARS indique que la mise en œuvre de cette dotation a fait l'objet d'un contrat entre l'ARS et l'établissement, conclu en décembre 2021.

Une seconde dotation, issue de l'enveloppe " soutien aux investissements structurants " du Ségur de la Santé, prévoit de soutenir à hauteur de 5,5 M€ les opérations identifiées comme prioritaires par la stratégie régionale d'investissement (humanisation des unités de psychiatrie, opérations de réaménagement capacitaire).

Les dernières simulations réalisées par le CHG prévoient un taux de marge hors aides de 3 % à 5 % et une amélioration des ratios de la dette, sans que toutefois l'établissement puisse dégager un résultat excédentaire.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

La construction du nouvel hôpital et les surcoûts de fonctionnement du nouveau bâtiment ont dégradé la situation financière du CHG. Le remboursement des emprunts et les surcoûts d'exploitation ont obéré le résultat qui est déficitaire sur toute la période. La capacité d'autofinancement nette est négative et la trésorerie se dégrade.

Le CHG a atteint les seuils d'alerte et de soutenabilité. Il fait l'objet d'une surveillance renforcée de la part de l'ARS. Après avoir intégré le dispositif régional des établissements sensibles en 2016, il a présenté un dossier qui a été soumis en COPERMO en mai 2019, mais n'a pu être formalisé par un avenant au CPOM en raison notamment de la crise sanitaire.

Les trajectoires financières de l'établissement ont été bouleversées par la crise sanitaire et un contrat a été conclu avec l'ARS dans le cadre de l'attribution d'une dotation de 48 M€ prévue par le dispositif de soutien à l'investissement et à la transformation du service public hospitalier issu du Ségur de la Santé.

3 LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES EN COURS D'AMÉLIORATION

3.1 Le pilotage des ressources humaines

Conformément à l'article 30 de la loi n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique, le CHG a élaboré en 2021 des lignes directrices de gestion valables pour une durée de cinq ans. Le premier axe concerne la stratégie pluriannuelle du pilotage du personnel non médical, notamment le renforcement de la lisibilité de l'organisation interne de la direction des ressources humaines (DRH), la mise en place de nouvelles règles de gestion des contractuels. Le deuxième axe porte sur la valorisation des parcours professionnels.

En ce qui concerne les effectifs, le CPOM signé en 2017 ne prévoit pas d'indicateurs.

Dans le cadre du suivi renforcé de la situation financière du CHG et des discussions COPERMO, l'ARS a envisagé de faire porter un effort très limité sur la maîtrise des effectifs⁷³. La diminution des effectifs ne constitue pas un axe prioritaire de gestion du CHG.

Le pilotage de la masse salariale

Le pilotage de la masse salariale du personnel médical est réalisé par la direction des affaires médicales (directeur, un responsable, trois gestionnaires se répartissant les pôles). Elle prépare et suit l'exécution budgétaire avec la direction des finances et les services. Un suivi trimestriel des effectifs est réalisé par la direction sur la base d'un tableau de bord élaboré par pôle et par service.

Le suivi de la masse salariale du personnel non médical n'était pas réalisé, jusqu'en 2020, par la DRH⁷⁴, chargée du suivi des emplois. La DRH pilote dorénavant les emplois et la masse salariale⁷⁵ à travers un dialogue de gestion avec les pôles comprenant ces deux volets⁷⁶. Les outils de pilotage sont en cours de modification. Un inventaire sur les maquettes organisationnelles a été lancé pour vérifier l'adéquation entre les effectifs de chaque secteur et les besoins.

Le taux d'exécution des charges de personnel est proche des prévisions, à l'exception de l'année atypique 2020.

Tableau n° 25 : Taux d'exécution des charges de personnel du budget H

M€	2016	2017	2018	2019	2020
EPRD prévisionnel	122,1	128,3	127,83	129,4	136,3
EPRD Réalisé	12,3	128,3	128,5	129,5	145,5
Taux d'exécution	100,1 %	100 %	100,5 %	100 %	106,7 %

Source : rapports financiers

3.2 Un défaut d'attractivité mais des effectifs stables

Le CHG manque d'attractivité, ce dont témoigne le nombre de postes vacants⁷⁷ pouvant conduire à la fermeture ponctuelle de lits. Ainsi, en 2018, des lits en réanimation, pneumologie, neurologie et en unité d'hospitalisation de courte durée ont été temporairement fermés⁷⁸. Les nombreuses vacances de poste ont eu également un coût financier en raison des remplacements nécessaires et de la perte de recettes liées à la fermeture de lits, notamment dans des disciplines dynamiques et pourvoyeuses de recettes comme la pneumologie ou la gériatrie aigüe. Le recrutement et la fidélisation du personnel constituent donc un enjeu pour le CHG, qui met en œuvre des actions à cette fin. Il indique, à titre d'exemple, avoir demandé sept postes, dans le cadre du volet « Sécurisation des organisations et des environnements de travail » du Ségur de la santé, pour créer une équipe de suppléance interne.

Le personnel est fortement féminisé (84 % de femmes au 30 juin 2021)⁷⁹.

⁷³ Le projet de COPERMO non validé prévoyait une baisse de 52 ETP sur une base de 70 ETP vacants soit une baisse 2,3 % des personnels non médicaux (52/2188 (chiffres 2019)) ; source procès-verbal du conseil de surveillance du 16 mai 2019.

⁷⁴ Le suivi budgétaire était réalisé par la direction des finances.

⁷⁵ Entretien avec le directeur des ressources humaines du 17 février 2022.

⁷⁶ Source : CHSCT du 2 octobre 2020.

⁷⁷ A titre d'exemple, fin 2020, 5,13 % des postes d'infirmiers n'étaient pas pourvus et 4,63% des postes d'aides-soignants, source CHSCT du 2 octobre 2020.

⁷⁸ Source conseil de surveillance du 31 décembre 2018.

⁷⁹ Document de travail relatif aux lignes directrices de gestion.

Le personnel médical

L'effectif médical est en légère augmentation (+ 1 %) entre 2016 et 2019, puis augmente significativement en 2020.

Tableau n° 26 : Évolution du personnel médical par statuts entre 2016 et 2020

ETPR	2016	2017	2018	2019	2020	Évolution 2016/2019 (en %)	Évolution 2016/2020 (en %)
Total personnel médical	230,98	234,93	233,81	233,48	262,56	1	14
Praticien hospitalier temps plein	112,42	110,81	104,3	103,96	104,4	- 8	- 7
Praticien hospitalier à temps partiel	10,88	12,15	15,1	15,98	18,25	47	68
Praticiens attachés	21,08	20,9	19,36	20,09	17,62	- 5	- 16
Praticiens attachés associés	40,94	41,03	43,82	45,25	70,95	11	73
Permanents	185,32	184,89	182,58	185,28	211,22	0	14
Praticiens contractuels en CDD	29,45	33,58	32,99	27,38	29,63	- 7	1
Assistants et praticiens associés	10,21	8,71	11,36	17,57	21,38	72	109
Attachés et attachés associés et en CDD	6	7,75	6,88	3,25	0,33	- 46	- 95
Non permanents	45,66	50,04	51,23	48,2	51,34	- 8	- 7
Part des non permanents	20 %	21 %	22 %	21 %	20 %		

Source : retraitement à partir des bilans sociaux

Cette augmentation n'est pas seulement imputable au renfort temporaire dans le cadre de la lutte contre le Covid19, puisque les équivalents temps plein rémunérés (ETPR) du personnel permanent augmentent de 233,48 à 262,56, soit de 12,5 %. Le CHG indique que cette augmentation est aussi le résultat de la politique de fidélisation des attachés associés.

Le CHG rencontre des difficultés de recrutement de praticiens. À titre d'exemple, à l'automne 2021, 22 postes de médecins étaient vacants, soit un taux de vacance de 8,3 % du personnel rémunéré en 2021. Pour y remédier, le CHG indique avoir défini des règles de gestion.

Par ailleurs, pour pallier ce manque de personnel, le CHG recrute des praticiens en contrat à durée déterminée (CDD) et des praticiens associés. Le personnel médical non permanent représente environ un quart du personnel médical.

Le CHG indique mener une politique active pour fidéliser les attachés associés en leur proposant des parcours qualifiants.

Le personnel non médical

L'effectif du personnel non médical, après une augmentation de 0,5 % en 2017 par rapport à 2016, enregistre une baisse en 2019. La tendance est à la stagnation, hormis en 2020, en raison du renfort en personnel des services de soins dans le cadre de la lutte contre le Covid19.

Tableau n° 27 : Évolution de l'effectif du personnel non médical

ETPR	2016	2017	2018	2019	2020	Évolution 2016/2019 (en %)	Évolution 2016/2020 (en %)
Personnels administratifs	268,86	253,22	239,53	227,57	229,56	-15,4	- 14,6
Personnels éducatifs et sociaux	37,92	37,67	38,13	39,32	41,66	3,7	9,9
Personnels médico-techniques	110,96	104,37	102,81	98,18	97,19	-11,5	- 12,4
Personnels techniques et ouvriers	292,54	299,55	304,03	301,73	288,79	3,1	- 1,3
Personnel autres	15,47	21,16	29,17	29,94	46,71	93,5	201,9
Personnels des services de soins	1 450,83	1 470,56	1 473,01	1 477,75	1 520,45	1,9	4,8
<i>dont aides-soignantes</i>	524,25	518,05	519,62	539,85	552,42	3,0	5,4
<i>dont infirmiers diplômés d'État</i>	576,58	602,36	596,55	585,42	602,72	1,5	4,5
Total	2 176,58	2 186,53	2 186,68	2 174,49	2 224,36	- 0,1	2,2

Source : bilans sociaux

La chambre constate une baisse de 15 % du personnel administratif, tandis que le personnel de soins croît (+11,5 %).

Les métiers en tension concernent les sages-femmes, les infirmiers spécialisés et les professionnels de la rééducation⁸⁰.

3.2.1 L'évolution de la masse salariale

La masse salariale en légère augmentation

La masse salariale progresse de 5 % entre 2016 et 2019 (+ 6,5 M€), soit une variation annuelle de 1,28 %, et de 13 % (+ 22,1 M€) entre 2016 et 2020.

La progression sur la période 2016-2019 est inférieure à celles des dépenses d'exploitation (+ 10 %) et des produits de l'activité médicale (+ 13 %).

Tableau n° 28 : Composition de la masse salariale

En M€		2016	2017	2018	2019	2020	Évolution 2016/2019 (en %)	Évolution 2016/2020 (en %)
621	Personnel extérieur à l'établissement	1,48	3,18	3,13	2,95	3,14	99	111
631	Impôts et taxes (dont taxe sur les salaires)	7,76	8,02	8,00	7,59	8,95	- 2	15
633	Impôts et taxes (dont versement transport)	4,00	4,11	4,13	4,14	4,25	4	6
641	Personnel non médical	59,32	61,25	60,82	61,45	69,46	4	17
642	Personnel médical	19,80	19,82	20,89	21,50	25,13	9	27
645	Charges sociales	28,09	29,00	28,52	28,76	30,87	2	10
647	Autres charges sociales	1,23	1,34	1,30	1,34	1,47	9	19
648	Autres charges du personnel	0,96	1,22	1,29	1,46	1,50	53	57
649	Portabilité du CET	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		
Total		122,64	127,96	128,08	129,19	144,76	5	13

Source : comptes financiers

⁸⁰Source : document de travail des lignes directrices de gestion.

La rémunération du personnel médical a plus progressé (+ 9 %) entre 2016 et 2019 que celle du personnel non médical (+ 4 %).

La chambre constate une augmentation du compte des personnels extérieurs à l'établissement, qui s'explique par l'augmentation du personnel affecté à l'établissement (+ 66 %), en raison notamment⁸¹ du transfert en année pleine des agents de l'établissement Adelaïde Hautval⁸². Les charges du personnel intérimaire diminuent entre 2016 et 2019.

3.2.2 L'important recours aux contractuels pour la gestion du personnel non médical

Le CHG a employé en moyenne plus de 650 agents contractuels entre 2016 et 2019⁸³. Les contractuels représentent un quart du personnel non médical.

Tableau n° 29 : Part des contractuels dans le personnel non médical (en %)

	2016	2017	2018	2019	2020
Part des contrats à durée déterminé	8,1	12,0	11,6	11,9	13,4
Part des contrats à durée indéterminée	15,7	12,9	12,5	12,8	13,7
Part des contractuels	23,8	24,9	24,1	24,7	27,1

Source : retraitement à partir des données transmises par le CHG

Les agents contractuels à durée déterminée

Le recours aux CDD représente plus de 10 % du personnel non médical à partir de 2017, ce qui s'explique par la politique de remplacement menée par le CHG. Toute absence de plus de trois mois est remplacée par un CDD, comme les congés de maternité. En ce qui concerne les congés de longue durée ou de longue maladie, cela dépend du grade à remplacer.

Par ailleurs, jusqu'en juillet 2021, tout recrutement de contractuel sur un poste pérenne commençait par un premier contrat de trois mois, éventuellement renouvelé à deux reprises avant d'être transformé en contrat à durée indéterminé (CDI). Ce dispositif, qui rendait la gestion complexe, conduisait à une multiplication de CDD.

La DRH applique la réglementation relative à l'emploi de contractuels dans la fonction publique hospitalière en prévoyant, conformément à l'article 7 du décret⁸⁴, une période d'essai, renouvelable une fois, avant transformation, le cas échéant, en CDI. Le CHG indique qu'un cycle de formation au recrutement des cadres et responsables de service a été mis en place en septembre 2022.

Pour plus de la moitié⁸⁵, les agents de bionettoyage, les infirmiers en soins généraux, les aides-soignants et les agents de gestion administrative, représentent les catégories d'emplois pour lesquelles le nouveau CHG a eu le plus recours au CDD.

À l'exception des agents de blanchisserie, la chambre constate une évolution importante du recours au CDD pour cinq autres catégories d'emplois entre 2016 et 2019, notamment les techniciens en matériel biomédical, les auxiliaires de puériculture, les techniciens de laboratoire médical, les masseurs kinésithérapeutes ou encore les ergothérapeutes.

⁸¹ Les autres personnels extérieurs concernent les agents des fonctions supports du GHT (DIM, achats, informatiques) ainsi que l'équipe territoriale de direction.

⁸² Rapport financier du CAC comptes annuels de 2017.

⁸³ 2 269 agents contractuels entre 2016 et 2019.

⁸⁴ Il s'agit du décret n° 91-155 du 6 février 1991 relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

⁸⁵ 1 182 agents sur 2 269 soit 48 %.

Le CHG précise que, depuis 2021, conformément aux engagements pris par la direction, le nombre de CDD diminue nettement, tandis que la part du personnel titulaire et des stagiaires augmente, ainsi que les CDI.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Le pilotage des effectifs et de la masse salariale est réalisé par la direction des affaires médicales pour le personnel médical. Depuis 2020, la DRH assure le suivi de l'effectif et de la masse salariale du personnel non médical.

L'effectif est stable, et la masse salariale du personnel non médical augmente au rythme du glissement vieillesse technicité.

Le CHG souffre d'un défaut d'attractivité et a recours à un nombre important d'agents contractuels, qui représentent 20 % de l'effectif médical et près de 10 % du personnel non médical. En raison des enjeux organisationnels et financiers des vacances de personnel, le CHG mène une politique active d'attractivité et de fidélisation du personnel.

3.3 Une gestion du temps de travail laissant des marges d'amélioration

3.3.1 L'organisation du temps de travail souple au regard du cadre légal

En matière d'organisation du temps de travail, le CHG s'inscrit dans les dispositions du décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements relevant de la fonction publique hospitalière. En 2018, il s'est engagé dans une refonte complète de ses règles de gestion du temps de travail, avec notamment une remise à plat des temps de travail⁸⁶.

Défini dans un guide du temps de travail publié par la DRH et reprenant l'accord local de février 2002, le régime du temps de travail demeure toutefois accommodant à plusieurs titres.

Des modalités irrégulières de décompte du temps de travail

Alors que le décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 prévoit un décompte du temps de travail de 1 607 heures maximum, sans préjudice des heures supplémentaires, pour les agents non soumis à des sujétions spécifiques, l'obligation de travail annuel pour les personnes disposant de jours de repos fixe est de 1 596 heures au sein du CHG. Il est également constaté que, pour les agents effectuant au moins 90 % de leur travail de nuit⁸⁷, l'obligation annuelle du temps de travail inscrite dans le guide est de 1 469 heures au lieu de 1 476 heures.

Tableau n° 30 : Comparaison entre l'accord d'aménagement et de réduction du temps de travail et la réglementation en vigueur

Obligation annuelle de travail	Décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002	CHG ⁸⁸	Écart en heures
Obligation annuelle de travail du personnel de jour en repos fixe ⁸⁹	1 607 h	1 596 h	- 11 h
Obligation annuelle de travail du personnel de jour en repos variable (moins de 20 dimanches et jours fériés)	1 582 h	1 582 h	- 0 h
Obligation annuelle de travail du personnel de nuit	1 476 h	1 469 h	- 7 h

Source : chambre régionale des comptes Île-de-France d'après éléments fournis par l'établissement

⁸⁶ Fiche de poste gestionnaire du temps de travail.

⁸⁷ Selon le rapport annuel d'activité du médecin du travail, 308 personnes en 2019 travaillaient de nuit.

⁸⁸ Page 35 du guide du temps de travail.

⁸⁹ Agents bénéficiant systématiquement des repos hebdomadaires les samedis et dimanches, ou le dimanche et un autre jour ouvré de la semaine.

Le principe a été retenu de considérer qu'un temps de repas de 30 minutes pris dans l'enceinte du CHG s'entendait comme un temps pendant lequel les agents étaient à la disposition de leur employeur et devaient se conformer à ses directives sans pouvoir vaquer librement à des occupations personnelles.

La chambre rappelle qu'en vertu dudit décret, le temps de pause et de restauration sont considérés comme du temps de travail effectif « *lorsque l'agent a l'obligation d'être joint à tout moment, par tout moyen approprié, afin d'intervenir immédiatement pour assurer son service* »⁹⁰. Le lieu de restauration n'est donc pas le critère à prendre en compte dans la détermination du temps de travail effectif. Par ailleurs, le service continu doit être limité aux agents soumis à une contrainte de planning.

Les emplois ne nécessitant pas un travail continu, devraient travailler avec une coupure, sortant le temps de repas du temps de travail, pour garder du temps disponible pour leur activité et la prise en charge des patients. En introduisant une coupure pour une grande partie de l'effectif non médical, le gain en temps de travail atteint plus de 200 000 heures de travail par an⁹¹ (équivalent à environ 100 ETP).

L'octroi irrégulier de congés supplémentaires

Le guide du temps de travail indique que les agents contractuels et titulaires admis à la retraite dans l'année bénéficient de dix jours de congés. Or, l'article 1 du décret n° 2002-8 du 4 janvier 2002 relatif aux congés annuels des agents des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ne prévoit pas cette possibilité.

Par ailleurs, l'octroi de cinq jours de congés pour les agents recevant la médaille d'honneur du travail n'est pas régulier. La médaille du travail a été instituée par le décret n° 84-591 du 4 juillet 1984, qui en prévoit le bénéfice pour les « salariés et assimilés » et en exclut les fonctionnaires d'État. Les fonctionnaires territoriaux peuvent en bénéficier au titre de l'article R. 411-42 du code des communes⁹². Depuis la loi hôpital, patients, santé et territoire (HPST) du 21 juillet 2009, les établissements publics de santé ne sont plus rattachés à une collectivité territoriale, mais devenus des établissements publics de l'État (article L. 6141-1 du CSP). Par conséquent les fonctionnaires hospitaliers ne peuvent prétendre à la médaille du travail et en conséquence bénéficier de jours de congés.

En réponse aux observations provisoires, le CHG précise que le protocole local adopté en 2002 sera actualisé dans le cadre du Ségur, volet « Sécurisation des environnements et des organisations de travail », et qu'un poste de référent temps de travail et un poste de gestionnaire temps de travail ont été créés.

Recommandation régularité 2 : Se conformer aux règles de décompte du temps de travail et des congés fixées par les décrets n° 2002-8 et n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif aux congés annuels, au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements relevant de la fonction publique hospitalière.

⁹⁰ Article 5 du décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002.

⁹¹ Soit 696,5 ETPR concernés ce qui représente 232 618 heures de temps de travail perdu ou 144 ETP (232 618 / 1 607). Compte-tenu de l'incertitude sur la part d'agents pouvant relever de cette règle, le chiffre obtenu est ramené à 100 ETP.

⁹² Article R. 411-42 du code des communes dispose que « *la médaille d'honneur régionale, départementale et communale est destinée à récompenser ceux qui ont manifesté une réelle compétence professionnelle et un dévouement constant au service des régions, des départements, des communes et de leurs établissements publics ainsi que des offices publics d'habitation à loyer modéré et des caisses de crédit municipal* ».

3.3.2 Des volumes d'heures supplémentaires dépassant les plafonds⁹³

Le nombre d'heures supplémentaires (HS) accomplies par agent a été plafonné par le décret n° 2002-598 du 25 avril 2002 modifié par le décret n° 2010-310 du 22 mars 2010. Le quota maximum mensuel est de 15 heures par mois, soit 180 heures par an. Ce plafond est porté à 18 heures par mois soit 220 heures par an pour certaines catégories de personnels : infirmiers spécialisés, cadres de santé infirmiers, sages-femmes, sages-femmes cadres de santé, personnels d'encadrement technique et ouvrier, manipulateurs d'électroradiologie médicales.

Alors que le règlement intérieur des ressources humaines rappelle ces plafonds, des HS ont été réalisées au-delà des plafonds réglementaires. La chambre constate le versement d'heures supplémentaires au-dessus du plafond de 180 heures par an pour 146 agents entre 2016 et 2019, pour un montant total de plus de 0,9 M€.

Tableau n° 31 : Versement d'heures supplémentaires au-dessus du plafond de 180 heures

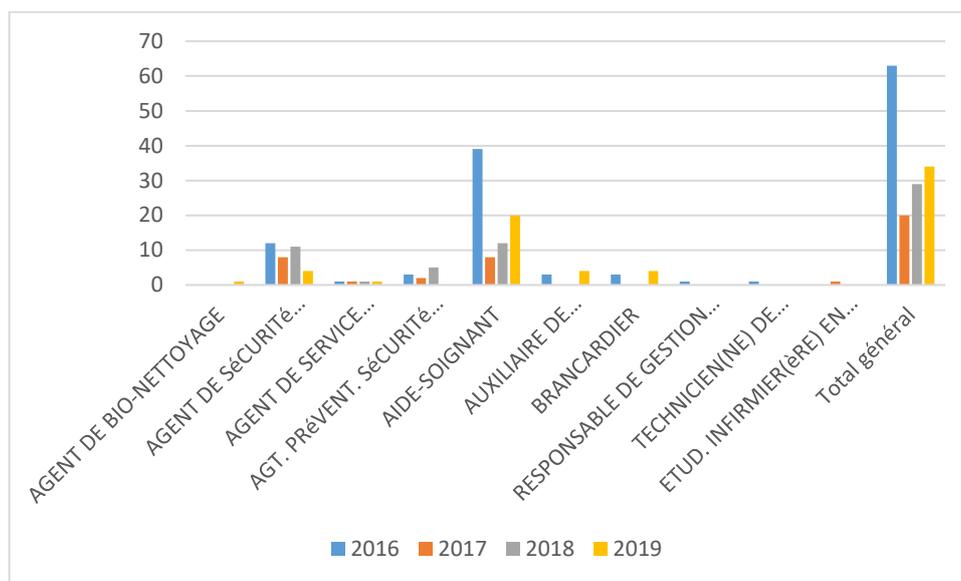
Emploi	Nombre d'agents	Nombre d'Heures	Montant
Agent de bionettoyage	1	200,00	5 401,08
Agent de sécurité incendie	35	9 201,50	244 772,69
Agent de service mortuaire	4	1 878,25	43 952,15
Agent.de prévention sécurité des personnes et des biens	10	2 485,50	49 684,16
Aide-soignant	79	16 874,37	476 200,09
Auxiliaire de puériculture	7	1 410,00	42 083,44
Brancardier	7	1 354,72	35 500,81
Responsable de gestion administrative	1	181,00	3 317,14
Technicien(ne) de maintenance des équipements biomédicaux.	1	421,50	10 577,54
Étudiant infirmier(ère) en soins généraux	1	180,00	5 590,64
Total général	146	34 186,84	917 079,74

Source : données de paye, retraitement de la CRC

Toutefois, la chambre relève une baisse du nombre d'agents réalisant des HS au-dessus du seuil de 180 heures. Il diminue fortement entre 2016 et 2017 (- 68 %), pour croître à nouveau en 2018 et 2019. Les aides-soignants et les agents de bionettoyage sont les principales catégories d'emploi concernées par le dépassement du seuil légal des HS.

⁹³ L'instruction des heures supplémentaires a porté sur la période 2016-2019 ces dernières ayant été déplafonnées par le décret du 24 mars 2020 dans le cadre de la gestion de la crise sanitaire.

Graphique n° 4 : Évolution des heures supplémentaires au-dessus du seuil de 180 heures par catégorie d'emploi



Source : données de paye, après retraitement de la CRC

La baisse du volume d'heures au-dessus du plafond réglementaire est constatée, passant de 14 370,99 heures en 2016 à 7 522,27 heures en 2019 (- 15 % en moyenne), soit une baisse de 14 % en moyenne du volume financier que représente le versement de ces heures supplémentaires, passant de 0,38 M€ en 2016 à 0,21 M€ en 2019.

La chambre constate aussi le versement d'HS au-dessus du plafond de 220 heures par an pour 171 agents entre 2016 et 2019, pour un montant total de plus de 1,4 M€.

Tableau n° 32 : Versement d'heures supplémentaires au-dessus du plafond de 220 heures

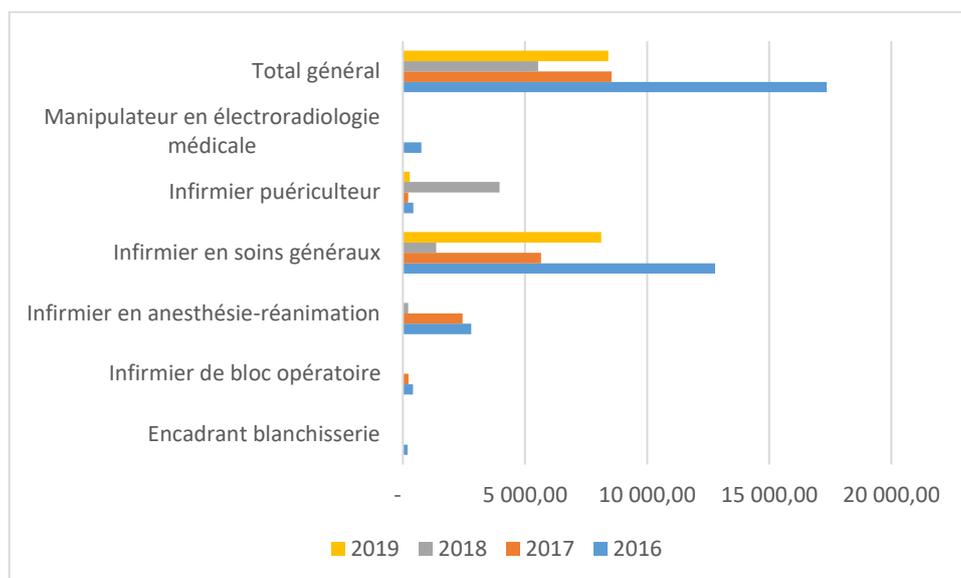
Emploi	Nombre d'agents	Nombre d'Heures	Montant
Encadrant blanchisserie	1	188,00	2 645,16
Infirmier de bloc opératoire	3	646,00	23 514,40
Infirmier en anesthésie-réanimation	25	5 460,00	194 602,81
Infirmier en soins généraux	118	27 916,73	980 119,54
Infirmier puériculteur	20	4 892,50	177 621,09
Manipulateur en électroradiologie médicale	4	756,00	25 105,53
Total général	171	39 859,23	1 403 608,53

Source : données de paye, après retraitement de la CRC

Le constat est aussi celui d'une baisse du nombre d'agents réalisant ces HS (- 56 %) entre 2016 et 2017, pour passer de 82 agents en 2016 à 30 agents en 2019 (soit - 22 % en moyenne).

Les infirmiers en soins généraux et les infirmiers en anesthésie-réanimation représentent les deux catégories d'emplois réalisant le plus gros volume d'HS au-dessus du plafond réglementaire. La chambre relève une augmentation importante du nombre d'infirmiers puériculteur réalisant des HS au-dessus de 220 heures, faisant évoluer le volume de 3 961,50 heures entre 2017 et 2018.

Graphique n° 5 : Volume des heures supplémentaires réalisées au-dessus du plafond de 220 heures par catégorie d'emploi



Source : données de paye, après retraitement de la CRC

Le montant de ces HS baisse sur la période, passant de 0,6 M€ à 0,3 M€.

Sur la période 2016-2019, le montant des HS dépassant les plafonds des 180 heures et 220 heures atteint 2,3 M€.

Entre 2016 et 2019, il est constaté une forte baisse. Le CHG a en effet pris des mesures pour diminuer les HS. Le guide du temps de travail réalisé en 2018 précise les modalités de demandes d'HS, qui doivent au préalable être validées par la DRH. Les demandes sont examinées lorsque le planning du service a été saisi dans le logiciel « E-planning »⁹⁴. Dès lors qu'un agent effectuera plus de temps de travail que le cycle prévu un compteur débit/crédit sera alimenté. Un agent a été recruté au sein de la DRH pour centraliser les demandes de remplacement.

Afin d'expliquer le recours aux heures supplémentaires, le CHG rappelle qu'il connaît de nombreuses vacances d'emplois, en particulier chez les effectifs de nuit, et vise à assurer ainsi la continuité de service. De plus, il est de plus en plus onéreux que l'intérim.

La CRC a noté des irrégularités importantes sur la période 2016-2019. Les heures supplémentaires ont été déplafonnées depuis la crise sanitaire, mais la CRC invite le CHG à veiller à l'avenir au respect de la réglementation en la matière.

Le recours important au temps de travail en 12 heures du personnel non médical

La durée quotidienne de travail ne peut excéder neuf heures pour les équipes de jour, dix heures pour les équipes de nuit. Les postes de travail en 12 heures constituent une modalité dérogatoire⁹⁵ de l'organisation du travail. Leur mise en place est conditionnée au respect de deux critères : les contraintes de continuité du service public et un avis du comité technique d'établissement. La circulaire de la direction générale des soins du ministère de la santé du 7 janvier 2015 précise que « lorsqu'un établissement déploie dans un secteur d'activité une organisation de travail en douze heures, il est important que ce choix soit :

- justifié par des éléments objectifs et démontrables en termes d'organisation des soins ;

⁹⁴ Logiciel de gestion de temps.

⁹⁵ Selon l'article 7 du décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

- qu'il ait fait l'objet d'une concertation préalable avec les organisations représentatives des personnels et au sein des instances ;
- que l'organisation retenue s'inscrive dans le respect de la réglementation relative au temps de repos ».

La jurisprudence précise que le recours à cette organisation peut être dérogatoire dans les services « où, en permanence, le niveau adéquat de qualité des soins des patients accueillis justifie le maintien auprès d'eux des mêmes personnels soignants pendant cette durée. Cette nécessité s'apprécie au regard des exigences de continuité, de qualité et de sécurité des soins propres à chaque service »⁹⁶.

À la date du contrôle de la chambre, un nombre important d'unités (12) étaient passées aux 12 heures⁹⁷ et une unité (service d'oncologie) était en cours d'expérimentation.

Si la question des 12 heures a bien été débattue en conseil de surveillance. En revanche, aucun des comités techniques d'établissement qui se sont tenus entre 2017 et 2020 n'a émis d'avis sur l'organisation du travail en 12 heures dans une unité.

La chambre rappelle que cette organisation de travail est dérogatoire et doit trouver à s'appliquer dans le respect de la réglementation et des principes dégagés par la jurisprudence.

En réponse aux observations provisoires, le CHG précise que toutes demandes de passage aux 12 heures fait l'objet d'une saisine préalable du médecin du travail, d'une évaluation des risques professionnels et d'une présentation aux instances.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

La gestion du temps de travail au sein du CHG doit être améliorée car elle souffre d'irrégularités. L'accord d'aménagement et de réduction du temps de travail n'est pas conforme à la réglementation en vigueur. Il prévoit pour certaines catégories de personnel un temps de travail annuel inférieur à la réglementation. Par ailleurs, le personnel bénéficie de jours congés supplémentaires non prévus par les textes.

Afin de pallier les absences et le manque d'effectifs, le CHG fait un recours important aux heures supplémentaires qui dépassent les plafonds réglementaires. La chambre a constaté sur la période 2016-2019 des dépassements irréguliers évalués à 2,3 M€. Le CHG a toutefois mis en place des dispositifs pour maîtriser le recours aux heures supplémentaires mais, s'il a diminué, le nombre d'heures supplémentaires irrégulières demeure encore important.

3.4 De nombreuses irrégularités dans le versement de primes

La prime spécifique dite « prime Veil »

La prime « Veil », a été instituée en 1975⁹⁸. Elle est versée annuellement dans les établissements d'hospitalisation selon des critères d'activité et de savoir-faire aux fonctionnaires titulaires et stagiaires (sauf ceux recevant déjà une prime de technicité ou la

⁹⁶ Cour administrative d'appel de Nantes - 3^{ème} Chambre 1^{er} octobre 2021 / n° 21NT00638.

⁹⁷ Il s'agit des unités de neurologie – unité neuro vasculaire, hépato-gastro, rhumatologie, médecine interne, cardiologie, unité de gériatrie algüe, pneumologie, pédiatrie nourrissons et grands enfants, néonatalogie, maternité, réanimation, soins de suite et de réadaptation Polyvalent, chirurgie, soins de suite et de réadaptation et médecine physique et réadaptation, unité de soins, de longue durée (uniquement les IDE), bloc opératoire (unité chirurgie ambulatoire, salle de surveillance post interventionnelle et point de terminaison optique).

⁹⁸ Les modalités de calcul de la prime ont été fixées par le décret n° 88-1083 du 30 novembre 1988. Son montant est uniforme de 90 € par mois.

prime de fonction et de résultats). L'instruction du 2 avril 2015, reprenant la décision du Conseil d'État n° 312446 du 23 mars 2009, confirme qu'elle n'est pas applicable aux contractuels.

La chambre n'a relevé aucune irrégularité de cumul entre la prime spécifique et la prime de technicité ou la prime de fonction et de résultats. Toutefois, elle constate que la prime spécifique a été versée à 358 agents contractuels entre 2016 et 2019, représentant un montant de 356 383,50 €.

La prime de service

La prime de service, prévue par un arrêté ministériel de 1967⁹⁹, est versée annuellement dans les établissements d'hospitalisation, de soins et de cure publics selon des critères d'activité et de savoir-faire aux fonctionnaires titulaires et stagiaires (sauf ceux recevant déjà une prime de technicité ou la prime de fonction et de résultats). L'instruction précitée du 2 avril 2015¹⁰⁰, reprenant la décision du Conseil d'État n° 312446 du 23 mars 2009, confirme qu'elle n'est pas applicable aux contractuels.

Or deux agents contractuels ont également bénéficié de la prime de service, l'un en 2016 et l'autre en 2018, pour un montant total de 1 137,79 €.

De plus, la chambre a constaté le cumul irrégulier de la prime de service et de la prime de technicité au bénéfice d'un agent. Celui-ci a bénéficié, en janvier 2019, du versement de la prime de technicité pour un montant de 1 170,33 €, et d'un rappel de la prime de service pour novembre 2018, alors qu'il avait déjà perçu, en novembre 2018, la somme de 1 159,79 € au titre de la prime de technicité.

La prime d'encadrement

Instaurée depuis 1992 et modifiée par un décret de décembre 2014, la prime d'encadrement est versée aux fonctionnaires titulaires et stagiaires de certains corps et grades (notamment les cadres supérieurs de santé et de santé paramédicaux, les cadres socio-éducatifs et les coordonnateurs en maïeutique) selon des montants fixés par arrêté (de 91,22 € à 167,45 € mensuels). Elle n'est pas ouverte aux contractuels, comme rappelé dans l'instruction précitée. Or, la chambre constate que, de 2016 à 2019, elle a été versée à quatre agents contractuels pour un montant total de 13 941,34 €.

L'indemnité forfaitaire de risque

L'indemnité forfaitaire de risque a tout d'abord été instituée pour les agents prenant en charge des malades souffrant de troubles psychiatriques ou travaillant dans des structures implantées dans des établissements pénitentiaires.

Cette indemnité a été élargie aux agents travaillant dans les services d'urgence ou structures mobiles d'urgence¹⁰¹. Le montant mensuel est de 234,89 € pour les unités pour les malades difficiles et de 118 € pour les autres unités¹⁰².

⁹⁹ Arrêté ministériel du 24 mars 1967 relatif aux conditions d'attribution de primes de service aux personnels de certains établissements énumérés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986.

¹⁰⁰ Instruction n° DGOS/RH4/2015/108 du 2 avril 2015 relative au régime indemnitaire applicable aux agents contractuels des établissements relevant de la fonction publique hospitalière, ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes (2^{ème} tiret de la 3^{ème} page).

¹⁰¹ Décret n° 92-6 du 2 janvier 1992 portant attribution d'une indemnité forfaitaire de risque à certains agents de la fonction publique hospitalière.

¹⁰² Arrêté du 21 décembre 2020 fixant le montant mensuel de l'indemnité forfaitaire de risque allouée à certains fonctionnaires hospitaliers.

La chambre constate que cette indemnité a été versée à des agents placés dans des services qui ne correspondent pas au champ d'application de la réglementation¹⁰³, soit à 26 agents en 2019, pour un montant évalué à 36 816 €.

Des attributions de concession de logements par nécessité absolue de service

L'article 2 du décret n° 2010-30 du 8 janvier 2010 pris en application de l'article 77 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière prévoit la concession de logements par nécessité absolue de service (NAS) aux fonctionnaires occupant des emplois de direction et directeurs de soins en contrepartie des gardes de direction. Cette concession est également possible pour les ingénieurs, cadres socio-éducatifs, cadres de santé, attachés d'administration hospitalière, lorsqu'ils assurent un nombre annuel minimum de 40 jours de gardes. Les établissements de la fonction publique hospitalière ne pouvant assurer le logement de ces fonctionnaires peuvent mettre à leur disposition un logement loué dont la localisation est compatible avec la mise en œuvre des gardes ou leur verser une indemnité compensatrice mensuelle de logement (ICML)¹⁰⁴.

Le conseil de surveillance, après présentation au comité technique d'établissement, a approuvé en sa séance du 9 novembre 2017 l'institution d'une ICML pour les agents réalisant des gardes administratives. Dix-neuf agents ont perçu cette indemnité. Dix agents l'ont perçue antérieurement à novembre 2017.

Le CHG a transmis le tableau des gardes de 2016 à mars 2022. Les agents bénéficiant des logements pour NAS réalisent le nombre de gardes prévue par les textes.

Alors que le CHG était propriétaire de sept pavillons situés à Gonesse¹⁰⁵ et locataire de douze logements à Sarcelles, six agents de direction ont bénéficié de logements pour NAS mis à disposition par le CHG dans le parc privé. Ces logements sont situés dans le centre de Paris (un), dans les arrondissements nord parisiens (quatre) et à Montmorency (un).

La chambre constate que les logements parisiens sont éloignés de l'hôpital avec une distance moyenne de 24 km, soit à plus de 40 minutes en voiture aux heures de pointe ou à une demi-heure en heure creuse¹⁰⁶. Les cinq logements parisiens représentent une charge financière annuelle de 145 656 € pour le CHG¹⁰⁷.

Un cumul irrégulier de l'ICML et de l'IFTS

Les indemnités forfaitaires représentatives de travaux supplémentaires (IFTS) ont été instituées pour compenser les heures supplémentaires effectuées par les cadres administratifs A et B tel que prévu dans le décret n° 90-841 du 21 septembre 1990 relatif aux indemnités forfaitaires représentatives de travaux supplémentaires allouées à certains personnels de la fonction publique hospitalière.

Cette indemnité ne concerne que les titulaires et les stagiaires et ne peut donc être versée aux contractuels. Le personnel de direction de catégorie A, les agents des catégories A et B non administratifs ne peuvent prétendre à cette indemnité.

Conformément aux textes, aucun contractuel ne perçoit l'IFTS, ni personnel de direction de catégorie A ou agents des catégories A et B non administratifs.

¹⁰³ L'équipe de contrôle s'est appuyée sur les informations indiquées dans les fiches de paie pour l'année 2019.

¹⁰⁴ Article 5 du décret n° 2010-30 du 8 janvier 2010.

¹⁰⁵ Les promesses de vente des sept pavillons ont été signées en octobre 2021.

¹⁰⁶ Cf. consultation Mappy à partir des adresses transmises.

¹⁰⁷ Le montant correspond aux loyers payés par le CHG : (3 570 € + 2 803 € + 1 832 € + 2 309 € + 1 624 €) * 12 soit 145 656 €.

Les fonctionnaires bénéficiant de concessions de logement par NAS ne peuvent prétendre au paiement d'heures supplémentaires sous forme d'indemnités horaires ou forfaitaires¹⁰⁸.

La chambre constate que deux agents cumulent ou ont cumulé l'IFTS et l'ICML.

Le contrôle des primes et indemnités versées par le CHG a révélé de nombreuses irrégularités pour un montant d'au moins 1,3 M€.

A la suite du contrôle, le CHG indique avoir régularisé la situation actuelle d'un contractuel percevant à tort une prime de service et d'un ingénieur hospitalier percevant l'indemnité forfaitaire de travaux supplémentaires et touchant également des heures supplémentaires. Par ailleurs, il précise qu'afin de renforcer les contrôles, un poste de référent paie et déclarations sociales a été créé à la DRH.

Recommandation régularité 3 : Se conformer aux règles d'attribution et de plafond des primes et indemnités (article 20 de la loi du 13 juillet 1983 pour les fonctionnaires et article 1-2 du décret du 6 février 1991 pour les contractuels).

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Sur la période 2016-2019, la gestion des primes présente certaines irrégularités reposant, soit sur des cumuls de prime irréguliers, soit sur l'octroi de primes à des agents contractuels qui ne peuvent en bénéficier (prime Veil ou prime de service). La chambre a constaté, pour la période 2016-2019, un montant de primes irrégulières s'élevant à près de 1,3 M€.

Par ailleurs, alors que le CHG est propriétaire de pavillons situés à Gonesse, des agents, bénéficiant de concession pour nécessité de service, perçoivent une indemnité compensatrice mensuelle de logement. Certains des logements sont situés dans Paris intramuros, soit à une distance plutôt éloignée du CHG (24 km).

A la suite du contrôle, le CHG indique vouloir renforcer ses contrôles et précise avoir créé un poste de de référent paie et déclarations sociales à la DRH.

3.5 La qualité de vie au travail

La politique de qualité de vie au travail et celle de prévention des risques professionnels sont l'un des axes du plan d'action du COPERMO pour le volet ressources humaines, afin de lutter notamment contre l'absentéisme¹⁰⁹. Elles reposent sur la mise en place de dispositifs réglementaires.

La prévention des risques professionnels à renforcer

Le comité hygiène, sécurité et santé au travail (CHSCT), organe de concertation au sein de l'établissement, est institué et se réunit régulièrement, parfois en séance extraordinaire à la suite d'incident exceptionnel¹¹⁰. Le CHG dispose d'un service de santé au travail constitué en service autonome¹¹¹. Il comprend une équipe pluridisciplinaire coordonnée par le médecin de

¹⁰⁸ Article 5 du décret du 8 janvier 2010.

¹⁰⁹ Procès-verbal du CHSCT du 26/06/2019.

¹¹⁰ A titre d'exemple, il s'est réuni le 10 février 2016, le 7 juillet 2017 et le 13 mars 2019.

¹¹¹ L'article D. 4626-2 du code de travail prévoit que pour les établissements de plus de 1 500 agents, le service de santé au travail est institué en service propre.

prévention composée conformément à la réglementation de deux infirmières à temps plein¹¹², une assistante administrative et une psychologue.

Alors qu'en vertu de l'article R. 4626-14 du code du travail, le service autonome de santé au travail devrait comprendre au moins un médecin employé à temps complet, la médecin de prévention, qui est à la retraite, est présente seulement trois jours par semaine au sein du CHG.

Elle participe au CHSCT, rédige le bilan annuel, effectue les visites d'embauche¹¹³ ou celles sollicitées par le personnel directement. Cependant, elle ne peut effectuer, en raison de la charge de travail, l'intégralité des examens périodiques dont doivent bénéficier l'ensemble des agents tous les deux ans¹¹⁴.

La chambre constate donc que le sous-effectif du service de santé au travail ne lui permet pas d'accomplir pleinement sa mission de s'assurer que les agents soient médicalement aptes à leur poste. La chambre invite le CHG à prendre les mesures nécessaires afin que la médecine de prévention soit en capacité de réaliser l'ensemble des tâches qui lui incombent.

La prévention des risques professionnels doit pouvoir s'appuyer également sur le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP), conformément au décret n° 2001-1016 du 5 novembre 2001 portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs. L'article R. 4121-1 du code du travail prévoit son actualisation au moins annuelle et lors de toute décision d'aménagement important modifiant les conditions de santé et de sécurité, ou les conditions de travail.

Une version actualisée du DUERP a été présentée au CHSCT du 2 octobre 2020. Elle a été élaborée en lien avec les services. Le document est détaillé : 316 postes de travail ont été étudiés, 2 339 risques recensés et les mesures à mettre en place sont précisées. Les versions précédentes n'ont pas été communiquées.

Afin de renforcer sa politique de prévention des risques professionnels, le CHG a missionné à compter de décembre 2021 une ingénieure¹¹⁵ pour développer les outils de gestion et créer une commission d'analyse des accidents du travail et d'exposition au sang.

Le CHG doit élaborer un plan de risques psycho sociaux (RPS)¹¹⁶. En 2017¹¹⁷, il a instauré un comité de pilotage sur la qualité de vie au travail et la prévention des RPS. Ce comité a permis de réactualiser une cellule opérationnelle de prévention des risques psychosociaux (CORPS) dont l'action relève plus de la prévention tertiaire (recueil et identification de situations à risque) que de la prévention primaire (réflexion notamment sur l'organisation du travail¹¹⁸).

La commission de mobilité, chargée de l'étude des dossiers de reclassement et des projets de reconversion, connaît une forte baisse de son activité depuis 2019. La forte activité en 2016, 2017 et 2018 s'explique par le déménagement dans le nouveau bâtiment qui a conduit à une modification des organisations de travail.

¹¹² Article R. 4623-32 du code du travail. Le service n'avait qu'une seule infirmière en 2016 et a été renforcé en 2017 ; cf. rapports d'activité de la médecine du travail.

¹¹³ L'examen médical préalable à la prise de fonction et vaccination est prévu par les articles R. 4626-22 à R. 4626-25 du code du travail. Elles s'élèvent à près de 500 par an, cf. rapport annuel.

¹¹⁴ Article R. 4626-26 du code du travail.

¹¹⁵ Il s'agit d'une ingénieure prévention déjà employée au centre hospitalier de Saint-Denis et qui partagera son temps de travail entre les deux centres hospitaliers.

¹¹⁶ Une présentation de la démarche a été transmise mais pas le plan en tant que tel.

¹¹⁷ Bilan social 2017.

¹¹⁸ Procès-verbal du CHSCT du 26 juin 2019.

Tableau n° 33 : Nombre de décisions de la commission de mobilité par année

Année	Nombre de décisions
2016	54
2017	51
2018	51
2019	18
2020	2

Source : bilans sociaux

L'absentéisme

Une cellule gestionnaire des absentéismes a été créée au sein de la DRH afin de professionnaliser le recensement et homogénéiser les pratiques de déclaration d'arrêt de travail.

Le CHG présente un taux d'absentéisme important pour son personnel non médical et en progression de 9,79 % en 2016 à 10,91 % en 2020, au regard d'une moyenne nationale de 8,8 % pour les établissements publics de santé de plus de 70 M€ de budget¹¹⁹. Pour le personnel médical, le taux d'absentéisme se situe bien en dessous de la moyenne nationale de 3,9 %, avec un taux variant en fonction des années entre 1,3 % et 2,76 %.

Tableau n° 34 : Évolution de l'absentéisme

%	2016	2017	2018	2019	2020
Personnel médical	2,07	1,30	2,22	1,42	2,76
Personnel non médical	9,79	9,32	10,23	10,67	10,91 ¹²⁰

Sources : bilans sociaux

L'absentéisme pour motifs médicaux¹²¹ est important.

Tableau n° 35 : Évolution des jours d'absentéisme par motifs d'absence

	2016	2017	2018	2019	2020
Nombre de jour d'absentéisme du personnel non médical					
<i>Nombre de jours accidents de travail et maladie professionnelle</i>	13 352	10 448	11 801	11 639	9 705
<i>Nombre de jours accident de trajet</i>	484	956	1 356	2 344	2 601
<i>Nombre de jours maladie ordinaire</i>	31 735	35 182	36 386	37 132	46 649
<i>Nombre de jours longue maladie / longue durée</i>	18 899	17 456	20 821	20 687	18 831
<i>Nombre de jours maternité / adoption / paternité</i>	13 816	12 009	12 689	14 944	12 732
Nombre de jours total	78 286	76 051	83 053	86 746	90 518
Nombre de jours d'absentéisme du personnel médical					
<i>Nombre de jours accidents de travail et maladie professionnelle</i>	348	0	200	270	120
<i>Nombre de jours accident de trajet</i>	38	0	209	0	
<i>Nombre de jours maladie ordinaire</i>	248	217	988	255	1 613
<i>Nombre de jours longue maladie / longue durée</i>	968	730	243	288	256
<i>Nombre de jours maternité / adoption / paternité</i>	149	205	266	405	640
Nombre de jours total	1 751	1 152	1 906	1 218	2 629

Source : bilans sociaux

Il est constaté une erreur dans le bilan social de 2017 : le nombre de jours d'absence du personnel médical est de 1 152 au lieu de 1 120.

¹¹⁹ Analyse des bilans sociaux de 2019 par l'ATIH.

¹²⁰ Hors Covid le taux est de 9,70 %.

¹²¹ Il s'agit de l'absentéisme hors congés maternité, paternité ou adoption.

L'arrêt pour maladie ordinaire, en augmentation de 17 % entre 2016 et 2019, est la principale cause d'absence (plus de 40 % du nombre de jours total d'absence). Elle représente environ l'équivalent de 160 ETP¹²². Si le nombre d'absences pour maladie ordinaire par agent diminue fortement entre 2016 et 2019, de 26,89 jours à 16,05 jours, il reste toutefois supérieur à la moyenne nationale (14,6 jours¹²³).

La chambre constate la multiplication par cinq des jours d'absence pour accidents de trajet entre 2016 et 2019. Lors des entretiens avec la DRH, la médecine de prévention et les représentants syndicaux, aucun élément d'explication n'a pu être apporté.

En revanche, le nombre de jours d'absence pour accidents du travail diminue de 12,3 % entre 2016 et 2019 et de 27,3 % en prenant en compte 2020.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

La qualité de vie au travail et la politique de prévention des risques professionnels constituaient l'un des axes du plan d'action COPERMO.

Le CHG a mis en place des dispositifs de prévention prévus par les textes. Le comité hygiène, sécurité et santé au travail se réunit régulièrement. Un document unique a été élaboré et actualisé.

Toutefois, le service de santé au travail pourrait être renforcé. Le temps de présence du médecin est inférieur au seuil réglementaire et ne permet pas de réaliser toutes les visites périodiques. Par ailleurs, le système de prévention des risques psychosociaux se situe plus dans l'identification de situation à risque que dans la prévention primaire.

4 L'IMPACT DE LA PANDÉMIE COVID 19 SUR LE NOUVEL HÔPITAL DE GONESSE

4.1 La gestion institutionnelle de la crise sanitaire

4.1.1 Le Val-d'Oise fortement et durablement touché par la crise sanitaire

Le Val-d'Oise a été l'un des départements les plus fortement et durablement touchés par le Covid-19. Le premier *cluster* de la région Île-de-France est identifié dans la commune de Méry-sur-Oise, située à une trentaine de kilomètres du CHG.

En mars 2020, au début de la crise sanitaire, l'ARS avait recensé 12 personnes diagnostiquées positives au Covid-19 dans le département. D'après l'un des syndicats, le CHG recensait alors « 170 passages par jour aux urgences adultes, dont 90 % des patients reçus étaient des patients Covid-19 ».

En juin 2020, le Val-d'Oise était toujours classé rouge pour la circulation du virus. Il était le seul département de métropole à afficher ce niveau depuis le 28 mai 2020¹²⁴. À l'automne, malgré l'absence de tension en réanimation, le CHG faisait le constat d'une explosion des cas.

¹²² En 2019, il est dénombré 37 132 jours d'absence, divisés par 226 correspondants au nombre jours de présence théorique pour le personnel de nuit et ceux en repos variable soit 164,3 ETP.

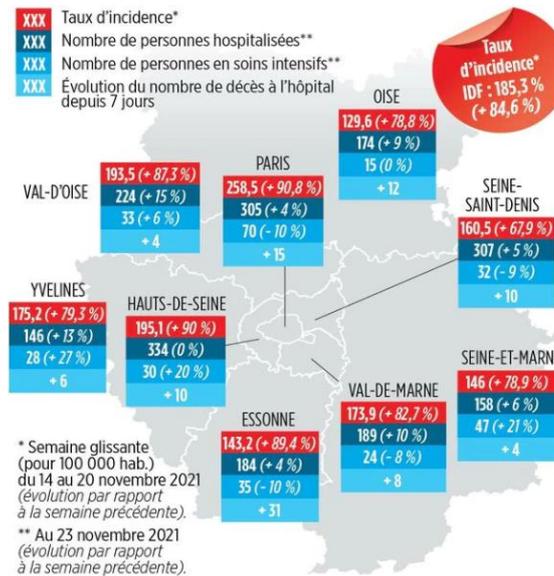
¹²³ Source : analyse des bilans sociaux de 2019 de l'ATIH.

¹²⁴ Le Parisien, « Covid-19 : le Val-d'Oise toujours en zone rouge, mais la situation s'améliore », 12 juin 2020.

L'hôpital se préparait à de nouvelles déprogrammations pour réaffecter des lits et du personnel à la prise en charge des patients Covid¹²⁵.

Un an plus tard, le Val-d'Oise restait le département de France où le taux d'incidence¹²⁶ était le plus élevé¹²⁷.

Carte n° 1 : Bilan du Covid-19 en Île-de-France et dans l'Oise



Source : Santé Publique France – LP/Infographie avec LP/Data 24 novembre 2021

Fin 2021, l'Île-de-France entre dans la cinquième vague de Covid-19. Les chiffres de santé publique France du 17 novembre 2021 font état d'un taux d'incidence de plus de 50 cas pour 100 000 habitants (seuil d'alerte établi par le gouvernement) dans tous les départements franciliens. Trois départements dépassent alors les 100 : Paris (134,5), le Val-d'Oise (102,7) et les Hauts-de-Seine (101,9). En quelques jours seulement, ce taux d'incidence a presque doublé à Paris (258) et l'incidence avoisinait les 200 pour le Val-d'Oise et les Hauts-de-Seine.

4.1.2 Un fort afflux de malades vers l'hôpital de Gonesse

Une première phase d'alerte est identifiée par le CHG entre le 14 janvier et le 3 février 2020, concernant une épidémie de coronavirus à Wuhan en Chine. Rapidement, une deuxième phase, dite de « montée en puissance et mobilisation des ressources », va se mettre en place durant le mois de février.

Le 27 février 2020, le CHG entame la troisième phase de « préparation à la réponse » en mettant en place sa première cellule de crise Covid-19 rassemblant les chefs de pôles, cadres supérieurs de pôles ainsi que les chefs de service¹²⁸. La quatrième phase de « réponse à la situation d'urgence sanitaire » démarre dès le 10 mars 2020 avec le premier patient Covid hospitalisé au CHG.

Dans le même temps, le CHG est identifié par l'ARS Île-de-France comme « établissement de 3^{ème} ligne ». En une semaine, le CHG va devoir faire face à un afflux de patients Covid et ouvrir sa première unité dédiée à la prise en charge de patients Covid (transformation des 20 places du service de diabétologie et deux places du service de réanimation¹²⁹).

¹²⁵ Demande de l'ARS d'une déprogrammation au-delà de 30 %.

¹²⁶ Ce taux correspond au nombre de tests virologiques positifs pour 100 000 habitants sur une semaine glissante.

¹²⁷ Santé Publique France, chiffres publiés le 27 mars 2021.

¹²⁸ Réanimation, urgences (adultes, pédiatriques, maternité), laboratoires, consultations, directions fonctionnelles, équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière/comité de lutte contre les infections nosocomiales.

¹²⁹ Quatorze places au total.

Graphique n° 6 : Patients atteints du Covid-19 hospitalisés au GHT en 2020



Source : rapport d'activité 2020 du GHT

En 2021, le nombre de patients Covid hospitalisés est inférieur de 5 % à l'année 2020, avec 1 601 patients Covid.

Tableau n° 36 : Le nombre d'hospitalisations COVID en 2020 et 2021

	2020	2021
Hospitalisation conventionnelle	1 245	1 262
Service de réanimation	267	237
Soins de suite et de réadaptation	135	68
Unité de gériatrie aigüe	43	34
Total	1 690	1 601

Source : rapport d'activité 2020 du GHT « Plaine de France » et tableau transmis par le CHG

4.1.3 Les dispositifs de gestion de crise sanitaire au sein du CHG

L'activation du plan blanc

Les situations sanitaires exceptionnelles sont encadrées par un dispositif initié par la loi du n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique qui consacre l'instauration du plan blanc au sein de chaque établissement de santé. Aux termes de l'article 1^{er} de la loi précitée, le plan blanc permet de mobiliser immédiatement les moyens de toute nature de l'établissement de santé en cas d'afflux de patients ou de victimes ou pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle.

Concomitamment au confinement de la population mi-mars, le CHG va activer son plan blanc¹³⁰ (niveau deux). À la demande de l'ARS, le CHG procède au délestage des urgences chirurgicales et procède à l'ouverture de quatre unités Covid. Ainsi, toutes les activités non urgentes chirurgicales, hôpitaux de jour ou de semaine, autres hospitalisations et consultations ont été déprogrammées afin d'accroître la capacité d'accueil des patients Covid et redistribuer les ressources médicales et paramédicales.

Le CHG dispose d'un plan blanc conformément aux dispositions de l'article R. 3131-13 du CSP. Il est constitué d'une fiche de procédure par secteur (anesthésie, biomédical, bloc opératoire central, consultations externes...) décrivant les modalités de mise en œuvre.

Fin mars 2020, sur les 219 lits d'hospitalisation conventionnelle, 133 sont consacrés à la prise en charge de patients Covid, ainsi que 37 lits de soins critiques (initialement 28). Progressivement, le programme capacitaire du CHG est modifié entraînant une baisse

¹³⁰ Plan Blanc du 17 février 2017.

massive de l'activité d'hospitalisation, évaluée dans le rapport du CAC de 2019 à plus de 30 % entre mars et mai 2020.

Entre mars et avril 2020, cette organisation a entraîné un arrêt complet de 45 jours du plateau technique opératoire (PTO). Dans son rapport d'activité 2020, le GHT « Plaine de France » décrit l'année 2020 comme une « année blanche pour l'activité chirurgicale », les vagues suivantes n'ayant pas permis de reprendre une activité normale.

L'ensemble des unités du pôle de gériatrie ont été fortement impacté par l'épidémie de Covid19. Lors de la première vague, l'USLD a recensé 55 cas de Covid sur 118 patients. Un secteur spécifique de dix lits a été mis en place dans l'unité de gériatrie aigüe pour répondre aux besoins des patients de plus de 75 ans du bassin de vie.

Le CHG devait rédiger un protocole Covid annexé au plan blanc¹³¹ en l'intégrant dans le volet ORSAN¹³² REB¹³³. Pendant l'instruction, le CHG a précisé que le volet REB du plan blanc était en cours de réalisation, le projet ayant été interrompu à la suite du départ du responsable de la gestion des risques. Par ailleurs, la chambre relève que le plan blanc n'a pas été actualisé depuis 2017¹³⁴.

Le CHG dispose d'un « Plan de reprise d'activité – Pandémie Covid 19 » pour les secteurs administratifs. Il a été créé en mai 2020 par le GHT « Plaine de France ». Il décrit les mesures prises pour garantir la sécurité des professionnels des secteurs. Une mise à jour de ce plan est prévue « dans le temps en fonction du retour d'expérience ». La chambre constate que malgré les vagues successives, le plan de reprise d'activité n'a pas été actualisé.

Le CHG indique qu'un plan de continuité de l'activité a été élaboré à l'échelle du GHT à la suite de la première vague de l'épidémie.

Encadré n° 1 : Le retour d'expérience (RETEX) de la gestion de la crise de février à avril 2020

Un RETEX intermédiaire a été réalisé par le CHG afin de préparer la deuxième vague d'épidémie de Covid-19.

Le directeur de l'établissement et le président de la CME ont porté ce projet, dont le pilotage a été confié à un binôme médical-administratif : le responsable des urgences générales (SAU) et la directrice qualité et gestion des risques du GHT « Plaine de France ». Un travail mené en étroite collaboration avec la coordinatrice générale des soins du GHT et la directrice des soins du CHG.

Six ateliers regroupant 118 participants ont été organisés entre le 10 et le 19 juin 2020 : Urgences et soins critiques (dont SMUR), Hospitalisation Covid et non Covid (dont nuit), Cellules de soutien, IFSI¹³⁵ et service social, Services prestataires (laboratoires, pharmacie, radiologie, EOHH, morgue) et fonctions support (logistiques, magasin, RH médical et non médical, services techniques, gestion des lits), Cellule de crise, Pôle femme-enfant, gériatrie, psychiatrie et consultations.

Les participants ont pu s'exprimer sur dix thématiques (cellule de crise, management/gouvernance, communication, ressources humaines, éthique, vécu, logistiques, métier, travail d'équipe et parcours patient) et faire émerger des points forts et des points faibles. Vingt-trois actions ont été préconisées afin de préparer le CHG à une 2^{ème} vague d'épidémie de Covid 19.

¹³¹ Plan blanc : Inscrit dans la loi depuis 2004, le plan blanc contient des mesures d'organisations destinées à faire face à une situation sanitaire exceptionnelle ou une activité accrue d'un hôpital. Il permet d'organiser l'accueil et la prise en charge d'un afflux massif de victimes d'un accident, d'une catastrophe (attentats par exemple), d'une épidémie ou d'un événement climatique meurtrier et durable (un risque nucléaire par exemple).

¹³² Organisation de la Réponse du système de santé en situations Sanitaires exceptionnelles, est un dispositif d'organisation des soins français qui a été pensé par les ARS en 2014. Il a d'abord été partiellement appliqué durant l'été 2014 au moment de l'entrée d'Ebola sur le territoire français, puis en totalité en février 2015 lors de l'épidémie de grippe saisonnière, qui a été particulièrement meurtrière (18 300 décès). Le plan ORSAN a été réactivé le 13 novembre 2015 suite aux attaques terroristes à Paris, puis le 14 juillet 2016 lors des attentats de Nice. Le 23 février 2020, Olivier Véran, Ministre des Solidarités et de la Santé, annonce la mise en place du plan ORSAN "en lien avec toutes les ARS, dans le contexte de l'épidémie de Covid-19.

¹³³ Risques épidémiques et biologiques : Ce volet, déclenché le 23 février 2020 par Olivier Véran, a pour but d'endiguer la progression du nouveau coronavirus et de limiter le nombre de victimes. Il repose sur deux enjeux principaux : assurer la prise en charge des patients atteints et endiguer la propagation du virus.

¹³⁴ Le nouveau guide d'aide à la préparation des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles, publié en avril 2019, vient remplacer le guide "Plan blanc et gestion de crise" qui datait de 2006. L'article R. 313-13 du CSP prévoit une révision annuelle.

¹³⁵ IFSI : institut de formation en soins infirmiers.

Les conclusions de cet exercice ont été largement diffusées aux instances.

Les vagues successives n'ont pas permis au CHG de poursuivre la réalisation de nouveaux RETEX. L'épidémie s'installant dans le temps, a continué de mobiliser fortement les équipes dans la gestion quotidienne de la crise Covid.

L'évolution du programme capacitaire

Tableau n° 37 : Prise en charge des patients Covid (1^{er} semestre 2020 et 2021)

	Février/Juin 2020	Janvier/Juin 2021	Évolution (en %)
Entrées	827	1127	36
Décès	149	116	- 22
Domicile	478	803	68
Transfert	162	170	5
Mutation SSR	38	37	- 3
DMS	99,57	51,67	- 48

Source : CHG

Face à la cinquième vague de contamination du Covid-19, le CHG a dû une nouvelle fois s'adapter et a ainsi relancé fin novembre 2021 son centre de vaccination ouvert à l'ensemble de la population.

Le CHG précise que l'organisation capacitaire de l'établissement a fait l'objet d'ajustements hebdomadaires, voire quotidiens aux temps forts de la première vague épidémique. Les changements ont été réalisés dans le cadre de la cellule de crise qui associait l'équipe de direction (élargie aux administrateurs de garde), les encadrants médicaux et paramédicaux des services en première ligne (SMUR, réanimation, urgences) et des services médicaux et médicotechniques de l'établissement.

Le CHG indique s'être adapté en permanence aux consignes, doctrines et modes opératoires diffusés par le ministère et les agences sanitaires alors que la doctrine, transcrite au travers de MARS (message alerte rapide sanitaire) et de conférences téléphoniques, a beaucoup évolué au cours des vagues épidémiques.

4.2 Le financement de la crise Covid 19

4.2.1 L'impact sur l'activité et le chiffre d'affaires

Le chiffre d'affaires de la catégorie majeure de diagnostic affections de l'appareil respiratoire a augmenté de 54 % en passant de 9,4 M€ à 14,6 M€¹³⁶.

4.2.2 Les surcoûts

Dans un document transmis à la chambre, le CHG indique le détail des surcoûts réalisés en dépenses d'exploitation, dépenses d'investissement et perte de recettes en 2020. Le CHG accuse une perte de 12 M€, malgré la dotation exceptionnelle versée par l'ARS de 10,5 M€.

¹³⁶ Source case-mix du CHG.

Tableau n° 38 : Surcoûts réalisés en 2020 dans le cadre de la gestion de la crise Covid-19

En €	Surcoûts constatés	Dotation ARS
Dépenses exploitation	18 138 964	9 019 459
Dépenses investissement	728 146	0
Recettes	4 520 000	1 548 499
Total	23 387 110	10 567 958
Delta	- 12 819 152	

Source : CHG février 2021

Avec un peu plus de 13 M€ de dépenses supplémentaires, les dépenses en ressources humaines (prime, heures supplémentaires du personnel non médical, congés non pris, intérim du personnel non médical, recrutements du personnel non médical, temps de travail additionnel du personnel médical et recrutement du personnel médical) représentent le poste le plus important.

Le CHG a perdu plus de 3 M€ de recettes du titre 2¹³⁷ et 0,7 M€ de recettes du titre 3.¹³⁸

En 2020, il a perçu 0,20 M€ de dons.¹³⁹

La gestion des stocks

Le 13 mars 2020, le CHG comptabilisait dans ses stocks 19 500 masques FFP2, 13 400 masques chirurgicaux, 25 paires de lunettes de protection, 2 080 surblouses et 1 045 surchaussures. Il ne disposait d'aucune visière, monture et surchaussure de bloc.

À l'exception des masques FFP2, dont la consommation mensuelle est de 3 000 (hors crise sanitaire), le CHG ne bénéficiait pas d'un stock suffisant d'équipement de protection individuelle (EPI) et produits d'entretien. Le CHG a été doté début avril 2020 par le ministère de la santé de 6 650 masques FFP2, 39 750 masques chirurgicaux et 500 surblouses.

Le CHG n'a toutefois pas subi de pénurie d'EPI pour le personnel soignant.

4.3 La gestion du personnel

Sur les 1 920 tests PCR réalisés pour ses agents en 2020 (mars à décembre), le CHG a recensé 139 tests positifs avec un pic en octobre 2020. Une tendance à la baisse en 2021 (janvier à septembre) est constatée, avec 708 tests PCR réalisés et seulement 40 tests positifs au Covid.

4.3.1 La gestion du personnel non médical

Pour accompagner les agents durant la période de crise sanitaire, l'ensemble des gardes ont été doublées entre mi-mars et mi-avril 2020.

4.3.2 La gestion du personnel médical

Plusieurs dispositifs ont été mis en place depuis le début de la crise sanitaire. Le CHG a chiffré le coût de ces dispositifs à 1,4 M€ entre janvier et mai 2020.

¹³⁷ Autres produits de l'activité hospitalière. Le titre 2 correspond aux charges à caractère médical.

¹³⁸ Autres produits. Le titre 3 correspond aux charges à caractère hôtelier et général.

¹³⁹ Association APSI, Fondation Hôpitaux de Paris – Hôpitaux de France, Leetchi, L'Oréal Vémars, Association SAVI.

Tableau n° 39 : Dispositifs mis en œuvre par l'établissement en 2020 durant la crise sanitaire

Personnel de remplacement/renfort/étudiants	57 309
Astreintes/Gardes services Covid	102 110
Astreintes/Gardes services réanimation	74 197
Astreintes/Gardes services SAU	41 244
Astreintes/Gardes services SMUR	25 175
Temps de travail Additionnel (TTA) généré en plus	221 003
Total dispositif mis en œuvre	521 038
Mesures réglementaires majoration 50% TTA	113 294
Mesures réglementaires augmentation plafond CET	188 538
Mesures réglementaires prime Covid	541 500
Total mesures	843 332

Source : CHG – renfort en personnel médical durant la période de crise sanitaire Covid

Le personnel de remplacement a principalement concerné l'unité Covid (0,22 M€), les services de réanimation (0,015 M€) mais également la gériatrie et le laboratoire (0,19 M€). Le nombre de plages additionnelles générées en surplus s'élèvent à 692,50 et ont concerné le SAU, le SMUR ainsi que l'unité Covid.

En 2021, le CHG a chiffré entre janvier et octobre un surplus de 0,22 M€, avec en partie pour principale dépense la création d'un centre de vaccination.

Tableau n° 40 : Dispositifs mis en œuvre par le CHG en 2020 durant la crise sanitaire

Personnel de remplacement/renfort/étudiants	16 015
Astreintes/Gardes services Covid	41 627
Mesures réglementaires majoration 50% TTA	83 072
Création d'un centre de vaccination	81 635
Total mesures	222 348

Source : CHG – renfort en personnel médical durant la période de crise sanitaire Covid

Le CHG précise qu'une deuxième majoration de 50 % du temps de travail additionnel sur la période du 2 août au 31 octobre a été réalisée en novembre 2021.

Deux médecins vacataires ont assuré le renfort pour les gardes dans le service de réanimation (0,16 M€). Les gardes Covid ont représenté 0,42 M€ pour un total de 184 gardes.

Pour le centre de vaccination, le CHG a procédé au recrutement de quatre médecins, soit 2,3 ETP à 0,42 M€. Des gardes ont également été réalisées pour assurer la vaccination le weekend et en début de soirée, 151 gardes entre janvier et septembre 2021 pour un montant total de 0,40 M€.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Le Val-d'Oise a été l'un des départements les plus fortement et durablement touchés par le Covid en 2020. Le CHG a accueilli en 2020 comme en 2021 près de 1 600 patients atteints du Covid.

Il s'est organisé pour faire face à cet afflux de malades. Il a créé une cellule de crise fin février 2020 et activé le plan blanc à la mi-mars. Parallèlement, des dispositifs ont été mis en œuvre pour permettre le renfort de personnel.

ANNEXES

Annexe n° 1. Déroulement de la procédure	57
Annexe n° 2. Liste des personnes rencontrées	58
Annexe n° 3. Les catégories majeures de diagnostic des activités du CHG	59
Annexe n° 4. IPDMS par CMD et niveau de sévérité	60
Annexe n° 5. Activité de psychiatrie 2016/2020	63
Annexe n° 6. Glossaire des sigles.....	65

Annexe n° 1. Déroulement de la procédure

Le contrôle des comptes et de la gestion du centre hospitalier de Gonesse (95) a porté sur les exercices 2016 et suivants. Durant cette période, les ordonnateurs étaient les suivants :

- M. Jean Pinson : de janvier 2020 à avril 2021 et depuis juillet 2021
- M. Jérôme Sontag, par intérim d'avril 2021 à juillet 2021
- Mme Catherine Vauconsant : de janvier 2015 à janvier 2020.

Le tableau ci-dessous retrace les différentes étapes de la procédure définie par le code des juridictions financières aux articles L. 243-1 à L. 243-6, R. 243-1 à R. 243-21 [et par le recueil des normes professionnelles des chambres régionales et territoriales des comptes :

Ministère public	Nombre		Date
Avis de compétence	Néant		Néant
Instruction	Date		Destinataire/Interlocuteur
Envoi de la lettre d'ouverture de contrôle	11/10/2021		- M. Jean Pinson, directeur par intérim du centre hospitalier ; - M. Jean-Pierre Blazy, président du conseil de surveillance ; - Mme Catherine Vauconsant, ancien ordonnateur ; - M. Jérôme Sontag, ancien directeur par intérim, ancien ordonnateur
	18/10/2021		
Entretien de début de contrôle	20/10/2021		- M. Jean Pinson, directeur par intérim du centre hospitalier - M. Jérôme Sontag, ancien directeur par intérim, ancien ordonnateur, directeur des ressources humaines - Directrice des finances
Entretien de fin d'instruction	18/03/2022		- Mme Catherine Vauconsant, ancien ordonnateur - Ancienne directrice des ressources humaines - M. Jean Pinson, directeur par intérim du centre hospitalier - M. Jérôme Sontag, ancien directeur par intérim, ancien ordonnateur, directeur des ressources humaines - Directrice des finances
	22/03/2022		
Délibéré :	Date		
Rapport d'instruction à fin d'observations provisoires	13/04/22		
Document	Nombre	Date	Destinataire
Envoi du rapport d'observations provisoires	2	10/06/2022	- M. Pinson, directeur par intérim - Mme Vauconsant, ancienne ordonnatrice
Envoi d'extraits du rapport d'observations provisoires	2	10/06 et 10/06 et 11/07/2022	- ARS - GHT (deux envois)
Réponses reçues au rapport d'observations provisoires	Nombre		Date
	2		- CH : 14/09/2022 - ARS : 12/07/2022

Délibéré :	Date		
Rapport d'instruction à fin d'observations définitives	13/10/2022		
Document	Nombre	Date	Destinataire
Envoi du rapport d'observations définitives	3	Novembre 2022	- M. Jean Pinson, directeur par intérim du centre hospitalier - ARS - Mme Catherine Vauconsant, ancien ordonnateur
Envoi d'extraits du rapport d'observations définitives			
Réponses reçues au rapport d'observations définitives	Nombre		Date

Annexe n° 2. Liste des personnes rencontrées

- M. Jean Pinson, directeur par intérim ;
- M. Jérôme Sontag, directeur des ressources humaines ;
- Mme Valérie Gasser Sabouret, directrice des finances ;
- M. Rachid Sehouane, docteur, président de la commission médicale d'établissement ;
- M. le Rémi Bonnaire, docteur, chef du département de l'information médicale ;
- Mme Saliha Amari, médecin de prévention ;
- Mme Virginie Tadount, responsable à la direction des affaires médicales ;
- Mme Viar, représentant FO ;
- Mme Arbogast ; représentant SUD ;
- Mme Hivert, représentant UNSA.

Annexe n° 3. Les catégories majeures de diagnostic des activités du CHG

1	Affections du système nerveux
2	Affections de l'œil
3	Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents
4	Affections de l'appareil respiratoire
5	Affections de l'appareil circulatoire
6	Affections du tube digestif
7	Affections du système hépatobiliaire et du pancréas
8	Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif
9	Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins
10	Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles
11	Affections du rein et des voies urinaires
12	Affections de l'appareil génital masculin
13	Affections de l'appareil génital féminin
14	Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum
15	Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale
16	Affections du sang et des organes hématopoïétiques
17	Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus
18	Maladies infectieuses et parasitaires
19	Maladies et troubles mentaux
20	Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci
21	Traumatismes, allergies et empoisonnements
22	Brûlures
23	Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé
25	Maladies dues à une infection par le VIH
26	Traumatismes multiples graves
28	Séances

Annexe n° 4. IPDMS par CMD et niveau de sévérité

CMD	Sévérité	Somme de jours	Somme de jours si DMS nationale	IP-DMS case-mix	Sévérité 1 par rapport à IP-DMS de la CMD (en %)
1	1	2 180	1 817,86	1,20	108,03
1	2	2 290	2 179,46	1,05	
1	3	4 973	4 614,74	1,08	
1	4	3 017	2 612,03	1,16	
2	1	210	212,74	0,99	96,67
2	2	128	109,01	1,17	
2	3	30	38,64	0,78	
2	4	0	0		
3	1	713	655,23	1,09	99,40
3	2	111	121	0,92	
3	3	167	137,12	1,22	
3	4	208	181,86	1,14	
4	1	1 458	1 340,81	1,09	113,05
4	2	3 967	3 814,79	1,04	
4	3	6 973	7 599,77	0,92	
4	4	2 806	3 051,34	0,92	
5	1	2 982	2 616,72	1,14	124,42
5	2	2 458	2 774,06	0,89	
5	3	5 234	6 371,98	0,82	
5	4	2 353	2 460,06	0,96	
6	1	2 177	1 767,21	1,23	111,57
6	2	1 664	1 661,96	1,00	
6	3	2 003	1 861,77	1,08	
6	4	1 277	1 158,58	1,10	
7	1	606	593,03	1,02	104,82
7	2	742	812,62	0,91	
7	3	1 084	985,39	1,10	
7	4	451	566,15	0,80	
8	1	2 251	2 126,96	1,06	102,08
8	2	1 750	1 603,85	1,09	
8	3	1 839	1 927,91	0,95	
8	4	768	715,02	1,07	
9	1	427	421,92	1,01	113,86
9	2	269	345,92	0,78	
9	3	970	1 245,31	0,78	
9	4	573	505,91	1,13	
9	A	4	6,12	0,65	
10	1	1 739	1 908,3	0,91	106,54
10	2	1 290	1 653,45	0,78	
10	3	1 070	1303,97	0,82	
10	4	454	457,09	0,99	
11	1	997	886,67	1,12	105,54
11	2	691	731,27	0,94	
11	3	1 381	1 232,27	1,12	
11	4	939	911,83	1,03	
12	1	360	354,78	1,01	98,84
12	2	268	250,32	1,07	

CMD	Sévérité	Somme de jours	Somme de jours si DMS nationale	IP-DMS case-mix	Sévérité 1 par rapport à IP-DMS de la CMD (en %)
12	3	412	371,94	1,11	
12	4	280	308,67	0,91	
13	1	477	386,66	1,23	95,37
13	2	147	150,78	0,97	
13	3	88	67,01	1,31	
13	4	188	91,31	2,06	
14	A	1 1250	11 590,43	0,97	104,84
14	B	1 843	2 194,23	0,84	
14	C	849	1 250,14	0,68	
14	D	309	358,22	0,86	
15	A	8 868	8 921,92	0,99	102,42
15	B	5036	5 238,23	0,96	
15	C	799	976,34	0,82	
15	D	34	49,62	0,69	
16	1	983	787,12	1,25	118,97
16	2	764	726,69	1,05	
16	3	758	820,85	0,92	
16	4	371	405,01	0,92	
17	1	37	34,23	1,08	127,47
17	2	109	82,72	1,32	
17	3	282	298,91	0,94	
17	4	116	225,67	0,51	
18	1	634	546,94	1,16	106,22
18	2	282	292,36	0,96	
18	3	596	555,26	1,07	
18	4	342	304,37	1,12	
19	1	548	445,11	1,23	120,09
19	2	187	199,39	0,94	
19	3	848	915,82	0,93	
19	4	276	252,92	1,09	
20	1	191	277,54	0,69	101,04
20	2	72	94,84	0,76	
20	3	14	28,38	0,49	
20	4	10	20,63	0,48	
21	1	313	290,77	1,08	115,19
21	2	59	78,3	0,75	
21	3	170	194,96	0,87	
21	4	97	119,78	0,81	
22	1	7	14,49	0,48	
22	2	0	0		
22	3	9	11,5	0,78	
23	1	801	826,1	0,97	
23	2	543	557,56	0,97	
23	3	371	539,78	0,69	
23	4	926	1 279,97	0,72	
25	1	0	6,18	0,00	
25	2	15	12,27	1,22	
25	3	31	25,84	1,20	
25	4	0	0		

CMD	Sévérité	Somme de jours	Somme de jours si DMS nationale	IP-DMS case-mix	Sévérité 1 par rapport à IP-DMS de la CMD (en %)
25	A	46	55,37	0,83	
25	B	171	160,58	1,06	
25	C	344	293,02	1,17	
26	1	19	9,78	1,94	198
26	2	19	32,14	0,59	
26	3	39	34,99	1,11	
Total général		112 282	114 518,44	0,98	

Source : retraitement de la CRC à partir du case-mix du CHG et national, chiffres 2019

Annexe n° 5. Activité de psychiatrie 2016/2020

	Prises en charge à temps complet			Prises en charge à temps partiel				Prise en charge ambulatoire				File active totale	
	Nombre de lits ou places installées au 31/12	Nombre de séjours en hospitalisation temps plein	File active hospitalisée à temps plein	Hospitalisation de jour		Hospitalisation de nuit		CATTP		CMP ou unité de consultation des services de psychiatrie			File active exclusivement ambulatoire
				Nombre de places	Nombre de venues	Nombre de places	Nombre de venues	Nombre de structures	Nombre d'actes, soins et interventions	Nombre de structures	Nombre d'actes, soins et interventions		
2016													
Psychiatrie générale	106	941	638	42	23 022	3	406	3	5 907	3	24 802	3 069	3 775
Psychiatrie infanto-juvénile	10	82	54	28	15 191	-	-	2	2 907	5	13 125	1 746	1 869
Total psychiatrie	116	1 023	691	70	38 213	3	406	5	8 814	8	37 927	4 734	5 529
2017													
Psychiatrie générale	110	952	592	42	22 939	3	786	3	6 056	6	24 531	3 133	3 788
Psychiatrie infanto-juvénile	10	64	48	28	16 950	-	-	3	3 213	7	13 542	1 625	1 741
Total psychiatrie	120	1 016	640	70	39 889	3	786	6	9 269	13	38 073	4 687	5 434
2018													
Psychiatrie générale	111	729	513	42	15 059	3	1 330	3	5 287	6	22 505	3 177	3 766

Centre Hospitalier de Gonesse, exercices 2016 et suivants, Rapport d'observations définitives

Psychiatrie infanto-juvénile	10	66	45	28	13 288	-	-	3	3 055	9	14 029	1 696	1 805
Total psychiatrie	121	795	558	70	28 347	3	1 330	6	8 342	15	36 534	4 793	5 463
2019													
Psychiatrie générale	114	809	543	42	15 319	3	1 188	3	5 162	6	23 490	3 054	3 655
Psychiatrie infanto-juvénile	10	41	34	28	13 352	-	-	3	3 364	8	14 782	1 676	1 775
Total psychiatrie	124	850	576	70	28 671	3	1 188	6	8 526	14	38 272	4 683	5 360
2020													
Psychiatrie générale	114	687	464	42	13 429	3	882	3	5 192	6	22 801	2 878	3 387
Psychiatrie infanto-juvénile	10	23	19	28	4 918	-	-	3	2 801	8	13 731	1 523	1 611
Total psychiatrie	124	710	483	70	18 347	3	882	6	7 993	14	36 532	4 366	4 955

Source : Statistiques annuelles es établissements de santé

Annexe n° 6. Glossaire des sigles

ALD	Affection de longue durée
ANV	Admission en non-valeur
AME :	Aide médicale d'État
ARES :	Accompagnement régional des établissements sensibles
ARS	Agence régionale de santé
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
	Accueil et traitement des urgences
ATU	Centre d'action médico-social précoce
CAMSP	Commissaire aux comptes
CAC	Capacité d'autofinancement
CAF	Contrat à durée déterminée
CDD	Contrat à durée indéterminée
CDI	Compte épargne temps
CET	Comité hygiène, sécurité et conditions de travail
CHSCT	
CHG	Centre hospitalier de Gonesse
CLIN	Comité de lutte contre les infections nosocomiales
CLS	Comité local de santé
CLSM	Comité local de santé mentale
CMD	Catégorie majeure de diagnostic
CME	Commission médicale d'établissement
CMUC	Couverture maladie universelle et complémentaire
COPERMO	Comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins
CORPS	Cellule opérationnelle de prévention des risques psycho-sociaux
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CSS	Complémentaire santé solidaire
DAF	Dotation annuelle de financement
DIM	Département de l'information médicale
DMS	Durée moyenne de séjour
DUERP	Document unique d'évaluation des risques professionnels
EOHH	Équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière
EPRD	État prévisionnel des recettes et des dépenses
EPI	Équipement de protection individuelle
ETP	Équivalent temps plein
ETPR	Équivalent temps plein rémunéré
FRI	Fonds régional d'intervention
GHM	Groupe homogène de malades
GHT	Groupement hospitalier de territoire
HAS	Haute autorité de santé
HC	Hospitalisation complète

HS	Heures supplémentaires
ICF	Indicateur conjoncturel de fécondité
ICML	Indemnité compensatrice mensuelle de logement
IDE	Infirmier diplômé d'État
IFSI	Institut des soins infirmiers
IFTS	Indemnités forfaitaires représentatives de travaux supplémentaires
IP-DMS	Indice de performance de la durée moyenne de séjour
NAS	Nécessité absolue de service
MCO	Médecine chirurgie obstétrique
PCA	Plan de continuité de l'activité
PTO	Plateau technique opératoire
PM	Personnel médical
PNM	Personnel non médical
PUMA	Protection universelle maladie
RPS	Risques psycho-sociaux
RAR	Restes à recouvrer
SAU	Service d'accueil des urgences
SMUR	Structure mobile d'urgence et de réanimation
SSR	Soins de suite et de réadaptation
TBFEPS	Tableaux de bord financier des établissements publics de santé
USLD	Unité de soins de longue durée
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

REPONSE DU CENTRE HOSPITALIER

Aucune réponse n'a été transmise au ROD1



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

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

Chambre régionale des comptes Île-de-France

6, Cours des Roches

BP 187 NOISIEL

77315 MARNE-LA-VALLÉE CEDEX 2

Tél. : 01 64 80 88 88

www.ccomptes.fr/fr/crc-Île-de-France