

**RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES
ET SES RÉPONSES**

**CENTRE GÉRONTOLOGIQUE
DÉPARTEMENTAL DES BOUCHES-DU-RHÔNE**

Exercices 2013 et suivants

Le présent document, qui a fait l'objet d'une contradiction avec les destinataires concernés,
a été délibéré par la chambre le 25 juin 2021.

TABLE DES MATIÈRES

SYNTHÈSE	4
RECOMMANDATIONS.....	5
INTRODUCTION.....	6
1 PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	7
1.1 Situation juridique, capacité d'accueil et missions	7
1.2 Une gouvernance présentant des lacunes.....	8
1.3 Un établissement au centre de nombreuses coopérations insuffisamment évaluées	10
2 L'ACTIVITÉ DU CGD-13	12
2.1 Une organisation polaire tardive et partielle.....	12
2.2 Une activité hospitalière portée par l'activité à domicile	13
2.3 Un surfinancement de la MAIA de Marseille pilotée par le CGD-13	15
2.4 Une activité de recherche insuffisamment encadrée.....	17
3 LA FIABILITÉ DES COMPTES.....	21
3.1 Un établissement dont les comptes ne sont pas fiabilisés.....	21
3.2 Des provisions dont l'évaluation est erratique.....	23
3.2.1 Des reprises mal calculées ou infondées des c/142 et c/1572.....	23
3.2.2 Un risque d'irrecouvrabilité insuffisamment couvert.....	24
3.2.3 Une comptabilisation erronée des provisions des comptes pour risques.....	26
3.2.4 Un provisionnement non conforme des passifs sociaux.....	28
3.3 Une répartition absconse des flux financiers entre budgets.....	32
4 ANALYSE FINANCIÈRE.....	34
4.1 Un budget consolidé majoritairement financé par l'assurance maladie	35
4.2 Un équilibre relatif de l'évolution des produits et des charges.....	36
4.2.1 Des produits d'exploitation dont la nature évolue	37
4.2.2 Des charges d'exploitation en apparence bien maîtrisées.....	38
4.2.3 Une marge brute d'exploitation insuffisante	39
4.2.4 Un résultat net altéré par les défauts de fiabilité.....	40
4.3 La structure bilancielle.....	42
4.3.1 Des investissements insuffisants pour assurer le renouvellement courant	42
4.3.2 Le financement des investissements	43
4.3.3 Le fonds de roulement et la trésorerie nette.....	44
4.4 Une restructuration du moyen et long séjour non maîtrisée	45
5 UN SERVICE DES MAJEURS PROTÉGÉS EN DÉSHÉRENCE	47
5.1 Une organisation interne toujours défaillante	47
5.2 Des risques avérés et déjà signalés non pris en compte par le CGD-13	49
5.3 Une gestion ne préservant pas les intérêts des majeurs protégés.....	51
6 LES RESSOURCES HUMAINES.....	52
6.1 La gouvernance de la fonction ressources humaines	52
6.2 L'évolution de la masse salariale.....	53

6.2.1	L'évolution en approche globale	53
6.2.2	Un recours accru aux contractuels	56
6.2.3	Des rémunérations maîtrisées sauf pour les contractuels	57
6.3	Le temps de travail	59
6.3.1	L'obligation annuelle de travail toujours non respectée	59
6.3.2	Des dépassements horaires insuffisamment encadrés.....	61
6.3.3	Un problème d'absentéisme non résolu dans les services de soins	63
6.4	Des mises à disposition nombreuses et irrégulières.....	64
7	LA GESTION PATRIMONIALE DE L'ÉTABLISSEMENT	66
7.1	Une fonction immobilière essentiellement technique.....	67
7.2	Un patrimoine immobilier et mobilier méconnu et non évalué	68
7.3	Une gestion foncière perfectible	70
7.3.1	La cession à 13 Habitat intervenue en 2013	70
7.3.2	La location de la crèche	71
	ANNEXES	73

SYNTHÈSE

Le centre gérontologique départemental des Bouches-du-Rhône (CGD-13), situé dans le XII^{ème} arrondissement de Marseille est, depuis 1961, un établissement public de santé départemental. Spécialisé dans la prise en charge des personnes âgées en particulier celles atteintes de maladies neuro dégénératives comme la maladie d'Alzheimer, il dispose, en 2020 de 579 lits et places installés pour un budget annuel, net des reversements des budgets annexes au budget principal, de 41,48 M€ au 31 décembre 2019.

Dans le ressort des Bouches-du-Rhône, le CGD-13 se trouve au centre des nombreuses coopérations encouragées par les projets régionaux de santé de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA), en particulier celui couvrant la période 2017-2023. Il est le pilote de la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA), facilitant le parcours de prise en charge des patients âgés. Il est également très impliqué, en miroir de l'Assistance publique - Hôpitaux de Marseille (AP-HM), dans la structuration d'une filière gériatrique, en cours de finalisation, au sein du groupement hospitalier de territoire (GHT), hôpitaux de Provence.

Focalisée sur la reconnaissance et le positionnement stratégique de l'établissement, notamment en matière de recherche, la direction de l'établissement s'est détournée des fondamentaux de la gestion d'un établissement de santé, toujours majoritairement financé par l'État. Les engagements pris par l'ordonnateur à la suite du dernier contrôle de la chambre concernant l'organisation du service des majeurs protégés ou la régularisation du temps de travail, n'ont pas été mis en œuvre.

Les montages juridiques des différentes coopérations souffrent de défauts structurels remettant en cause leur légalité ou leur pertinence, tout comme les mises à disposition de personnels pour la plupart irrégulières ou étant improprement qualifiées de mises à disposition. Les comptes financiers, non fiabilisés, comportent de graves anomalies qui en altèrent la sincérité. Enfin, l'équilibre financier de l'établissement s'est dégradé pendant la période sous revue tandis que la direction du CGD a poursuivi une gestion peu respectueuse des deniers publics que ce soit pour les niveaux de rémunération des contractuels ou la location de la crèche. Toutes ces dépenses pèsent sur les charges de fonctionnement de manière importante sans être directement consacrées à la prise en charge des patients.

En investissement, le projet de construction du nouvel hôpital, mené sans concertation avec les autorités de tutelle a été stoppé après la mise en lumière de son probable coût réel qui aurait conduit l'établissement dans une grave impasse budgétaire. Estimé en 2007, dans le schéma directeur, à 25 M€ toutes dépenses confondues (TDC), l'opération ressort, après expertise de l'ingénieur régional de l'agence régionale de santé (ARS), à près de 60 M€.

Le financement de ce projet étant hors de portée de l'établissement, la direction a été contrainte d'en rejeter l'avant-projet définitif en février 2020 et de résilier le marché de maîtrise d'œuvre en avril 2020. Le nouveau projet chiffré à 32,58 M€ auxquels s'ajoutent 5,9 M€ d'investissements hors réhabilitation est tout juste soutenable pour les finances de l'établissement, et repose essentiellement sur une subvention de 25 M€ du conseil départemental.

RECOMMANDATIONS

Recommandation n° 1 : Procéder à une évaluation des conventions de partenariat dont dispose l'établissement.

Recommandation n° 2 : Mieux encadrer l'activité recherche du centre gérontologique départemental notamment au travers de son organisation et de la sécurisation de ses circuits de financements.

Recommandation n° 3 : Mettre en œuvre, dans les meilleurs délais, la fiabilisation des comptes prévue par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Recommandation n° 4 : Mettre en œuvre des méthodes permanentes d'évaluation des comptes de provisions.

Recommandation n° 5 : Mettre en place des méthodes robustes et fiables de répartition de charges communes.

Recommandation n° 6 : Reprendre intégralement la gestion des majeurs protégés pour apporter toutes les garanties de préservation de leurs droits et intérêts.

Recommandation n° 7 : Réaliser un inventaire physique du patrimoine mobilier et immobilier du centre gérontologique départemental.

INTRODUCTION

La chambre a inscrit à son programme de l'année 2020 le contrôle du centre gérontologique départemental (CGD-13) des Bouches-du-Rhône. La chambre est compétente pour procéder au contrôle des comptes et de la gestion du CGD-13 en vertu des articles L. 111-15, L. 211-3, et R. 111-1 du code des juridictions financières (CJF) et des arrêtés du Premier président de la Cour des comptes déléguant aux chambres régionales des comptes la compétence pour l'examen des comptes et de la gestion des établissements publics de santé, du 15 novembre 2013 pour les exercices 2013 à 2017 inclus et du 17 décembre 2017 pour les exercices 2018 et suivants.

L'établissement a été dirigé, pendant la période sous revue, par M. Jean-Claude Pical directeur entre le 1^{er} janvier 2006 et le 31 juillet 2019. L'actuelle directrice, Mme Nathalie Jaffres lui a succédé le 13 janvier 2020 après une période d'intérim réalisée par Mme Stéphanie Luquet entre le 1^{er} août 2019 et le 12 janvier 2020. Par lettres en date du 14 février 2020, le président de la chambre a informé Mme Nathalie Jaffres, directrice et ordonnatrice en fonction de l'ouverture de la procédure. L'ancien ordonnateur et la directrice par intérim ont été informés par courrier en date du 4 mars 2020. L'entretien d'ouverture de contrôle s'est tenu le 21 février 2020 avec Mme Jaffres.

Les entretiens de fin de contrôle se sont tenus par visio-conférence depuis la chambre, le 16 décembre 2020 avec M. Jean-Claude Pical, le 17 décembre 2020 avec Mme Nathalie Jaffres et le 18 décembre 2020 avec Mme Stéphanie Luquet.

La chambre a délibéré un rapport d'observations provisoires le 8 mars 2021. Ce rapport ou des extraits ont été transmis aux ordonnateurs successifs et aux tiers concernés. Le rapport d'observations provisoires a également été transmis, à titre d'information en intégralité à l'agence régionale de santé (ARS) le 22 mars 2021 et un extrait au tribunal judiciaire de Marseille, service des tutelles. L'ARS a adressé ses observations à la chambre le 19 mai 2021.

M. Pical et Mme Jaffres ordonnateurs successifs ont adressé leurs réponses respectives également le 19 mai. La directrice par intérim n'a pas répondu. La chambre a également reçu les réponses des tiers concernés suivants : M. le maire des 11^{ème} et 12^{ème} arrondissement de Marseille le 02/04/2021, M. le directeur de l'EHPAD de Roquefort la Bédoule le 08/04/2021, M. le secrétaire général de l'AP-HM le 29/04/2021, M. Philippe Dupont le 20/05/2021, Mme le Dr Frédérique Retornaz le 26/05/2021 et Mme la directrice de l'hôpital européen le 28/05/2021.

Aucune demande d'audition n'est parvenue à la chambre avant qu'elle n'arrête ses observations définitives.

1 PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

1.1 Situation juridique, capacité d'accueil et missions

Situé dans le XIIème arrondissement de Marseille, le centre gérontologique départemental des Bouches-du-Rhône (CGD-13), anciennement maison départementale de retraite des vieillards de Montolivet est devenu un établissement public de santé départemental au sens d'un décret du 21 janvier 1961 ayant acté cette transformation. Au 31 décembre 2019 le CGD-13 est propriétaire d'une parcelle unique de 5,46 hectares sur laquelle l'ensemble de son activité est réalisée¹. Le CGD-13, doté d'un budget hors remboursements des budgets annexes de 41,5 M€ en 2019, est un établissement spécialisé dans la prise en charge des personnes âgées et en particulier celles atteintes de maladies neuro dégénératives.

Tableau n° 1 : Présentation de la capacité installée en lits et places

Services	Lits	Places	Perte	Commentaires
Court séjour gériatrique (CSG)	30			
Court séjour Alzheimer (CSA)	13			
Hôpital de Jour		5		
Soins de suite et réadaptation (SSR)	51		- 29	Dont 11 Unité cognitivo-comportementale (UCC) pour les patients atteints d'Alzheimer. 80 lits autorisés
Hospitalisation à domicile (HAD)		45		25 jusqu'en juin 2018
Unité de soins de longue durée (USLD)	150			
Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)	219		- 9	dont 14 places de PASA et 15 places en unité d'hébergement renforcée (UHR). 228 lits autorisés.
Accueils de jour de l'EHPAD		25		
Servie infirmier à domicile pour les personnes âgées. (SSIAD)		50		Dont une équipe spécialisée Alzheimer (ESA) de 10 places
Total	463	125	- 38	

Sources : données fournies par l'établissement.

¹ Les activités d'enseignements réalisées par l'institut de formation des aides-soignants (IFAS) et l'institut de formation des soins infirmiers (IFSI) ont été transférées en 2020 dans un bâtiment construit sur une parcelle vendue à 13 Habitat dont le CGD-13 est désormais locataire (cf. partie 7 gestion patrimoniale).

L'établissement dispose d'une capacité de 588 lits et places installés, ramenée à 579, compte tenu de la fermeture d'un bâtiment de neuf lits en 2020. Ce nombre de lits et places installés est sensiblement différent du nombre de places autorisées ce qui se traduit par une perte de 38 lits et même 47 lits depuis 2020.

Il comprend dans sa sphère sanitaire deux secteurs de court séjour, un hôpital de jour, des soins de suite et réadaptation, une unité de soins de longue durée, un service d'hospitalisation à domicile et un plateau technique de radiographie conventionnelle.

Dans le secteur médico-social se trouve un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) de 228 lits autorisés pour 219 installés². L'EHPAD, réparti dans quatre bâtiments distincts comprend outre des unités de vie ordinaires, deux secteurs spécialisés Alzheimer érigés en unités d'hébergement renforcé (UHR) et en pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) ainsi que deux accueils de jour de 25 places au total.

Le site accueille également une école paramédicale composée d'un institut de formation en soins infirmiers (IFSI) et un institut de formation d'aides-soignants (IFAS). Il est le siège de services destinés à la prise en charge des patients hors les murs, notamment un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ou une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP).

L'établissement est enfin le pilote et le support de la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA) pour Marseille. À ce titre, il est chargé de veiller à la cohérence des interventions des professionnels dans la prise en charge des patients âgés de l'agglomération marseillaise.

1.2 Une gouvernance présentant des lacunes

Le CGD-13, établissement public départemental d'hospitalisation, dont la compétence territoriale couvre l'ensemble du département des Bouches-du-Rhône fonctionne sous le contrôle d'un conseil de surveillance de 15 membres dont la présidence est assurée par le représentant du conseil départemental³.

À ses côtés siègent dans le collège des représentants des collectivités territoriales un second représentant du conseil départemental, deux représentants de la métropole Aix-Marseille-Provence et un représentant de la mairie de Marseille, en conformité avec l'article R. 6143-1 du code de la santé publique (CSP).

Les comptes rendus des différentes instances⁴ de l'établissement, consultés par la chambre, permettent d'observer qu'elles fonctionnent, dans l'ensemble⁵, en conformité avec les textes en vigueur. Les différentes instances se tiennent dans le respect de la composition et du fonctionnement prévus par le code de la santé publique (CSP) ou du code de l'action sociale et des familles (CASF) pour son secteur médico-social.

² Avec la fermeture en 2020 de l'unité de la Montagnette ne restent que 210 lits installés.

³ De 2013 à 2015 M. Christophe Masse et depuis 2015 M. Maurice Rey vice-président en charge du bel âge.

⁴ Conseil de surveillance, comité technique d'établissement (CTE), commission médicale d'établissement (CME), comité hygiène sécurité et conditions de travail (CHSCT), commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT).

⁵ Le conseil de surveillance du 2 juillet 2018 s'est tenu sans respect du quorum. En conséquence les comptes financiers 2017 et les affectations du résultat n'ont pas été approuvés réglementairement.

Toutefois, la chambre a pu constater l'absence de certains documents qui n'ont pas permis de vérifier le niveau réel d'informations des administrateurs du conseil de surveillance. C'est le cas des comptes rendus du conseil de surveillance afférents à l'année 2015 ou des pièces annexes à la délibération n° 07-2015 du 10 novembre 2015 ayant acté la nouvelle méthode de répartition des charges communes. Ce point d'apparence technique est essentiel pour comprendre et valider les flux financiers entre les budgets de l'établissement. Au cas d'espèce, en leur absence, il ne peut être garanti que l'avis du conseil de surveillance ait été rendu de manière éclairée.

Le rapport annuel d'activités, prévu par l'article L. 6143-1 du CSP⁶ devant obligatoirement être présenté annuellement par le directeur au conseil de surveillance n'a jamais été élaboré et *a fortiori* présenté ce qui était irrégulier. L'actuelle direction a transmis ce rapport pour 2020 en indiquant qu'il serait désormais systématiquement établi et présenté aux instances.

La direction de l'établissement a été assurée pendant la période sous revue par trois directeurs d'hôpitaux titulaires de la fonction publique hospitalière dont les conditions de désignation n'appellent aucune observation. Sur la période se sont succédés, M. Jean-Claude Pical nommé à cette fonction en 2007, Mme Stéphanie Luquet qui a assuré l'intérim de direction entre le 1^{er} août 2019 et le 13 janvier 2020 date à laquelle Mme Nathalie Jaffres a pris ses fonctions de directrice de l'établissement. Entre le 1^{er} septembre 2013 et son départ à la retraite en août 2019 M. Pical a été mis à disposition de l'assistance publique - hôpitaux de Marseille (AP-HM) à hauteur de 40 % de sa quotité de travail.

Les délégations de signature à leurs collaborateurs, directeurs de l'établissement, accordées dans les conditions prévues par l'article D. 6143-33 et suivants du CSP n'appellent pas de remarque particulière.

La présidence de la CME a été assurée successivement pendant la période sous revue par le Dr Catherine Molines de 2013 à 2015 puis par le Dr Frédérique Retornaz en 2016 et 2017 et enfin par le Dr Caroline Franqui depuis 2018.

Si la composition du directoire et son fonctionnement n'appellent pas de remarque, les comptes rendus de cette instance, centrale dans la gouvernance, sont beaucoup trop lacunaires pour être exploitables. L'ancien directeur a indiqué lors de l'entretien de fin de contrôle qu'il s'agissait ainsi de ne pas contraindre la liberté de parole des membres du directoire. La chambre invite toutefois l'établissement, sans retranscrire *in extenso* les échanges, à disposer d'un document reflétant de manière explicite les décisions prises ce qui n'est pas le cas actuellement.

⁶ Article L. 6143-1 du CSP « *Le conseil de surveillance se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement. Il délibère sur (...) 5° Le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le directeur* ».

1.3 Un établissement au centre de nombreuses coopérations insuffisamment évaluées

Le centre gérontologique dans les deux projets d'établissements couvrant la période 2011-2015 et 2016-2020 fait de la dimension partenariale un axe prioritaire de sa stratégie dans une logique de développement d'une filière gériatrique dont le CGD-13 serait, en binôme avec l'AP-HM, l'un des piliers.

Le CGD-13 a été inclus en juin 2016, dans le groupement hospitalier de territoire des Bouches-du-Rhône (GHT) ⁷, dénommé « *hôpitaux de Provence* », dont l'AP-HM est l'établissement support. Le GHT comprend douze autres établissements hospitaliers membres et un établissement associé, l'hôpital d'instruction des armées (HIA) Laveran.

L'établissement était engagé, avant 2016, dans de nombreuses coopérations avec d'autres établissements de santé ou médico-sociaux ou avec des associations, dont la chambre constate par ailleurs l'absence de suivi rigoureux.

La remise en question de certaines coopérations du fait de l'intégration dans le GHT est vécue comme une régression par les professionnels du CGD-13. C'est le cas par exemple pour la sortie du groupement d'achat des produits pharmaceutiques (GAPAM) piloté par le centre hospitalier intercommunal des alpes du Sud (CHICAS) de Gap⁸. Au cas d'espèce la convergence des marchés en produits de santé vers UNIHA pour tous les établissements du GHT a effectivement induit des dépenses supplémentaires, en 2019, pour pallier une rupture d'approvisionnement et adapter les prescriptions de l'automate chargé de la dispensation du médicament au CGD-13

L'entrée dans le GHT vient également bousculer des coopérations établies avec d'autres établissements de santé. C'est le cas de la convention signée, en décembre 2011, avec l'hôpital privé Beaugard (HPB). Cette convention est, par le jeu de reconductions tacites, toujours active. Les deux établissements ont choisi, comme il leur était loisible de le faire, la forme la plus souple de coopération c'est à dire une convention sans engagement financier réciproque. Toutefois la chambre observe, sauf à priver la convention de sens, que le CGD-13 s'engage à réserver des lits de SSR aux patients sortant de l'HPB ce qui est contraire au principe de l'égal accès de tous aux soins⁹, donc prohibé. Au surplus, l'intervention de l'HPB pour assurer le fonctionnement de l'unité de radiologie conventionnelle du CGD-13¹⁰, permet à ce dernier d'échapper à une démarche de mise en concurrence, ce qui est également irrégulier. L'établissement est invité à réévaluer cette convention pour l'amender le cas échéant.

⁷ Créé par l'arrêté n° 2016GHT07-29 du directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) de Provence-Alpes-Côte d'Azur du 1^{er} juillet 2016.

⁸ Voir rapport d'activité 2019 de la commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) pages 23 et 24. Le bilan du groupement d'achat était pourtant très satisfaisant puisque sa mise en place a effectivement permis une baisse de 22 % du compte H 60211 spécialités pharmaceutiques avec AMM.

⁹ Voir l'arrêt CE, 2^{ème} et 6^{ème} chambres réunies, 14 mai 2008, n° 305054 au sujet de l'application de l'article L. 6112-2 du code de la santé publique, imposant aux établissements qui concourent au service public de santé de garantir l'égal accès de tous aux soins qu'ils dispensent et d'être ouverts à toutes les personnes dont l'état requiert leurs services concernant la réservation illégale d'un scanner à des praticiens privés sous peine de sanctions pécuniaires contre l'établissement public.

¹⁰ Ces modalités devaient être fixées par un avenant qui n'est pas intervenu.

L'accord-cadre relatif à la mise en place d'une filière gériatrique en miroir avec l'AP-HM, pour capter les crédits de recherche et fluidifier le service de soins de suites et réadaptation (SSR) s'appuie également sur une simple convention sans engagement financier réciproque. La chambre observe d'abord qu'il était renouvelable une fois pour deux périodes de trois ans et qu'il est caduque depuis mai 2016 alors qu'il continue à être appliqué par le CGD-13. Elle constate ensuite que si les projets envisagés par cet accord sont restés pour la plupart sans suite, il a servi de cadre aux mises à dispositions de personnel dont celle du directeur de l'établissement à hauteur de quatre demi-journées par semaine pour développer une filière gériatrique. Elle note enfin que le projet médical partagé (PMP) du GHT prévoyant la mise en place d'une filière gériatrique à l'échelle du GHT, cet accord cadre sera, à terme, redondant.

Le CGD-13 a également développé des partenariats avec des associations pour la prise en charge des personnes âgées en situation de handicap, par exemple avec la chrysalide ou de précarité, avec les petits frères des pauvres. Comme pour les partenariats avec les établissements de santé, le choix a été fait de recourir à de simples conventionnements renouvelables par tacite reconduction, sans limite de temps et dont il n'existe aucun bilan.

Le CGD-13 ne retrace pas dans l'annexe BI10-État des participations au 31 décembre de l'exercice, en principe établie par l'ordonnateur, l'état de ses participations à des groupements de coopération sanitaire, ce qui est irrégulier. La direction a pallié cette absence au compte financier provisoire de 2020.

L'établissement participe pourtant au groupement de coopération sanitaire pour un parcours gérontologique dans l'agglomération marseillaise (GCS-PGAM) qui a pour objet « *d'offrir un cadre juridique et fonctionnel qui permette d'assurer la mise en cohérence et la coordination des actions et des missions des multiples acteurs du secteur sanitaire et du secteur médico-social impliqués pour tout ou partie de leur objet dans le parcours de la personne âgée* »¹¹ en groupant les quatre réseaux gérontologiques préexistants au sein d'une même structure. Le CGD-13 est dans ce GCS de moyen de droit public, représenté à la fois au titre d'ancien gestionnaire du réseau gérontologique Est et en tant qu'établissement prenant en charge des personnes âgées.

La chambre observe que la seule traçabilité de la collaboration avec le GCS se retrouve dans les mises à disposition de personnel et de locaux puisque son siège se trouve au CGD-13. Les missions du CGS notamment l'amélioration et la lisibilité du parcours des patients ou l'articulation ville-hôpital télescopent largement la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA) pilotée par le CGD-13. Dans sa réponse aux observations provisoires la direction souligne que le décret n° 2021-295 du 18 mars 2021 relatif aux dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes et aux dispositifs spécifiques régionaux (DAC) va mettre fin à cette organisation à compter du mois de Juillet 2022.

D'une manière générale il est recommandé au CGD-13 de procéder à une revue de ses conventions avec les autres établissements de santé et les associations pour s'assurer de leur validité juridique, de la pertinence de leur maintien et de l'absence de doublon avec les partenariats mis en place dans le cadre du GHT.

¹¹ Arrêté du directeur général de l'ARS n° 2013325-0001 du 21 novembre 2013.

Recommandation n° 1 : Procéder à une évaluation des conventions de partenariat dont dispose l'établissement.

2 L'ACTIVITÉ DU CGD-13

2.1 Une organisation polaire tardive et partielle

Pour gérer son activité, le CGD-13 dispose depuis 2012 de deux pôles médicaux, l'un dit de filière gériatrique regroupant 14 unités fonctionnelles et l'autre de filière Alzheimer¹², 16 unités fonctionnelles.

L'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé prévoyait dans son article 7 que les établissements mettent en place les pôles d'activité avant le 31 décembre 2006. Les documents transmis par l'établissement permettent de situer la création des pôles à septembre 2012. La formalisation des contrats de pôle, reconduits en 2015, apparaît complète et très exhaustive.

Les comptes de résultats analytiques (CREA) sont bien établis par pôle. En revanche les chefs de pôle ne disposent pas des délégations de gestion afférentes ce qui ne leur permet pas de remplir pleinement leur rôle et contribuer activement au pilotage des dépenses notamment en matière de personnel faute de disposer d'outils de gestion idoines. Les contrats de pôle ont perdu ainsi l'essentiel de leur sens. Dans sa réponse aux observations provisoires la direction a indiqué qu'un pilotage effectif par pôle serait mis en place avant la fin de l'année 2021.

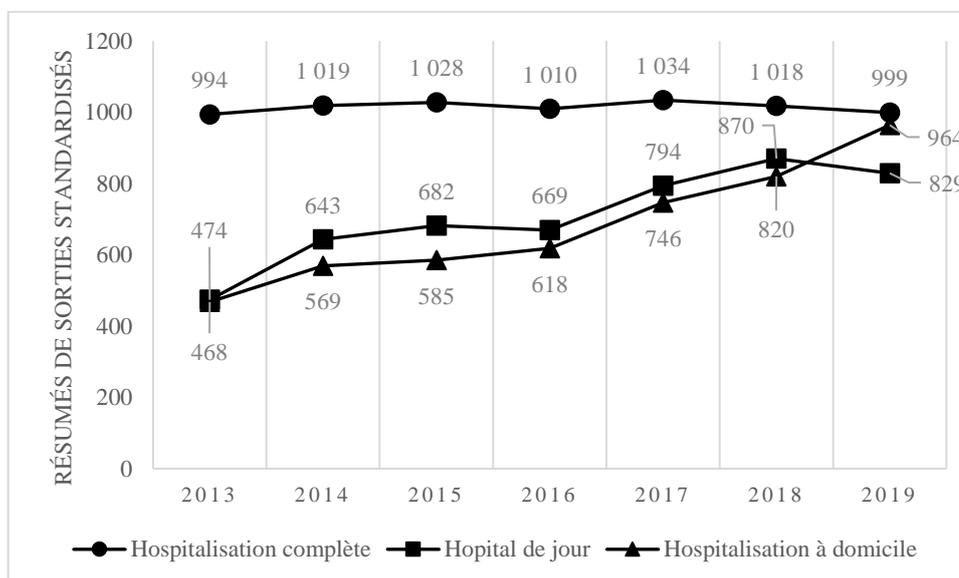
La chambre observe également en prenant comme référence la répartition des effectifs par pôles que jusqu'en décembre 2020, 26 % des agents effectuant des tâches transversales n'étaient affectés à aucun des deux pôles en l'absence de pôle médico-technique ou administratif et que des unités fonctionnelles transverses comme la pharmacie à usage interne(PUI), le département d'informatique médicale (DIM) ou l'unité fonctionnelle de nuit avaient été rattachés artificiellement à l'un ou l'autre pôle. La direction a indiqué dans sa réponse aux observations provisoires que l'organisation polaire avait été revue en janvier 2021, en particulier par la réaffectation des effectifs de nuit dans leur unité fonctionnelle de référence.

L'établissement est invité à poursuivre sa structuration polaire pour donner sens et cohérence à ce dispositif qui, dans sa configuration actuelle, ne remplit pas les objectifs assignés par le législateur lors de son instauration notamment par la pérennisation des CREA et l'octroi de délégations de gestion afférentes.

¹² Cf. répartition des UF par pôles en annexe 1.

2.2 Une activité hospitalière portée par l'activité à domicile

Graphique n° 1 : Évolution du nombre de RSS



Source : CRC d'après informations d'activité transmises par l'établissement.

Pendant la période sous revue l'établissement n'a pas connu d'évolution capacitaire du nombre de lits en hospitalisation complète et en hôpital de jour.

L'analyse de l'activité¹³, exprimée en nombre de résumés de sortie standardisés (RSS) permet d'observer pour les unités d'hospitalisation complète en court séjour gériatrique (CSG) ou Alzheimer (CSA) une contraction respective de 1,22 % et de 0,84 % de l'activité. En revanche pour l'activité des hôpitaux de jour gériatrique (HJG) et Alzheimer (HJA) qui ne comprennent que 5 lits au total, la progression respective est de 6,21 % et de 13 %. L'activité progresse globalement de 3,72 % par an.

Les taux d'occupation moyen sur la période du court séjour (75 %) et de l'hôpital de jour (33 %) gériatrique sont notoirement insuffisants. Ceux du court séjour (88 %) et de l'hôpital de jour (44 %) Alzheimer sont meilleurs tout en restant bien inférieurs à la moyenne des établissements comparables.

¹³ Le détail de l'activité et des taux d'occupation sur la période est présenté en annexe 2.

Tableau n° 2 : Indicateurs de performance hospitalisation complète 2015-2019

Années	IP-DMS CGD-13	IP-DMS typologie		Taux d'occupation CGD-13	T.O typologie	
		2 ^{ème} décile	8 ^{ème} décile		2 ^{ème} décile	8 ^{ème} décile
2015	0,951	0,831	1,432	78 %	58 %	88,7 %
2016	0,985	0,851	1,405	79,8 %	57 %	89,6 %
2017	1,001	0,845	1,416	81 %	54,9 %	88,7 %
2018	0,943	0,837	1,439	78,1 %	55,8 %	87,2 %
2019	0,954	0,842	1,414	75,2 %	54,1 %	88,1 %

Source : Hospidiag- données de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

L'indice de performance–durée moyenne de séjour (IP-DMS) mesure l'efficacité de l'établissement dans le traitement des pathologies qu'il prend en charge. Il compare la durée moyenne de séjour de l'établissement, hors ambulatoire, à celle standardisée de son casemix¹⁴. Il permet de mesurer la performance de l'organisation médicale et doit être le plus proche de 1 tout en lui restant inférieur.

Pour le CGD-13 cet indicateur s'est tendanciellement amélioré entre 2015 et 2019 et situe l'établissement dans les meilleurs établissements prenant en charge des pathologies similaires pour lesquels l'indicateur est bien souvent supérieur à 1. Cette bonne performance s'explique essentiellement par l'organisation de la filière aval. Le CGD-13 dispose en effet, soit en interne soit dans son réseau, d'un accès facilité à des lits permettant la prise en charge des patients à la suite de leur hospitalisation.

En revanche, le taux d'occupation des lits d'hospitalisation complète se situe à la médiane des établissements de même typologie et 13 points en dessous des établissements les plus performants.

L'hospitalisation à domicile (HAD) enregistre une forte progression de son activité en lien notamment avec la possibilité d'inclure les résidents en EHPAD, y compris ceux de l'EHPAD le petit Bosquet, dans les prises en charge en nursing des cas les plus lourds.

Cette tendance d'une hospitalisation hors les murs qui s'observe sur l'activité du budget H se confirme par la bonne dynamique des prises en charge effectuées par le SSIAD qui comprend une équipe de soins Alzheimer (ESA) qui progresse de 4,84 % par an sur la période en nombre de journées prises en charge. Cette progression dans un contexte concurrentiel a été facilitée par la modification de la zone d'intervention du SSIAD. Elle était essentielle pour l'établissement car le financement de cette activité qui ne remplissait pas les objectifs en terme de taux d'occupation des 50 places était menacée de réfaction par l'ARS. Le taux d'occupation est remonté à 80 %.

¹⁴ Anglicisme désignant l'éventail des cas pris en charge par un établissement de santé. Dans le cas du CGD-13 il s'agit de comparer la typologie des hospitalisations résultant du classement en groupes homogènes de malades (GHM) des prises en charge en médecine réalisées par l'établissement.

La direction a transmis dans sa réponse aux observations provisoires le dossier déposé auprès de l'ARS, en mai 2021 d'un EHPAD hors les murs de 29 places, qui devrait permettre d'utiliser les places manquantes par rapport à l'autorisation accordée.

2.3 Un surfinancement de la MAIA de Marseille pilotée par le CGD-13

L'établissement est le pilote, sur le territoire de la ville de Marseille, de la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA). Il s'agit d'un dispositif associant tous les acteurs engagés dans l'accompagnement des personnes âgées de plus de 60 ans en perte d'autonomie et de leurs aidants grâce à une démarche d'intégration des services d'aide et de soins afin de fluidifier les parcours des personnes prises en charge et retarder l'entrée en institution.

La méthode repose sur trois mécanismes interdépendants que sont la concertation entre tous les acteurs, le guichet intégré fournissant une réponse harmonisée aux usagers et la gestion de cas pour les personnes âgées en situation complexe.

Le dispositif introduit en 2011 dans le code de l'action sociale et des familles à l'article L. 113 3 et le code de la santé publique à l'article L. 1431-2 est financé sur des crédits de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) gérés par les agences régionales de santé au travers de versement sur les crédits du fonds régional d'intervention (FIR).

Après une période d'expérimentation, l'agence régionale de santé de Provence alpes côte d'azur (ARS-PACA) a signé le 30 septembre 2016 une convention pluriannuelle pour la période 2016-2018. La chambre note que le département des Bouches-du-Rhône n'est pas partie prenante à cette convention alors que l'article 76 de loi d'adaptation de la société au vieillissement de décembre 2015¹⁵ prévoit que désormais les conseils départementaux participent au pilotage des MAIA. La direction indique dans sa réponse aux observations provisoires que le département est simplement associé au travers de la participation des pôles info seniors à la MAIA ce qui ne répond à la préconisation de la loi précitée.

¹⁵ Codifié à l'article L. 113-2 du CASF : (...) « *Le département veille à la couverture territoriale et à la cohérence des actions respectives des organismes et des professionnels qui assurent des missions d'information, d'orientation, d'évaluation et de coordination des interventions destinées aux personnes âgées, notamment les centres locaux d'information et de coordination mentionnés au 11° du I de l'article L. 312-1 et les institutions et les professionnels mettant en œuvre la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie mentionnée à l'article L. 113-3* ».

Tableau n° 3 : Financement des rémunérations brutes MAIA (en €)

	2016	2017	2018	2019	Total
+ Financement conventions	354 304	354 304	303 046	396 372	1 408 026
- Dépenses UF Maia	239 190	306 620	359 885	338 243	1 243 937
- Dépenses PH (Dr Ceurase)	17 246	13 919	8 131	1 405	40 701
Écart	97 868	33 765	- 64 970	56 724	123 388
<i>Pour mémoire versement FIR</i>	560 000	560 000	560 000	705 000	

Source : CRC d'après annexes des conventions et fichiers de paye.

Le dispositif MAIA repose essentiellement sur le personnel dédié à la gestion des cas complexes qui constitue l'essentiel des besoins de financement. Le comparatif des rémunérations brutes versées dans le cadre de la MAIA permet de faire ressortir un surfinancement sur ce seul poste de 123 388 € auxquels il convient d'ajouter les cotisations sociales afférentes estimées à 51 822 €. La chambre n'a pas consulté les bilans financiers transmis, selon l'établissement, à l'ARS ; il est toutefois constant sur la période qu'aucune reprise n'a été effectuée par l'ARS sur les crédits FIR.

L'approximation dans les prévisions des dépenses de personnel explique notamment le dépassement de 2018 puisque deux agents supposés être mis à disposition gratuitement par le GCS-PGAM ont en fait été employés directement par le CGD-13.

La convention signée en avril 2019 comportant les noms des gestionnaires de cas la chambre a établi un comparatif¹⁶ entre les prévisions de rémunérations et leur exécution à partir des fichiers de paye. Il en résulte une sous exécution de 56 724 € qui ne s'explique pas entièrement par des départs imprévus de gestionnaire de cas durant l'année. Ainsi certains événements connus au moment de la signature de la convention, comme des départs, n'ont pourtant pas été intégrés dans l'estimation des rémunérations annuelles.

Cette sous consommation qui s'est également répercutée sur les charges sociales n'a pas conduit à l'activation du mécanisme de mise en réserve des fonds dédiés¹⁷ prévu par l'article 6.4 de la convention de 2019. En effet les comptes concernés n'ont pas été utilisés au compte financier 2019 laissant supposer que les crédits ont été entièrement consommés, ce qui n'est pas le cas, au moins pour les rémunérations.

L'établissement devra suivre avec plus de diligence l'exécution des bilans financiers de la MAIA et mettre en réserve, les cas échéant, les fonds non consommés au risque de s'exposer à une demande reconventionnelle de la part de l'ARS en cas de contrôle de l'utilisation des fonds.

¹⁶ Cf. Annexe 3- Prévision et exécution des rémunérations brutes de la MAIA en 2019.

¹⁷ Inscription des crédits non utilisés au 31 décembre de l'année N en charge du compte C/6894 : engagements à réaliser sur ressources affectées et au passif du bilan au compte 194 fonds dédiés sur subvention de fonctionnement. Si les crédits ne sont pas consommés en N+1 l'ARS les reprend.

2.4 Une activité de recherche insuffisamment encadrée

Le projet médical du projet d'établissement 2011-2015 prévoyait, en lien avec le développement du partenariat avec l'AP-HM, la création d'une cellule « recherche ». Sa finalité était de participer aux travaux de recherche en gériatrie et en gérontologie comme site collaborateur et à terme comme site promoteur. D'abord dénommé « Médecis » pour maison expérimentale pour le développement de l'innovation et de la coopération interprofessionnelle pour les séniors, puis « Silvermed », cette cellule est mentionnée comme étant créée dans le bilan du projet médical 2011-2015.

Le projet d'établissement 2016-2020 consacre l'implantation d'un institut Silvermed au CGD-13¹⁸ pour lequel il est prévu la rénovation d'une villa de fonctions pour abriter « *un département de recherche clinique* ».

Invitée à présenter les conventions d'occupation des locaux par l'institut, la direction de l'établissement a indiqué que l'institut n'était en fait qu'une simple unité fonctionnelle interne à l'établissement tout comme le département de recherche clinique. Sur cette unité fonctionnelle il n'y a qu'un seul agent¹⁹ qui se présente à l'extérieur comme le coordonnateur de l'institut. Rémunéré comme chef de projet de recherche clinique il n'apparaît pas dans l'organigramme de l'établissement et n'est hiérarchiquement rattaché à aucun service.

Une recherche sur le registre national des associations (RNA) a également permis d'identifier une association Silvermed anciennement dénommée Encre'âge dont les nouveaux statuts ont été déposés en 2016. Cette association a perçu, également en 2016, de la part du CGD-13 une somme de 1 500 € à titre de subvention.

Cette association, dissoute en janvier 2020, était présidée par le Dr X, la vice-présidente étant le Dr Y et la secrétaire le Dr Z, toutes médecins salariées du CGD-13 et présidentes successives de la CME. Le Pr A. et le Dr B. étaient également membres du bureau de cette association.

Le versement de cette subvention à l'association Silvermed dont le contrôle est exercé par des praticiens salariés de l'hôpital pour un montant de subvention supérieur au solde du compte de résultat 2015 de l'association pose la question de son rôle réel dans la gestion de l'activité de recherche du CGD-13.

Outre ces problèmes structurels, une partie, non quantifiée, du temps de travail de plusieurs médecins de l'établissement est dédiée à une activité de recherche dont des recherches cliniques impliquant des patients ou des résidents du CGD-13²⁰. Or le CGD-13 ne tient aucun décompte précis du volume horaire consacré à ces recherches par le personnel médical. L'absence de cadrage du temps consacré par les médecins aux activités de recherche ne permet pas une évaluation du coût induit pour l'établissement de cette activité.

¹⁸ Projet d'établissement 2016-2020 (page 74).

¹⁹ M. A. (Matricule 029036) recruté comme assistant de recherche clinique était précédemment rémunéré sur le département de recherche clinique UF 8801.

²⁰ Par exemple l'étude sur « la vulnérabilité des patients âgés ayant un myélome » conduite par le CHU de Nantes.

Tableau n° 4 : Totale des rémunérations brutes allouées dans le cadre de la recherche (en €)

<i>Unités fonctionnelles</i>	2013	2014	2015	2016	2017	2018	019	Total général
1102 SILVERMED					44 726	63 655	56 441	164 821
<i>M. A (029036)</i>					44 726	59 647	56 441	160 813
<i>M. D (029614)</i>						4 008		4 008
8801 CSG RECHERCHE	32 076	34 220	44 399	16 011				126 706
<i>M. A (029036)</i>			10 199	7 454				17 653
<i>Mme L. (026367)</i>	32 076	34 220	34 200	8 557				109 053
8801 DÉPT RECH CLINIQUE				68 335	54 151	36 871	41 029	200 386
<i>M. A (029036)</i>				40 998	14 909			55 907
<i>Mme C. (028453)</i>							24 974	24 974
<i>Dr.G (029235)</i>				1 666	5 016	14 890	16 055	37 627
<i>Mme L. (026367)</i>				25 671	34 227	21 980	-	81 878
Total général	32 076	34 220	44 399	84 346	98 877	100 526	97 469	491 913

Source : CRC d'après fichiers de paye.

Pour le personnel non médical la chambre observe une très forte croissance de la rémunération brute des contractuels alors que cette dépense, imputée sur le budget H, n'est pas financée par des crédits de recherche versés par l'ARS. En 2014, selon les propos du Dr Retornaz à la CME²¹, le CGD-13 aurait obtenu l'autorisation de développer une cellule dédiée à la recherche, rattachée au court séjour gériatrique et financée avec des points SIGAPS.

Or si l'octroi de crédits dédiés au financement de la recherche ont bien été ouverts à l'ensemble des établissements de santé, en 2012, leur bénéfice est réservé, outre les CHU et les centres hospitaliers dotés d'une convention avec l'université, aux établissements atteignant un niveau d'activité de recherche et d'enseignement de 250 K€²². Le CGD-13 n'entrant dans aucune de ces catégories et aucun crédit MERRI n'ayant été notifié au CGD-13 sur l'ensemble de la période sous revue il apparait que l'activité n'est pas financée.

Plusieurs financements présentés par l'établissement comme compensatoires au fonctionnement de la cellule de recherche ne sont en réalité pas des crédits de fonctionnement même s'ils ont été traités comme tels, à tort, par le CGD.

²¹ Compte rendu de la CME de mars 2014 page 7.

²² Seuil de 250 K€ (200 K€ en 2012 et 2013) issus de la valorisation des indicateurs de la part modulable MERRI. Ces indicateurs sont liés aux publications évaluées par le système d'interrogation de gestion et d'analyse des publications scientifiques (SIGAPS) et à des indicateurs de fonctionnement (enseignement, essais cliniques, inclusions promoteur et investigateurs) évalués par le système d'interrogation et de gestion des essais cliniques (SIGREC).

C'est le cas du versement par la fondation d'entreprise du crédit agricole d'une somme de 39 756 € qui est une recette affectée²³ à l'investissement de l'espace Snoezelen²⁴. L'inscription de cette somme au compte c/7488 était donc erronée et est venue, au surplus, abonder irrégulièrement les produits du budget H pour une subvention destinée à un équipement affecté au budget E. La chambre observe également que l'institut silvermed, représenté par M. Jean-Claude Pical en sa qualité de directeur du CGD-13 et signataire de la convention est décrit comme une association loi 1901, ce qui renforce encore l'existence d'une confusion entre Silvermed en tant qu'unité fonctionnelle du CGD et l'association du même nom.

Une subvention d'un même montant, également imputée au compte c/7488 a été versée pour le même objet par la société Malakoff Mederic. Le chargé de mission de l'institut silvermed a communiqué en indiquant que l'espace snoezelen avait été intégralement financé par ces deux subventions, confirmant l'analyse de la chambre sur le caractère de subvention d'investissement. En revanche le dépliant relatif à l'espace Snoezelen présent sur le site du CGD mentionne comme partenaire la société Réunica. Ainsi, en dépit des dénégations de l'ancien ordonnateur dans sa réponse aux observations provisoires, les subventions versées par Malakoff Méderic et la fondation d'entreprise du crédit agricole ont bien été utilisées pour le fonctionnement de l'activité recherche et non pour le financement de l'espace Snoezelen contrairement à l'objet des conventions.

Le Dr X, présidente de l'association silvermed a également confirmé un versement de 6 000 € pour l'embauche de M. X et qualifié de maladresse la confusion entre l'association qu'elle présidait et le CGD. *In fine*, l'activité recherche du CGD-13 qui consomme en 2019 près de 100 000 € de rémunérations brutes, outre le temps de travail non chiffré des médecins, n'est pas financée.

La recherche impliquant la personne humaine est codifiée aux articles L. 1121-1 et suivants du CSP. Pour mettre en œuvre une étude de cette nature trois acteurs sont requis :

- le promoteur, personne physique ou morale responsable de la recherche, en assure le financement et la gestion. Il est responsable de l'indemnisation des dommages éventuels et doit contracter une assurance spécifique destinée à les couvrir. Il est propriétaire des données et interlocuteur du comité de protection des personnes (CPP)²⁵ ;
- l'investigateur, personne physique qui dirige et surveille la réalisation de la recherche sur un lieu. Médecin, il est responsable de la sécurité des patients inclus dans l'étude ;
- le volontaire, personne saine ou malade qui se prête à la recherche, après avoir été dûment informé des objectifs de la recherche et de son déroulement.

²³ Une ressource est considérée comme affectée lorsqu'elle a une affectation précise c'est à dire que l'établissement doit en faire un usage spécifique, défini par le bailleur de fonds, que le montant de la recette est égal au montant de la charge qui incombe à l'établissement public et enfin que la recette n'est définitivement acquise à l'établissement public que lorsque celui-ci a effectué la dépense correspondante.

²⁴ Article 1 objet de la convention « (...) pour la conception et l'aménagement d'un espace interactif multi sensoriel dédié aux résidents atteints de la maladie d'Alzheimer (...) ».

²⁵ Créée par la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique les CPP, au nombre de 40 en France, se prononcent avant la mise en œuvre d'une recherche sur sa qualité méthodologique et les aspects éthiques. L'avis favorable d'un CPP est nécessaire pour commencer une recherche.

Dans le cas des protocoles de recherche, consultés par la chambre, dirigés par le CGD-13, les médecins de l'établissement sont les investigateurs, le promoteur étant soit l'AP-HM soit un autre CHU, soit un département universitaire. Les conventions consultées portent les mentions requises et règlent les questions financières. Elles n'appellent donc pas d'observations.

En revanche, la convention passée entre le CGD-13 et l'EHPAD de Roquefort-la-Bédoule, en 2018 pose plus de difficultés. Le CGD-13 est promoteur d'une étude relative aux thérapies non médicamenteuses appliquées aux troubles du comportement, ce qui se traduit par la facturation de la rédaction d'un article à 15 000 €. Si l'établissement a été en mesure de fournir l'avis favorable du CPP relatif à cette recherche, en revanche l'assurance responsabilité hospitalière transmise ne couvre pas l'activité de recherche. Au surplus, l'établissement n'a pas été en mesure de justifier des flux financiers avec l'EHPAD. Dans sa réponse aux observations provisoires le directeur de la maison de retraite a confirmé qu'un virement de 7 500 € avait été adressé au CGD en 2018 en contrepartie d'une étude au bénéfice de son établissement. Outre qu'il a été imputé sur un compte inadéquat, le second titre de recettes de 7500 € n'a été émis qu'à l'occasion du contrôle de la chambre ce qui illustre l'insuffisant suivi des recettes de cette activité.

Enfin, en réponse à un questionnement de la chambre sur l'encadrement des recherches à finalité commerciale, la direction a confirmé que l'établissement était en lien avec des industriels pour développer des nouveaux produits sans toutefois être en mesure de produire les conventions uniques exigées par le décret de novembre 2016²⁶.

L'établissement est invité à passer en revue les temps dédiés aux activités de recherche et à régulariser les conventions et les circuits financiers dédiés à cette activité de recherche dont le suivi et l'encadrement apparaissent très insuffisants. La direction a confirmé, dans sa réponse aux observations provisoires, avoir entrepris les premiers travaux de régularisation de l'organisation et du financement de l'activité recherche pour en assurer la pérennité indispensable notamment pour poursuivre l'accueil d'internes.

Recommandation n° 2 : Mieux encadrer l'activité recherche du centre gérontologique départemental notamment au travers de son organisation et de la sécurisation de ses circuits de financements.

²⁶ Décret n° 2016-1538 du 16 novembre 2016 relatif à la convention unique pour la mise en œuvre des recherches à finalité commerciale impliquant la personne humaine dans les établissements de santé, les maisons et les centres de santé.

3 LA FIABILITÉ DES COMPTES

3.1 Un établissement dont les comptes ne sont pas fiabilisés

En application de l'article 17 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, le décret n° 2013-1239 du 23 décembre 2013 a défini les établissements publics de santé soumis à la certification de leurs comptes²⁷. Le seuil à partir duquel ces derniers sont soumis à cette obligation a été fixé à 100 M€ de produits du compte de résultat principal pendant trois années consécutives. Les autres établissements doivent fiabiliser leurs comptes.

Cette démarche a été formalisée dès 2009 par les acteurs du système de santé²⁸ autour de deux axes prioritaires : la fiabilisation des états financiers et le déploiement d'un dispositif de maîtrise des risques comptables et financiers.

Si le CGD-13 n'est pas inclus dans la démarche de certification il reste soumis à l'obligation de fiabilisation de ses comptes. En décembre 2012, la trésorerie de Marseille hospitalière (TMH) a organisé une réunion de présentation et de définition d'objectifs pour procéder à la fiabilisation des comptes de quatre EPS, dont le CGD-13. Le calendrier prévisionnel établi à cette occasion fixait, pour avril 2013, la réalisation d'un audit conjoint avec la trésorerie et à juin 2013 la remise par le CGD-13 des dossiers justificatifs de passation des écritures de corrections, à réaliser durant le dernier trimestre 2013. L'ajustement de l'inventaire et de l'actif devait, quant à lui, aboutir en 2014.

Force est de constater qu'en 2020, aucune action n'a été entreprise pour faire aboutir la fiabilisation des comptes du CGD-13. Aucune procédure écrite de contrôle interne, qui aurait pu en résulter, n'a en conséquence été mise en œuvre ni n'a pu être présentée à la chambre. La chambre a également pu constater, au-delà de l'absence de fiabilisation, que la tenue des comptes était indigente. L'établissement commet, comme cela est illustré tout au long du présent rapport, de nombreuses erreurs d'imputation portant sur des montants importants²⁹ qui nuisent à la lisibilité des comptes.

Par ailleurs ni le conseil départemental et l'ARS n'ont exigé de l'établissement qu'il finalise la démarche de fiabilisation de ses comptes.

²⁷ Codifié à l'article D 6145-61-7 du code de la santé publique (CSP).

²⁸ Les juridictions financières, DGOS, DGFIP, Institut du management de l'EHESP, Compagnie nationale des commissaires aux comptes, directeurs d'hôpital, médecins DIM et comptables hospitaliers.

²⁹ Voir à titre d'exemple l'erreur d'imputation au compte financier en 2019 portant sur le compte c/7087 qui a conduit à l'inscription d'un montant de 2 858 478 € au lieu de 10 784 481 € soit près de 8 M€ d'écart.

En l'absence de mise en œuvre effective de la fiabilisation des comptes, le CGD-13 a procédé, en 2015³⁰, à une revue de ses états de provisions et effectué une correction en situation nette en entrée du compte financier de 2015. Cette opération dont les effets sur l'altération de la réalité du résultat est analysée *infra*, ne saurait être qualifiée de fiabilisation des comptes malgré la terminologie trompeuse utilisée par l'établissement dans la délibération qui la supporte. En effet, les ajustements de provisions ont été réalisés, sans concertation avec le comptable public sur des hypothèses erronées, comme il sera démontré *infra*. Au surplus, les règles que l'établissement entendait définir n'ont pas été respectées sur les exercices suivants au mépris de la permanence des méthodes comptables.

L'instruction budgétaire et comptable M21 prévoit d'ailleurs qu'une annexe PF1 « *principes et méthodes comptables* » contenant, pour chaque provision ou dépréciation des éléments d'explication précis sur les faits générateurs expliquant les reprises ou dotations enregistrées dans l'année, est obligatoirement jointe aux comptes financiers.

La chambre constate l'absence irrégulière de cette annexe dans les comptes financiers de la période sous revue à l'exception de ceux de 2019 établis après l'ouverture du contrôle par la chambre. Toutefois l'annexe ne comporte aucune mention de la méthode retenue pour évaluer les provisions comptabilisées aux comptes dédiés, ce qui est également irrégulier.

La nouvelle directrice a indiqué, qu'elle avait identifié cette absence de méthode sanctuarisée et a tenu à rappeler que le poste de directeur des affaires financières de l'établissement avait été fragilisé par divers départs et période d'intérim. La chambre observe que cette instabilité a débuté en 2015. Entre 2013 et 2015 au moment où la fiabilisation devait être mise en place, l'équipe était complète³¹ et installée de longue date. Une directrice d'hôpital qui dispose d'une expérience des finances hospitalières a été recrutée en novembre 2020 et a établi un plan d'action avec la trésorerie qui devra être déployé progressivement.

Recommandation n° 3 : Mettre en œuvre, dans les meilleurs délais, la fiabilisation des comptes prévue par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

³⁰ Délibération n° 8 du conseil de surveillance du 10 novembre 2015 État de provisions- fiabilisation des comptes.

³¹ Un directeur d'hôpital et deux attachés d'administration hospitalière.

3.2 Des provisions dont l'évaluation est erratique

Tableau n° 5 : État des provisions et dépréciations sur la période au 31/12/N

Montants en milliers d'€)	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Évolution mye annuelle
<i>c/142 Provisions réglementées pour renouvellement immobilier</i>	173,61	173,61	173,61	167,82	162,03	156,25	150,46	- 2,36 %
<i>c/ 1572 Provisions gros entretiens grandes révisions</i>	397,84	384,95	320,00	265,11	193,11	93,11	-	-
<i>c/1518 Autres provisions pour risques</i>	58,08	58,08	57,03	135,62	55,14	55,14	26,73	- 12,13 %
<i>c/49 - Dépréciation comptes de tiers</i>	151,24	90,19	170,50	165,47	113,68	93,91	58,55	- 14,63 %
<i>c/158 Autres provisions pour charges</i>	639,38	606,31	606,31	-	-	-	-	-
<i>c/143 (c/ 153) Provisions CET</i>	452,88	411,08	311,24	464,06	377,15	460,16	483,92	1,11 %
TOTAL	1 873,04	1 724,23	1 638,70	1 198,08	901,13	858,58	719,66	- 14,74 %

Source : comptes financiers 2013-2019.

La chambre observe que le niveau total des provisions du CGD-13 s'est contracté entre 2013 et 2019 de 61 % soit une baisse annuelle moyenne de 14,74 %. En l'absence de toute démarche de fiabilisation, cette forte diminution a conduit la chambre à analyser chaque provision individuellement pour s'assurer des modalités de leur constitution et des mouvements annuels de reprises-dotations.

3.2.1 Des reprises mal calculées ou infondées des c/142 et c/1572

La provision réglementée pour renouvellement immobilier du compte c/142 est restée globalement stable sur la période, et son stock s'élève à 150 459 € au 31 décembre 2019. Elle correspond aux travaux de l'unité d'hébergement renforcée (UHR) du bâtiment Estaque de l'EHPAD. Le calcul de la reprise annuelle de provision, correspondant aux termes de la notification de l'ARS n'appelle pas d'observation. En revanche, la chambre pourra relever que ces travaux de sécurisation d'un bâtiment existant à l'aide de portes à digicode ou de fenêtres sécurisées, doivent être qualifiés d'installations générales, agencements, aménagements des constructions (I.G.A.A.C.). Or ils ont été amortis comme le bâtiment qui les abritent sur 30 ans alors que la durée d'amortissement fixée par l'établissement pour les IGAAC est de 20 ans. L'objectif de cette provision réglementée étant d'atténuer l'effet de l'opération d'investissement sur les charges de l'établissement, la réduction artificielle de la charge d'amortissement est un non sens.

Les provisions pour charges à répartir sur plusieurs exercices enregistrées par le CGD-13 concernent uniquement le compte c/ 1572, accueillant les provisions pour gros entretien (PGE) ou grandes révisions qui doivent être justifiées par un plan pluriannuel d'entretien (PPE).

L'instruction budgétaire M21 précise ainsi que « la provision correspondante doit être destinée à couvrir des charges d'exploitation très importantes ayant pour seul objet de vérifier le bon état de fonctionnement des installations et d'y apporter un entretien sans prolonger leur durée de vie au-delà de celle prévue initialement. Les petites dépenses courantes d'entretien sont exclues de ce dispositif. [...] Les PGE doivent être justifiées par un plan pluriannuel d'entretien (PPE). »

Aucun PPE n'a été élaboré pour les exercices 2013 et 2014 et celui de la période allant de 2015 à 2018 pour un montant de 380 271,82 € ne répond pas aux préconisations de la M21 puisqu'il reprend pour 2015 le montant des dépenses réalisées au titre du gros entretien, qui ne constitue pas une prévision et ventile sur les quatre années suivantes 120 000 € puis deux fois 100 000 € pour le remplacement de volets. Au surplus, les dépenses transcrites dans le PPE ne correspondent pas à des dépenses de gros entretiens et sont des investissements en ce qu'ils prolongent la durée de vie du bien auxquels ils sont attachés.

Les reprises de 2014 étaient, en l'absence de PPE, infondées et celles de 2015 (60 271,82 €), et 2016 (54 885,60 €) correspondant aux travaux réalisés en 2015 et 2016, ne couvrant pas les montants annuels du PPE, une reprise aurait dû être constatée pour la portion annuelle non réalisée. Les reprises effectuées en 2017, 2018 et 2019 auraient dû faire l'objet d'une reprise à due concurrence du solde de la PGE, cette dernière devenant sans objet dès 2017.

Le fonctionnement de ce compte a donc été irrégulier sur l'ensemble de la période.

3.2.2 Un risque d'irrecouvrabilité insuffisamment couvert

Tableau n° 6 : Restes à recouvrer, provisions et admissions en Non-valeur

Montants en euros	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Évolution mye annuelle
Restes à recouvrer amiables (a)	2 559 977	1 879 015	2 670 307	1 895 987	2 216 821	2 834 325	2 901 751	2,1 %
Restes à recouvrer contentieux (b)	118 375	43 893	83 932	178 639	253 433	174 378	247 600	13,1 %
Total amiable et contentieux (c)	2 678 352	1 922 907	2 754 239	2 074 626	2 470 254	3 008 703	3 149 351	2,7 %
Produits TAC (d)	32 744 161	33 364 692	33 939 071	35 122 521	35 582 502	36 300 002	36 099 192	1,6 %
Taux total RAR (c/d)	8,18 %	5,76 %	8,12 %	5,91 %	6,94 %	8,29 %	8,29 %	
Taux RAR contentieux (b/d)	0,36 %	0,13 %	0,25 %	0,51 %	0,71 %	0,48 %	0,48 %	
Dépréciation des comptes de redevables (e)	151 243	90 191	170 497	165 468	113 684	93 914	93 914	- 7,6 %
Taux de provisionnement RAR total (c/e)	5,65 %	4,69 %	6,19 %	7,98 %	4,60 %	3,12 %	3,12 %	
Taux de provisionnement RAR contentieux (b/e)	127,77 %	205,48 %	203,14 %	92,63 %	44,86 %	53,86 %	53,86 %	
Provisions pour dépréciations / ANV	361,69 %	147,73 %	1364,70 %	3290,31 %	234,34 %	259,36 %	259,36 %	

Source : comptes financiers 2013-2019³².

³² Restes à recouvrer amiables SD-SC 411 ; Restes à recouverts contentieux SD-SC 416.

Sur la période 2013-2019, les restes à recouvrer (RAR) ont augmenté en moyenne de 2,7 %³³. Le taux global des restes à recouvrer qui oscille entre 6 et 9 % apparaît relativement maîtrisé.

Le taux de recouvrement des créances détenues par l'établissement dépend pour partie de la qualité des informations collectées par le service d'admission et de la rapidité de la facturation. La nouvelle équipe de direction a procédé à un audit interne sur la pratique de la dématérialisation du dossier administratif d'admission dont la mise en œuvre a débuté pour les nouveaux dossiers fin 2019. Il a permis d'objectiver d'importantes carences dans le contenu et la qualité des informations recueillies au moment de l'admission pour les services principaux³⁴. Des actions correctives ont été mise en œuvre en juin 2020 pour y remédier et une première évaluation de leurs effets devrait être menée en janvier 2021.

Le taux des restes à recouvrer contentieux apparaît également relativement maîtrisé. Pour autant les créances contentieuses comportent un risque élevé de non recouvrement qui se doit d'être anticipé. Si jusqu'en 2015, le taux de provisionnement des restes à recouvrer contentieux a été supérieur aux préconisations de l'instruction M21 de leur couverture intégrale dans une fourchette comprise entre 128 et 206 %, dès 2016, ce taux de provisionnement est descendu de 93 % à 24 % en 2019. Dans le même temps le montant des créances contentieuses a connu une augmentation moyenne annuelle de 31 %³⁵ soulignant encore plus l'incongruité de la baisse des provisions.

Tableau n° 7 : Provision pour dépréciation des comptes de redevables

<i>Montants en €</i>	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
<i>Stock au 1^{er} janvier</i>	193 059,03	151 243,42	90 191,49	170 497,16	165 468,21	113 684,48	93 913,72
<i>Dotations (68)</i>							
<i>Reprises (78)</i>	41 815,61	61 051,93	25 223,04	5 028,95	51 783,73	19 770,76	35 366,67
<i>Régularisation en situation nette (119 ou 110)</i>			105 528,71				
<i>Stock au 31 décembre</i>	151 243,42	90 191,49	170 497,16	165 468,21	113 684,48	93 913,72	58 547,05
<i>pour mémoire ANV & créances éteintes</i>	41 815,61	61 051,93	25 223,04	5 028,95	51 783,73	36 209,83	35 366,67

Source : comptes financiers.

L'ordonnateur n'a pas été en capacité d'expliquer la ou les méthodes d'évaluation des provisions du compte 491 sur la période examinée, en dehors de celle utilisée en 2015. Par une délibération de novembre 2015³⁶, le conseil de surveillance a approuvé la constitution de la provision pour dépréciations des comptes de redevables à hauteur de 70 % des créances non soldées au 31 décembre 2014 soit 195 720,20 € au lieu des 90 191,49 € provisionnés au 31 décembre 2014.

³³ + 2,1 % pour les restes à recouvrer amiables, + 13,1 % pour les restes à recouvrer contentieux.

³⁴ EHPAD-USLD, SSIAD, ADJ, HDJ et SSR.

³⁵ Contre 13 % sur l'ensemble de la période contrôlée 2013-2019.

³⁶ Délibération n° 8 du 10 novembre 2015 du conseil de surveillance.

La méthode d'évaluation choisie a exclu toute constitution de provision pour couvrir les créances détenues auprès des caisses de sécurité sociale, des départements et le cas échéant de l'État, mais surtout toute approche d'évaluation des créances dites douteuses par des critères comme la caractéristique du débiteur, son lieu de résidence, la nature de la créance et son ancienneté, et enfin les enjeux et risques des titres restant à recouvrer.

L'instruction conduit à constater qu'aucune analyse du risque d'irrecouvrabilité et de son traitement comptable n'a véritablement été entreprise durant la période examinée, en interne mais également en concertation avec le comptable public.

Cette méthode n'a pas été, au surplus, reproduite lors des exercices suivants³⁷, entraînant une rupture dans la continuité des méthodes appliquées par le CGD-13.

Tableau n° 8 : Écarts de provisions entre CGD et CRC (K€)

<i>En milliers d'€</i>	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<i>Provision CGD-13 au 01/01/N</i>	90,19	170,50	165,47	113,68	93,91	58,55
<i>Provision recalculée CRC*</i>	43,89	83,93	178,64	253,43	174,38	247,60
<i>Écart</i>	46,30	86,57	- 13,17	- 139,75	- 80,46	- 189,05

Source : comptes financiers.

** sur la base du C416 au 31/12/N-1.*

Le calcul de la provision pour dépréciation de créances effectué conformément aux préconisations comptables, c'est-à-dire sur la base minimale de la couverture à 100 % des créances contentieuses constatées au 31/12 de l'année précédente permet de constater une sous-évaluation des provisions au compte 491 entre 2017 et 2020.

L'ordonnateur est invité à mettre en œuvre une méthode d'évaluation des provisions du compte 491, en concertation avec le comptable public et en conformité avec la réglementation en vigueur et de la porter à la connaissance des tiers dans l'état PF1 « principes et méthodes comptables » des comptes financiers.

3.2.3 Une comptabilisation erronée des provisions des comptes pour risques

Les provisions pour risques constituées par le CGD-13, stables sur la période sous revue, sont enregistrées uniquement sur le compte c/1518 « autres provisions pour risques » qui doit retracer, selon les indications de l'instruction M21, les provisions constituées pour le versement d'indemnités de licenciement, d'indus caisse d'assurance maladie, amendes et pénalités, redressements fiscaux et de cotisations de sécurité sociale.

³⁷ Les provisions des exercices suivants ne correspondent pas à 70 % des créances détenues au 31/12/n-1 hors créances sécurité sociale, départements et Etat.

Tableau n° 9 : Autres provisions pour risques et charges (c/1518)

<i>En milliers d'euros</i>	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
<i>Stock au 1^{er} janvier</i>	58,08	58,08	58,08	57,03	135,62	55,14	55,14
<i>Dotations (68)</i>				80,48		0,00	
<i>Reprises (78)</i>				1,89	80,48	0,00	28,41
<i>Régularisation en situation nette (119 ou 110)</i>			1,05				
<i>Stock au 31 décembre</i>	58,08	58,08	57,03	135,62	55,14	55,14	26,73

Source : comptes financiers.

Une liste des affaires pendantes devant les tribunaux administratifs et aux prud'hommes a été produite pour justifier de la régularisation en situation nette opérée en 2015 et fait apparaître un montant total du risque évalué à 190 115,10 €. Le taux de couverture par provision de ce risque a été ramené uniformément à 30 % du total.

Or, l'instruction budgétaire et comptable M21 indique sur ce point qu'« Une provision doit être constatée :

- *S'il existe, à la clôture de l'exercice, une obligation légale, réglementaire, conventionnelle ou reconnue par l'établissement ;*
- *S'il est probable ou certain à la date d'établissement des comptes qu'elle provoquera une sortie de ressources au bénéfice de tiers sans contrepartie équivalente de celui-ci ;*
- *Si cette sortie de ressources peut être estimée de manière fiable ».*

Cette disposition implique une évaluation au cas par cas qui n'a pas été effectuée par l'établissement. Au surplus, la liste de ces dossiers fait apparaître que l'origine des risques couverts par provision au compte c/1518 relèvent majoritairement du compte c/1511-provisions pour litiges, constituées pour faire face au paiement de dommages-intérêts, d'indemnités ou de frais de procédures. Le CGD-13 a produit, après de multiples relances, un tableau qui fait apparaître que certains risques estimés n'ont pas été provisionnés et des reprises non enregistrées³⁸.

Enfin la chambre observe que l'absence de comptabilisation de certaines écritures ou les erreurs n'ont pas empêché la production d'un tableau aboutissant aux totaux figurant en stock de provision sur les comptes financiers, ce qui implique que le CGD-13 est reparti du résultat pour justifier les reprises et dotations réalisées sur chacun des exercices examinés, ce qui est évidemment irrégulier.

³⁸ Le tableau détaillé produit le 20/11/2020 présente, par exemple, les cinq nouveaux litiges estimés par le CGD-13 au 31/12/2016 avec un montant de dotation de 155 775 € (Litiges Mme B. (Matricule 025262), Mme C. (Matricule 015203), Mme D. (Matricule 027745), HAD et SSR T2A) alors que n'a été provisionné au compte financier qu'un montant de dotation de 80 475€ correspondant à seulement deux d'entre eux (Litiges HAD budget H et SSR T2A budget H). Ce tableau présente également au 31/12/2018 un montant de reprise à zéro, alors que le compte financier présente un total de 28 413,23.

Tableau n° 10 : Ecart de provision du fait des réfections opérées et des omissions

<i>En milliers d'€</i>	2015	2016	2017	2018	2019
<i>Provision CGD-13</i>	58,08	57,03	135,62	55,14	55,14
<i>Provision recalculée CRC</i>	190,12	190,12	271,71	191,23	191,23
<i>Écart</i>	- 132,03	- 133,08	- 136,09	- 136,09	- 136,09

Source : comptes financiers et réponses du CGD-13 du 20/11/2020.

La méthode de provisionnement pour risques souffre d'irrégularités qui ont pour corollaire une lecture compliquée faute de comptabilisation à la subdivision idoine du compte 151X et surtout un sous provisionnement manifeste des risques attachés.

3.2.4 Un provisionnement non conforme des passifs sociaux

Les provisions du compte c/158 « autres provisions pour charge » ont fait l'objet de comptabilisations jusqu'en 2015 à hauteur de 606 314,80 €, date à laquelle elles ont été régularisées en situation nette, « *celles-ci n'étant plus justifiées* » ainsi qu'indiqué dans l'état PF2 du compte financier 2015. À ce jour, aucune provision n'est comptabilisée sur ce compte.

Tableau n° 11 : Autres provisions pour charges c/158

<i>En milliers d'euros</i>	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
<i>Stock au 1^{er} janvier</i>	639,38	639,38	606,31	Aucune dotation ou reprise sur les comptes financiers			
<i>Dotations (68)</i>							
<i>Reprises (78)</i>		33,07					
<i>Régularisation en situation nette 119</i>			606,31				
<i>Stock au 31 décembre</i>	639,38	606,31	0,00				

Source : comptes financiers et réponses de l'ordonnateur.

Si la régularisation effectuée n'appelle pas d'observation, en revanche l'absence de provision pour passifs sociaux dans les comptes du CGD-13 ne répond pas aux préconisations de l'instruction budgétaire et comptable M21.

La circulaire DGEFP/DGAFP/DGCL/DGOS/Direction du budget n° 2012-01 du 3 janvier 2012 relative à l'indemnisation du chômage des agents du secteur public a défini les conditions dans lesquelles les employeurs publics doivent assurer l'indemnisation du chômage de leurs anciens agents. L'article L. 5424-2 du code du travail, dans sa version en vigueur jusqu'au 1^{er} janvier 2019, offre la possibilité aux employeurs publics de confier la gestion de l'indemnisation chômage à Pôle emploi.

Bien que tardivement, le CGD-13 a signé, dans ce cadre, une convention de gestion avec Pôle emploi pour une durée indéterminée, avec date d'effet le 1^{er} octobre 2015³⁹.

L'instruction M21 précise, qu'à ce titre « l'EPS qui est son propre assureur constitue, au 31 décembre de l'exercice, une provision au compte 158 « Autres provisions pour charges », dès lors qu'il a connaissance à cette date de la perte involontaire d'emploi pour les agents concernés. Le montant de la provision correspond au montant des droits acquis restant à verser estimés au 31 décembre de l'exercice ».

Compte tenu du nombre important de non titulaires et contrats à durée déterminée, le CGD-13 se trouve dans la situation dans laquelle « *il est probable ou certain que la perte involontaire d'emploi entraîne pour l'établissement l'obligation de verser à l'agent l'allocation d'aide au retour à l'emploi, sans toutefois que les droits acquis par l'agent ne puissent être déterminés de façon définitive* ». L'établissement estimant le montant des ARE à un peu plus de 300 000 € pour son EPRD 2020, le risque à couvrir est en conséquence significatif. Pour autant l'établissement a indiqué à la chambre lors d'un entretien avec le DRH avoir fait le choix de ne pas provisionner ce risque pour ne pas mettre en péril ses finances, ce qui est irrégulier.

Le compte 143/153⁴⁰ enregistre toutes les provisions pour charges de personnel liées à la mise en œuvre du compte épargne temps (CET). Elles doivent être constituées en application du décret n° 2012-1366 du 6 décembre 2012 pour le personnel non médical et du décret n° 2012-1481 du 27 décembre 2012 pour le personnel médical.

Deux arrêtés interministériels du 17 avril 2014 précisent qu'une provision doit être constituée pour chaque jour épargné par les agents médicaux et non médicaux, valorisée conformément aux montants forfaitaires fixés par arrêté ministériel du 6 décembre 2012⁴¹, et majorée des charges sociales patronales.

Les arrêtés de décembre 2018, portant modification des articles 4, 5 et 6 des arrêtés de 2014 à compter du 1^{er} janvier 2019, ont précisé que la provision correspond désormais au nombre de jours constatés dans le CET, valorisés sur une base individuelle, en retenant le coût moyen journalier de chaque agent concerné ou sur une base statistique, en retenant le coût moyen journalier par catégorie d'agents ou de praticiens.

³⁹ Avant cette date le CGD-13 avait conclu un contrat d'adhésion avec les ASSEDIC des Bouches-du-Rhône depuis avril 1996 et versait à ce titre l'ensemble des contributions destinées à couvrir le financement du régime d'assurance chômage.

⁴⁰ Le compte c/143 de recensement des passifs liés au compte épargne temps est devenu le compte c/153 à compter de 2015 et a été scindé entre le personnel médical (C/1531) et le personnel non médical (C/1532).

⁴¹ 300 € par jour pour le personnel médical, 125 € pour les agents de catégorie A, 80 € pour les agents de catégorie B et 65 € pour les agents de catégorie C.

Tableau n° 12 : Provisions pour charges de personnel liées au compte épargne temps (C/153)

<i>En milliers d'euros</i>	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
<i>Stock au 1^{er} janvier PM (c/1531)</i>	540,08	452,88	160,83	143,88	264,48	212,40	243,15
<i>Stock au 1^{er} janvier PNM (c/1532)</i>			250,25	167,36	199,58	164,75	217,01
<i>Dotations (68) PM</i>			16,58	154,28		30,75	31,19
<i>Dotations (68) PNM</i>			26,78	39,91		53,07	11,83
<i>Reprises (78) PM</i>	81,69	35,34	33,53	33,68	52,08		6,86
<i>Reprises (78) PNM</i>	5,51	6,45	4,40	7,70	34,82	0,81	12,40
<i>Régularisation en situation nette (119 ou 110)</i>			105,27				
<i>Stock au 31 décembre 1531 PM</i>	452,88	160,83	143,88	264,48	212,40	243,15	267,48
<i>Stock au 31 décembre 1532 PNM</i>		250,25	167,36	199,58	164,75	217,01	216,44
<i>Stock au 31 décembre C153</i>	452,88	411,08	311,24	464,06	377,15	460,16	483,92

Source : comptes financiers.

À l'aune de ces évolutions réglementaires sur la période 2013 à 2018, les provisions auraient donc dû constater un passif équivalent au nombre de jours épargnés par chaque agent affecté du montant forfaitaire correspondant à son statut et sa catégorie, le tout majoré des cotisations patronales en vigueur. À compter du 1^{er} janvier 2019, le taux forfaitaire aurait dû être remplacé par le salaire moyen individuel ou celui de la catégorie de l'agent concerné, cotisations incluses.

La chambre a d'abord pu constater l'indisponibilité des états individuels permettant de s'assurer de l'exactitude du nombre de jours de CET pris en compte pour calculer la provision et ce malgré de multiples demandes. Sur la période 2013-2018 ce solde non vérifiable a été valorisé uniquement par les taux forfaitaires applicables à chaque catégorie de personnel. La majoration des charges de cotisations sociales a été omise sur l'ensemble de la période, ce qui est irrégulier.

Pour 2019 l'ordonnateur a délibérément fait le choix de ne pas appliquer la nouvelle réglementation de calcul du CET au taux moyen. En effet, après avoir procédé à deux évaluations la direction a décidé de retenir le montant le plus favorable à l'établissement, c'est-à-dire le taux forfaitaire, toujours sans appliquer les cotisations sociales. Cette approche irrégulière contrevient aux principes de constitution des provisions rappelés ci-dessus et compromet intentionnellement la sincérité des comptes de l'établissement.

Tableau n° 13 : Écart de provision du fait de l'absence de cotisations sociales

En milliers d'euros	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Provision CGD-13 PM		160,83	143,88	264,48	212,40	243,15	267,48
Provision CGD-13 PNM		250,25	167,36	199,58	164,75	217,01	216,44
Total provision	452,88	411,08	311,24	464,06	377,15	460,16	483,92
Provision calcul CRC PM	164,39	233,82	301,19	312,35	382,23	423,88	405,90
Provision calcul CRC PNM	168,06	216,45	248,64	298,39	303,94	220,05	277,08
Total provision recalculée CRC	332,46	450,27	549,83	610,73	686,17	643,93	682,98
Écart	120,42	- 39,18	- 238,59	- 146,68	- 309,02	- 183,77	- 199,06

Source : comptes financiers et soldes des CET par catégorie d'agents transmis le 21/11/2020.

Après de nombreuses demandes la direction des ressources humaines a transmis les stocks annuels des CET par catégorie d'agents ayant en principe servi au calcul de la provision.

La chambre a, sur les bases transmises par l'établissement, recalculé⁴² la provision du compte c/ 153 en retenant comme hypothèse, de manière uniforme sur l'ensemble de la période, la valorisation retenue dans la fiche n° 18 de la DGFIP/DGOS relative au passifs sociaux dans les EPS.

Le premier constat est une impossibilité de reconstituer les montants de provision inscrits au compte financier en appliquant uniquement le taux forfaitaire comme le CGD est supposé l'avoir fait. Cet élément renforce l'incertitude sur le nombre de jours réellement acquis par les agents. Ce décalage est particulièrement important en 2017 avec une sous-évaluation de 117 000 €.

La chambre observe par ailleurs que la provision est, à l'exception de 2013, largement sous-évaluée. Comme rappelé *supra* il aurait convenu, pour 2019, d'appliquer le salaire moyen annuel par agent ou par catégorie. L'évaluation de la chambre pour 2019 est probablement encore sous-évaluée, sans qu'il soit possible, faute de disposer des états individuels, de le faire de manière plus précise.

À compter de 2020, l'établissement veillera à appliquer, selon le choix retenu, le salaire moyen par agent ou catégorie au stock des CET constaté après compilation des états individuels par la DRH, pour disposer d'une vision claire de la réalité de ses passifs sociaux. L'établissement a confirmé dans sa réponse aux observations provisoires que la bonne application des règles de provisionnement en 2020 avait dégradé le résultat de plus de 429 000 €. Ce constat conforte l'analyse de la chambre relative aux défauts de fiabilité des comptes qui avait prévalu jusqu'alors, dont la minoration des comptes de provisions en général et des passifs sociaux en particulier.

Recommandation n° 4 : Mettre en œuvre des méthodes permanentes d'évaluation des comptes de provisions.

⁴² CF. Annexe 4-calcul de la provision pour CET.

3.3 Une répartition absconse des flux financiers entre budgets

La nomenclature budgétaire et comptable M21 prévoit que le compte 7087 « *Remboursement des frais par les CRPA* », enregistre les remboursements de frais par les comptes de résultats annexes. Le compte 6286 « *Participation aux charges communes* », ou le compte de classe 6 approprié est débité dans la comptabilité annexe via le compte de liaison 45. Le montant des recettes ainsi enregistré doit être égal au montant des mandats de remboursement établis au titre des comptabilités annexes.

Durant la période 2013-2018, le compte 7087 du budget principal a bien été mouvementé⁴³ mais les contreparties demeurent difficiles à identifier à défaut d'utilisation du compte 6286. Si ce choix d'imputations directes ne peut être reproché à l'établissement, puisque prévu par la M21, il ne garantit pas l'équilibre des écritures entre le budget principal et les budgets annexes et l'établissement est invité dans le cadre de la fiabilisation à utiliser ledit compte.

Les reversements enregistrés au bénéfice du budget principal sont composés chaque année d'une répartition des charges communes, de la consommation des stocks, des charges de rémunération du personnel de nuit, et de régularisations éventuelles diverses dont des erreurs d'imputation.

Tableau n° 14 : Composition et évolution du compte 7087

Montants en milliers d'€	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019*	Var-ann- mye
Répartition charges communes	6 630,38	7 007,05	7 436,77	7 876,22	7 762,94	7 498,45	7 866,00	2,89 %
Consommation de stock	1 128,93	1 084,96	1 018,18	953,90	859,51	1 003,29	954,20	- 2,76 %
Personnel de nuit	1 912,11	1 760,19	1 799,79	1 568,18	1 739,76	1 694,56	1 904,27	- 0,07 %
Régularisation erreur imputation budget	-	13,20			297,42			
Remboursement frais financiers	34,77							
Total	9 706,18	9 865,39	10 254,74	10 398,30	10 659,64	10 196,29	10 724,48	1,68 %
Produits Budget H	29 397,74	24 974,34	26 324,08	26 646,72	27 958,23	27 445,10	39 333,69	
Ratio 7087 / produits H	33,02 %	39,50 %	38,96 %	39,02 %	38,13 %	37,15 %	27,27 %	

Source : pièces justificatives des comptes financiers 2013-2019.

* en 2019 : répartition des charges communes imputée à tort au C/75888.

⁴³ En 2019, la répartition des charges communes a été imputée pour partie par erreur sur le compte 75888 « Autres produits divers de gestion courante » à hauteur de 7 866 003 €, la répartition du personnel de nuit et de la consommation des stocks a été correctement affectée au C/7087.

Le montant annuel des flux enregistrés sur ce compte a connu une légère augmentation de 1,68 % sur la période, mais demeure significatif, puisque s'élevant en moyenne à 10 M€, ces versements représentent 30 à 40 % des produits annuels du budget principal⁴⁴.

La transparence et la rigueur des principes et règles de répartition de ces charges à répartir doivent garantir que les budgets annexes remboursent au budget principal les charges engagées par le budget principal de la manière la plus précise et sincère possible.

Force est de constater, qu'en dépit d'une délibération du conseil de surveillance du 10 novembre 2015, approuvant à l'unanimité les principes et règles de répartition des charges communes, la mise en œuvre de ces principes et règles ne permettent pas aujourd'hui, d'en garantir la fiabilité et la sincérité pour plusieurs raisons.

En premier lieu les modalités de répartition définies en 2015 ne sont pas respectées. Le mode de répartition proposé, fondé sur les principes de la comptabilité analytique, consiste à regrouper sous des « sections auxiliaires » (SA) les différentes unités fonctionnelles (UF) sur la base de critères d'activité et de section tarifaire communs. Une clé de répartition, dite « unité d'œuvre » (UO) a été définie pour chaque section. Or durant l'instruction, il a été constaté que les modalités de répartition ainsi définies ont été modifiées régulièrement durant la période examinée, sans explication.

Le CGD-13 a été, au surplus, dans l'incapacité de justifier les modalités de répartition. Les tableaux produits font apparaître des évaluations dites « réelles » non conformes aux préconisations de la délibération de 2015 et des évaluations appliquées au final, mettant en évidence l'existence d'ajustements opérés pour modifier, sans explication, le montant des répartitions sur chacun des budgets annexes. La chambre incite fortement l'établissement à mettre fin à la pratique de la modulation de la répartition des charges communes qui constitue en réalité une variable d'ajustement des résultats des budgets annexes et du budget principal ce qui est irrégulier.

La direction du CGD a indiqué dans sa réponse aux observations provisoires qu'il avait été mis fin à la répartition des charges de personnels de l'unité fonctionnelle « personnels de nuit » (PDN). En effet alors que les autres éléments étaient répartis au réel la charge de l'unité PDN était ventilée entre les différents budgets à l'aide d'une clef de répartition peu transparente. À titre d'exemple, la répartition 2019 des charges du PDN s'élevait pour le budget de l'EHPAD à 1 021 306 € et le coût réel du traitement brut chargé calculé par la chambre pour les 25 agents concernés s'élevait à 859 548 €, soit une différence de 161 758 € imputés en plus sur le budget annexe. Le mode de répartition entre les sections tarifaires interroge également puisque le CGD-13 a choisi d'affecter le coût salarial des aides-soignants qui représentent 80 % du personnel de nuit à 70 % en soins et 30 % en dépendance. La conséquence directe étant une majoration de la section soins, dont le financement est assuré par l'assurance maladie.

Enfin, aucune méthode ne définit la répartition des stocks consommés. La répartition des stocks ne tient pas compte des stocks dits déportés, c'est-à-dire présents dans les services de soins, hors pharmacie à usage intérieur. Les comptes d'imputation des comptes 60 et 94 faisant eux-aussi l'objet d'une répartition au titre des charges communes⁴⁵, il n'est pas possible de s'assurer de l'absence de double compte qui affecterait la sincérité de la répartition des stocks.

⁴⁴ Produits budget H = titre 1, 2 & 3 + C/7087 d'après comptes financiers.

⁴⁵ Les unités d'œuvres reposent sur des extractions des comptes 602 et 94 (sorties de stocks), 6068 et 613.

Ce risque est d'autant plus probable que la gestion des stocks qui sert de base à la répartition est-elle même sujette à caution. L'établissement a bénéficié en 2017 d'une dotation au titre des crédits du fonds d'intervention régionale d'un montant de 8 656 € destiné, entre autres, à la fiabilisation de l'inventaire des stocks.

Un audit « flash » réalisé en juin 2018 par un organisme indépendant sur l'activité du magasin, la gestion des stocks et des flux logistiques a révélé une situation préoccupante. Il mettait en exergue l'absence de tout inventaire général, une absence de procédure et une gestion empirique malgré la bonne volonté des agents le tout ne permettant pas de garantir la correcte retranscription comptable des stocks et surtout de prévenir les vols notamment.

L'audit préconisait huit axes d'amélioration, les trois premiers d'ordre réglementaire, à mettre en œuvre sans délai et les suivants relevant d'une indispensable modernisation de la gestion des stocks devant faire l'objet d'un plan d'action.

Force a été de constater, au cours de l'instruction, que ces axes d'amélioration n'ont pas été mis en œuvre. L'absence préoccupante d'inventaire physique des stocks et l'absence d'ajustement avec l'inventaire informatique perdurent.

Le dernier inventaire général a été réalisé fin 2018 sur la seule activité de restauration, faute de personnel d'encadrement suffisant. Le CGD-13 a fait le choix de ne procéder qu'à des inventaires intermittents manuels par famille et niveau de risque permettant « *de corriger les écarts avec le stock informatique* ». Les inventaires produits ont montré des différences importantes en plus et en moins ce qui renforce la nécessité de sécuriser cette gestion de stocks.

Le DSET a admis lors d'un entretien avec la chambre qu'il n'existe aucun « stock déporté » et aucune gestion de consommation des stocks. Il ne peut, dans ces conditions, être accordé aucun crédit à l'affectation de la consommation des stocks aux différents budgets.

Dans sa réponse aux observations provisoires la direction a fourni les premiers éléments d'un travail de fond sur l'établissement d'une méthodologie de répartition des charges communes ayant servi à la clôture de 2020. Ce travail devrait être validé par les instances en juin ou septembre 2021.

Recommandation n° 5 : Mettre en place des méthodes robustes et fiables de répartition de charges communes.

4 ANALYSE FINANCIÈRE

Les comptes financiers présentant de nombreuses erreurs d'imputation, l'analyse financière a, lorsque ces erreurs ont pu être détectées et que la correction était matériellement possible, reconstitué les bons enchaînements. Ces reconstitutions sont signalées, dans le corps du rapport soit par des notes de bas de tableau, de bas de page ou développées lorsque l'insincérité des comptes emporte un effet important sur la pertinence de l'analyse financière.

4.1 Un budget consolidé majoritairement financé par l'assurance maladie

Pour répondre à ses missions le CGD-13 dispose d'un budget principal et de cinq budgets annexes dont le total des produits, nets des reversements des budgets annexes vers le budget principal, atteint 41,48 M€ au 31 décembre 2019.

Tableau n° 15 : Structures des produits nets des reversements des BA (en euros)

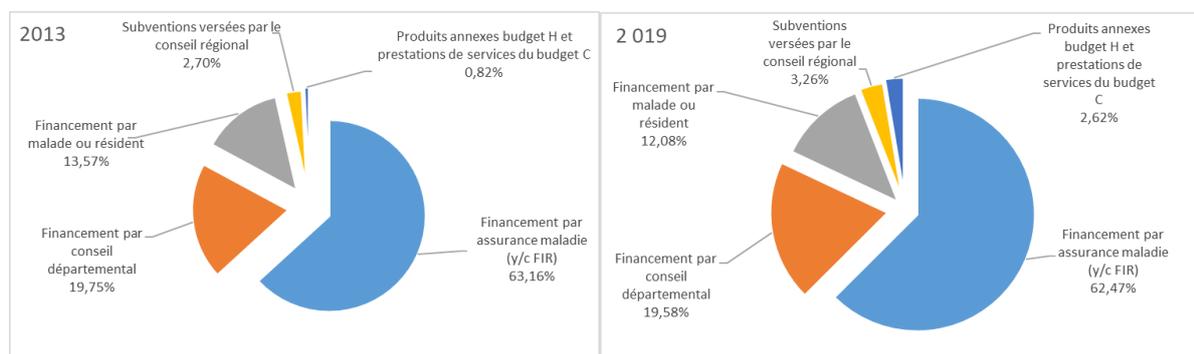
<i>Montants en euros</i>	2019	Poids
<i>Budget H0 principal</i>	17 884 725	43,12 %
<i>Budget E0 Établissement d'Hébergement des Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) petit bosquet</i>	11 287 765	27,21 %
<i>Budget B0 unité de soins de longue durée USLD</i>	9 394 763	22,65 %
<i>Budget C0 Écoles paramédicales</i>	1 501 545	3,62 %
<i>Budget N0 service de soins infirmiers à domicile (SSIAD)⁴⁶</i>	904 329	2,18 %
<i>Budget P accueil de jour</i>	503 890	1,21 %
<i>Total des produits nets des reversements des CRPA</i>	41 477 016	100,00 %

Source : compte financier 2019.

Le CGD-13 est un établissement public de santé dont le budget principal ne représente que 43 % du total des produits. Les produits de l'EHPAD et l'USLD caractérisés par une tarification ternaire soins, dépendance et hébergement pèsent près de 50 % du total. Dans un contexte de financements obéissant à des règles de gestion et des logiques différentes, leur traçabilité est essentielle afin de s'assurer que les moyens financiers sont affectés aux dépenses qu'ils sont supposés couvrir. Or malgré la mise en place d'une comptabilité analytique par unité fonctionnelle (UF) et section tarifaire, l'absence de fiabilité des comptes, notamment en début de période sous revue, induite par de nombreuses erreurs d'imputation et une absence de procédures écrites affecte de manière importante la lisibilité des comptes du CGD-13.

⁴⁶ Ce budget est parfois dénommé SIDPA pour service de soins infirmiers à domicile aux personnes âgées. La principale différence avec un SSIAD concernant la file active des patients. Dans le cas d'un SIDPA seules les personnes de plus de 60 ans peuvent être prises en charge.

Graphique n° 2 : Origine des produits d'exploitation du CGD-13 en 2013 et 2019



Source : CRC d'après comptes financiers 2013 et 2019.

Il est toutefois possible sous l'angle des seuls produits d'exploitation⁴⁷ d'observer que l'assurance maladie reste le principal financeur de l'établissement au travers des produits d'exploitation du budget H et des dotations soins des budgets B et E. Le conseil départemental des Bouches-du-Rhône apporte un peu moins de 20 % des produits d'exploitation au travers des dotations hébergement et dépendance des budgets B et E. Enfin, la part de financement du conseil régional a progressé sur la période en lien avec l'augmentation des effectifs accueillis dans les formations dispensées dans les écoles paramédicales.

La progression la plus importante concerne les produits annexes du budget H dont il sera vu *infra* qu'elle est en réalité induite par une imputation erronée des remboursements de mises à disposition de personnels entre 2013 et 2015.

4.2 Un équilibre relatif de l'évolution des produits et des charges

Tableau n° 16 : Évolution respective des charges et des produits

Montant en milliers d'euros	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Variation annuelle moyenne 2014-2019
Total des produits	52 106	48 344	50 411	50 565	51 540	51 207	52 201	1,55 %
Reversements des CRPA	9 706	9 865	10 255	10 398	10 660	10 196	10 724*	1,68 %
Produits nets des CRPA	42 400	38 478	40 156	40 167	40 880	41 011	41 477	1,51 %
Total des charges	47 559	48 199	49 761	50 324	51 685	51 449	52 265	1,63 %

Source : comptes financiers 2013 à 2019.

* Le montant des reversements du compte c/7087 de 2 858 478 € porté sur le compte financier 2019 est erroné en raison d'une erreur d'imputation.

⁴⁷ Cf. Annexe 5- détail des produits d'exploitation des budgets du CGD-13.

Dans une approche globale de l'évolution des produits et des charges sur la période contrôlée, la chambre constate, après avoir neutralisé l'année 2013, atypique compte tenu d'une importante cession intervenue cette année-là, une progression légèrement plus rapide des charges (+ 1,63 %) par rapport aux produits (+ 1,55 %). La faible ampleur de ce décalage permet d'observer que l'établissement dispose d'apports globalement adaptés à l'évolution de ses charges.

Toutefois ce faible écart s'accroît par comparaison avec les produits nets des reversements des CRPA (+ 1,51 %). Dans cette hypothèse l'absence de méthode évaluable pour valider les reversements des budgets annexes au budget principal, analysée *supra* constitue un biais important. En effet, ces reversements représentent plus de 20 % en moyenne du total des produits et la progression des produits en valeur absolue de 3,8 M€ entre 2014 et 2019 est ramenée à moins de 3M€ après leur neutralisation.

La chambre observe, au surplus, qu'ils progressent tendanciellement plus rapidement que les charges. Ceci conforte l'analyse d'une surfacturation des budgets annexes au profit du budget principal car ils correspondent, par construction, au strict remboursement de celles-ci.

4.2.1 Des produits d'exploitation dont la nature évolue

Tableau n° 17 : Évolution de la répartition des produits d'exploitation

En milliers d'euros	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Variation annuelle moyenne 2014-2019
Total des produits d'exploitation	34 180	35 007	36 703	37 285	37 811	38 612	38 651	2,07 %
En % des produits nets des CRPA	80,61 %	90,98 %	91,40 %	92,83 %	92,49 %	94,15 %	93,19 %	
dont budget H	12 860	13 293	13 921	14 570	15 350	15 699	15 867	3,56 %
En % des produits d'exploitation	37,62 %	37,97 %	37,93 %	39,08 %	40,60 %	40,66 %	41,05 %	
dont budgets B et E	18 867	19 085	19 495	19 938	19 688	20 073	19 978	0,96 %
En % des produits d'exploitation	55,20 %	54,52 %	53,12 %	53,47 %	52,07 %	51,99 %	51,69 %	
dont budget C	1 146	1 250	1 981	1 462	1 409	1 466	1 420	3,64 %
En % des produits d'exploitation	3,35 %	3,57 %	5,40 %	3,92 %	3,73 %	3,80 %	3,67 %	
dont budgets N et P	1 308	1 379	1 306	1 316	1 364	1 375	1 386	0,97 %
En % des produits d'exploitation	3,83 %	3,94 %	3,56 %	3,53 %	3,61 %	3,56 %	3,59 %	

Source : CRC d'après comptes financiers.

La part des produits d'exploitation dans le total des produits, nets des reversements des budgets annexes au budget principal, oscille entre 80,61 % et 94,15 % et a tendance à s'accroître. Le total des produits d'exploitation s'est accru sur la période de 2,07 % par an, soit un peu plus de 4,5 millions d'euros entre 2013 et 2019.

La chambre observe à ce stade que les produits du budget C et H progressent à un rythme plus rapide que ceux des budgets B/E et N/P.

Pendant la période sous revue, si la majorité des financements provient toujours de l'assurance maladie il est possible d'observer une contribution croissante du conseil régional et des financeurs divers. Cet accroissement est induit par les financements propres au budget C, obligatoirement présenté en équilibre, en lien avec l'augmentation du nombre d'étudiants et celle des charges de structure induite par la relocalisation des écoles paramédicales dans un nouveau bâtiment. La subvention d'exploitation versée par le conseil régional a évolué tendanciellement à la hausse de 5,3 % par an, passant de 924 348 € à 1 260 024 €.

Les produits de l'activité hospitalière enregistrent une progression en variation annuelle moyenne (+ 2,13 %) plus dynamique que le total des produits d'exploitation (2,07 %).

L'établissement justifiant auprès de l'ARS d'une augmentation des charges de ces unités d'hospitalisation a pu bénéficier d'une augmentation corrélative annuelle des tarifs journaliers de prestations (TJP) qui ont progressé sur la période de 1,7 %.⁴⁸

La réforme du financement de la dotation annuelle de financement des activités de soins de suite et réadaptation (DAF SSR) portée par la loi de financement de la sécurité sociale de 2016 a bénéficié à l'établissement en confortant le niveau de sa dotation.

La progression globale de produits du budget H (+ 3,56 %) est portée par la progression du fonds d'intervention régionale (FIR) qui est passé de 0,5 M€ en 2013 à 1,2 M€ en 2019. Le FIR supporte des missions transverses du CGD-13 comme les consultations mémoires, l'équipe mobile de soins palliatifs et surtout la MAIA financée à hauteur de 560 000 € depuis 2016 puis de 705 000 € à partir de 2019. Or il a été vu *supra* que l'établissement n'avait pas procédé à la mise en réserve des fonds dédiés et qu'en présence d'un sur financement il s'exposait à une réfaction du versement en cas de contrôle de l'ARS. Pendant la période sous revue l'établissement s'est déjà trouvé confronté à une mise en réserve de la dotation soins de l'EHPAD à la suite d'une inspection de l'ARS menée en 2015, le nombre de lits installés étant inférieur au nombre de lits autorisés. Malgré tout l'établissement présente toujours un nombre de lits installés à 228 comme dans l'autodiagnostic du CPOM de 2020.

4.2.2 Des charges d'exploitation en apparence bien maîtrisées

Outre l'évolution de la masse salariale qui sera analysée dans la partie éponyme, les charges d'exploitation consolidées du CGD-13 progressent sur l'ensemble de la période examinée de 0,2 % en moyenne annuelle⁴⁹. Les principales économies réalisées portent sur les achats de médicaments en lien direct avec le groupement de commande porté par l'hôpital de Gap (GAPAM). *A contrario* les principaux postes de dépenses en progression sont l'entretien et la réparation à caractère non médical (+ 3.4 %/an) ce qui s'explique par un important taux de vétusté des bâtiments et des installations qui oblige à des réparations, parfois en urgence, plus nombreuses et plus conséquentes.

Le parc automobile a également dû être augmenté pour suivre l'activité hors les murs que ce soit pour le SSIAD ou l'HAD. Ces charges supplémentaires étant corrélatives à l'augmentation souhaitée de l'activité et concourant à l'optimisation du nombre de places autorisées par l'ARS n'appellent pas de remarque.

⁴⁸ Cf. Annexe 6 Évolution du tarif journalier de prestations 2013-2019.

⁴⁹ Cf. Annexe 7. Consommations intermédiaires consolidées.

La location de la crèche n'ayant été mise en œuvre qu'à la fin de 2019 et celle de l'IFSI en 2020, ces charges n'ont pas impacté l'évolution constatée des consommations intermédiaires pendant la période sous revue. En revanche, la chambre observe qu'à compter de l'exercice 2020 la surcharge de la location de crèche va s'imputer, sans contrepartie, sur le budget H à hauteur de 81 000 € soit l'équivalent de près de 2 équivalent temps plein de PNM soignants si l'on se réfère au salaire moyen par tête (SMPT).

En 2020, la crise sanitaire, dont les effets financiers de mars à août 2020 concernant le seul EHPAD Le Petit Bosquet sont détaillés dans le rapport idoine, a affecté à la fois les recettes et les dépenses. À la suite du déclenchement des plans bleus et blancs le CGD-13 a arrêté les consultations externes, le répit à domicile, l'hôpital et l'accueil de jour. Les services de courts séjours ont été transformés en unités COVID pour prendre en charge les patients des EHPAD qui n'auraient pas été pris en charge par les services de réanimation.

Ce mode de fonctionnement a été levé début juillet 2020. Les surcoûts en dépenses ont concerné, outre les achats supplémentaires d'équipement de protection individuels des agents, les remplacements de personnels absents par un recours accru aux heures supplémentaires. L'agence régionale de santé a opéré un suivi très précis des dépenses au travers d'enquête en ligne afin de compenser les surcoûts.

4.2.3 Une marge brute d'exploitation insuffisante

Sous l'impulsion de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), de l'Inspection Générale des Finances (IGF) et de la Cour des comptes, la marge brute d'exploitation est devenue l'indicateur central de la performance économique des établissements de santé. Une instruction interministérielle du 4 mars 2016 consacre cet indicateur et fixe son niveau à 8 % des produits d'exploitation.

Cet objectif de 8 % est d'ailleurs retenu par le comité interministériel pour la performance et la modernisation de l'offre de soins (COPERMO) depuis juin 2013 pour évaluer la soutenabilité des nouveaux projets d'investissements. L'instruction du 4 mars 2016 précise qu'il est recommandé que le calcul du taux de marge brute s'effectue hors aides financières.

Tableau n° 18 : Évolution de la marge brute

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
<i>Marge brute d'exploitation</i>	2 190 701	2 416 275	2 880 380	2 858 973	1 694 574	1 818 129	1 637 879
<i>Crédits non reconductibles</i>		54 000	270 473	15 000	- 9 978	86 487	123 372
<i>Marge brute non aidée</i>	2 190 701	2 362 275	2 609 907	2 843 973	1 704 552	1 731 642	1 514 507
<i>Marge brute aidée</i>	4,29 %	5,17 %	5,91 %	5,80 %	3,35 %	3,60 %	3,18 %
<i>Marge brute non aidée</i>	4,29 %	5,05 %	5,36 %	5,77 %	3,37 %	3,43 %	2,94 %

Source : ANAFI et notification de L'ARS pour les crédits non reconductibles.

Sous l'effet du léger différentiel entre la progression des charges et des produits, les premières étant plus dynamiques que les secondes, la marge brute d'exploitation s'est progressivement effritée pendant la période sous revue. Son faible niveau initial est désormais notoirement insuffisant qu'elle soit aidée ou non aidée. La restructuration de l'hôpital ne s'engage donc pas sous les meilleurs auspices d'autant plus que l'établissement n'a pas été capable sur la période 2015-2017 d'atteindre les modestes objectifs fixés par le plan triennal.

Dans sa réponse aux observations provisoires l'établissement a indiqué s'être volontairement placé en plan de retour à l'équilibre et avoir missionné un cabinet pour élaborer une stratégie financière destinée à réussir, malgré la situation financière dégradée, la restructuration de sa partie sanitaire.

4.2.4 Un résultat net altéré par les défauts de fiabilité

En 2015, le CGD-13 a effectué une correction d'écriture en situation nette concernant les seules provisions et dépréciations de créances. En apparence, les différentes corrections ont été réalisées selon les préconisations de l'avis n° 2011-04 du 27 mai 2011 du conseil de normalisation des comptes publics (CNoCP) et de l'instruction budgétaire et comptable M21. En réalité les hypothèses servant au calcul de cette opération s'avèrent erronées comme cela a été détaillé *supra* dans la partie fiabilité.

La chambre observe en préambule que les corrections opérées à ce titre, n'ont affecté que les résultats du budget principal H en dépit d'une constitution d'origine sur chacun des budgets annexes concernés.

Tableau n° 19 : Effets de la correction en situation nette

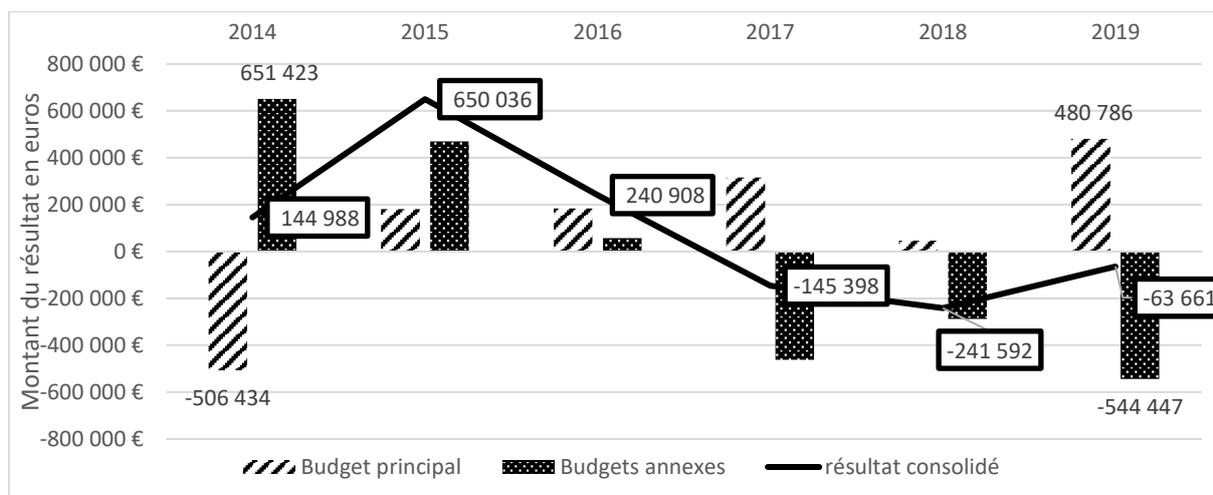
<i>Montants en euros</i>	<i>C/119</i>	<i>C/110</i>
Résultat H au 31/12/2014 avant régularisation	- 506 435	
Résultat H après régularisation CGD-13		105 349
Résultat H après corrections CRC		201 229

source : CRC d'après comptes financiers et recalcul annexe 9.

La correction d'écritures en situation nette, de l'exercice 2015, a permis d'effacer intégralement le report à nouveau (RAN) déficitaire du budget H à hauteur de 506 435 € ce qui semblait l'objectif prioritaire de cette opération dans le contexte de la préparation du projet d'établissement 2016-2020 et du lancement de la réhabilitation de la partie sanitaire du CGD-13. En appliquant la méthodologie préconisée par le CNoCP et à partir d'une analyse argumentée des corrections sur chacune des provisions concernées⁵⁰ la chambre parvient également à un effacement du RAN déficitaire et à un report à nouveau excédentaire plus favorable au CGD-13.

⁵⁰ Les détails des calculs figurent en annexe 8- Correction d'écritures en situation nette de 2015 (en €).

Graphique n° 3 : Évolution du résultat consolidé 2014-2019 hors correction



Source : comptes financiers 2014-2019.

Après neutralisation de l'année 2013, atypique en raison de la cession de terrains intervenue au profit de 13 Habitat pour un montant de 4,5 M€, les résultats consolidés portés aux comptes financiers deviennent négatifs à partir de 2017. La chambre note également que la modification, intervenue en 2015, dans la répartition des charges communes a contribué à favoriser le budget H dans la constitution des résultats consolidés annuels.

Le budget principal déficitaire en 2014, avant correction en situation nette, redevient excédentaire et la pression est transférée sur les budgets annexes qui deviennent déficitaires à partir de 2017 jusqu'à retrouver en 2019 une situation exactement inverse à celle de 2014.

Tableau n° 20 : Incidence des erreurs de reprises/dotations sur le résultat

	2015	2016	2017	2018	2019	Cumul
Résultat consolidé	650 036	240 908	- 145 398	- 241 592	- 63 661	585 281
Incidence globale du recalcul sur le résultat des exercices	- 203 985,57	- 715 114,70	+ 92 580,90	+ 78 434,77	5 705,05	
Résultat corrigé	446 051	- 474 207	- 52 817	- 163 158	- 57 956	- 157 098

Source : CRC d'après comptes financiers et recalcul des provisions.

Au surplus, un calcul des dotations / reprises de provisions ⁵¹ conforme à l'instruction comptable M21, permet de mettre en évidence une évolution des résultats consolidés bien moins favorable que celle présentée par l'établissement. L'effet le plus important se situe en 2016, au moment de la bascule dans le régime du paiement des allocations de retour à l'emploi (ARE). L'établissement devenant son propre assureur il aurait dû constituer une dotation aux provisions sur le compte C/158 à hauteur de 318 000 €. En s'abstenant de le faire pour des raisons budgétaires il a artificiellement obtenu un résultat consolidé excédentaire alors qu'il aurait dû être largement déficitaire.

⁵¹ Cf. annexe 9 corrections des reprises / dotations de provisions.

In fine, le cumul des résultats, toutes activités confondues, est selon les comptes financiers excédentaire sur la période 2015-2019 de 585 281 € alors qu'un calcul correct des dotations provisions conduit à un cumul des résultats 2015-2019 déficitaire de 157 098 €. L'insincérité de l'évaluation des provisions a permis à l'établissement d'afficher des résultats annuels bien supérieurs à la réalité sur la période 2015-2016 au moment du montage du projet de reconstruction du nouvel hôpital. La chambre souligne également qu'une reprise-dotations des provisions gérée conformément aux textes n'aurait pas dégradé les résultats du CGD-13 à partir de 2017.

4.3 La structure bilancielle

4.3.1 Des investissements insuffisants pour assurer le renouvellement courant

Tableau n° 21 : Évolution de l'effort d'investissement 2013-2019 (en €)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
<i>Dépenses d'équipement réelles</i>	1 660 385	1 404 138	1 189 582	1 206 631	938 529	1 230 110	1 296 416	8 925 791
<i>Dont immo- incorporelles</i>	12 330	70 205	114 486	85 175	75 260	69 478	74 019	500 952
<i>Dont constructions et agcts</i>	470 657	767 932	772 234	589 720	499 360	373 634	272 173	3 745 709
<i>Dont autres immo- corporelles</i>	249 576	475 259	290 976	483 977	236 986	268 307	286 071	2 291 153
<i>Dont Immo- en cours</i>	927 823	90 743	11 886	47 759	126 923	518 691	664 153	2 387 978
<i>Taux de vétusté des bâtiments en %</i>	24,21 %	27,44 %	30,51 %	33,77 %	36,87 %	39,87 %	42,73 %	Moyenne 33,63 %

Source : ANAFI logiciel d'analyse des juridictions financiers d'après comptes financiers.

Pendant la période sous revue l'établissement, dans la perspective de procéder à la réhabilitation de la partie sanitaire de la tour blanche, prévue dès le plan directeur élaboré en 2007, a effectué les seuls investissements imposés par la réglementation comme la sécurisation de l'UHR ou des travaux de confortement ou de remplacement rendus indispensables par l'état de vétusté de certains aménagements comme les volets ou la réfection de la terrasse de l'UCC. Ce sous-investissement a concerné l'ensemble des bâtiments y compris ceux qui ne seront pas réhabilités. D'ailleurs la vétusté des immobilisations, exprimée en pourcentage et calculée en divisant les amortissements cumulés par les valeurs brutes des actifs a presque doublé sur la période ce qui confirme que l'hôpital n'a pas investi pour maintenir son patrimoine à niveau.

Dans ces conditions la chambre observe que l'absence de prévisions d'opérations courantes dans les différents PGFP, y compris dans celui approuvé en septembre 2020 sur la période 2020-2024, fait peser un risque important d'accentuation de la dégradation des autres bâtiments qui devra être anticipé par l'établissement.

4.3.2 Le financement des investissements

La capacité d'autofinancement, dont les tableaux d'évolution et de détermination issus des comptes financiers et des retraitements opérés par la chambre figurent en annexes 11 et 12, devrait être le mode privilégié de financement des investissements. La CAF nette du CGD-13 a été négative pendant trois années de la période sous revue. En l'occurrence il s'agissait en 2013, 2014 et 2016 de couvrir les annuités générées par les décaissements de capital liés aux rachats d'emprunts. De 2017 à 2019 la CAF nette est inférieure à un million d'euros alors que la projection du PGFP approuvé en 2020 prévoit une CAF atteignant 1,7 M€ ce qui apparaît très optimiste.

Cet objectif d'une CAF atteignant le triple de celle constatée en 2019 nécessitera un effort important de l'établissement pour dégager des résultats suffisants lui permettant de l'atteindre. Au surplus l'amélioration du résultat des exercices, obtenue en partie par la sous-évaluation des provisions, n'a pas favorisé l'établissement. Le retraitement de la CAF à partir des données de dotations/reprises de provisions de l'annexe 10 aurait permis au CGD-13 d'améliorer sa CAF puisque ces charges calculées ne sont pas décaissées et viennent l'alimenter.

Tableau n° 22 : Principaux ratios de dettes

	2014	2015	2016	2017	2018
<i>En cours de la dette (en euros)</i>	12 686 568	11 798 298	10 960 119	10 135 188	9 332 702
<i>Durée apparente de la dette (en années)</i>	6,13	4,35	4,16	6,39	6,48
<i>Taux d'indépendance financière (en %)</i>	29,75 %	28,07 %	26,70 %	25,70 %	23,96 %
<i>En cours de la dette / total des produits</i>	50,75	44,78	27,29	31,22	25,20

Source : tableau de bord des établissements publics de santé transmis par CGD-13 (manque 2013 et prévisions 2019 fausses).

Au 31 décembre 2019 l'encours de dette est de 9 213 283 € dont 6 851 762 € d'emprunt long terme et 2 200 000 € d'emprunts assortis d'une ligne de trésorerie. L'ensemble de sa dette est classé en catégorie 1A selon les critères établis par la charte de bonne conduite dite Gissler et ne présente aucun risque. Son profil d'extinction s'appuyant sur des produits très similaires ne présente aucun décrochage dans les 10 prochaines années et l'annuité de l'ordre de 800 000 € est uniforme jusqu'en 2027.

Les ratios liés à l'endettement reproduits dans le tableau 22, sont en dessous des seuils fixés pour la soumission de l'établissement à la procédure d'autorisation préalable de recours à l'emprunt créée par le décret n° 2011-1872 du 14 décembre 2011, codifié à l'article D. 1645-70 du CSP.

L'établissement peut donc emprunter librement et il a procédé pendant la période sous revue à des rachats de prêts. Les conditions actuarielles de ces rachats n'ont pas été analysées par la chambre pour s'assurer qu'elles bénéficiaient bien au CGD-13.

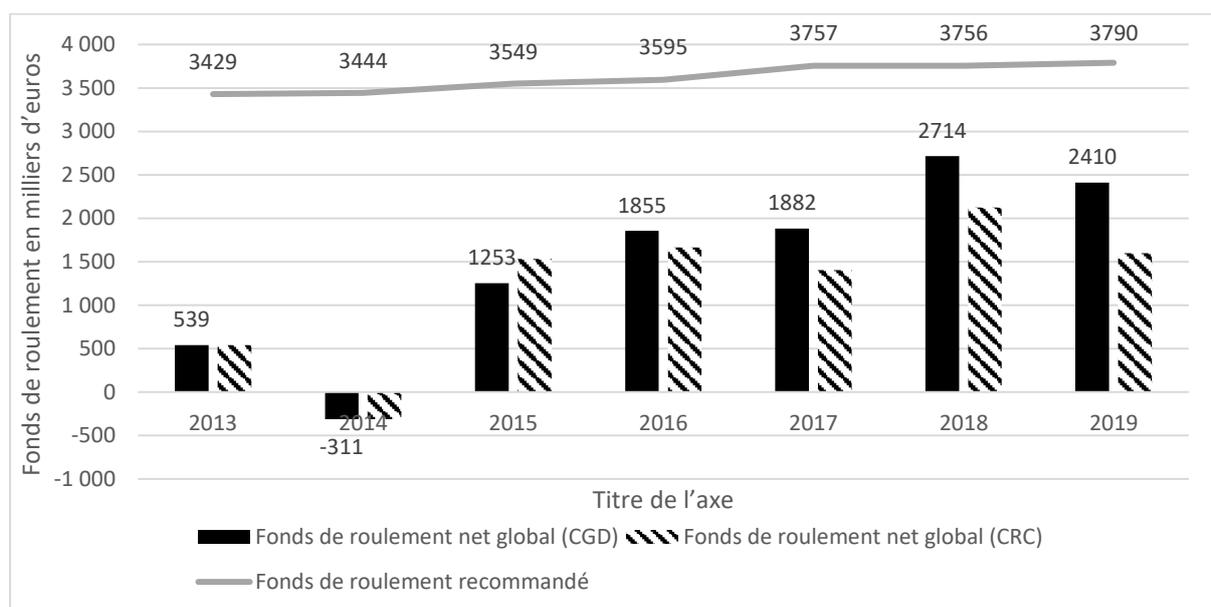
Il est observé en revanche que la renégociation de 2019 se traduit, en balance de sortie 2019, par un écart entre l'état de la dette tenu par le comptable et celui de l'ordonnateur de 985 000 €⁵². La renégociation a concerné plusieurs prêts dont l'un de 2008 comportait une ligne de trésorerie d'un million d'euros dont le solde était nul depuis 2014. Cette ligne n'étant, par définition, pas consolidée dans le prêt renégocié, elle aurait dû être isolée puisque n'apparaissant pas dans la balance. Les 15 000 € restant correspondent à une échéance de prêt mandatée au compte 6611 au lieu du compte 1641. Les régularisations afférentes devaient être traitées en 2020 en coordination avec la comptable du CGD-13.

Cet exemple illustre, comme la chambre l'a déjà signalé à plusieurs reprises, l'absence inquiétante de maîtrise du CGD-13 dans la gestion des flux financiers et dans la tenue des comptes⁵³.

La relative faiblesse de l'endettement, qui représente un atout pour mener à bien l'opération de réhabilitation devra s'accompagner d'un suivi plus rigoureux de l'évolution de la dette et des opérations de renégociation afférentes.

4.3.3 Le fonds de roulement et la trésorerie nette

Graphique n° 4 : Fonds de roulement net global CGD-13-CRC-recommandé (en milliers d'€)



Source : CRC d'après logiciel d'analyse des comptes financiers.

⁵² Balance de sortie 2019 B18 TMH = 9 2132 83,55 € / Balance de sortie 2019 B18 CGD-13 = 10 198 283,57.

⁵³ Extrait du certificat de la comptable concernant l'état B18-État de la dette- au compte financier 2019: « la globalisation de plusieurs prêts, les compensations, les discordances entre les documents présentés et la non consultation du comptable, ont compliqué le traitement de ce dossier ».

Le fonds de roulement net global (FRNG)⁵⁴ qui correspond à la différence entre les ressources et les emplois stables s'est très légèrement accru sur la période et s'établit en 2019 à 2,4 M€ soit 19 jours de charges courantes alors que la recommandation des autorités de tutelles situe le bon niveau de FRNG à 30 jours.

Le fonds de roulement net global qui s'est accru sur la période est constitué par l'addition du besoin en fonds de roulement net global (BFRNG) qui correspond au besoin de couverture des mouvements de recettes-dépenses induits par l'exploitation et de la trésorerie nette.

Au cas d'espèce le besoin de fonds de roulement est maintenu à un niveau acceptable du fait de la sous-estimation, irrégulière, du bon niveau des provisions pour risque et charges et des dépréciations de créances. Le calcul fait par la chambre du FRNG le situe à partir de 2016 à un niveau systématiquement inférieur à celui observé dans les comptes financiers et représenterait en 2019 seulement 12 jours de charges courantes.

Le rétablissement de la sincérité du besoin de fonds de roulement se fera, pour maintenir ce même niveau de FRNG au détriment de la trésorerie nette qui elle-même se situe à un niveau faible exprimé en nombre de jours de charges courantes à 12 jours en 2019.

4.4 Une restructuration du moyen et long séjour non maîtrisée

La restructuration du bâtiment moyen et long séjour dit de la tour blanche était prévue dans le plan directeur de 2007. Le principe d'organisation retenu consistait en la création de deux extensions (Ouest et Nord-Est) du bâtiment existant, associée à sa restructuration et une évolution de 30 lits. Le bilan toute dépenses confondues (TDC) s'élevait à 25 M€ TTC, comme le précise le plan directeur établi par la société Citadis en décembre 2007 et contrairement à ce qu'affirme l'ancien directeur dans sa réponse aux observations provisoires.

L'établissement n'ayant établi des PGFP qu'à partir de 2015, lors de la mise en place du plan triennal, la maturation de ce projet s'est faite hors des discussions de dialogue budgétaire avec l'ARS. L'ancien ordonnateur a privilégié une approche directe avec le conseil départemental⁵⁵. Dans le PGFP de 2017 le projet ressort à 36,45 M€, dans celui de 2018 à 37,22 M€. Le PGFP de 2019 prévoit une mise en œuvre du nouvel hôpital s'étalant sur neuf ans au lieu de six pour un total de 38,37 M€. À cela s'ajoute un plan pluriannuel d'investissement de 7,36 M€ dont 4,6 M€ sur le budget H ce qui est étrange puisque la réhabilitation concerne à la fois le budget H et le budget B. Ces dépenses correspondent en fait à des dépenses liées au nouvel hôpital soit une enveloppe de 45,73 M€.

⁵⁴ Cf. Annexe 12 fonds de roulement et trésorerie nette.

⁵⁵ Lettre de rejet du PGFP du 21 janvier 2020 page 6/8 « l'ARS n'a pris aucun engagement quant à une quelconque participation financière ; l'opération ayant été initialement prévue sans son concours ».

L'équilibre de l'opération repose sur une capacité d'autofinancement nette estimée à 1,7 M€ en moyenne soit plus du triple de celle dégagée par la gestion sur la période 2017-2019 ce qui apparaît également optimiste en particulier au regard des charges financières d'un emprunt d'équilibre estimé entre 11 et 13 M€. L'essentiel du financement de ces trois PGFP est assuré par une subvention de 25 M€ du conseil départemental dont 1,25 M€ ont d'ores et déjà été versés.

Au second semestre 2019, la directrice par intérim, alertée par son directeur adjoint en charge du dossier sur une potentielle sous-évaluation des coûts du fait de l'incohérence du chiffrage fourni par le maître d'œuvre, a sollicité le déclenchement d'une expertise technique de l'opération, par l'ARS. Le coût de l'opération tel que présenté au stade de l'APS ressort après évaluation par l'ingénieur régional de l'ARS à près de 60 M€. À défaut d'obtenir la révision du projet et de l'enveloppe de financement, l'actuelle direction a rejeté l'avant-projet définitif (APD) en février 2020 et résilié le marché de maîtrise d'œuvre en avril 2020 dans des conditions non analysées par la chambre.

En janvier 2020, l'ARS a rejeté le PGFP initialement présenté. Au printemps 2020, le projet a été retravaillé sur l'actualisation des hypothèses développées par le plan directeur de 2007. Le PGFP approuvé le 25 juin 2020 porte un projet de réhabilitation à 32,58 M€ TDC dont 24,15 M€ sur le budget B à réaliser entre 2022 et 2026. La chambre note que l'enveloppe des plans d'investissements hors réhabilitation et construction du nouvel hôpital a été ramenée à 5,9 M€ dont 3,5 M€ sur le budget H.

Tableau n° 23 : Atterrissage financier de l'exécution du PGFP 2020

	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
<i>Taux d'endettement (dette/total des produits)</i>	21,33 %	19,47 %	27,15 %	24,76 %	22,06 %	19,57 %	28,90 %
<i>Durée apparente de la dette</i>	6,48	5,28	6,73	5,69	5,66	4,97	7,84
<i>Taux d'indépendance financière</i>	22,94 %	21,70 %	23,65 %	17,08 %	15,90 %	14,67 %	19,52 %

Source : CRC d'après PGFP 2020-2026 validé en juin 2020.

Comme dans les précédents PGFP le financement des opérations repose, majoritairement sur la subvention du conseil départemental ramenée à 23,75 M€, 1,25 M€ ayant été consommés par l'ancienne maîtrise d'œuvre. La chambre constate que le montant annuel projeté de CAF nette apparaît toujours trop ambitieux à l'aune des résultats constatés sur les années précédentes. L'emprunt envisagé à 9 M€ est en revanche soutenable par l'établissement qui est faiblement endetté, même si la chambre pourra observer qu'en 2026 le taux d'endettement se situe juste en dessous de la limite des 30 % qui constitue un plafond à ne pas dépasser au risque de mettre en péril l'équilibre de l'établissement.

L'opération de réhabilitation ne peut se concevoir qu'avec un pilotage financier précis pour lequel l'établissement est handicapé par l'absence de fiabilité de ces comptes vue *supra* et s'expose à un risque très important de dégradation structurelle durable de ses finances en cas de dérapage du projet au stade de sa mise en œuvre.

5 UN SERVICE DES MAJEURS PROTÉGÉS EN DÉSHÉRENCE

Dans son précédent rapport d'observations définitives, publié en 2009, la chambre avait constaté des manquements graves dans le fonctionnement du service de gérance de tutelles et rappelé ses obligations à l'ordonnateur. Celui-ci s'était engagé à mettre en œuvre une refonte globale de l'organisation du service de la gérance des tutelles.

Depuis ce rapport la loi du 5 mars 2007⁵⁶, entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2009 et la loi de mars 2019⁵⁷ entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2020, ont renforcé les droits des majeurs protégés et accru corrélativement la responsabilité des mandataires judiciaires à la protection des majeurs (MJPM) qui assurent désormais la gestion des avoirs des majeurs protégés sans intervention du trésor public pour les personnes hébergées dans des structures publiques.

Le CGD-13, disposant de plus de 80 places d'hébergement permanent pour le secteur médico-social, a choisi de créer un service avec des préposés, salariés de l'établissement, exerçant en qualité de MJPM, l'établissement n'étant pas lui-même inscrit sur la liste des MJPM établie par le préfet⁵⁸ en qualité de service tutélaire.

5.1 Une organisation interne toujours défaillante

Le service des majeurs protégés se situe dans un petit bureau au sein du bâtiment de la Tour Blanche au cœur du CGD-13. Si cette position centrale est un atout, le local n'est pas adapté pour assurer la confiance et la confidentialité inhérente à la prise en charge de ce public fragile. Les dossiers des majeurs sont conservés dans un local, libre d'accès, permettant à des personnes non habilitées, la consultation de documents aussi sensibles que des pièces d'identité ou d'état civil. Le local d'archive, non visité par la chambre, ne permettrait pas, selon les dires de la MJPM, davantage de sécurité. La chambre rappelle que le MJPM a l'obligation légale de conserver l'ensemble des documents relatifs aux mesures de protection, comme les décisions les fondant ou les événements survenant pendant leur application, ainsi qu'une copie des inventaires et évaluations des patrimoines initiaux et de leurs justificatifs.

Lors du contrôle sur place il a pu être constaté qu'aucune directive technique, ni guide de procédure formalisé, n'existait. Les deux contractuelles nommées en 2019 et 2020 en remplacement de la titulaire absente n'ont bénéficié d'aucune période de recouvrement ni d'aucun accompagnement. Ces deux personnes ont, elles-mêmes, été remplacées en septembre 2020, sans recouvrement.

Dans son dernier rapport d'observations en 2007, la chambre pointait une sous-activité du service, avec un ratio de charge de travail⁵⁹ de 27 dossiers par ETP pour un référentiel d'une quarantaine⁶⁰.

⁵⁶ Loi n° 2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs.

⁵⁷ Loi n° 2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice.

⁵⁸ Article 450 du code civil et L. 472-1 du CASF.

⁵⁹ Nombre de dossiers pris en charge rapporté à l'effectif dédié au service.

⁶⁰ Extrait du ROD « L'association nationale des gérants de tutelles (ANGT) estime entre 40 à 50 le nombre maximum de mesures susceptible d'être confiées à un gérant de tutelle indépendant exerçant seul sa mission ».

Tableau n° 24 : Évolution du ratio de charge de travail du service des majeurs protégés

	2007*	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
<i>Nb de MP au 31/12 = a</i>	70	51	49	48	43	39	76	77
<i>ETP pour 2013 puis ETPT =b</i>	2,6	1,17	1,83	1,58	1	1	1	1,22
<i>Ratio charge de travail =a/b</i>	27	44	27	30	43	39	76	63

Source : données CRC.

* rapport 2007 CGD-13, TMH compte c/46311 et fichiers de paye.

En 2018, suite à la réforme du financement des mandataires judiciaires⁶¹, nombre d'associations ont transféré leurs dossiers aux préposés des établissements hospitaliers. La conséquence a été un doublement du nombre de dossiers à traiter pour le CGD-13 pour le seul agent présent sur le service sans que le CGD ne cherche à adapter les effectifs du service.

Cette situation de déshérence, d'abord préjudiciable aux majeurs protégés, a engendré de nombreuses relances de la part du service des tutelles du tribunal judiciaire de Marseille lequel, contacté par la chambre, évoque une situation chaotique.

Au-delà des problèmes d'effectifs insuffisants pour faire face à l'afflux de dossiers l'établissement a également été défaillant dans la gestion des habilitations prévues aux articles L. 472-5 à 9 du CASF

L'examen détaillé des habilitations⁶² détenues par les préposés du CGD-13 a permis de relever plusieurs manquements :

- de 2013 à 2017, mesdames A et B. étaient inscrites sur la liste des MJPM pour le seul CGD-13, alors que l'établissement prenait en charge suivant une convention de 2012⁶³ des dossiers de majeurs protégés du CH d'Allauch et de la maison de retraite de Roquevaire-Auriol. Le changement de périmètre d'intervention des MJPM n'est intervenu qu'en août 2018 ;
- la demande d'inscription sur la liste des MJPM, formulée en juin 2019, pour Mme C. précisait que celle-ci n'était autorisée, par décision administrative du CGD-13, qu'à signer les documents administratifs et que les autres documents légaux le seraient par délégation de la préposée en titre Mme A., laquelle était en congé maladie depuis avril 2019. L'arrêté préfectoral du 2 septembre 2019, modifiant celui du 14 mars 2019 a substitué Mme C. à Mme A. et n'a concerné que la gestion des tutelles du CGD-13⁶⁴. *Ipsa facto* Mme C. s'est retrouvée dans une position délicate, puisqu'en dépit de la volonté de l'établissement, elle devenait la seule MJPM à part entière, tout en n'étant pas habilitée à traiter les dossiers du CH d'Allauch.

⁶¹ Décret n° 2018-767 relatif au financement des MJPM.

⁶² Cf. tableau des effectifs et de niveaux d'habilitation du service des majeurs protégés en annexe 15.

⁶³ En octobre 2020, le CGD-13 n'était pas en mesure d'expliquer la non-exécution de la convention de 2012 pour la MDR de Roquevaire-Auriol et pour le CH d'Allauch avant mai 2018. La convention de 2012 a finalement été dénoncée par la nouvelle équipe de direction en janvier 2020, avec la maison de retraite intercommunale de Roquevaire-Auriol au motif d'une absence de mise en œuvre et avec le CH d'Allauch, car faisant double emploi avec la convention de mise à disposition de Mme E.

⁶⁴ La copie de la déclaration adressée à la préfecture ne mentionne aucune convention avec Allauch dans le périmètre d'activité pas plus que dans l'indication des pièces jointes.

- le poste de Mme D. , n'a fait l'objet d'aucune déclaration préalable. L'intéressée a été embauchée en qualité d'adjoint administratif. Ce choix lui interdisait de manipuler des fonds ou d'assurer en autonomie la gestion des dossiers des protégés ce qu'elle faisait nécessairement pendant les congés de Mme C. ;
- à défaut d'avoir anticipé la procédure de déclaration préalable, à partir du 1^{er} octobre 2020, aucun des deux MJPM n'était habilité à gérer les comptes des majeurs protégés, à valider des opérations sur leurs comptes bancaires ou à effectuer pour eux des retraits de numéraire.

La chambre rappelle au CGD-13, qu'en application de l'article L. 473-2 du CASF « *Le fait, pour un établissement mentionné au 6° ou au 7° du I de l'article L. 312-1, de désigner l'un de ses agents sans effectuer la déclaration prévue à l'article L. 472-6, [...] ou de modifier son activité sans effectuer la déclaration prévue par l'article L. 472-7 est puni de 30 000 Euros d'amende* ».

La négligence du CGD-13 dans le suivi des habilitations a également fait courir un risque important aux différents MJPM désignés, puisqu'en application de l'article L. 473-1 du même code « *Le fait d'exercer une activité de mandataire judiciaire à la protection des majeurs sans avoir été agréé au titre de l'article L. 472-1 ou déclaré au sens de l'article L. 472-6 [...] est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 Euros d'amende* ».

5.2 Des risques avérés et déjà signalés non pris en compte par le CGD-13

Le contrôle sur place d'un échantillon de 15 dossiers sur 76⁶⁵, décomptés au 31 décembre 2018 a mis en évidence de nombreux manquements.

L'un des plus important est l'absence de conservation des inventaires de début de mesure pour 80 % des dossiers étudiés en contradiction avec l'article 503 du code civil lequel précise qu'il doit être procédé à l'inventaire des biens dans les trois mois de la mesure de protection. Cette situation rend en effet impossible le suivi de l'évolution du dossier et la garantie de la conformité des opérations réalisées au nom du majeur protégé.

Les comptes de gestion annuels sont produits très tardivement au greffe du tribunal⁶⁶, alors que, suivant l'article 510 du code civil, ils doivent être produits annuellement avec toutes les pièces justificatives utiles annexées. Celles-ci sont absentes de la plupart des dossiers qui contiennent très peu de relevés de comptes bancaires, de copie de factures ou de justificatifs de recettes.⁶⁷

⁶⁵ Cf. tableau de synthèse des dossiers examinés en annexe 14.

⁶⁶ Les comptes de gestion 2017 n'étaient pas encore tous déposés ou sur le point de l'être fin septembre 2020.

⁶⁷ Ordonnance de mars 2020 modifiée relative à la prorogation des délais pendant la période d'urgence sanitaire : le délai de dépôts des comptes de 2019 a été prorogé.

Sur le fond l'analyse des dossiers de compte de gestion a permis de retrouver des défaillances notamment concernant le non-respect de l'annualité de certaines recettes, l'absence d'informations sur des changements intervenant dans les placements ou l'absence de renseignements sur l'évolution des comptes patrimoniaux. Au surplus, sur la période antérieure à la réforme de 2019 la coordination a été difficile avec le trésor public ce qui a pu conduire à l'engagement de procédures à l'encontre des majeurs protégés et la génération de frais pour des impayés de facturation d'hébergement au détriment du majeur protégé alors que les fonds étaient disponibles sur les comptes de placement des MP.

Lors de la visite sur place, la chambre a constaté la présence, dans le service, d'un coffre-fort contenant des objets de valeurs, des chéquiers, des clés appartenant aux majeurs protégés alors que l'ensemble de ces objets stockés, avant février 2019, auraient dû être déposés entre les mains du comptable public.

Ce coffre contenait 26 enveloppes⁶⁸, non fermées, avec à l'intérieur des cartes de retrait bancaire, les codes d'utilisation correspondants et des sommes en numéraire pour certaines d'entre elles, représentant un montant total de 720 €. Ce numéraire correspondant, selon les dires du service, aux reliquats de l'argent de poche non encore distribué aux majeurs protégés. La chambre a pu constater une absence totale de traçabilité des retraits, les reçus étant pour la plupart absents, comme des versements en l'absence de reçus signés par les majeurs protégés pour accuser réception du versement. Au surplus, certaines enveloppes comportaient des annotations faisant apparaître des « prélèvements » d'une enveloppe à une autre avec la mention de remboursements sans possibilité de vérification faute de registre idoine retraçant les opérations.

En pratique certains MP effectuent eux-mêmes les retraits, d'autres sont accompagnés par des animateurs et le MJPM se rend dans les agences bancaires une à deux fois par mois pour ceux qui ne peuvent pas se déplacer. Ces déplacements se font avec les enveloppes et les codes bancaires correspondant sans mesure particulière de protection.

La MJPM déléguée a produit une note de procédure⁶⁹ relative au retrait et à la distribution de l'argent de poche des MP, dont l'entrée en vigueur était prévue le 1^{er} juin 2020. Force est de constater que cette note n'a pas été mise en œuvre en septembre 2020 et qu'elle prévoit un retrait anticipé des fonds par la MJPM, préposée d'établissement, afin que la seconde MJPM du service des tutelles, non préposée de l'établissement, s'occupe de leur distribution. Cette disposition contrevient expressément à la règle selon laquelle seuls les préposés du CGD-13, dûment inscrits sur la liste de la préfecture des Bouches-du-Rhône sont habilités à manipuler les fonds des MP dont ils ont la protection. La manipulation des fonds par la seconde MJPM était donc totalement irrégulière.

Enfin, le majeur protégé doit effectivement manifester sa volonté de disposer de son argent en numéraire, à défaut cet argent doit alimenter son compte courant et le cas échéant être placé au mieux de ses intérêts. La présence, parfois depuis plusieurs mois, de numéraire dans le coffre-fort d'argent de poche pour des majeurs protégés témoigne de l'absence de recueil de la volonté du majeur protégé de disposer de son argent, ce qui est également irrégulier.

⁶⁸ L'inventaire de ces enveloppes a été réalisé et attesté le 25 septembre 2020 par Mme F. en présence de la magistrate instructrice.

⁶⁹ Elle constitue la seule note de procédure communiquée sur le sujet des majeurs protégés.

5.3 Une gestion ne préservant pas les intérêts des majeurs protégés

La chambre pointait en 2007 la méconnaissance des avoirs des majeurs protégés, le défaut de placement des liquidités et le défaut de valorisation de leur patrimoine immobilier. Aucune amélioration n'a été apportée depuis dans la dynamique de la gestion du patrimoine des majeurs protégés. Sur l'échantillon examiné, treize dossiers sur quinze présentent des excédents de gestion annuels et des patrimoines immobiliers laissés à l'abandon.

À cet égard l'exemple de Mme E. placée sous sauvegarde de justice le 26 août 2013 et sous tutelle le 17 octobre 2013 illustre la plupart des manquements constatés. Ce dossier présente au surplus un fort enjeu financier, puisqu'au 31 décembre 2018 le seul compte de la trésorerie s'élevait à 74 079,78 €.

L'inventaire initial, disponible pour ce dossier, fait apparaître des comptes épargne totalisant plus de 91 000 €, immédiatement disponibles, et une assurance vie pour près de 250 000 €. L'intéressée était, en outre, titulaire d'une pension civile de fonctionnaire de près de 19 000 €/an, ainsi que d'un appartement de trois pièces dans le 4^{ème} arrondissement de Marseille.

Si l'appartement de la majeure protégée a été, a priori, sécurisé en revanche aucune démarche n'a été entreprise pour faire procéder à son évaluation ou pour envisager sa location afin de couvrir les frais et taxes afférents à ce bien immobilier. Il apparaît même que les charges de copropriété étaient payées avec retard entraînant des frais d'impayés.

Les factures d'hébergement du CGD-13, GIR 3/4, représentent un peu moins de 30 000 €/an et ne sont donc pas couvertes par ses ressources propres. Dès 2018, la MJPM a été dans l'obligation de demander l'autorisation au juge des tutelles de clôturer le PEL aux fins de paiement des frais d'hébergement, sans qu'aucune démarche n'ait été entreprise pour rechercher des financements complémentaires, notamment l'APA.

Enfin, bien qu'ayant été autorisé par le juge à effectuer tous les placements à hauteur de 6 000 € sur des comptes épargnes, aucun transfert de l'excédent de gestion n'a été opéré dans ce sens sur les exercices 2017 à 2019 laissant l'argent improductif sur son compte courant.

Les défauts d'organisation matérielle et l'absence de procédures définies ne permettent de garantir ni l'indépendance du MJPM ni la prévention des risques pouvant conduire à des détournements de fonds, ou des agissements fortuits ou volontaires pouvant porter atteinte à l'intégrité des biens des majeurs protégés accueillis par l'établissement.

La procédure évoquée par l'ancien ordonnateur dans sa réponse aux observations provisoires n'a été ni transmise par ses soins ni retrouvée au service des majeurs protégés ce que confirme d'ailleurs la direction. Cette dernière s'engage à mettre en place, à échéance 2021, une procédure formalisée validée par le juge des tutelles. Le service a d'ores et déjà été renforcé pour résorber les dossiers en instance.

Recommandation n° 6 : Reprendre intégralement la gestion des majeurs protégés pour apporter toutes les garanties de préservation de leurs droits et intérêts.

6 LES RESSOURCES HUMAINES

6.1 La gouvernance de la fonction ressources humaines

La direction des ressources humaines comme le service des finances a connu des évolutions pendant la période sous revue avec un changement de directeur des ressources humaines (DRH) en 2015 lors du départ d'un directeur qui était en poste depuis de nombreuses années, remplacé par l'actuel DRH qui a d'abord occupé les fonctions de directeur des affaires financières avant de se concentrer sur le seul poste de DRH.

Les effectifs de l'UF, direction des ressources humaines sont restés stables sur l'ensemble de la période autour de 12 équivalents temps plein rémunéré moyen (ETPRm)⁷⁰. Le service des ressources humaines représente 2 % de la totalité des ETPRm du personnel non médical (PNM) ce qui situe le CGD-13 dans la moyenne des centres hospitaliers de même typologie⁷¹.

La tenue des dossiers individuels, la gestion des carrières et celle de la paye apparaissent maîtrisées. Le suivi et la gestion des formations n'appelle pas de remarque particulière.

En revanche, l'établissement se caractérise par la faiblesse dans la définition d'une stratégie des ressources humaines. La feuille de route en la matière se limite à la mise en application du plan triennal 2015-2017 élaboré par l'ARS et l'ANAP. Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) signé pour la période 2012-2016 et reconduit par avenant en l'absence de signature d'un nouveau CPOM ne comprend pas, à l'exception de la réduction de l'absentéisme d'objectifs chiffrés portant sur la sphère des ressources humaines.

Les bilans sociaux sont à l'image de cette absence de réflexion globale puisqu'ils ne contiennent aucune analyse sur les causes de l'évolution des principaux indicateurs comme par exemple le recours aux contrats aidés ou la mise en œuvre du projet d'établissement. L'établissement n'a pas mis en application les préconisations de la DGOS⁷² concernant l'analyse des données du bilan social ce qui nuit à la transparence de sa politique en matière de ressources humaines. Or celle-ci mériterait d'être plus explicite dans sa présentation aux instances notamment sur le recours aux contractuels, la gestion de l'absentéisme ou encore la politique de gestion des heures supplémentaires.

En matière de suivi de la masse salariale le DRH précise que cette responsabilité incombe à la direction des affaires financières. Cette réponse démontre que l'établissement se place uniquement dans une logique de contrôle rétrospectif. Il s'agit là d'un point faible en particulier car le responsable des affaires financières est lui-même en position d'attente d'éléments de la part de la DRH pour bâtir les différents documents budgétaires.

⁷⁰ 2013 : 11,4 ETPRm; 2014 : 12,50 ETPRm; 2015 : 10,89 ETPRm ; 2016 : 11,23 ETPRm ; 2017 : 12,30 ETPRm ; 2018 : 12,2 ETPRm et 2019 11,58 ETPRm.

⁷¹ Exemple parangonnage de l'étude « optimiser la fonction RH », revue de gestion hospitalière octobre 2016.

⁷² Instruction DGOS/RH3/DGCS/4B n° 2013-15 du 2 janvier 2013 relative au bilan social des établissements publics énumérés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

Le déploiement d'une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences ne pourra être effective qu'en cohérence avec une stratégie des ressources humaines reposant sur des analyses approfondies de l'évolution des différentes composantes de sa masse salariale ce qui n'est pas le cas actuellement.

6.2 L'évolution de la masse salariale.

Les problèmes de fiabilité notamment dans la répartition des charges de personnels par exemple ceux affectés à l'UF personnels de nuit ou les erreurs d'imputation des remboursements des personnels mis à disposition de tiers implique d'avoir une approche tous budgets confondus de la masse salariale pour en apprécier l'évolution.

Les données ont été retraitées manuellement, lorsqu'il était possible de le faire, comme pour les atténuations de charges des comptes 6419 et 6429. Lorsque les erreurs d'imputation ne permettaient pas de retraitement, par exemple le paiement des praticiens contractuels sur la même imputation que les praticiens hospitaliers en 2013 et 2014, les comparatifs de progression ont été faits à périmètre temporel constant c'est-à-dire entre 2015 et 2019.

6.2.1 L'évolution en approche globale

La masse salariale du CGD-13⁷³ est passée de près de 27 M€ en 2013 à un peu plus de 30 M€ en 2019 soit une croissance annuelle moyenne de 2 % qui reste contenue. La charge totale du personnel représente en moyenne sur la période 77 % des produits courants.

⁷³ Cf. tableau d'évolution de la masse salariale en annexe 16.

Tableau n° 25 : Évolution de la rémunération consolidée des personnels (hors cotisations).

<i>En milliers d'euros</i>	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
<i>Personnel titulaire et stagiaire</i>	12 889,05	13 232,33	13 228,93	12 740,39	12 560,39	12 170,04	12 109,39	- 1,0 %
+ <i>Personnel en CDI</i>	785,86	720,14	905,97	1 241,52	1 697,71	2 244,21	2 758,58	23,3 %
+ <i>Personnel en CDD</i>	677,61	697,35	903,51	1 158,29	1 706,62	1 892,28	1 677,65	16,3 %
+ <i>Contrats aidés et apprentis</i>	749,01	988,33	950,67	880,87	567,49	140,15	12,10	- 49,7 %
- <i>Atténuations de charges *</i>	472,54	790,93	677,88	760,97	427,56	179,59	104,99	- 22,2 %
Rémunérations PNM	14 629,00	14 847,23	15 311,20	15 260,10	16 104,65	16 267,09	16 452,73	2,0 %
<i>en % des rémunérations totales</i>	90 %	90 %	89 %	89 %	89 %	89 %	90 %	
<i>Praticiens hospitaliers</i>	1 383,48	1 362,36	1 314,24	992,10	1 064,56	1 242,47	1 124,26	- 3,4 %**
+ <i>Praticiens hospitaliers contractuels</i>	-	-	155,71	528,67	482,37	446,28	460,94	31,2 %**
+ <i>Internes et étudiants</i>	117,28	115,78	129,01	128,76	95,52	59,58	77,43	- 6,7 %
+ <i>Autres rémunérations (PDS et TTA)</i>	189,34	190,23	216,94	224,13	266,93	258,77	258,30	5,3 %
- <i>Atténuations de charges *</i>	-	-	-	-	-	-	-	
Rémunération PM	1 690,10	1 668,40	1 815,89	1 873,65	1 909,38	2 007,10	1 920,94	2,2 %
<i>en % des rémunérations totales</i>	10 %	10 %	11 %	11 %	11 %	11 %	10 %	0,2 %
Rémunérations du personnel	16 319,10	16 515,62	17 127,09	17 133,76	18 014,03	18 274,19	18 373,67	2,0 %

Source : CRC d'après comptes financiers.

* après neutralisation des remboursements des mises à disposition sortantes imputées par erreur au comptes 6419 et 6429 entre 2013 et 2015 alors qu'elles auraient dû être imputées au compte C/7084 remboursement de mise à disposition facturées.

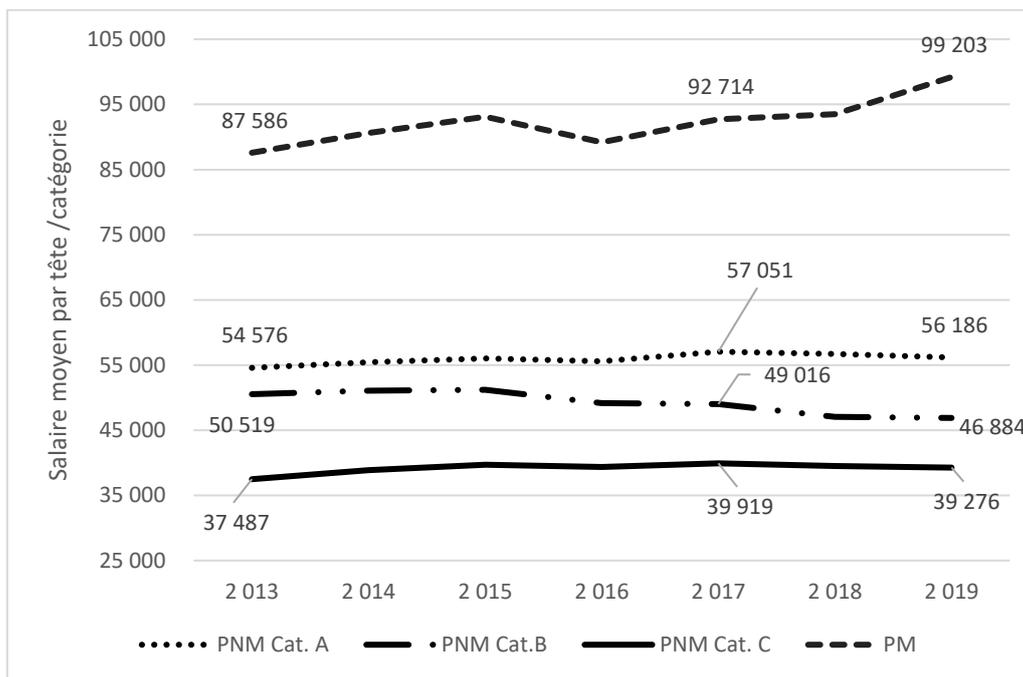
** évolution annuelle moyenne 2015-2019.

La rémunération des personnels médicaux a progressé en moyenne annuelle un peu plus rapidement (+ 2,2 %) que celle des personnels non médicaux (+ 2 %).

Pour le personnel non médical (PNM) la tendance de fond est une croissance prononcée de la masse salariale des personnels contractuels alors que celle des personnels titulaires et stagiaires décroît. La masse salariale des contractuels s'est alourdie en valeur absolue de 1 M€ pour les personnels en contrat à durée déterminée et de 2 M€ pour ceux à durée indéterminée. La part des contrats aidés, dont la chambre observe par ailleurs qu'ils n'ont pas été suivis de manière distincte dans les bilans sociaux, a progressivement été supprimée. Cette suppression explique, en partie, la forte décroissance des atténuations de charges, retraitées par la chambre, qui accueillaient les remboursements versés par le centre national pour l'aménagement des structures des exploitations agricoles (CNASEA) en charge de ces dispositifs. Elle s'est également traduite par l'explosion corrélative des versements des allocations de retour à l'emploi lorsque ces personnels se sont retrouvés sans emploi.

Pour le personnel médical les variations sur la rémunération des praticiens hospitaliers sont non significatives car un seul départ ou une réduction du temps de travail fait varier la rémunération dans des proportions importantes. Il peut, toutefois, être observé une très forte croissance de la rémunération servie aux praticiens contractuels qui s'est accrue en valeur absolue de plus de 300 000 € entre 2015 et 2019.

Graphique n° 5 : Évolution du SMPT 2013-2019 (en €)



Source : CRC d'après bilans sociaux fournis par l'établissement.

Le salaire moyen par tête (SMPT) qui mesure le rapport de l'ensemble des rémunérations chargées aux ETPMR de la catégorie concernée a évolué plus fortement pour le PNM de catégorie A que pour celui de la catégorie C. La catégorie B a même décliné en raison du recrutement de plus jeunes collaborateurs en remplacement de plus anciens aux salaires plus élevés suivant un effet dit de « noria » négative. En comparaison du SMPT des centres hospitaliers de même catégorie déterminé par l'ATIH, en 2017, le CGD-13 se situe au-dessus de la moyenne pour les personnels de catégorie A (53 917 €) et C (38 911 €) et en dessous du SMPT des catégories B (51 337 €). En moyenne en 2019 le SMPT est de 44 075 €.

Si le SMPT du personnel médical a fortement progressé il se situe en revanche en dessous du 1^{er} décile des établissements de même catégorie (112 656 €) et même sous la médiane des établissements plus petits totalisant moins de 20 M€ de produits (118 569 €).

6.2.2 Un recours accru aux contractuels

Tableau n° 26 : Effectif en ETPr moyen– tous budgets

<i>PNM</i>	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Évol. 2013- 2019	En ETPMR
<i>Personnels non médicaux (PNM)</i>	560,18	560,94	567,52	567,78	568,59	562,47	563,05	+ 0,51 %	+ 2,87
<i>Personnels médicaux (PM)</i>	22,55	21,95	23,9	25,34	25,51	26,78	24,39	+ 8,16 %	+ 1,84
Total	582,73	582,89	591,42	593,12	594,1	589,25	587,44	+ 0.81 %	+ 4,71

Source : bilans sociaux 2013-2019.

NB : Pour le personnel non médical, le bilan social devrait isoler les contrats aidés compte tenu des modalités particulières de financement ce qui n'a pas été le cas au CGD-13.

Pendant la période sous revue le total des effectifs en équivalent temps plein rémunéré moyen (ETPRM)⁷⁴, est passé tous statuts confondus, de 582,73 en 2013 à 587,44 en 2019 soit une progression, contenue, de 0,81 % équivalente à 4,71 ETPr moyen.

L'évolution des effectifs de PM n'appelle pas de remarque particulière.

Pour le PNM, si le CPOM ne comprenait aucun objectif de réduction d'effectifs, en revanche dans le plan triennal 2015-2017 était préconisée une diminution, non chiffrée, des effectifs des personnels administratifs. Force est de constater que ceux-ci se sont accrus (+ 2,83 ETPMR) tout comme les personnels techniques (+0,91 ETPMR). En revanche les effectifs d'aides-soignants qui constituent le cœur de métier du CGD-13 ont diminué. Comme souligné *supra* cette incongruité n'a pas été analysée dans les bilans sociaux.

Au surplus, les chiffres du bilan social sont sans explication sur les changements de périmètre et les éléments pris en compte dans chacune des catégories concernées. Ainsi il n'est pas possible de réconcilier les données brutes servant à déterminer quels agents du PNM sont considérés comme appartenant aux personnels des services de soins. Les agents comptabilisés en « hors filière » sont, en réalité, des personnels en contrats aidés qui ont été affectés dans différents services pour occuper des postes dans l'une ou l'autre des filières.

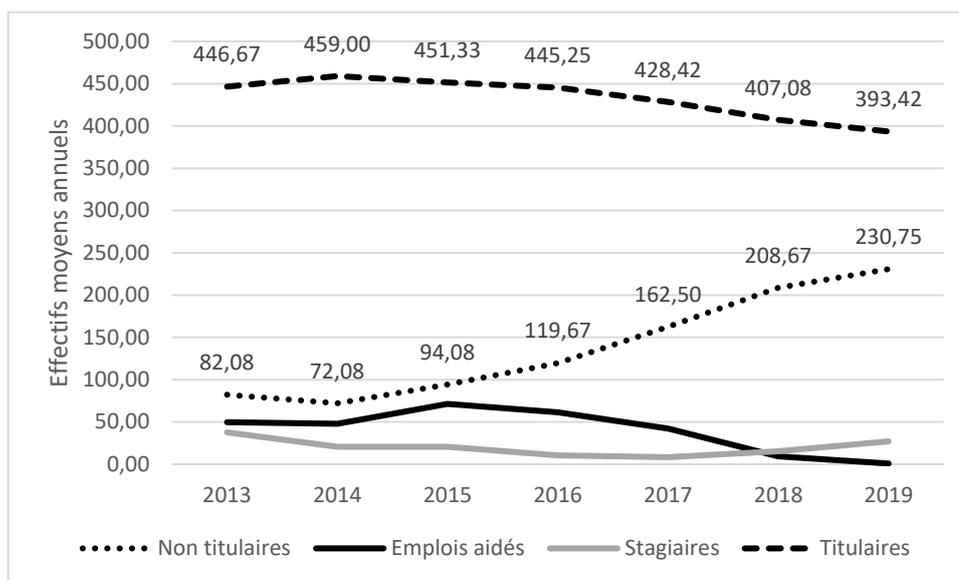
À la disparition des aides, il a été mis fin à leurs contrats. Ces personnes, dont l'employabilité était faible, en raison d'un manque de qualification, se sont retrouvées involontairement privées d'emploi et prises en charge *de facto* par le CGD-13 au titre de l'allocation de retour à l'emploi (ARE). Ces prises en charge ont consommé plus de la moitié (51 %) des allocations de retour à l'emploi répertoriées par le CGD-13 entre le 1^{er} janvier 2017 et le 30 juin 2020⁷⁵.

⁷⁴ Cf. annexe 17 Évolution des équivalents temps plein moyens rémunérés (ETPMR).

⁷⁵ Cf. Annexe 18 Tableau de répartition des indemnités ARE.

Lors de l'entretien de fin de contrôle l'ancien ordonnateur a indiqué que la politique de l'établissement consistait, pour les postes de catégorie C, à privilégier le recrutement par contrat à durée déterminée, au motif qu'une fois le personnel titularisé il était plus enclin à s'absenter ou à être moins performant. L'établissement est invité à intégrer dans sa réflexion le coût de la prise en charge des fins de contrat qui représentent 80 % des motifs de prises en charge au titre de l'ARE.

Graphique n° 6 : Évolution des effectifs moyens annuels par statuts



Source : CRC d'après matricules des fichiers de paye en effectifs moyen / an.

Le schéma n° 3 ci-dessus confirme la tendance d'un recrutement orienté vers les contractuels au détriment des titulaires et des stagiaires. Si des services comme la MAIA, service transverse financé par des crédits FIR, ont vocation à employer des agents non titulaires, en revanche, en 2019, les agents non titulaires sont majoritairement employés dans les services de soins au premier rang desquels l'USLD et l'EHPAD Jean Masse (74,75 agents en moyenne). En 2019, le recours aux agents non titulaires se concentre, hormis le personnel médical qui pèse pour 34,92 agents dans le total des non-titulaires, sur les aides-soignants (72,25 agents), les agents de bio nettoyage (32,83 agents) et les infirmiers (28,92 agents) soit 134 agents au total. En 2013, ces mêmes agents ne représentaient en moyenne mensuelle que 35,25 agents non titulaires.

6.2.3 Des rémunérations maîtrisées sauf pour les contractuels

Le CGD-13 s'appuie sur les textes réglementaires applicables à la fonction publique hospitalière pour attribuer le régime indemnitaire. Les seules délibérations du comité technique d'établissement, adoptées sur la période, concernent les réductions de primes en cas d'absentéisme selon un mécanisme qui n'appelle pas de remarque.

Les contrôles des rémunérations du personnel non médical, à partir des fichiers de paye, n'ont pas permis de déceler de dépassements des conditions réglementaires d'attribution des principales primes servies aux agents titulaires du CGD-13 que ce soit la prime de service, ou l'indemnité de sujétion spéciale dite prime des 13 heures qui représentent une charge annuelle de l'ordre de 700 000 € pour la première et 650 000 € pour la seconde.

Il en est de même de l'attribution de la NBI dont les bénéficiaires ont par ailleurs diminué notamment en raison d'un recrutement accru de contractuels exclus du bénéfice de la NBI. L'examen des conditions d'avancement des titulaires n'appelle pas de remarque.

En vertu de l'article 3 du statut général des fonctionnaires, les emplois civils permanents des établissements publics de santé sont occupés par des fonctionnaires. Seules des dérogations législatives peuvent donc permettre le recrutement dans la fonction publique hospitalière d'agents non titulaires.

Afin de pallier un absentéisme important l'établissement a eu recours aux emplois aidés puis aux contractuels en remplacement d'agents absents comme le permet l'article 9-1 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986. Cette disposition a été largement employée par l'établissement qui a recruté par cette voie des aides-soignants et des infirmiers, certains ayant, après plusieurs années sous statut précaire, été mis en stage. La rémunération indiciaire de ces agents était calibrée pour compenser l'absence de NBI ou de la prime de sujétion spéciale dite des 13 heures. Si le statut n'a pas influencé la rémunération brute en revanche, outre le risque de paiement d'une ARE en cas de non renouvellement du contrat, l'établissement a dû s'acquitter de charges patronales plus élevées que pour un stagiaire ou un titulaire⁷⁶.

Les établissements peuvent également recourir aux agents contractuels sur des emplois permanents lorsque la nature des fonctions ou les besoins du service le justifient. Cette possibilité peut être activée en l'absence de corps de fonctionnaires hospitaliers susceptibles d'assurer ces fonctions ou l'exercice de fonctions nouvellement prises en charge par l'administration ou nécessitant des connaissances techniques hautement spécialisées. Le juge administratif refuse par exemple sa mise en œuvre pour assurer des fonctions de secrétariat dans une maison de retraite⁷⁷.

En contradiction avec ces règles le CGD a procédé au recrutement de deux contractuels. Le premier sur un poste d'attaché d'administration hospitalière, sans que la vacance de poste pourtant obligatoire n'ait été effective et alors que son cursus exclusivement privé ne le qualifiait pas particulièrement pour gérer des finances hospitalières.

⁷⁶ Par exemple Mme N. rémunération brute 1842 € comme non titulaire contre 1537 € + 46 € (NBI) + 133,95 (prime des 13 heures) comme stagiaire c'est-à-dire la même rémunération alors que les cotisations patronales mensuelles s'élèvent à 706,38 € dans la première hypothèse au lieu de 477,90 € dans la seconde hypothèse.

⁷⁷ CE, 24 juill. 2009, n° 311850, Ragot.

Le second, démissionnaire en juin 2021, sur un grade que ni son âge ni ses qualifications ne justifiaient. Cet agent contractuel a été mis à disposition de l'association InteRAI pour une quotité de 25 % de son temps de travail. Cette association régie par les dispositions de la loi du 1^{er} juillet 1901, donc de droit privé, a pour objet la diffusion de la démarche « resident assessment instrument »⁷⁸ en France. La présidente de cette association, signataire de la seconde convention en 2018, est le Dr Y., par ailleurs médecin salarié du CGD-13.

Au cas d'espèce la mise à disposition de cet agent n'entrant pas dans le cadre fixé par l'article 31-1 du décret n° 91-155 du 6 février 1991 relatif aux agents contractuels de la FPH, puisque les associations ne font pas partie de la liste limitative des organismes pouvant accueillir un non titulaire, était irrégulière.

Enfin, cet agent était également président de deux sociétés par actions simplifiées dont l'une dans le domaine du développement, l'exploitation et la distribution de logiciels dédiés au secteur de la santé. Le CGD-13 a autorisé le cumul de ses activités accessoires avec son activité principale sans saisir la commission de déontologie alors que la proximité de ses fonctions privées et publiques l'aurait pourtant nécessité.

6.3 Le temps de travail

6.3.1 L'obligation annuelle de travail toujours non respectée

La gestion du temps de travail au CGD-13 est encadré par l'accord historique local relatif à la réduction du temps de travail du 21 décembre 2001. L'accord est applicable à l'ensemble du personnel quel que soit son statut. Plusieurs avenants sont venus modifier le texte initial :

- avenant n° 1 du 30 janvier 2002 pris pour application du décret n° 2002-9 du 14 janvier 2002 : application d'une réduction du temps de travail pour les agents travaillant de nuit à 1 470 heures, hors jours de congés supplémentaires et hors période et jour de fractionnement ;
- avenant n° 2 du 28 janvier 2004 pris pour application du décret n° 2003-507 du 11 juin 2003 : modification du régime des astreintes au CGD-13 à compter du 1^{er} janvier 2004 ;
- avenant n° 3 du 12 janvier 2006 pris pour application de l'article 2 de la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie : application relative à l'organisation d'une journée de solidarité dans la FPH par la suppression d'un jour de RTT pour tous les agents qui bénéficient d'une RTT avec récupération de jours RTT et d'un jour férié pour les agents travaillant à raison de 7h par jour ;
- avenant n° 4 du 18 décembre 2006, applicable au 1er janvier 2007. Il définit les règles applicables aux astreintes des agents travaillant dans le service informatique du CGD-13.

⁷⁸ Aux États-Unis, une évaluation multidimensionnelle des résidents âgés vivant en institution est réalisée de façon régulière et systématique à l'aide du Resident Assessment Instrument (dit démarche RAI). C'est à partir des données, essentielles et standardisées, produites par le RAI qu'une série de 24 Marqueurs ou Indicateurs de Qualité (IQ) a été définie. Les IQ représentent des événements indésirables dans 11 domaines d'intervention, pouvant refléter la qualité des soins promulgués aux personnes âgées. Ils sont utilisés dans un système de contrôle et suivi de la qualité. (Source : Le cairn.).

Tableau n° 27 : Effet du non-respect de l'OAT au CGD-13

	Repos fixe 35 heures	Repos fixe 37h00	Repos variable 37 heures	Repos variable 39 heures	Nuit
<i>Total de journées travaillées (en jours)</i>	224	212	209	193	144
<i>Durée horaire journalière (en heures)</i>	7h00	7h24	7h24	7h48	10h00
<i>Heures travaillées rappel calcul CRC 2007 (en heures)</i>	1 568	1 569	1 547	1 505	1 440
<i>Accord local + jour de solidarité CGD-13 (en heures)</i>	1575	1575	1547	1547	1447
<i>Obligation annuelle de travail (OAT)⁷⁹ (en heures)</i>	1607	1607	1582	1582	1447
<i>Écart annuel calcul CRC-OAT (en heures)</i>	- 39	- 38	- 35	- 77	-7
<i>ETPRM 2019</i>	152		128	224	58
<i>ETP perdus du fait du non-respect du TT</i>	3,67		2,84	6,97	0,28

Source : chiffrage de la CRC dans le précédent ROD non contesté par le CGD-13 et fichiers de paye 2019.

Depuis le dernier contrôle de la chambre, le CGD-13 a confirmé qu'aucun autre avenant n'était venu modifier l'accord initial sur le temps de travail. Le règlement intérieur adopté en février 2019 fait d'ailleurs toujours une référence expresse à ce corpus initial et ses avenants. L'insuffisance du temps de travail des agents du CGD-13, relevée par la chambre il y a plus de dix ans, n'a donc pas été corrigée. Au surplus les jours considérés comme fériés au-delà de ceux définis par décret à savoir le 26 décembre, pour tout le personnel, et le mardi gras pour le personnel administratif et technique, perdurent.

Les agents du CGD travaillent en moyenne entre une et deux semaines de moins par an que leur obligation annuelle de travail. Traduit en équivalents temps plein le non-respect de l'OAT correspond à un manque de 13,76 ETP. En calcul, certes purement théorique, cette perte de substance représente par rapport au SMPT moyen de 2019 près de 606 472 €⁸⁰. Comme l'établissement l'a rappelé dans sa réponse aux observations provisoires ce calcul correspond à l'obligation annuelle de travail et ne tient pas compte de l'attribution éventuelle des jours dits hors périodes et jours fractionnés que l'établissement est obligé d'accorder lorsque les agents remplissent les conditions pour en bénéficier.

La chambre observe également que la mise en place de cycles de 12h00 dans certains services s'est faite en dehors de tout cadre contractuel puisqu'aucun avenant à l'accord initial du temps de travail n'a été signé. Or si les instances ont été informées des modifications intervenues dans les protocoles des services, un avenant à l'accord initial apparaît indispensable pour intégrer cette modalité de travail.

L'intégration des rythmes et cycles de travail dans le règlement intérieur réglant également les périodes de chevauchements entre les services permettrait de rendre le temps de travail au CGD conforme aux textes en vigueur en toute transparence. L'établissement s'est engagé à mettre en œuvre cette réforme du temps de travail et à la traduire dans un avenant à l'accord initial.

⁷⁹ Fixée par le décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 modifié par le décret n° 2007-826 du 11 mai 2007.

⁸⁰ SMPT moyen 2019 par ETP perdus $44\,075 \times 13,76 = 606\,472$ €.

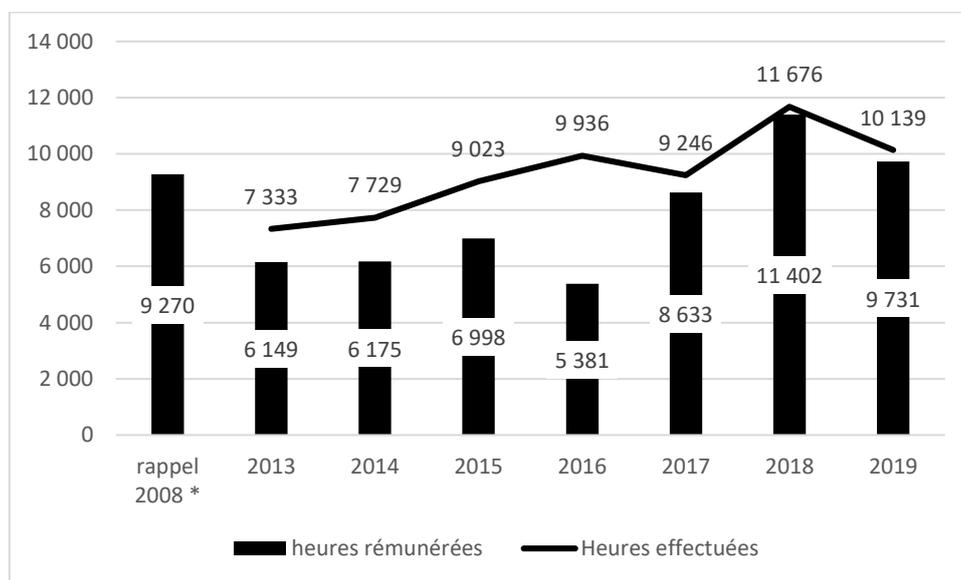
6.3.2 Des dépassements horaires insuffisamment encadrés

Le décret n° 2002-598 modifié par le décret n° 2010-310 du 22 mars 2010 relatif aux indemnités horaires pour travaux supplémentaires, relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements de santé pose le principe selon lequel « *les agents peuvent être appelés à effectuer des heures supplémentaires en dépassement des bornes horaires définies par le cycle de travail dans la limite de 180 heures par an et par agent. Ce plafond est porté à 220 heures pour les catégories de personnels suivantes : infirmiers spécialisés, cadres de santé infirmiers, sages-femmes, sages-femmes cadres de santé, personnels d'encadrement technique et ouvrier, manipulateurs d'électroradiologie médicale. [...] Les heures supplémentaires font l'objet soit d'une compensation horaire donnant lieu à une récupération au moins d'égale durée, soit d'une indemnisation* ».

Les modalités de recours aux heures supplémentaires au CGD-13 ne font l'objet d'aucune instruction formelle et les notes d'informations relatives à ce sujet, publiées, en octobre 2014 et en janvier 2019 se contentent de rappeler les principes généraux et précisent que toutes des heures supplémentaires seront récupérées. Le CGD-13 précise par ailleurs qu' « *aucune délibération n'a été prise concernant la gestion des heures supplémentaires. Aucune note ne fait mention de la gestion des heures supplémentaires notamment concernant celles récupérées et aucune modalité n'a été mise en place pour que les agents optent pour la récupération ou le règlement avant la fin de l'exercice* ».

En l'absence de directive, la gestion des heures supplémentaires s'effectue directement par les cadres de proximité, la direction des ressources humaines n'ayant aucune maîtrise.

Graphique n° 7 : Évolution du nombre d'heures supplémentaires.



Source : CRC d'après fichiers de paye (heures rémunérées) et données de l'établissement (heures effectuées)
* les heures de 2008 correspondent à la projection de celles du 1^{er} semestre 2008 consignées dans le précédent ROD de la chambre.

Le nombre d'heures supplémentaires effectuées n'a pas diminué sur la période. En leur sein le nombre d'heures rémunérées, parfois au-delà des plafonds autorisés⁸¹, s'est également accru et la rémunération des heures supplémentaires a eu tendance à s'accroître à partir de 2017. Force est de constater que les engagements pris, à la suite du dernier rapport d'observations définitives de la chambre, par l'ordonnateur en fonction entre 2013 et 2019, de réduire le recours aux heures supplémentaires n'ont pas été tenus.

Les constats faits en 2007 peuvent être reproduits en 2020, à savoir recours aux heures supplémentaires alors que les obligations annuelles de travail ne sont pas respectées, absence de pilotage des heures supplémentaires par la DRH, absence de directives communes sur les modalités de compensation (récupération ou paiement), concentration des heures supplémentaires sur les mêmes personnels notamment sur les services logistiques ce qui dénote un problème organisationnel récurrent et non traité. Nonobstant le recours exceptionnel aux heures supplémentaires permis par le décret n°2020-297 du 24 mars 2020 pendant la crise sanitaire, l'établissement a mis en place un dispositif de contrôle et devrait entamer un travail de fond pour mieux encadrer leur usage.

La remontée du niveau des heures supplémentaires à partir de 2017 est corrélative à la diminution des emplois aidés qui palliaient, entre 2013 et 2016, les remplacements des personnels absents. Au surplus, surtout au début de la période sous revue, les données chiffrées des bilans sociaux sur le nombre d'heures supplémentaires étaient minorées⁸².

Le temps de travail additionnel (TTA) des médecins participant à la permanence des soins est également mal encadré. L'instruction DGOS/RH4 n° 2014-101 du 31 mars 2014 relative à la mise en œuvre de l'arrêté du 8 novembre 2013 modifiant l'arrêté du 30 avril 2003 précise les modalités de recours au TTA. Si la participation à la permanence des soins est une obligation statutaire, en revanche le TTA ne peut être que volontaire. Cette volonté doit s'exprimer expressément dans un contrat. L'instruction précise que « *Les besoins prévisionnels de recours à des contrats de temps additionnel sont arrêtés par le chef de pôle et inscrits dans le contrat de pôle. Le contrat, formalisé, doit être signé entre le praticien, le responsable de la structure, le chef de pôle et le directeur. La contractualisation doit porter sur la quantité et le mode de valorisation du temps de travail additionnel (CET, indemnisation, récupération).* ».

Le rôle de la commission relative à l'organisation de la permanence des soins (COPS) est central puisqu'elle élabore le modèle de contrat de temps de travail additionnel et assure le suivi quadrimestriel de sa mise en œuvre.

Rien de tout cela n'est formalisé au CGD et aucun contrat de TTA n'a été signé. Le fait qu'aucune indemnisation directe ne soit intervenue pendant la période sous revue ne dispensait pas le CGD d'encadrer le recours au TTA conformément au dispositif réglementaire. Le TTA validé par la COPS alimente automatiquement le CET sans que le médecin n'ait donné son accord formel en l'absence de contractualisation. Concernant le suivi du TTA, le calcul est réalisé par la DRH, validé par la COPS et le président de la COPS sans que le directeur n'intervienne. Selon la DRH, plusieurs difficultés existent pour la compilation du TTA avec les médecins mis à disposition qui ont des tableaux différents de ceux du CGD et avec les médecins qui ne remplissent pas les tableaux de service estimant que la présence de leurs agendas dans le dossier de soins dématérialisé suffit à connaître leur emploi du temps.

⁸¹ M. I. 229 en 2015, M. J. 243 heures en 2015 et Mme. K. 231 heures en 2017.

⁸² Par exemple en 2013, 5 381 heures supplémentaires indiquées au BS alors que 6 119 heures ont en réalité été rémunérées selon les fichiers de paye soit 12 % d'écart. À partir de 2017 les chiffres sont concordants.

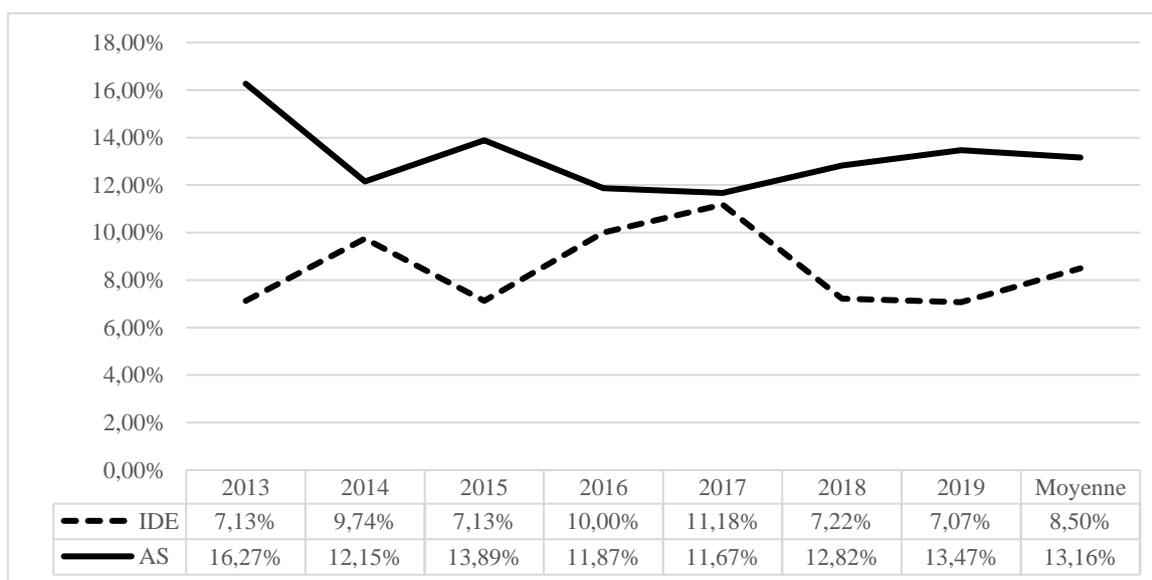
La DRH a indiqué ne pas avoir accès à ce dossier ce qui limite sa possibilité de contrôle. En réponse aux observations provisoires la direction a indiqué vouloir procéder à une remise à plat du système en coordination avec la COPS.

L'établissement dispose sur le sujet du recours aux dépassements horaires pour assurer sa mission d'importantes marges de progression pour mieux maîtriser sa masse salariale et ses organisations en concertation avec les instances représentatives du personnel.

6.3.3 Un problème d'absentéisme non résolu dans les services de soins

Le bilan du CPOM, établi par l'établissement, présente sur la période 2012-2017 une évolution du taux d'absentéisme par catégorie de personnel, mettant en avant, selon l'ordonnateur une « *stratégie effective de lutte contre l'absentéisme avec un développement des contrôles par un prestataire extérieur, l'utilisation de la modulation de la note en fonction de l'absentéisme, un travail sur la prévention des risques musculo-squelettiques avec un équipement adapté style RAIL et des risques psycho-sociaux* ».

Graphique n° 8 : Évolution du taux d'absentéisme du personnel soignant



Source : CRC d'après bilans sociaux de l'établissement.

La chambre ne partage pas le satisfecit du CGD-13 sur une amélioration sensible du taux d'absentéisme. Il existe en effet un biais méthodologique important à présenter un taux d'absentéisme par catégories d'emploi. Celles-ci intègrent en effet des personnels administratifs ou techniques moins exposés aux contraintes physiques, psychologiques, ou organisationnelles, comme le travail de nuit, liées à la prise en charge des résidents et des patients.

L'évolution globale du taux d'absentéisme du personnel soignant dont celui des aides-soignants qui se situe en moyenne sur la période 2013-2019 à plus de 13 % démontre que le phénomène de l'absentéisme, au sein des unités soignantes est loin d'être maîtrisé et qu'il apparaît au contraire structurellement ancré.

La chambre observe que l'établissement n'a pas entrepris de démarche collective d'analyse des causes de l'absentéisme. Alors qu'il s'agit d'un problème qui a une grande influence sur la qualité de vie au travail des agents et la consommation d'heures supplémentaires nécessaires au fonctionnement des services les plus concernés, notamment l'EHPAD le petit Bosquet, ce sujet est curieusement absent des différents projets d'établissements consultés par la chambre. Il n'est abordé qu'avec parcimonie lors des réunions avec les instances représentatives du personnel que ce soit le comité technique d'établissement ou le comité d'hygiène, sécurité et conditions de travail.

Enfin, les mesures présentées comme préventives de ce phénomène notamment les contrôles des arrêts et la réduction des primes n'ont fait l'objet d'aucun retour ou analyse auprès des instances. L'établissement s'est engagé, dans sa réponse aux observations provisoires, à faire figurer la question de l'absentéisme dans le volet social du projet d'établissement 2021-2026.

6.4 Des mises à disposition nombreuses et irrégulières

La mise à disposition dont les principes sont posés par l'article 48 de la loi du 9 janvier 1986 est la situation du fonctionnaire qui demeure dans son corps d'origine, est réputé occuper son emploi, continue à percevoir la rémunération correspondante, mais qui exerce ses fonctions hors du service où il a vocation à servir. Le fonctionnaire peut être mis à disposition auprès d'un ou de plusieurs organismes pour y effectuer tout ou partie de son service.

Pendant la période sous revue, 31 mises à dispositions sortantes et 12 entrantes ont été mises en œuvre par le CGD-13 avec des conventions prévoyant un remboursement⁸³. La chambre observe qu'aucun compte rendu annuel de l'état des mises à disposition n'est porté à la connaissance du comité technique d'établissement, ce qui est irrégulier. Dans sa réponse aux observations provisoires l'établissement a précisé que seules neuf mises à dispositions étaient encore effectives en juin 2021 et que les mises à disposition restantes seraient revues.

Entre 2013 et 2016, les recettes en remboursement des mises à disposition ont été enregistrées, irrégulièrement sur les comptes C/6419 (pour les personnels non médicaux) et C/6429 (pour les personnels médicaux) du budget H alors que les remboursements des mises à disposition ont vocation à être enregistrés au compte 7084 « *mise à disposition de personnel facturée* ». La différence est importante puisque dans la première hypothèse l'atténuation de charge entre dans la composition de la masse salariale nécessaire à l'activité de l'établissement alors que dans la seconde hypothèse la mise à disposition correspond à une charge transférée à un autre établissement. Ce dernier est le bénéficiaire de la quotité de travail des agents ainsi mis à sa disposition. Pour le CGD-13 la lecture de l'effet de ces charges sur les différents indicateurs d'analyse financière, notamment les ratios charges /activité s'en est trouvée altérée.

⁸³ Sauf pour Mme L., agent non titulaire, mise à disposition du CGD-13 par le GCS PGAM pour la MAIA dans une convention de 2014 article 4 « *Le CGD-13 ne remboursera pas au GCS la rémunération de Mme L.* ».

Les mises à dispositions sortantes, remboursées sur le budget H, ont représenté 591 859 € en 2016, 913 541 € en 2017, 824 042 € en 2018 et 622 869 € en 2019. Elles bénéficient principalement à l'AP-HM et au GCS-PGAM. Si les conventions, dans leur ensemble définissent la nature des activités exercées par les agents mis à disposition, en revanche leurs conditions d'emploi, les modalités du contrôle et de l'évaluation de leurs activités sont majoritairement absentes, ce qui est également irrégulier.

Le cas le plus extrême est celui de la convention de reversement, par l'AP-HM des crédits de l'institut national de lutte contre le cancer (INCA), pour 40 000 € annuels, présentée par l'établissement comme étant la contrepartie de la mise à disposition du Dr. X à l'AP-HM. Cette convention ne saurait être qualifiée de convention de mise à disposition puisqu'elle ne mentionne même pas le nom du Dr Z. et *a fortiori* ni sa quotité de travail pour l'AP-HM ni ses conditions d'emplois. Comme l'a confirmé l'AP-HM dans sa réponse aux observations provisoires il ne s'agissait effectivement pas d'une mise à disposition.

Concernant ce même praticien l'hôpital européen a versé au CGD-13 de manière forfaitaire 20 000 € annuels entre 2012 et 2015, puis 50 000 € annuels jusqu'en 2018, année de son recrutement par l'hôpital européen. Dans ce cas de figure il s'agissait d'une convention de temps partagé régie par l'article R6152-4 du code de la santé qui n'a fait l'objet, selon la directrice de l'Hôpital Européen dans sa réponse aux observations provisoires, d'aucune transmission de mémoire trimestriel permettant un contrôle effectif des émoluments servis au Dr X. ni de demande de revalorisation du forfait de la part du CGD.

Pour les mises à disposition entrantes la situation de Mme L., dans le cadre de l'expérimentation sur le parcours de soins complexe de la personne âgée de plus de 75 ans menée avec l'AP-HM⁸⁴, a retenu l'attention de la chambre. La convention précise que le dispositif expérimental devait s'achever au plus tard fin 2015 date à laquelle la MAIA a été mise en place. Pour autant Mme L. a continué à être mise à disposition jusqu'à son recrutement par l'université d'Aix Marseille en 2019 sans avenant à la convention initiale alors que ses conditions d'emploi avaient changé.

Depuis 2007, conformément à l'article 49-1 de la loi du 9 janvier 1986 il est possible, aux établissements publics, de bénéficier d'une mise à disposition de personnels de droit privé. Ce cas de figure s'envisage lorsque des fonctions nécessitent une qualification technique spécialisée et que les besoins du service le justifient. Les établissements peuvent y avoir recours pour la réalisation d'une mission ou d'un projet déterminé qui ne pourrait être mené à bien sans les qualifications techniques spécialisées détenues par un salarié de droit privé et dont les salariés de l'établissement public seraient dépourvus.

⁸⁴ Dans le cadre expérimental prévu par l'article 70 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012.

Tableau n° 28 : Situation du Dr. Z

<i>Employeur</i>	Rémunération brute servie	Quotité	Rémunération Brute mensuelle estimée pour un ETP
CGD-13	3 312,57 €	0,66	5 019,05 €
Institut de la maladie d'Alzheimer	1 429,26 €	0,20	7 146,30 €

Source : CRC d'après convention des mises à disposition / Fichier de payes / Titres du 6429 / mandats du 64211.

Le Dr. Z, médecin directeur de l'institut de la maladie d'Alzheimer a ainsi été mise à disposition du CGD-13 par cette association loi 1901 à raison de 0,2 ETP entre le 1^{er} janvier 2015 et le 30 juin 2017 comme référent technique de la mise en place de la MAIA. Il se trouve que sur cette même période le Dr. Z était déjà praticien contractuel à temps non complet (0,66 ETP) au CGD-13. L'établissement disposait bien de la ressource nécessaire à la préfiguration de la MAIA. Le fait que durant cette même période l'intéressée était mise à disposition du GCS-PGAM pour six demi-journées par semaine soit l'intégralité de son temps de travail⁸⁵ n'était théoriquement pas un obstacle à sa réaffectation pour deux demi-journées par semaine comme référent technique de la MAIA en contrepartie de la réduction de sa mise à disposition au GCS-PGAM. *De facto*, la rémunération brute du Dr. Z pour assurer la mise en place de la MAIA s'est trouvée majorée en comparaison de celle qu'elle percevait au CGD-13 du fait de cette mise à disposition entrante.

D'une manière générale les conditions de mises à dispositions gagneraient à être revues, régularisées et simplifiées pour préserver les intérêts de l'établissement.

7 LA GESTION PATRIMONIALE DE L'ÉTABLISSEMENT

La gestion patrimoniale recouvre dans son assertion courante, l'acquisition, la rénovation, l'entretien, l'exploitation et la cession des biens immobiliers du domaine public ou privé d'un établissement. Pour le CGD-13, comme pour les établissements publics de santé en général, disposer d'une gestion dynamique et bien documentée du patrimoine immobilier représente un enjeu important.

Un enjeu financier, en recettes, par l'optimisation de la gestion d'un patrimoine foncier de près de 6 hectares et en dépenses, par la maîtrise des coûts d'entretien et de maintenance d'un patrimoine bâti de près 19 000 m² de surface utile.

Un enjeu organisationnel, pour rationaliser l'intervention des équipes et des activités dans 15 bâtiments différents. Cette contrainte se manifeste de manière très importante au CGD-13 notamment pour l'EHPAD Le Petit Bosquet réparti sur quatre bâtiments dont l'un, la montagnette, a dû être fermé faute de pouvoir assurer la sécurité de ses neufs résidents, ou le regroupement des activités d'enseignement qui a conduit l'établissement à louer un nouveau bâtiment.

⁸⁵ Le contrat de mise à disposition du Dr Z au GCS PGAM est particulièrement mal rédigé et laisse supposer que la mise à disposition est partielle alors qu'elle est totale.

Un enjeu opérationnel enfin pour maintenir ou améliorer les conditions de prise en charge des patients et l'environnement de travail des personnels.

L'organisation de la fonction immobilière, pour répondre à ce triple objectif, doit pouvoir s'appuyer sur une organisation robuste et une connaissance approfondie de l'existant pour assurer sécurité juridique, conservation physique et performance économique de la gestion de son patrimoine.

7.1 Une fonction immobilière essentiellement technique

La fonction immobilière identifiée au CGD-13 se concentre sur son service technique placé sous l'autorité hiérarchique et fonctionnelle du directeur des services économiques et techniques (DSET).

Le secteur ateliers est composé de sept agents avec trois spécialités : électricité, plomberie et maçon. Les travaux des autres corps de métiers comme par exemple la peinture, les revêtements de sol ou la serrurerie sont externalisés. L'établissement externalise également toute la maintenance des installations thermiques, électriques, de sécurité incendie, des matériels divers et l'entretien des espaces verts.

Ces travaux de maintenance sont portés par des marchés pluriannuels à bons de commande, non examinés par la chambre, également gérés par la DSET. Certains d'entre eux devraient être transférés dans les groupements de commande gérés par le groupement hospitalier de territoire des Bouches-du-Rhône (GHT 13) dont le chef de file est l'AP-HM. Cela concernera en 2020 notamment la maintenance des ascenseurs ou celle des équipements de protection contre l'incendie et en 2021 les contrôles techniques réglementaires.

Le service assure seul la maîtrise d'œuvre des chantiers de maintenance, entretien ou rénovation courants. En revanche, la maîtrise d'œuvre est déléguée pour les projets de rénovation, de création de locaux ou lorsque l'importance technique et financière des travaux entrepris ne correspond pas à ses compétences. Ce fut le cas par exemple du changement des armoires électriques sur le bâtiment Etoile en 2019 pour 130 000 € ou la rénovation des réseaux d'eau du bâtiment Estaque en 2017 pour 40 000 €.

La planification des interventions qu'elle soit effectuée en régie ou externalisée est gérée à partir des rapports annuels des contrôleurs techniques pour la vérification des installations existantes et, depuis janvier 2015, avec un logiciel de demande d'intervention. En moyenne, selon l'établissement, 5 000 interventions annuelles sont réalisées.

La chambre a pu constater que les locaux sont dans un bon état général et le procès-verbal de la commission de sécurité confirme la conformité technique des locaux.

7.2 Un patrimoine immobilier et mobilier méconnu et non évalué

Dans son avis consacré à la domanialité hospitalière rendu le 28 avril 1977 le Conseil d'État⁸⁶ a clarifié la distinction entre domaine public et domaine privé des hôpitaux. Comme pour l'État et les collectivités territoriales, tous les biens appartenant aux hôpitaux publics qui sont affectés au service public et spécialement aménagés à cet effet font partie de leur domaine public. Ceux qui en revanche ne sont pas aménagés ou pas affectés font partie de leur domaine privé. Ces derniers n'étant par définition, pas affectés, sont gérés séparément sous le vocable de dotation non affectée (DNA) retracée dans un budget annexe A.

L'article L. 6148-1 du CSP consacre l'existence d'une domanialité publique des biens détenus par les hôpitaux en renvoyant pour leur gestion aux règles du code général de la propriété des personnes publiques (CG3P) et au code général des collectivités territoriales (CGCT).

L'établissement a transmis, en deux temps, une liste des biens immobiliers qu'il possède en distinguant domaine public et domaine privé⁸⁷. Or il s'avère que les biens recensés par l'établissement comme appartenant à son domaine privé à savoir la crèche et l'institut de formation de soins infirmiers appartiennent a priori à son domaine public, bien que loués à 13 Habitat propriétaire des locaux. L'établissement ne possède d'ailleurs pas de budget dédié à la DNA et méconnaît donc la distinction entre les deux types de domanialité. Il sera vu *infra* pour ce qui concerne la crèche qu'elle n'entre ni dans son domaine public, ni dans son domaine privé puisque le bâtiment ne lui appartient pas et qu'elle n'est pas affectée au service public hospitalier. Cette incongruité n'a pour autant pas été relevée par l'établissement.

La liste initialement transmise ne comprenant pas les parcelles cadastrales, l'établissement a été invité à fournir un relevé de matrice cadastrale autrement appelé relevé de propriété qui s'obtient auprès des services fiscaux ou de la mairie où se trouve le terrain⁸⁸. La seule pièce officielle, émanant des services fiscaux, qui a pu être transmise est un procès-verbal de modification parcellaire, datant de 2009. Il n'existe pas de dossier retraçant les divisions parcellaires ou les différents actes notariés. Dans le cadre de la vente de foncier à la SARL Les Terrasses, l'établissement n'a été en mesure de ne transmettre que l'attestation de vente et non l'acte complet. Le DSET a indiqué que les affaires foncières étaient du seul ressort du chef d'établissement et qu'il n'y avait pas de fonds documentaire les concernant.

Il a toutefois été possible de reconstituer à partir des actes notariés des différents ventes, échanges et divisions parcellaires intervenues sur les 20 dernières années, l'état parcellaire appartenant au CGD. L'établissement est aujourd'hui propriétaire d'une parcelle d'un seul tenant cadastrée 874X79 d'une contenance de 5 ha 74 ares et 62 centiares. Il a cédé en 20 ans, 30 % de son patrimoine au conseil départemental et à des opérateurs privés.

⁸⁶ CE, sect. soc., avis n° 319.305, 28 nov. 1977.

⁸⁷ Cf. Annexe 20 - Surface des biens immobiliers du CGD-13.

⁸⁸ Article R* 107 A-2 du livre des procédures fiscales « *La communication des informations susmentionnées a lieu sous la forme d'un relevé de propriété issu de la matrice cadastrale. Elle est assurée par les services de l'administration fiscale et des communes* ».

L'établissement n'a pas été en mesure de fournir un inventaire physique de son patrimoine immobilier et mobilier détenu sur la période examinée⁸⁹. Il explique cette situation par l'insuffisance d'effectif d'encadrement de la DSET, particulièrement depuis 2017. D'après le calendrier théorique de la fiabilisation des comptes de l'établissement cet inventaire aurait pourtant dû être réalisé au plus tard en 2014.

L'examen de l'état de l'actif 2018 a permis d'isoler des fiches d'entrées au patrimoine datant du début des années 2000, notamment pour des acquisitions de licences informatiques au compte 2051, dont l'obsolescence est certaine⁹⁰. Au surplus, le CGD-13 réalise un actif par compte et un autre par compte et UF. Il est dès lors inutile de rajouter des subdivisions pour les différentes UF ce qui en complique inutilement la lecture.

Si les écritures de l'état de l'actif sont concordantes avec la balance générale des comptes au 31 décembre 2018 elles ne peuvent être considérées comme sincères car elles ne correspondent de toute évidence pas à la réalité.

Les comptes financiers produits de 2013 à 2019 présentent une méthode et des durées d'amortissement stables sur l'ensemble de la période. Le CGD-13 a opté pour l'amortissement linéaire sur toute la période sous revue ce qui a eu pour effet de décaler le début du calcul de la dotation aux amortissements. L'établissement n'a adopté le-prorata temporis, plus conforme à un pilotage pertinent des dépenses d'investissement, qu'à compter du 1^{er} janvier 2021.

Le CGD-13 a adopté des durées d'amortissements correspondant à la fourchette haute des préconisations de l'instruction budgétaire et comptable M21 et même au-delà pour le matériel biomédical. Ce choix traduit sa volonté de limiter l'effet des dotations annuelles d'amortissement sur ses résultats. L'instruction a toutefois permis de démontrer que dans le cas de la construction de l'UHR l'établissement n'a pas retenu la bonne nature des travaux. L'ancien ordonnateur a expliqué dans sa réponse aux observations provisoires qu'il souhaitait ainsi limiter l'effet des dotations aux amortissements en allongeant artificiellement la durée de l'amortissement.

La M21 préconise l'application de la méthode des composants si la durée d'amortissement des éléments constitutifs d'un actif est significativement différente pour chacun des éléments et si le composant représente une forte valeur unitaire. Le CGD-13 n'a pas choisi dans les faits cette possibilité. L'établissement estime cependant qu'il opère bien une approche par composant en expliquant que certaines subdivisions de comptes ont été créées pour distinguer les immobilisations de budgets annexes et a précisé que « *le CGD-13 utilise en interne la famille d'équipement pour affecter les durées d'amortissement* ».

Ces éléments ne sont pas caractéristiques de la méthode d'amortissement par composant mais relèvent plus de destinations analytiques. Celles-ci sont d'ailleurs parfois différentes⁹¹ de celles annoncées par le compte budgétaire ce qui altère la lisibilité de l'état financier.

⁸⁹ La chambre n'a pas été destinataire de la dernière version existante, malgré les deux questionnaires sur le sujet.

⁹⁰ Fiches 376 et 377 Osiris licence serveur datant de 2001.

⁹¹ C/2154101 « Matériel outillage cuisine réfectoire » qui peut être affecté à des unités fonctionnelles telles que « Direction générale », « radiologie », « dir. Services économiques » Le C/21845 « Écoles et instituts formation » sur lequel sont imputés indifféremment du mobilier, des écrans, des micro-ondes. Le compte 2184 de la nomenclature M21 concerne l'achat de mobilier.

La chambre invite le CGD-13 à procéder dans les meilleurs délais à un inventaire physique pour disposer d'une image fidèle de son patrimoine puis de procéder avec le comptable public à son rapprochement avec l'état de l'actif afin d'identifier les cas devant donner lieu à des régularisations comptables. Dans sa réponse aux observations provisoires l'établissement a transmis les premières opérations de traitement de l'actif.

Recommandation n° 7 : Réaliser un inventaire physique du patrimoine mobilier et immobilier du centre gérontologique départemental.

7.3 Une gestion foncière perfectible

7.3.1 La cession à 13 Habitat intervenue en 2013

En 2009, la société 13 Habitat, établissement public à caractère industriel et commercial (EPIC) dont la collectivité de rattachement est le conseil départemental, a développé un projet de rénovation de bâtiments désaffectés ou en voie de désaffectation du CGD-13 sur un tènement foncier de 9 211 m² appartenant pour partie au CGD-13 sis sur la rue Elzéard Rougier.

Ce projet s'est matérialisé par la signature d'un acte sous seing privé du 22 mars 2010 par lequel le CGD-13 s'engageait à vendre, sous réserve de la réalisation de diverses conditions suspensives, ce tènement à 13 Habitat. Le prix validé par les domaines dans un avis de 2009 était de 4 700 000 €. La réalisation de la vente par acte authentique devait intervenir au plus tard le 31 décembre 2011. Le CGD-13 a pu contracter auprès de la caisse d'épargne un prêt relais d'un même montant avec un remboursement *in fine* lors de la réalisation de la vente du bâtiment.

Au cas d'espèce, ce dossier a pris du retard du fait de la non réalisation de deux conditions suspensives dépendant du conseil départemental à savoir la vente d'une parcelle de 21,45 m² et la renonciation à un droit de passage qui impliquait la réalisation d'une nouvelle servitude et l'octroi d'une place de stationnement à son profit.

Une réunion s'est tenue le 28 janvier 2013, entre le CGD-13, 13 Habitat et le département qui a conclu à un accord actant une réfaction de 200 000 € du prix de vente initialement en contrepartie d'une signature rapide de l'acte authentique malgré la persistance des réserves et l'engagement du conseil départemental d'y répondre rapidement. La vente s'est finalement conclue pour 4,5 M€.

La chambre observe que l'ensemble des protagonistes étant reliés au conseil départemental la levée des conditions suspensives sans enjeux ni financiers ni fonciers aurait dû être une simple formalité, ce qui n'a pas été le cas.

La lenteur inexplicable de ce dossier se double d'une absence d'information du conseil de surveillance sur une réfaction de 200 000 € par rapport au prix attendu. En effet, alors que l'information était connue du directeur depuis janvier 2013, il s'est abstenu d'en informer le conseil de surveillance du 28 mai 2013 alors même que le trésorier de l'établissement, M. Chavildian, avait fait remarquer que la première étape de sortie d'une situation d'endettement, devenant critique pour l'établissement, était la réalisation de la cession au prix convenu de 4,7 M€ pour rembourser dans les meilleurs délais ce prêt relais.

7.3.2 La location de la crèche

Le projet de mise en œuvre d'une crèche figurait dans le projet social du projet d'établissement (PE) 2011-2015⁹². Sans que le résultat du sondage, qui aurait été effectué auprès des agents fin 2011, ne soit communiqué auprès des instances, ni disponible au CGD-13, l'établissement s'est lancé dans un projet de construction d'une crèche de 60 berceaux devant servir « (...) à la fois au personnel du CGD-13, au personnel de Beauregard pour autant que cette structure reste implantée sur le secteur, au personnel du conseil général dont la crèche commence à être saturée et à la ville »⁹³. Le projet d'établissement 2016-2020 reprend la possibilité de mettre en œuvre une crèche de manière très précise⁹⁴.

Le CGD-13 comme tous les hôpitaux assure une mission de service public spéciale, c'est-à-dire que ses compétences sont des compétences d'attribution. L'établissement public ne peut employer ni sa capacité juridique, ni son patrimoine ni ses moyens à d'autres fins que l'accomplissement de la mission qui lui incombe et pour laquelle la personnalité morale lui a été confiée.

Il est loisible pour un hôpital de développer une crèche hospitalière qui constitue une réponse possible au bien-être de ses agents ou à son attractivité. De nombreux établissements hospitaliers ont d'ailleurs développé des structures internes fonctionnant avec des moyens dédiés affectés sur leur budget principal⁹⁵. Le ministère de la santé a par ailleurs admis que les opérations de construction de crèche étaient éligibles au plan hôpital 2012 en précisant toutefois que ces structures étaient, pour leur fonctionnement, soumises aux modalités classiques de financement par la CAF, les familles et les collectivités locales et que le reste à charge pour l'établissement devait rester compatible avec ses charges et les gains d'efficacité qu'il pouvait retirer de la mise en place de ce service⁹⁶.

⁹² Page 183 Projet social V-action 3 Un projet de crèche inter-fonction publique sur le site de l'établissement est à l'étude. Un questionnaire lancé fin janvier 2011 recensera les difficultés rencontrées par le personnel pour assurer la garde des enfants et leur mode de garde souhaité.

⁹³ Compte rendu du conseil de surveillance du 20 décembre 2012.

⁹⁴ Page 81 du PE 2016-2020 « une crèche d'une capacité de 62 berceaux dont le CGD-13 deviendra locataire sera construite par 13 Habitat sur le terrain contigu de l'avenue de Montolivet. La gestion de la crèche, qui sera ouverte, sur la ville sera confiée à une association spécialement désignée à cette fin ».

⁹⁵ Par exemple dans la région PACA des établissements récemment contrôlés par la chambre l'AP-HM, le CH de Montpellier ou le CHU de Nice.

⁹⁶ Réponse question écrite Sénat n° 1676 du 18 juin 2009 Ministère de la Santé et des Sports « [...] La part susceptible de demeurer à la charge de l'établissement hospitalier doit être compatible avec les ressources qu'il retire de son activité et les gains d'efficacité qui peuvent résulter des investissements Hôpital 2012 et notamment l'amélioration des conditions de travail du personnel qui contribue à l'amélioration de son attractivité pour les différents corps de métiers et au dynamisme de son activité ».

Le CGD-13 ne se trouve toutefois pas dans cette configuration. En effet, il ne dispose d'aucune analyse *ex ante* des besoins en garde d'enfants de son personnel justifiant l'intérêt qu'il aurait eu à se doter d'une crèche hospitalière d'une telle dimension. Le programme fonctionnel, transmis à la chambre, datant de 2015, a été développé par 13 Habitat avec le référentiel du service des modes d'accueil de la petite enfance (SMAPE-PMI) du département pour la construction d'une grosse structure. À aucun moment il n'est indiqué le niveau du besoin en accueil d'enfants du personnel pour fonder le portage du projet par le CGD-13.

Le CGD-13 s'est engagé sur un bail signé avec 13 Habitat, le 19 décembre 2019, d'une durée initiale de 20 ans pour un montant annuel révisable de 189 029,63 €. Le bail de sous location consenti, à l'association Zim Zam Zoum prévoit le versement d'un loyer de 108 000 € hors charges. La chambre observe également que ce bail de sous location a été signé par anticipation au bail principal, le 28 novembre 2019, ce qui apparaît assez incohérent.

Dans sa réponse aux observations provisoires l'établissement a précisé qu'en 2020, dix agents avaient bénéficié de la structure et qu'en période de crise sanitaire la crèche a été réquisitionnée facilitant la garde des enfants du personnel. Il ne dispose toutefois pas, faute de mention idoine dans le bail de sous location, d'un moyen d'influer sur la priorisation d'accès pour ses agents. Au surplus la chambre observe que les horaires d'ouverture de la structure ne sont pas adaptés aux besoins des personnels du CGD. En effet, les enfants fréquentant la crèche sont accueillis du lundi au vendredi de 7h30 à 18h00 alors que l'établissement fonctionne sept jours sur sept avec des vacations diurnes qui alternent le matin de 6h30 à 13h30 et des après-midi de 12h30 à 20h00, ou des gardes de 12h00 de 7h00 à 19h00. Un essai d'ouverture anticipée de la crèche n'aurait, selon l'établissement, pas été concluant.

Enfin, l'établissement supporte une charge de fonctionnement sur son budget principal d'un montant annuel de 81 029,63 € sans que l'accès prioritaire pour les agents du CGD aux places de crèche ne soit garanti en dehors des périodes de crises, faute de berceaux réservés aux agents du CGD. Au surplus ce montant constitue un avantage en nature à l'association Zim Zam Zoum, d'un montant supérieur à 23 000 €, sans convention d'objectifs ce qui est irrégulier. L'établissement a indiqué, dans sa réponse aux observations provisoires, être en contact avec l'association pour réserver des berceaux aux agents du CGD.

ANNEXES

Annexe n° 1. Répartition des UF par pôles.....	74
Annexe n° 2. Évolution de l'activité et des taux d'occupation budget H	76
Annexe n° 3. Prévision et exécution des rémunérations brutes Maia 2019 (en €).....	77
Annexe n° 4. Calcul de la provision pour CET.....	78
Annexe n° 5. Détail des produits d'exploitation des budgets du CGD-13.....	79
Annexe n° 6. Évolution tarifaire 2013-2019.....	80
Annexe n° 7. Consommation intermédiaires consolidées.....	81
Annexe n° 8. Correction d'écritures en situation nette de 2015 (en €).....	82
Annexe n° 9. Corrections des reprises / dotations des provisions.....	83
Annexe n° 10. Évolution de la CAF sur la période	84
Annexe n° 11. Tableaux de détermination de la CAF.....	85
Annexe n° 12. Fonds de roulement et trésorerie nette.....	86
Annexe n° 13. Évolution des PGFP 2017-2020 (en milliers d'€)	87
Annexe n° 14. Échantillon des dossiers contrôlés sur place.....	88
Annexe n° 15. Effectifs et habilitations du service des majeurs protégés	89
Annexe n° 16. Évolution de la masse salariale.....	90
Annexe n° 17. Évolution des équivalents temps plein moyen rémunérés (ETPMR)	91
Annexe n° 18. Tableau de répartition des indemnités d'ARE	92
Annexe n° 19. Heures supplémentaires	93
Annexe n° 20. Surface des biens immobiliers du CGD-13 (en m ²).....	94
Annexe n° 21. Glossaire des termes utilisés.....	95

Annexe n° 1. Répartition des UF par pôles

<i>Pôle filière Gériatrique Dr Catherine MOLINES</i>	<i>Pôle Filière Alzheimer Dr Lelia MARI</i>
<i>Court Séjour Gériatrique</i>	EHPAD unité Jean Masse
<i>SSR</i>	EHPAD unité Montagnette
<i>Plateau de rééducation</i>	EHPAD unité Etoile
<i>Consultations internes</i>	EHPAD unité Estaque
<i>Radiologie</i>	USLD Jean Masse
<i>USLD Tour Blanche</i>	SSR Unité Conitivo Comportementale
<i>Hôpital de jour</i>	Court Séjour Alzheimer
<i>Consultations externes</i>	Hôpital de jour Alzheimer.
<i>Équipe Mobile de Soins Palliatifs</i>	Accueil de jour 10 places Jean Masse
<i>HAD</i>	Accueil de jour 15 places Tour Blanche
<i>Service hygiène</i>	Consultations externes Alzheimer
<i>DIM</i>	SSIAD
<i>Pharmacie</i>	ESA
<i>Brancardage</i>	Nuit
	Animations
	Coiffure

Source : CRC d'après informations transmises par le CGD-13.

Annexe n° 2. Évolution de l'activité et des taux d'occupation budget H

Unités		2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019	
		RSA	TO	RSA	TO	RSA	TO	RSA	TO	RSA	TO	RSA	TO	RSA	TO
<i>Court séjour gériatrique</i>	30	675	76,40 %	690	72,13 %	686	74,96 %	683	75,88 %	683	81,39 %	683	76,88 %	683	71,42 %
<i>Court séjour Alzheimer</i>	13	319	81,62 %	329	87,23 %	342	88,01 %	327	88,83 %	327	88,36 %	327	82,80 %	327	85,27 %
<i>Hôpital de jour gériatrique</i>	2,5	210	23,01 %	305	33,42 %	339	37,15 %	328	35,95 %	328	34,30 %	328	32,35 %	328	34,16 %
<i>Hôpital de jour Alzheimer</i>	2,5	264	28,93 %	338	37,04 %	343	37,59 %	341	37,37 %	341	52,71 %	341	62,79 %	341	54,68 %
<i>Hospitalisation à domicile</i>	25	468	137,57 %	569	90,51 %	585	100,30 %	618	108,59 %	618	131,57 %	618	82,30 %	618	93,24 %

Journées	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
<i>SSR</i>	9 513	11 103	11 254	11 660	12 752	12 984	12 721	4,96 %
<i>SSIAD</i>	12 767	13 618	12 314	14 306	12 190	16 773	16 943	4,83 %

Source : CRC d'après données transmises par l'établissement.

Annexe n° 3. Prévion et exécution des rémunérations brutes Maia 2019 (en €)

Prévion convention					Exécution 2019		
Nom	Prénom	ETP	mois	Rémunération brute	Rémunération brute	Écart prévision	Observations
<i>Bourcart</i>	Emma	1	12	38 727	33 789	-4 938	Temps partiel au 01/01/2019 connu au moment de la signature de la convention
<i>Cerese</i>	Valérie	0,2	2	2 319	1 405	-914	Non comptabilisé sur UF Maia (Brut annuel 42171*0,2*2/12 = 1405)
<i>Lys</i>	Elodie	0,42	5	15 536	10 330	-5 206	Départ Mme Lys 30/04/2019
<i>MME/M</i>	X	0,58	7	28 153	19 385	-8 768	Recrutement Mme Virilon 15/04/2019
<i>Ben Belgacem</i>	Sonia	1	12	13 082	13 828	746	
<i>Bogo</i>	Agnès	1	12	42 355	34 314	-8 041	
<i>Conseil</i>	Déborah	1	12	27 507	27 340	-167	
<i>Valadou</i>	Marine	1	12	28 709	28 628	-81	
<i>Bekkar</i>	Florence	1	12	33 933	5 791	-28 142	départ le 01/03/2019
<i>Debosque</i>	Séverine	1	12	33 013	31 360	-1 653	
<i>Argaud</i>	Aline	1	12	35 925	34 243	-1 682	
<i>Deschamps</i>	Aurélie	1	12	27 507	27 711	204	
<i>Bouzgate</i>	Siham	1	12	32 905	31 201	-1 704	
<i>Loret</i>	Aline	1	12	36 702	35 145	-1 557	
<i>Rémunérations brutes prévues par convention</i>				396 373	5 177	+5 177	Theiller Jennifer non prévue dans convention
<i>Rémunérations brutes services en 2019</i>					339 648	56 725	

Source : CRC d'après convention ARS/CGD-13 2019 et fichiers de paye UF1151.

Annexe n° 4. Calcul de la provision pour CET

Tableau n° 29 : Stocks des CET au 31/12/N

En jours	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Personnel médical	361,10	513,60	661,60	686,10	839,60	931,10	891,60
PNM titulaire catégorie A	477,75	632,25	719,75	885,00	943,68	617,64	728,59
PNM titulaire catégorie B	276,12	469,82	582,67	671,03	628,35	422,29	526,33
PNM titulaire catégorie C	622,32	690,15	659,43	705,93	706,93	589,43	695,43
PNM non titulaire catégorie A	47,00	44,50	81,41	158,91	163,91	146,10	238,14
PNM non titulaire catégorie B	49,50	55,50	77,50	49,50	46,50	49,00	63,93
PNM non titulaire catégorie C	7,00						12,64

Source : chiffres fournis par le CGD-13 le 21/11/2020.

Tableau n° 30 : Calcul CRC sur chiffres DRH 2020 sans valorisation

Montants en euros	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
PM (300 €)	108 330,00	154 080,00	198 480,00	205 830,00	251 880,00	279 330,00	267 480,00
PNM A (Tit 130 €/ NT 125 €)	67 982,50	87 755,00	103 743,75	134 913,75	143 167,15	98 555,70	124 484,20
PNM B (taux 80 €)	26 049,60	42 025,60	52 813,60	57 642,03	53 987,63	37 703,20	47 220,80
PNM C (taux 65 €)	40 905,80	44 859,73	42 862,65	45 885,45	45 950,45	38 312,95	46 024,55
Total PNM	134 937,90	174 640,33	199 420,00	238 441,23	243 105,23	174 571,85	217 729,55
Total recalcul	243 267,90	328 720,33	397 900,00	444 271,23	494 985,23	453 901,85	485 209,55
Provisions CF Rappel	452 876,22	411 084,90	311 241,85	464 055,30	377 152,25	460 156,55	483 917,50
Écart constaté	209 608,32	82 364,57	- 86 658,15	19 784,07	- 117 832,98	6 254,70	- 1 292,05

Source : CRC d'après chiffres transmis par le CGD-13 le 21/11/2020 et taux forfaitaires.

Tableau n° 31 : Calcul CRC sur chiffres DRH 2020 avec valorisation

Montants en euros	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
PM (455,25 €)	164 390,78	233 816,40	301 193,40	312 347,03	382 227,90	423 883,28	405 900,90
PNM Tit A (155,63 €)	74 352,23	98 397,07	112 014,69	137 732,55	146 864,92	96 123,31	113 390,46
PNM Tit B (99,60 €)	27 501,55	46 794,07	58 033,93	66 834,13	62 583,20	42 060,08	52 422,47
PNM Tit C (80,93 €)	50 364,36	55 853,81	53 367,30	57 130,91	57 211,84	47 702,57	56 281,15
PNM NT A (192,50)	9 047,50	8 566,25	15 671,43	30 590,18	31 552,68	28 124,25	45 841,95
PNM NT B (123,20)	6 098,40	6 837,60	9 548,00	6 098,40	5 728,80	6 036,80	7 876,18
PNM NT C (100,1)	700,70	-	-	-	-	-	1 265,26
Total PNM	168 064,74	216 448,80	248 635,35	298 386,17	303 941,44	220 047,02	277 077,47
Total recalcul	332 455,52	450 265,20	549 828,75	610 733,19	686 169,34	643 930,29	682 978,37
Écart constaté	120 420,70	- 39 180,30	- 238 586,90	- 146 677,89	- 309 017,09	- 183 773,74	- 199 060,87

Source : CRC d'après chiffres transmis par le CGD-13 le 21/11/2020 et taux forfaitaires valorisés.

Annexe n° 5. Détail des produits d'exploitation des budgets du CGD-13

<i>En milliers d'euros</i>	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
<i>Produits de la tarification à l'activité</i>	6 637	6 848	6 894	6 820	7 286	7 487	7 533	2,1 %
<i>Produits forfaitaires</i>	4 965	4 994	4 985	5 032	5 029	5 197	5 360	1,3 %
<i>*Dont missions d'intérêt général et aide à la contractualisation (MIGAC)</i>	80	79	71	87	73	45	178	14,3 %
<i>*Dont dotations annuelles de financement (DAF) y compris DMA</i>	4 885	4 914	4 915	4 945	4 956	5 152	5 154	0,9 %
<i>Consultations externes</i>	53	96	101	86	88	95	95	10,1 %
<i>Produits de l'activité non pris en charge par l'assurance maladie</i>	636	629	724	781	668	754	736	2,5 %
<i>Produits hospitaliers budget H</i>	12 290	12 567	12 705	12 719	13 071	13 532	13 723	1,9 %
<i>Fonds d'intervention régionale (FIR)</i>	512	620	1 071	1 060	1 125	1 117	1 292	16,7 %
<i>Produits annexes du budget H</i>	58	106	144	791	1 154	1 050	852	56,6 %
Total des produits du Budget H	12 860	13 293	13 921	14 570	15 350	15 699	15 867	3,6 %
<i>Tarif hébergement pris en charge par le département</i>	1 919	1 935	1 939	2 188	2 125	2 048	2 056	1,2 %
+ <i>Participation du résident à l'hébergement</i>	1 600	1 617	1 666	1 568	1 469	1 647	1 477	- 1,3 %
+ <i>Tarif dépendance couvert par l'APA et l'AM</i>	827	846	861	884	863	898	897	1,4 %
+ <i>Participation du résident au tarif dépendance</i>	126	122	127	119	120	118	111	- 2,2 %
+ <i>Dotation globale de financement tarifs soins</i>	4 590	4 587	4 613	4 596	4 600	4 585	4 593	0,0 %
Total budget USLD (B)	9 062	9 107	9 206	9 356	9 177	9 295	9 134	0,1 %
<i>Tarif hébergement pris en charge par le département</i>	3 015	2 905	2 953	3 218	3 260	3 391	3 317	1,6 %
+ <i>Tarif hébergement pris en charge par l'hébergé</i>	2 069	2 325	2 430	2 185	2 108	2 054	2 151	0,6 %
+ <i>Tarif dépendance couvert par l'APA</i>	990	1 039	1 115	1 175	1 245	1 374	1 296	4,6 %
+ <i>Participation du résident au tarif dépendance</i>	188	200	185	173	168	159	161	- 2,5 %
+ <i>Dotation globale de financement tarifs soins</i>	3 542	3 510	3 576	3 785	3 688	3 768	3 886	1,6 %
+ <i>Autres produits</i>	0	0	30	46	42	32	33	NC
Total EHPAD Le Petit Bosquet (E)	9 805	9 979	10 289	10 582	10 511	10 778	10 844	1,7 %
<i>Prix de journée (N)</i>	174	185	190	192	209	215	205	2,8 %
<i>Dotation globale de soins SSIAD (N)</i>	834	886	830	836	866	867	885	1,0 %
<i>Dotation globale du budget P</i>	281	284	286	288	290	292	295	0,8 %
<i>Participations forfaitaires des usagers (P)</i>	19	24	0	0	0	0	0	NC
Budget N et P	1 308	1 379	1 306	1 316	1 364	1 375	1 386	1,0 %
<i>Subventions conseil régional (budget C)</i>	924	1 023	1 692	1 103	1 103	1 196	1 260	5,3 %
<i>Prestations du budget C</i>	221	228	289	358	306	270	160	- 5,3 %
Budget C	1 146	1 250	1 981	1 462	1 409	1 466	1 420	3,6 %
Produit d'exploitation	34 180	35 007	36 703	37 285	37 811	38 612	38 651	2,1 %

Source : comptes financiers 2013-2019.

Annexe n° 7. Consommation intermédiaires consolidées

<i>En milliers d'euros</i>	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
Achats	4 870,05	4 564,16	4 449,11	4 306,41	4 186,66	4 610,61	4 545,57	- 1,1 %
<i>Dont achats matières, produits et marchandises à caractère médical et pharmaceutique</i>	1 131,94	869,52	894,29	743,07	831,16	849,26	803,15	- 5,6 %
<i>Dont fournitures et matériel à caractère médical ou médico-technique</i>	555,22	472,37	437,91	465,23	539,11	565,38	520,09	- 1,1 %
<i>Dont achats matières, fournitures et marchandises à caractère hôtelier et général</i>	935,89	1 010,81	896,51	856,82	735,72	888,19	875,26	- 1,1 %
<i>Dont alimentation</i>	1 068,71	1 153,60	1 201,92	1 131,91	1 140,93	1 260,71	1 284,01	3,1 %
<i>Dont fluides et autres consommables</i>	1 178,29	1 057,86	1 018,48	1 109,39	939,75	1 047,06	1 063,06	- 1,7 %
Services extérieurs	1 329,63	1 426,47	1 452,09	1 421,68	1 484,67	1 305,39	1 367,62	0,5 %
<i>Dont locations immobilières**</i>	-	-	-	-	-	-	-	
<i>Dont autres locations</i>	531,43	531,64	542,66	553,55	519,22	482,46	455,05	- 2,6 %
<i>Dont entretien et réparations à caractère médical</i>	48,20	49,59	38,50	32,05	37,58	47,61	45,43	- 1,0 %
<i>Dont entretien et réparations à caractère non médical</i>	586,61	678,62	689,27	649,89	731,00	641,84	716,71	3,4 %
<i>Dont primes d'assurance</i>	117,86	123,62	132,91	146,26	144,55	97,55	96,97	- 3,2 %
<i>Dont études et recherches</i>	20,96	15,83	23,93	17,38	30,42	16,25	19,23	- 1,4 %
<i>Dont divers services extérieurs</i>	24,58	27,16	24,83	22,55	21,90	19,69	34,23	5,7 %
Autres services extérieurs	1 664,18	1 753,11	1 826,66	1 870,61	1 940,32	2 155,95	2 063,59	3,7 %
<i>Dont honoraires, frais d'actes et de contentieux</i>	15,20	23,01	17,93	43,02	21,74	28,33	40,54	17,8 %
<i>Dont informations, publications, relations</i>	23,83	24,55	22,57	17,59	14,56	17,76	9,97	- 13,5 %
<i>Dont transports d'usagers</i>	352,04	303,29	316,55	316,69	335,25	383,73	332,52	- 0,9 %
<i>Dont transports de biens et du personnel</i>	3,54	3,80	5,27	5,77	4,60	5,54	5,89	8,8 %
<i>Dont déplacements, missions, réceptions</i>	26,23	26,29	32,10	34,16	48,94	61,42	32,71	3,7 %
<i>Dont frais postaux et de télécommunications</i>	130,86	124,42	89,80	94,73	94,19	102,61	93,55	- 5,4 %
<i>Dont services bancaires et assimilés</i>	0,15	1,87	0,12	0,45	0,12	0,07	0,11	- 5,3 %
<i>Dont blanchisserie à l'extérieur</i>	693,05	649,15	720,20	697,60	748,20	729,99	809,29	2,6 %
<i>Dont informatique</i>	37,77	172,27	195,79	193,58	196,98	237,38	217,37	33,9 %
<i>Dont autres prestations à caractère non médical (nettoyage réalisé à l'extérieur par exemple)</i>	381,50	424,47	426,34	467,02	475,74	589,12	521,65	5,4 %
<i>Impôts & taxes, hors taxes sur le personnel (d)</i>	6,46	0,94	23,04	13,09	13,49	9,69	1,00	- 26,8 %
Consommations intermédiaires	7 870,32	7 744,68	7 750,90	7 611,77	7 625,15	8 081,64	7 977,78	0,2 %

Source : CRC d'après ANAFI logiciel des juridictions financières.

Annexe n° 8. Correction d'écritures en situation nette de 2015 (en €)

<i>Comptes de provisions et analyse du CGD-13 sur leurs montants au 31/12/2014</i>	Montant des provisions au 31/12/2014	Calcul du CGD-13			Recalcul CRC			Analyse CRC sur correction opérée
		Diminution du report à nouveau déficitaire C/119	Augmentation du report à nouveau excédentaire au C/110	Montant de la provision ajustée au 01/01/2015	Sens des régularisations en situation nette *	Sens des régularisations en situation nette **	Provision maintenue ou corrigée au 01/01/2015	
<i>142 (correctement évaluée)</i>	173 607	-	-	173 607	-	-	173 607	Sans observation
<i>151/ 1518 (surévaluée) & 1511</i>	58 084	- 1 050		57 035		132 031	190 115	Sous-évaluation
<i>1531 (correctement évaluée)</i>	160 830			160 830			160 830	Sans observation
<i>1532 (surévaluée)</i>	250 255	- 105 270		144 985		105 270	250 255	Sous-évaluation
<i>1572 (surévaluée)</i>	384 949	- 4 677		380 272	384 949		-	Provision sans fondement
<i>158 (surévaluée)</i>	606 315	- 395 438	210 877	-	606 315		-	Provision sans fondement
<i>491 (sous-évaluée)</i>	90 191		- 105 529	195 720		46 299	43 893	Sur évaluation par rapport à M21
<i>Total des provisions au 31/12/N</i>	1 724 232			1 112 448	déficit ou excédent	déficit ou excédent	818 700	
		- 506 435	105 349		991 264	283 600		

Source : retraitement CRC d'après comptes financiers et réponses de l'ordonnateur et du comptable.

* diminution du report à nouveau déficitaire ou augmentation du report à nouveau excédentaire

** diminution du report à nouveau excédentaire ou augmentation du report à nouveau déficitaire.

Annexe n° 9. Corrections des reprises / dotations des provisions

<i>en €</i>	2015	2016	2017	2018	2019	Observation
Reprises CGD-13	123 419,86	108 961,45	296 948,78	126 370,16	181 935,60	
<i>C/142</i>		5 786,90	5 786,90	5 786,90	5 786,90	
<i>C/151</i>	0,00	1 890,00	80 475,00	0,00	28 413,23	
<i>C/153</i>	37 925,00	41 370,00	86 903,15	812,50	19 254,40	
<i>C/157</i>	60 271,82	54 885,60	72 000,00	100 000,00	93 114,40	
<i>C/158</i>	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
<i>C/491</i>	25 223,04	5 028,95	51 783,73	19 770,76	35 366,67	
Reprises CRC	63 148,04	126 367,85	224 948,88	168 736,78	71 535,35	
<i>C/142</i>		5 786,90	5 786,90	5 786,90	5 786,90	
<i>C/151</i>	0,00	74 182,00	80 475,10	0,00	0,00	Tableau des litiges produit le 20/11
<i>C/153</i>	37 925,00	41 370,00	86 903,15	83 894,42	30 381,78	
<i>C/157</i>	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Provision injustifiée corrigée en situation nette
<i>C/158</i>						
<i>C/491</i>	25 223,04	5 028,95	51 783,73	79 055,46	35 366,67	
Ecart au C/78	60 271,82	- 17 406,40	71 999,90	- 42 366,62	110 400,25	
Dotations CGD-13	43 352,00	274 658,40	0,00	83 816,80	43 015,35	
<i>C/142</i>	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
<i>C/151</i>		80 475,00	0,00	0,00	0,00	
<i>C/153</i>	43 352,00	194 183,40	0,00	83 816,80	43 015,35	
<i>C/157</i>	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
<i>C/158</i>	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
<i>C/491</i>	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Dotations CRC	347 201,47	675 785,60	429 316,76	132 855,37	204 750,55	
<i>C/142</i>	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
<i>C/151</i>		155 775,10	0,00	0,00	26 731,30	
<i>C/153</i>	281 938,90	102 274,45	162 339,30	41 655,37	69 429,86	Cotisations sociales
<i>C/157</i>	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
<i>C/158</i>		318 000,00	140 400,00	91 200,00	0,00	Hypothèse à partir des avances à pôle emploi
<i>C/491</i>	65 262,57	99 736,05	126 577,46	0,00	108 589,39	
Ecart au C/68	- 303 849,47	- 401 127,20	- 429 316,76	- 49 038,57	- 161 735,20	

⇒ Incidence sur le résultat des exercices

<i>en €</i>	2015	2016	2017	2018	2019
<i>C/78 - C/68 CGD-13</i>	80 067,86	- 165 696,95	296 948,78	42 553,36	138 920,25
<i>C/78 - C/68 CRC</i>	- 284 053,43	- 549 417,75	- 204 367,88	35 881,41	- 133 215,20
<i>Incidence globale du recalcul sur le résultat des exercices</i>	- 203 985,57	- 715 114,70	92 580,90	78 434,77	5 705,05

Source : CRC d'après comptes financiers et réponses de l'ordonnateur.

Annexe n° 10. Évolution de la CAF sur la période

<i>Montants en euros</i>	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
<i>CAF</i>	2 450 200	2 069 012	2 711 078	2 632 978	1 586 239	1 440 393	1 311 664
<i>CAF retraitée des CNR</i>	2 450 200	2 015 012	2 440 605	2 617 978	1 596 217	1 353 906	1 188 292
<i>Annuités en capital de la dette</i>	5 636 150	2 516 783	886 395	3 426 911	824 931	802 486	817 518
<i>CAF nette</i>	- 3 185 950	- 447 771	1 824 683	- 793 933	761 308	637 907	494 146
<i>CAF nette retraitée des CNR</i>	- 3 185 950	- 501 771	1 554 210	- 808 933	771 286	551 420	370 774
<i>CAF nette issue des retraitements</i>	- 3 185 950	- 501 771	1 714 346	- 1 140 327	1 365 183	636 527	595 153

Source : comptes financiers 2013-2019.

Annexe n° 11. Tableaux de détermination de la CAF

Tableau de détermination de la CAF issue des comptes financiers

<i>Montants en euros</i>	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Résultat des comptes de résultat	4 547 574	144 988	650 036	240 908	- 145 398	- 241 592	- 63 661
+ Dotations aux amortissements, dépréciations et provisions (C68)	2 326 942	2 692 668	2 740 038	3 055 808	2 570 917	2 384 321	2 142 567
- Reprises sur dépréciations et provisions (C78)	129 018	219 954	123 420	108 961	296 949	126 370	181 936
+ Valeur comptable des éléments d'actifs cédés (C675)	688 589			21 506	-	1 000	-
- Produits des cessions d'éléments d'actifs (C775)	4 504 024		800	21 506	-	1 000	-
- Quote-part des subventions d'investissements virée au résultat de l'exercice (C777)	479 862	548 689	554 777	554 777	542 332	575 966	585 306
CAF/IAF	2 450 200	2 069 012	2 711 078	2 632 978	1 586 239	1 440 393	1 311 664
- Aides exceptionnelles ARS (CNR)		54 000	270 473	15 000	- 9 978	86 487	123 372
CAF retraitée des CNR	2 450 200	2 015 012	2 440 605	2 617 978	1 596 217	1 353 906	1 188 292

Source : comptes financiers.

Tableau de détermination de la CAF issue des retraitements CRC

<i>Montants en euros</i>	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Résultat des comptes de résultat	4 547 574	144 988	146 051	- 456 207	- 212 417	- 371 958	- 384 687
+ Dotations aux amortissements, dépréciations et provisions (C68)	2 326 942	2 692 668	3 343 888	3 438 935	3 159 834	2 642 160	2 577 571
- Reprises sur dépréciations et provisions (C78)	129 018	219 954	63 148	126 368	224 949	168 737	71 535
+ Valeur comptable des éléments d'actifs cédés (C675)	688 589			21 506	-	1 000	-
- Produits des cessions d'éléments d'actifs (C775)	4 504 024		800	21 506	-	1 000	-
- Quote-part des subventions d'investissements virée au résultat de l'exercice (C777)	479 862	548 689	554 777	554 777	542 332	575 966	585 306
CAF/IAF	2 450 200	2 069 012	2 871 214	2 301 584	2 180 136	1 525 500	1 536 043
- Aides exceptionnelles ARS (CNR)		54 000	270 473	15 000	- 9 978	86 487	123 372
CAF retraitée des CNR	2 450 200	2 015 012	2 600 741	2 286 584	2 190 114	1 439 013	1 412 671

Source : comptes financiers et retraitements de l'annexe 10.

Annexe n° 13. Évolution des PGFP 2017-2020 (en milliers d'€)

<i>PGFP 2017-2022</i>	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
<i>Nouvel hôpital</i>	677	2 197	10 797	10 799	9 799	2 185	36 455
<i>opérations courantes</i>	1 280	896	984	935	975	1 065	6 135
<i>subvention CD 13</i>	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000		25 000
<i>Emprunt</i>			3 350	3 350	3 350	2 000	12 050
<i>CAF net</i>	2 207	2 243	1 987	1 727	1 663	1 961	11 788

<i>PGFP 2018-2023</i>	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total
<i>Nouvel hôpital</i>	633	14 535	13 946	7 981			37 095
<i>opérations courantes</i>	895	710	580	640	875	665	4 365
<i>Dotations et subventions</i>	633	14 535	9 705				24 873
<i>Emprunt</i>			4 000	7 300	2 000		13 300
<i>CAF net</i>	2 229	2 265	2 139	1 986	1 866	1 820	12 306

<i>PGFP 2019-2027</i>	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	Total
<i>Opérations majeures</i>	1 522	6 501	13 659	14 872	5 936	810	805	805	825	45 735
<i>Nouvel hôpital H</i>	201	1 645	4 528	5 911	1 554					13 840
<i>Nouvel hôpital B</i>	472	3 866	8 291	8 251	3 652					24 531
<i>PPI autre</i>	849	990	840	710	730	810	805	805	825	7 364
<i>Dotations et subventions</i>	0	7 500	13 750	2 500						23 750
<i>Emprunt</i>					11 000					11 000
<i>CAF net</i>	1 966	2 009	1 946	1 638	1 622	1 748	1 752	1 705	1 681	16 067

<i>PGFP 2020-2026</i>	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	Total
<i>opérations majeures</i>	1 212	1 199	4 910	3 710	8 828	5 828	12 828	38 515
<i>Nouvel hôpital H</i>	175	0	4 000	0	0	0	4 250	8 425
<i>Nouvel hôpital B</i>	407	0	0	3 000	8 000	5 000	7 750	24 157
<i>PPI autre</i>	630	1 199	910	710	828	828	828	5 933
<i>Subvention CD13</i>	0	0	7 500	13 750	0	0	2 500	23 750
<i>Emprunt</i>			4 000				5 000	9 000
<i>CAF net</i>	1 307	1 470	1 623	1 767	1 622	1 675	1 570	11 034

Source : CRC d'après PGFP transmis par l'établissement.

Annexe n° 14. Échantillon des dossiers contrôlés sur place

	nom & n° dossier	Solde au 31/12/2018
<i>Dossiers comportant des écritures depuis 2009</i>	Majeur protégé n°1 20388941*	13 510,21 €
	Majeur protégé n°1 20388641 *	13 638,00 €
	Majeur protégé n°2 20388441 *	45 396,95 €
	Majeur protégé n°3 20388041 *	11 837,16 €
	Majeur protégé n°4 20387841 *	9 459,13 €
	Majeur protégé n°5 20394941 *	14 853,29 €
	Majeur protégé n°6 20394841 *	31 089,03 €
	Majeur protégé n°7 0394741 *	16 425,36 €
<i>Dossiers présentant un solde supérieur à 10 000 €</i>	Majeur protégé n°8 601510231	74 079,78 €
	Majeur protégé n°9 2563790031	39 353,83 €
	Majeur protégé n°10 2571810031	132 422,04 €
	Majeur protégé n°11	20 097,98 €
	Majeur protégé n°12 499280331	1 326,50 €
	Majeur protégé n°13 1394520031	53 419,41 €
	Majeur protégé n°14 417941131	1 284,48 €

Source : états de développement des soldes du compte 46311

* dont écritures antérieures à 2009 issues de la migration.

Annexe n° 15. Effectifs et habilitations du service des majeurs protégés

<i>MJMP et habilitation</i>	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Mme E (004580), ACH titulaire, Titulaire du CNC								
<i>ETPT incluant abs pour LM</i>	100 % 1	100 % 1	100 % 1	100 % 1	100 % 1	100 % 1	100 % 01 à 03 puis ML 0,25	
<i>liste préfecture des MJMP</i>	CGD-13	CGD-13	CGD-13	CGD-13	CGD-13	CGD-13 + CH Allauch	CGD-13 + CH Allauch	
Mme C (015203) AAH titulaire, Titulaire du CNC								
<i>ETPT incluant abs pour LM</i>	100 % 01 & 02 0,17	100 % 03 à 12 0,83	100 % 01 à 09 (ML 08 & 09) 0,58					
<i>liste préfecture des MJMP</i>	CGD-13	CGD-13	CGD-13					
Mme F (029807), contractuelle, Titulaire du CNC								
<i>ETPT</i>							50 % 02 à 05 80 % 06 à 12 0,57	80 % 01 à 09 0,6
<i>liste préfecture des MJMP</i>							CGD-13	CGD-13
Mme G (029891), adjoint adm contractuelle, titulaire du CNC								
<i>ETPT</i>							80 % 06 à 12 0,40	80 % 01 à 09 0,6
<i>liste préfecture des MJMP</i>							non	non
GARCIN Remy, contractuel, titulaire du CNC								
<i>ETPT</i>								100 % à cptr 10 0,25
<i>liste préfecture des MJMP</i>								en cours
PHILIBERT Mathilde, agent de gestion adm, contractuelle, CNC en cours								
<i>ETPT</i>								100 % à cptr 10 0,25
<i>liste préfecture des MJMP</i>								en cours
Total ETPT / an	1,17	1,83	1,58	1	1	1	1,22	1,7

Source : CGD-13 et fichiers de paye.

Annexe n° 16. Évolution de la masse salariale

En milliers d'euros	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Rémunération du personnel*	16 319,10	16 515,62	17 127,09	17 133,76	18 014,03	18 274,19	18 373,67
+ Charges sociales totales sur personnel	6 320,48	6 529,13	6 792,20	6 974,80	7 787,59	7 432,43	7 286,16
+ Honoraires médecine libérale et indemnités d'enseignement	75,88	76,00	104,41	96,79	119,82	92,34	83,88
+ Autres charges de personnel	2 038,28	1 920,53	2 001,35	1 712,44	1 866,74	1 799,41	2 076,51
- Atténuations de charges portabilité CET							
+ Impôts et taxes liés au personnel	2 040,75	2 085,41	2 166,87	2 169,49	2 250,16	2 187,56	2 163,12
Dont taxe sur les salaires	1 125,33	1 151,84	1 196,49	1 200,12	1 272,87	1 202,91	1 175,18
= Charges de personnel interne	26 604,90	26 722,82	27 683,84	28 030,72	30 038,33	29 785,92	29 983,34
+ Charges de personnel externe	72,26	111,71	55,85	19,61	14,35	54,83	35,77
Charges de personnel totales consolidées	26 677,16	26 834,53	27 739,69	28 050,33	30 052,68	29 840,75	30 019,11
CP externe / CP totales	0,27 %	0,42 %	0,20 %	0,07 %	0,05 %	0,18 %	0,12 %
CP totales en % des produits courants	76,19 %	75,54 %	74,69 %	74,27 %	78,23 %	76,08 %	77,66 %
Charges sociales nettes sur personnel non médical (a)	5 742,41	5 912,31	6 190,18	6 314,37	7 113,46	6 758,99	6 617,32
Part des charges dans la rémunération chargée	28,21 %	28,69 %	29,00 %	29,27 %	30,64 %	29,35 %	28,68 %
Charges sociales nettes sur personnel médical (b)	578,07	616,82	602,02	660,43	674,12	673,44	668,83
Part des charges dans la rémunération chargée	27,58 %	30,29 %	29,15 %	26,66 %	26,09 %	25,12 %	25,83 %
Charges sociales nettes totales sur personnel (a+b)	6 320,48	6 529,13	6 792,20	6 974,80	7 787,59	7 432,43	7 286,16
Part des charges dans la rémunération chargée	28,15 %	28,84 %	29,01 %	29,00 %	30,18 %	28,91 %	28,40 %
Détail du poste prime d'assurance maladie, maternité, accidents du travail, imputé en sce extérieur	56,79	63,26	67,83	78,46	76,35	55,27	52,17

Source : ANAFI d'après les comptes financiers.

* données corrigées des erreurs d'imputation des atténuations de charges.

Annexe n° 17. Évolution des équivalents temps plein moyen rémunérés (ETPMR)

Catégories	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Évol 13-19	
								%	nb
<i>Praticien hospitalier Tps plein</i>	14,61	15,17	16,71	16,84	16,73	18,03	19,46	33,20 %	4,85
<i>Praticien hospitalier Tps partiel</i>	1,08	1,39	1,32	0,94	0,99	1,28	1,23	13,89 %	0,15
<i>Praticien attachés</i>	1,77	0,89	0,55	0,43	0,43	0,64	0,4	- 77,40 %	- 1,37
<i>Praticien attachés associés</i>	-	0,12	0,4	-	0	-	0,08		
<i>Praticien contractuel</i>	-	0,08	-	-	0	-			
<i>Assistants des Hôpitaux</i>	2,67	3,3	2	4,13	5,11	5,49	2,22	- 16,85 %	- 0,45
<i>Assistants associés</i>	2,42	1	2,92	3	2,25	1,34	1	- 58,68 %	- 1,42
<i>s/total PM</i>	22,55	21,95	23,9	25,34	25,51	26,78	24,39	8,16 %	1,84
<i>Personnels administratifs</i>	61,47	61,17	61,34	63,15	65,17	65,46	64,3	4,60 %	2,83
<i>Personnels des services de soins</i>	372,88	365	369,14	375,72	390,02	403,48	410,59	10,11 %	37,71
<i>dont infirmiers</i>	81,07	83	82,46	83,8	86,64	89,02	89,65	10,58 %	8,58
<i>dont aide-soignants</i>	197,32	192,18	190,43	191,22	193,39	193,29	192,58	- 2,40 %	- 4,74
<i>Personnels éducatifs et sociaux</i>	9,1	9,17	14,46	12,51	11	11,24	12,88	41,54 %	3,78
<i>Personnels médico techniques</i>	6,42	6	6	6,24	7,18	7,8	8,27	28,82 %	1,85
<i>Personnels techniques</i>	110,31	65,57	65,25	63,23	66,18	67,45	66,48	- 39,73 %	0,91
<i>Hors filière</i>		54,03	51,34	46,92	29,04	7,03	0,53		- 53,5
<i>Sous total PNM</i>	560,18	560,94	567,53	567,77	568,59	562,46	563,05	0,51 %	2,87
<i>Total ETPMR</i>	582,73	582,89	591,43	593,11	594,1	589,24	587,44	0,81 %	4,71

Source : CRC d'après bilans sociaux.

Annexe n° 18. Tableau de répartition des indemnisations d'ARE

Par grades

<i>Grades</i>	2017	2018	2019	2020	Total général
AAH			324,36		324,36
Adj Adm	3 723,78	9 299,85	6 414,34		19 437,97
AEQ		5 535,99	10 509,14	5 230,72	21 275,85
AMA	9 835,66	13 103,24	2 568,75	10,80	25 518,45
AMAA		1 738,63			1 738,63
AS	81 430,64	72 412,71	19 148,95	9 075,62	182 067,92
ASD		3 526,00	3 268,00	1 772,64	8 566,64
ASE	13 100,16	3 515,32			16 615,48
ASH	40 353,62	66 787,93	99 636,86	50 574,16	257 352,57
C Aidés	302 170,22	283 068,19	135 594,23	32 060,38	752 893,02
CAE			5 975,53	4 474,35	10 449,88
ICSP			12 731,22	172,26	12 903,48
IDE	44 724,61	24 767,11	28 511,75	20 855,24	118 858,71
OPQ	101,94	14 519,20	10 763,82		25 384,96
PH				10 262,62	10 262,62
PHC		4 832,38			4 832,38
Praticien	292,74		9 746,84	2 254,50	12 294,08
PSY			1 902,04	1 354,69	3 256,73
Psychomot		1 000,32	916,96		1 917,28
Total général	495 733,37	504 106,87	348 012,79	138 097,98	1 485 951,01

Par motifs

<i>Motifs</i>	2017	2018	2019	2020	Total général
dem suivre conjoint		3 526,00	15 999,22	172,26	19 697,48
DISPO SUIVRE CONJOINT	1 640,21	1 738,63			3 378,84
FIN CONT.DURÉE. DÉT	388 795,61	408 643,49	277 547,67	119 242,24	1 194 229,01
FIN MISSION INTÉRIM			3 210,26		3 210,26
LIC. AUTRES MOTIFS	29 552,22	29 461,75	6 268,82		65 282,79
LIC. FAUTE GRAVE	63 571,43	55 582,06	44 986,82	17 652,89	181 793,20
MISE À LA RETRAITE INVAL	12 127,74	4 584,70			16 712,44
Pas d'info	46,16				46,16
RUPT.ANTICIP. CDD SALARIE				1 030,59	1 030,59
(vide)		570,24			570,24
Total général	495 733,37	504 106,87	348 012,79	138 097,98	1 485 951,01

Source : CRC d'après réponses transmises par CGD-13 en réponse à la question Q2-1-18.

Annexe n° 19. Heures supplémentaires

Classement des 10 services les plus consommateurs d'heures supplémentaires.

Service	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total général	Var-annuelle
Total des heures supplémentaires	6 149	6 175	6 998	5 381	8 633	11 402	9 731	54 470	13,25 %
8314 USLD 1	423	319	172	1 212	2 344	2 537	1 798	8 804	16,16 %
9132 EHPAD J MASSE	426	287	321	160	1 012	1 312	1 276	4 793	8,80 %
9821 SERVICE NUIT	471	510	815	468	241	671	1 342	4 517	8,29 %
2521 ATELIERS	604	662	1 000	391	394	329	284	3 662	6,72 %
9122 EHPAD ESTAQUE	91	348	156	122	642	1 192	1 013	3 562	6,54 %
9013 USLD J MASSE	670	332	428	285	516	677	392	3 299	6,06 %
9511 CSA	399	248	490	206	530	634	649	3 155	5,79 %
8213 SSR Gér	314	513	563	548	613			2 550	4,68 %
8011 MED GÉRIATRIQUE	270	202	251	324	431	429	475	2 381	4,37 %
9053 UHR ESTAQUE	10	57	161	73	397	857	558	2 112	3,88 %

Source : CRC d'après fichiers de paye.

Classements des 10 agents les plus consommateurs d'heures supplémentaires

Matricule	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total général	UF	
005924	131	170	229	117	41	21	44	752	2523	sécurité
019689	103	122	243	87	81	51	57	743	2521	ateliers
001843	120	128	186	110	54	35	31	663	2525	service intérieur
025794	139	50	63	100	198	54	46	648	2525	service intérieur
003260	87	103	203	72	81	69	29	644	2521	ateliers
022945	73	106	84	54	91	159	70	636	9132	Ehpad J masse
001990	95	92	95	37	19	120	134	592	9821	service nuit
001107	147	105	103	102	51	39	28	575	2521	ateliers
029203				101	232	154	78	564	9122	Ehpad estaque
016691	40	199	144	75	34	40	20	552	9821	service de nuit

Source : CRC d'après fichiers de paye.

Annexe n° 20. Surface des biens immobiliers du CGD-13 (en m²)

BÂTIMENTS	SURFACE UTILE SU	SURFACE DE PLANCHER SDP	SURFACE DANS ŒUVRE SDO	OBSERVATIONS
SITE	0	0	0	1 parcelle 874x79 : 57 462 m ²
TOUR BLANCHE/MLS	6 050	7 562	7 939	
ETOILE	1 824	2 280	2 521	
JEAN MASSE	3 791	4 738	5 001	
ESTAQUE	2 074	4 072	2 833	
MONTAGNETTE	208	260	294	
GARLABAN	2 130	2 662	2 797	
PHARMACIE	166	192	206	
ATELIERS/SYNDICATS	177	177	177	
CHAUFFERIE	166	199	216	
VILLA 1 (SIMON)	230	270	365	
VILLA 2 (IF)	114	142	121	
CHAMBRE MORTUAIRE	350	322	420	
LOGE	39	39	39	
Total	17 319	22 915	22 929	

Source : CRC selon informations transmises par le CGD-13.

Annexe n° 21. Glossaire des termes utilisés

AME	: Aide médicale d'État
AMM	: Autorisation de mise sur le marché
ARE	: Allocation de retour à l'emploi
ARS	: Agence régionale de santé
BFR	: Besoin en fonds de roulement
CAC	: Commissaire aux comptes
CAF	: Capacité d'autofinancement
CDD	: Contrat à durée déterminée
CDI	: Contrat à durée indéterminée
CET	: Compte épargne temps
CHSCT	: Comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail
CME	: Commission médicale d'établissement
CNR	: Crédits non reconductibles
CNRACL	: Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales
CPAM	: Caisse primaire d'assurance maladie
CPOM	: Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
COPS	: Commission de l'organisation de la permanence des soins
CSP	: Code de la santé publique
CSS	: Code de la sécurité sociale
CT	: Code du travail
CTE	: Comité technique d'établissement
DAF	: Direction des affaires financières
DGFIP	: Direction générale des finances publiques
DGOS	: Direction générale de l'offre de soins
DMS	: Durée moyenne de séjour
DRH	: Direction (ou directrice) des ressources humaines
EHPAD	: Établissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes
EPRD	: État prévisionnel des recettes et des dépenses
EPS	: Établissement public de santé
ETP	: Équivalent temps plein
ETPR	: Équivalent temps plein rémunéré
ETPMR	: Équivalent temps plein moyen rémunéré

IDE	: Infirmiers diplômés d'État
FFI	: Faisant fonctions d'interne
FIDES	: Facturation individuelle des établissements de santé
FINESS	: Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
FIR	: Fonds d'intervention régional
FRNG	: Fonds de roulement net global
GCS	: Groupement de coopération sanitaire
GHT	: Groupement hospitalier de territoire
HC	: Hospitalisation complète
HDJ	: Hospitalisation de jour
IGAS	: Inspection générale des affaires sociales
IP-DMS	: Indice de performance de la durée moyenne de séjour
IRCANTEC	: Institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'État et des collectivités publiques
MCO	: Médecine chirurgie obstétrique
MERRI	: Mission d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation
MIG	: Mission d'intérêt général
MIGAC	: Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
ONDAM	: Objectif national d'évolution des dépenses d'assurance maladie
PHARE	: Performance hospitalière pour des achats responsables
PM	: Personnel médical
PNM	: Personnel non-médical
RSS	: Résumé de sortie standardisé
RTT	: Réduction du temps de travail
SDI	: Schéma directeur immobilier
SMIC	: Salaire minimum interprofessionnel de croissance
SROS	: Schéma régional d'organisation des soins
SSR	: Soins de suite et réadaptation
T2A	: Tarification à l'activité
TBFEPS	: Tableau de bord financier des établissements publics de santé
TJP	: Tarif journalier de prestation
TPER	: Tableau prévisionnel des emplois rémunérés
TTA	: Temps de travail additionnel
TVA	: Taxe sur la valeur ajoutée

UF : Unité fonctionnelle

USLD : Unité de soins de longue durée.

URSSAF : Unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales

Les publications de la chambre régionale des comptes
de Provence-Alpes-Côte d'Azur
sont disponibles sur le site :

www.ccomptes.fr/fr/crc-provence-alpes-cote-dazur

Chambre régionale des comptes Provence-Alpes-Côte d'Azur

17, traverse de Pomègues

13295 Marseille Cedex 08

pacagrefe@crtc.ccomptes.fr

www.ccomptes.fr/fr/crc-provence-alpes-cote-dazur



Marseille, le 26 JUIL. 2021

LE PRESIDENT

Dossier suivi par : Bertrand MARQUES, greffier
04 91 76 72 42
pacagrefe@crtc.ccomptes.fr

Réf. : GREFFE/BM/CE/n° 1157.

Objet : rapport d'observations définitives

P.J. : 1 rapport d'observations définitives

Recommandé avec accusé de réception
2C 131 943 4024 1

à

Madame Nathalie JAFFRES
directrice du centre gérontologique
départemental (CGD)
des Bouches-du-Rhône
176 avenue de Montolivet
BP 50058
13375 MARSEILLE CEDEX 12

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint le rapport comportant les observations définitives de la chambre sur la gestion du centre gérontologique départemental des Bouches-du-Rhône pour les exercices 2013 et suivants ainsi que les réponses qui y ont été apportées.

Ce rapport accompagné de la réponse jointe devra être communiqué par le président du conseil de surveillance à cette instance dès sa plus proche réunion. Conformément à l'article L. 243-6 du code précité, l'ensemble doit faire l'objet d'une inscription à l'ordre du jour de cette assemblée, être joint à la convocation adressée à chacun de ses membres et donner lieu à débat.

Dès la tenue de cette réunion, ce document pourra être publié et communiqué aux tiers en faisant la demande, dans les conditions fixées par le code des relations entre le public et l'administration.

Enfin, je vous précise qu'en application des dispositions de l'article R. 243-17 du code des juridictions financières, le rapport d'observations et les réponses jointes sont transmis au préfet, à la directrice régionale des finances publiques ainsi qu'au directeur général de l'Agence régionale de santé.

Pour le président empêché,
la présidente de la deuxième section,

Marie-Agnès COURCOL