



RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES
ET SA RÉPONSE

CENTRE HOSPITALIER
DÉPARTEMENTAL STELL
DE RUEIL-MALMAISON

(92)

CAHIER N° 2

Exercices 2011 et suivants

Observations
délibérées le 12 décembre 2018

TABLE DES MATIÈRES

SYNTHÈSE.....	5
RECOMMANDATIONS ET RAPPELS AU DROIT	6
OBSERVATIONS	7
1 RAPPEL DE LA PROCÉDURE	7
2 L'ÉTABLISSEMENT DANS SON ENVIRONNEMENT	8
2.1 Le territoire de santé et sa démographie sanitaire	8
2.2 Présentation de l'établissement	8
3 STRATÉGIE ET GOUVERNANCE	10
3.1 Une organisation administrative structurée mais fragile.....	10
3.2 Une organisation en pôles lacunaire.....	11
3.3 Le fonctionnement des instances de l'établissement à renforcer	12
3.3.1 Le fonctionnement général des instances	12
3.3.2 Le cas particulier du directoire	13
3.4 D'une stratégie de l'établissement à une stratégie d'établissements.....	13
3.4.1 Le projet d'établissement du CHDS et son volet médical	13
3.4.2 Le groupement hospitalier de territoire	15
3.4.3 Des coopérations inter-établissements diversifiées	17
4 UNE ACTIVITÉ FORTEMENT DÉPENDANTE D'HÔPITAUX TIERS	19
4.1 L'activité de court séjour	19
4.1.1 Le mode d'entrée des patients	19
4.1.2 Les principales données d'activité de médecine.....	20
4.1.3 Le profil médical des patients accueillis.....	21
4.2 L'activité de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)	27
4.2.1 Les principales données d'activité des SSR	27
4.2.2 L'origine des patients accueillis	28
4.2.3 Le profil médical des patients accueillis.....	29
4.3 L'activité en EHPAD	30
4.3.1 Les données d'activité	30
4.3.2 Les aspects financiers de l'EHPAD.....	31
5 FIABILITÉ DES COMPTES ET SITUATION FINANCIÈRE DE L'ÉTABLISSEMENT.....	32
5.1 La fiabilité des comptes	32
5.1.1 Le principe d'annualité et d'indépendance des exercices.....	33
5.1.2 Le principe de prudence et la justification des provisions.....	34
5.1.3 La sincérité et régularité des écritures	39
5.1.4 La fiabilité du plan global de financement prévisionnel	41
5.2 La situation financière.....	42
5.2.1 L'analyse des performances financières annuelles de l'établissement.....	42
5.2.2 L'endettement et la capacité de remboursement de l'établissement.....	45

5.2.3	La situation patrimoniale de l'établissement	47
6	LES RESSOURCES HUMAINES.....	50
6.1	L'évolution générale des effectifs et de la masse salariale	50
6.1.1	L'évolution globale des effectifs	50
6.1.2	L'évolution globale de la masse salariale.....	50
6.2	Les personnels médicaux	52
6.2.1	Des effectifs médicaux en baisse.....	52
6.2.2	Les praticiens hospitaliers contractuels	53
6.2.3	Des praticiens hospitaliers en situation de cumul d'emploi non déclaré.....	55
6.2.4	L'organisation de la continuité des soins est surdimensionnée et coûteuse	56
6.3	Les personnels non médicaux	58
6.3.1	Une croissance des dépenses de personnel non médicaux	58
6.3.2	Des irrégularités en matière de gestion des ressources humaines	58
7	LA COMMANDE PUBLIQUE	64
7.1	L'organisation de la fonction achat.....	65
7.1.1	Une fonction achat structurée	65
7.1.2	Un processus d'achats impacté par la mise en place du GHT	65
ANNEXES	68

SYNTHÈSE

Un établissement de premier recours

Le centre hospitalier départemental Stell (CHDS) est un établissement de premier recours en médecine gériatrique et d'aval pour les autres disciplines. Il disposait en 2016 de 323,57 ETP dont 50,93 ETP médicaux. Le dernier programme capacitaire a été arrêté à 247 lits et places. L'ensemble des activités représentait un montant de dépenses de 28 030 257,70 € en 2016.

Après de nombreuses restructurations qui ont abouti, dans un premier temps, à la fermeture des activités de chirurgie et de réanimation puis, dans un second temps, à la fermeture du service des urgences, l'établissement a commencé à stabiliser son activité sur le champ de la gériatrie et des soins de suite et de réadaptation.

L'activité de court séjour a connu une progression notable, particulièrement sur l'unité de gériatrie aiguë. Cependant, les activités développées et les modes de recrutement des patients mettent le CHDS en position de forte dépendance vis-à-vis des autres établissements du territoire.

Une situation financière saine

La situation financière de l'établissement est globalement satisfaisante grâce notamment à une bonne maîtrise des charges de fonctionnement. La stabilisation acquise des activités développées doit permettre à l'établissement de relancer ses investissements pour réduire le taux de vétusté élevé de ses équipements.

Une organisation administrative à sécuriser et un fonctionnement interne à renforcer

Les instances de gouvernance de l'établissement se réunissent selon une fréquence irrégulière. L'établissement a mis en place une organisation en deux pôles, l'un clinique et l'autre administratif, ce qui ne permet pas un dialogue de gestion interne satisfaisant.

Le projet d'établissement, le projet médical, le projet social et le schéma directeur des systèmes d'information sont en place mais devront être actualisés pour tenir compte de la mise en place de façon quasiment concomitante à la fois d'un groupement de coopération sanitaire (GCS) avec une clinique privée et d'un groupement hospitalier de territoire (GHT).

La chambre a identifié des zones de risques sur le plan de la commande publique et de la fiabilisation des comptes, notamment en matière de rattachement des charges et des produits à l'exercice ou de justification des provisions.

Des surcoûts et de nombreuses irrégularités en matière de gestion des ressources humaines

La chambre invite l'établissement à mettre un terme aux irrégularités constatées en matière de recrutement de personnels médicaux contractuels, d'attributions de logements et de primes.

L'organisation de la continuité des soins est surdimensionnée et coûteuse alors que l'établissement ne dispose plus d'un service d'accueil des urgences. Enfin, il ne dispose pas de dispositif de recueil et de suivi des autorisations de cumul d'emploi et d'activités accessoires. La chambre a détecté certains cas de cumul d'emplois non déclarés, donc irréguliers et susceptibles de créer un risque pour les patients, les praticiens concernés et l'établissement.

RECOMMANDATIONS ET RAPPELS AU DROIT

Au terme de ses travaux, la chambre adresse les recommandations reprises dans la présente section.

Les recommandations qui suivent sont des rappels au droit :

- Rappel au droit n° 1 : Organiser un véritable fonctionnement en plusieurs pôles, conclure des contrats de pôles conformément à l'article L. 6146-1 du CSP et réaliser des CREA annuels par pôle. 12
- Rappel au droit n° 2 : Assurer un fonctionnement régulier des différentes instances par des réunions dont la fréquence respecte les dispositions réglementaires.... 13
- Rappel au droit n° 3 : Assurer une gestion des praticiens hospitaliers contractuels conforme à la réglementation..... 55
- Rappel au droit n° 4 : Mettre en place un recueil et un suivi efficace des autorisations de cumul d'emploi et d'activités accessoires pour l'ensemble des agents de l'établissement et veiller au respect des temps de repos des praticiens.56
- Rappel au droit n° 5 : Installer la commission de l'organisation de la permanence des soins, assurer son fonctionnement sans délai et tenir à jour de façon précise et exhaustive les tableaux de service. 58
- Rappel au droit n° 6 : Respecter la réglementation en vigueur relative au recrutement des contractuels. 61
- Rappel au droit n° 7 : Revoir les attributions des nouvelles bonifications indiciaires (NBI) des personnels de l'établissement. 61
-

Les autres recommandations adressées par la chambre sont les suivantes :

- Recommandation n° 1 : Améliorer la tenue de la comptabilité, notamment en matière de rattachement des charges et des produits à l'exercice, de justification des provisions et de répartition des charges entre les budgets annexes, afin de garantir la sincérité comptable. 42
- Recommandation n° 2 : Revoir le fonctionnement de la permanence des soins en y associant les praticiens hospitaliers et en développant les alternatives à la garde médicale. 57
- Recommandation n° 3 : Garantir le respect du principe de séparation de l'établissement et du comptable même à titre dérogatoire. 64
-

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

OBSERVATIONS

1 RAPPEL DE LA PROCÉDURE

Le contrôle du centre hospitalier départemental Stell, dont la chambre régionale des comptes d'Île-de-France a reçu délégation de la Cour des comptes en application des articles L. 111-15 et R. 111-1 du code des juridictions financières, a été inscrit au programme 2017 des travaux de la juridiction par arrêté n°16-51 du 5 décembre 2016.

Par courrier en date du 13 octobre 2017, le directeur de l'établissement a été informé de l'ouverture du contrôle dont il a accusé réception le 16 octobre 2017. Le premier adjoint de la commune de Rueil-Malmaison, président du conseil de surveillance, en a aussi été informé par un courrier du 13 octobre 2017 dont il a accusé réception le 16 octobre 2017.

L'entretien de fin de contrôle s'est déroulé le 16 avril 2018 avec le directeur de l'établissement conformément aux dispositions des articles L. 243-1 et R. 241-8 du code des juridictions financières.

Au cours de sa séance du 14 juin 2018, la chambre, réunie en sa deuxième section, a adopté un rapport d'observations provisoires qui a été communiqué par voie dématérialisée le 18 septembre 2018 au directeur en fonction de l'établissement, qui en a accusé réception le jour même, ainsi qu'aux tiers mis en cause.

La réponse du directeur de l'établissement a été reçue et enregistrée par le greffe de la chambre le 16 novembre 2018 et les réponses des tiers entre le 2 octobre et le 19 novembre 2018.

Au cours de la séance du 12 décembre 2018, la chambre a adopté le présent rapport d'observations définitives après avoir analysé la réponse reçue du directeur en fonction et les réponses reçues des tiers.

Ont participé au délibéré présidé par Madame Florence Bonnafoux, présidente de section, Mesdames Anne-Christine Priozet, Sarah Birden, premières conseillères, MM. David Tourmente, premier conseiller et Philippe Lavastre, conseiller.

Ont été entendus :

- en son rapport, Monsieur David Tourmente, assisté par Mesdames Agnès Bagourd et Fanny Mangin, vérificatrices ;
- en ses conclusions, sans avoir pris part au délibéré, le procureur financier.

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

La réponse du directeur du centre hospitalier Stell au rapport d'observations définitives, qui lui a été adressé le 17 janvier 2019, a été reçue par la chambre le 18 février 2019. Cette réponse est jointe en annexe au présent rapport.

2 L'ÉTABLISSEMENT DANS SON ENVIRONNEMENT

2.1 Le territoire de santé et sa démographie sanitaire

Le territoire de santé des Hauts-de-Seine, avec 1 561 745 habitants pour 175,6 km², présente une densité de population supérieure à la moyenne nationale. La population de ce département de la petite couronne de l'ouest parisien a progressé de 9,3 % entre 1999 et 2009 contre 6,9 % au plan national. Le pourcentage de personnes de moins de 20 ans est à peine supérieur à la moyenne nationale (25,1 % contre 24,8 %) tandis que celui des plus de 75 ans lui sensiblement inférieur (7,3 % contre 8,7 %)¹.

Sur le plan des indicateurs de santé, le taux de mortalité générale dans les Hauts-de-Seine (689,3 pour 100 000 habitants) est inférieur à la moyenne nationale (827,0 pour 100 000 habitants). La mortalité prématurée (décès intervenant avant 65 ans) représente 21,4 % des décès, 28,0 % pour les hommes et 15,3 % pour les femmes. Les taux de mortalité prématurée évitable liée aux pratiques de prévention primaire, de mortalité par maladies cardio-vasculaires et de mortalité par cancers sont inférieurs à la moyenne nationale. Les taux de mortalité par cancer du sein et de mortalité infantile sont, quant à eux, proches de la moyenne nationale. Les maladies de l'appareil circulatoire, les cancers, le diabète et les maladies mentales représentent 77,4 % des affections de longue durée dans les Hauts-de-Seine, sur la période 2008-2010.

Ce territoire propose une offre de soins hospitalière dense entraînant une forte concurrence autour de 73 établissements de santé de statuts divers avec 14 EPS² dont six de l'AP-HP, 25 ESPIC³, 33 PL⁴ et un HIA⁵.

2.2 Présentation de l'établissement

Le centre hospitalier départemental Stell à Rueil-Malmaison (CHDS) est un établissement public de santé autonome. Il constitue un des établissements de santé de premier recours situé dans le département des Hauts-de-Seine, en région Île-de-France. Il est à proximité immédiate de Paris et du département des Yvelines.

¹ Source : Les profils de santé des territoires de santé – ORS Ile de France – Juillet 2013

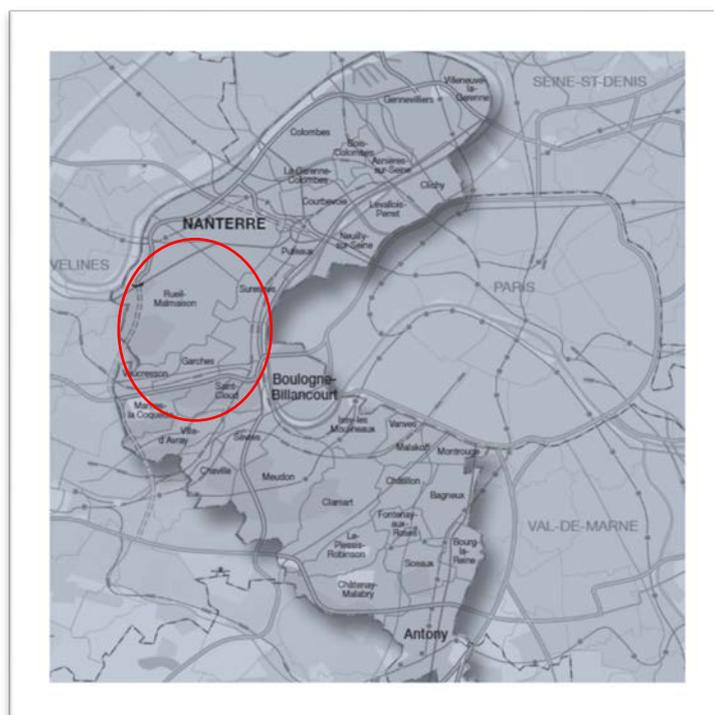
²Établissement public de santé

³Établissement de santé privé d'intérêt collectif

⁴ Établissement de santé privé à but lucratif

⁵ Hôpital d'instruction des armées (Percy à Clamart)

Carte n° 1 : Situation géographique du centre hospitalier Stell



Source : Carte de l'Institut d'Aménagement et d'Urbanisme – Ile de France – in *Repères sur la santé en Ile-de-France - ORSIF*

Il comprend, d'après le rapport d'activité de 2016, 323,57 ETP dont 50,93 ETP médicaux. Le programme capacitaire est arrêté à 247 lits et places dont 169 lits et places pour l'activité hospitalière et 78 lits pour l'activité médico-sociale (EHPAD⁶).

Depuis 2012, l'établissement a terminé sa mutation qui le positionne désormais sur des activités hospitalières orientées sur le champ des soins de suite et de réadaptation (SSR) ainsi que la médecine générale à vocation gériatrique. Le premier champ compte 121 lits installés et le second 48 lits. Ainsi, l'activité de SSR⁷ représente près de 72 % des lits installés (hors EHPAD). Cette activité comprend quatre des champs de cette spécialité sur les neuf existants : SSR gériatrique, SSR neuro-gériatrique, SSR cardio-vasculaire et SSR neuro-orthopédique. Les capacités en lits et places sont décrites dans le tableau ci-après.

⁶ Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

⁷ Soins de suite et de réadaptation

Tableau n° 1 : Répartition des capacités d'accueil par spécialité (lits et places)

SERVICES	Lits et places installés au 31/12/2016
Médecine	48
Médecine générale	18
Court séjour gériatrique (UGA)	30
Soins de suites et réadaptation (SSR) en hospitalisation complète	100
Gériatrique	38
Neuro-gériatrique	7
Cardio-vasculaire	25
Neuro-orthopédique	30
Soins de suites et réadaptation en ambulatoire	21
Gériatrique	7
Cardio-vasculaire	6
Neuro-orthopédique	8
Médico-social	78
EHPAD	78
TOTAL GENERAL	247

Source : Rapport d'activité 2016

Entre 2015 et 2016, la capacité de SSR est passée de 93 lits à 100 lits par la création de 7 lits spécialisés en neuro-gériatrie.

En intégrant, l'activité d'EHPAD⁸ gérée par l'établissement, l'établissement dispose de 247 lits et places. Le SSR représente 49 % des capacités, le secteur médico-social quant à lui dispose de 32 % des lits installés et enfin, le secteur médecine seulement 19 %.

3 STRATÉGIE ET GOUVERNANCE

3.1 Une organisation administrative structurée mais fragile

L'équipe de direction est composée d'un chef d'établissement, d'un cadre de direction (directeur adjoint) et de deux directeurs des soins dont un chargé de la direction de l'Institut de formation en soins infirmiers (IFSI). Elle est épaulée par des ingénieurs hospitaliers.

L'établissement est structuré autour d'une direction générale qui supervise le service des finances, le contrôle de gestion, les services économiques et logistiques, les services techniques et informatiques et de quatre directions fonctionnelles :

- la direction des ressources humaines, des affaires médicales et de la clientèle ;
- la direction du service de soins infirmiers et de la gestion des risques ;
- la direction de l'EHPAD ;
- la direction de l'IFSI.

⁸ Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Cette configuration atypique se justifie par la taille de l'établissement qui impose une équipe de direction restreinte. Bien qu'elle semble de prime abord efficace, cette organisation montre des faiblesses sur certaines fonctions notamment la gestion économique et financière qui n'est pas supervisée par un directeur adjoint à temps plein. Par ailleurs, l'encadrement intermédiaire demeure précaire. En effet, un seul agent est affecté au service financier. Ceci est préjudiciable en cas d'absences imprévues longues compte tenu de la charge qui pèse sur lui. Au regard des enjeux sur la fonction financière et des problématiques identifiées (cf. fiabilité des comptes), la chambre suggère de structurer les fonctions économiques et financières autour d'un cadre de direction commun.

3.2 Une organisation en pôles lacunaire

Une organisation en pôles simplifiée et non formalisée

Le centre hospitalier Stell a mis en place la gouvernance interne en application de l'article L. 6146-1 du CSP. Le directeur actuel a arrêté par décision n°2012-24, l'organisation en deux pôles de l'hôpital dont un seul pôle clinique. L'organisation en pôles prend la forme d'un pôle « activités cliniques et médico-techniques », qui regroupe l'ensemble des services de soins, de pharmacie, de radiologie et de consultations externes, et d'un pôle administratif.

La gestion du pôle « activités cliniques et médico-techniques » est confiée à un responsable de pôle désigné sur proposition de la présidente de la commission médicale d'établissement par décision n°2012-33 pour un mandat de quatre années depuis le 1^{er} octobre 2012. Cette décision a été réitérée le 29 mars 2013 sans que la chambre en perçoive l'intérêt à six mois d'intervalle. Les deux décisions ne produisent plus d'effets depuis le 1^{er} octobre 2016 ou le 29 mars 2017. Dès lors, la chambre invite l'établissement à procéder à la nomination d'un nouveau responsable de pôle.

Le pôle « administration générale » est constitué des directions fonctionnelles, du département de l'information médicale, du service social et de la médecine préventive. Un cadre de direction a été désigné pour en assurer le pilotage. Cette nomination a été matérialisée par la décision 2013-05 avec effet au 1^{er} avril 2013. Ce cadre de direction a quitté ses fonctions au sein du CHDS et n'a pas été remplacé. Même sans départ de son responsable, son mandat se serait éteint le 1^{er} avril 2017. Dès lors, la chambre constate que le pôle administratif ne dispose pas de responsable, ce qui est préjudiciable à la dynamique du pôle.

L'analyse des rapports d'activité ne fait apparaître aucune information sur le fonctionnement de ces deux pôles. La chambre rappelle qu'en application de l'article L. 6146-1 du CSP « le directeur signe avec le chef de pôle un contrat de pôle précisant les objectifs et les moyens du pôle ».

En outre, les responsables de pôles n'étant pas désignés par décision du directeur après avis du président de la CME, les indemnités perçues en tant que responsables de pôles ou de collaborateur de responsable de pôle⁹ sont irrégulières.

Le précédent rapport de la chambre constatait que l'établissement était organisé autour de cinq pôles dont trois cliniques ou médico-techniques et deux pôles supports ou administratifs et que ces pôles ne disposaient pas de contrats. Depuis lors, la chambre constate que l'établissement s'est réorganisé en deux pôles dont un seul pôle clinique ce qui ne répond pas aux dispositions de l'article 6146-1 qui précise que « les pôles d'activité sont composés, d'une part, de services, de départements et d'unités fonctionnelles ou de toutes autres structures de

⁹ Décret n° 2011-925 du 1^{er} août 2011 portant attribution d'une prime aux agents de la fonction publique hospitalière exerçant les fonctions de collaborateur du praticien chef de pôle d'activité clinique ou médico-technique et arrêté du 1^{er} août 2011 fixant le montant de la prime aux agents de la fonction publique hospitalière exerçant les fonctions de collaborateur du praticien chef de pôle d'activité clinique ou médico-technique.

prise en charge du malade par les équipes médicales, soignantes ou médico-techniques ainsi que, d'autre part, des services, unités, départements ou structures médico-techniques qui leur sont associés (...). »

Une comptabilité analytique défailante

L'établissement a communiqué un compte de résultat d'exploitation analytique (Créa) pour la seule année 2016 et pour le seul pôle clinique. La chambre rappelle qu'un Créa doit permettre d'identifier le chiffre d'affaires de chaque pôle et/ou unité médicale afin de mesurer sa contribution au résultat global de l'établissement. En outre, la production d'un tel document doit être réalisée annuellement pour permettre des analyses temporelles. Par ailleurs, une note explicative doit déterminer les modalités de répartition des charges et des produits directs et indirects quand ceux-ci ne sont pas fléchés par pôle ou unité médicale le composant. Au cas d'espèce, l'absence de Créa pour le pôle administratif et l'absence de production de Créa synthétiques annuels ne permettent pas de telles analyses. Dès lors, l'établissement ne remplit que partiellement son obligation de développer une comptabilité analytique hospitalière (CAH) telle que prévue à l'article R. 6145-7 du CSP¹⁰ ce qui ne facilite pas le dialogue de gestion interne.

L'intérêt de la CAH est de pouvoir identifier les contributions respectives des pôles au résultat de l'établissement et d'identifier les dépenses et recettes directes et indirectes par pôle notamment les dépenses directes et indirectes des fonctions « support ». Le pilotage en est complexifié lorsque le même pôle comprend les activités médicales, cœur de l'activité de l'établissement, et les unités d'un classique pôle medicotechnique.

Si la taille de l'établissement pouvait permettre d'obtenir une dérogation à une organisation en pôles, sur demande du directeur d'établissement et après accord de l'ARS, ce n'est plus le cas¹¹. À la suite des observations de la chambre, l'établissement s'est engagé à redéfinir son organisation en pôles d'activités cliniques et médico-techniques ainsi qu'à mettre en place les CREA correspondants.

Rappel au droit n° 1 : Organiser un véritable fonctionnement en plusieurs pôles, conclure des contrats de pôles conformément à l'article L. 6146-1 du CSP et réaliser des CREA annuels par pôle.

3.3 Le fonctionnement des instances de l'établissement à renforcer

3.3.1 Le fonctionnement général des instances

Les tableaux en annexe 2 permettent de vérifier la fréquence de réunion des instances et les sujets dont elles sont saisies. Les instances sont avisées ou interrogées sur les sujets les concernant et les débats retranscrits dans les procès-verbaux montrent une volonté de transparence et d'échanges de la direction.

Toutefois, la chambre constate que la fréquence des réunions des instances est inférieure aux dispositions réglementaires, notamment pour le directoire, la CRUQPC (CDU), le conseil de

¹⁰ « Le directeur tient une comptabilité analytique qui couvre la totalité des activités et des moyens de l'établissement, selon des modalités fixées par arrêté du ministre chargé de la santé. Le directeur communique au conseil de surveillance les résultats de la comptabilité analytique.

Le directeur élabore également, pour l'analyse de l'activité et des coûts de l'établissement prévue par les dispositions des articles L. 6113-7 et L. 6113-8, un tableau faisant apparaître, après répartition analytique des charges, le montant des charges d'exploitation affectées, pendant l'exercice, aux secteurs cliniques, médico-techniques et logistiques de l'établissement. Il transmet ce document au directeur général de l'agence régionale de santé au plus tard le 31 mai de l'année suivant l'exercice clos. Le modèle de ce document et les modalités de calcul des éléments qui y figurent sont fixés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ».

¹¹ Article L. 6146-1 du code de la santé publique

surveillance, le CTE et le CHSCT. Cette situation a été particulièrement marquée en 2017. La chambre s'interroge sur l'impact potentiel de la création du GHT sur le fonctionnement de ces instances qui coexistent aussi au niveau du groupement.

Rappel au droit n° 2 : Assurer un fonctionnement régulier des différentes instances par des réunions dont la fréquence respecte les dispositions réglementaires

3.3.2 Le cas particulier du directoire

Le directoire est composé de sept membres dont trois membres de droit : le directeur qui en est le président, le président de la CME en qualité de vice-président et le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotextiques¹².

En ce qui concerne le CH de Stell, la composition du directoire n'est plus conforme à l'organigramme de l'établissement. En effet, la directrice adjointe, membre nommée du directoire, ayant quitté ses fonctions, une nouvelle décision administrative doit être prise pour acter la reconstitution du directoire.

En outre, le directoire comprend le responsable de pôle activité clinique et médico-technique ainsi qu'un praticien de l'unité de gériatrie aiguë et le chef de service pharmacie. Si cette composition permet, par les membres désignés par le directeur, de représenter les principaux secteurs médicaux de l'établissement, la chambre relève qu'elle ne permet pas de privilégier la place du chef de pôle dans l'établissement puisque le responsable du pôle du pôle médico-technique n'est pas membre du directoire.

3.4 D'une stratégie de l'établissement à une stratégie d'établissements

3.4.1 Le projet d'établissement du CHDS et son volet médical

Le projet d'établissement

Le projet d'établissement 2015-2020 est conforme à l'article L. 6143-2 du code de la santé publique dans la mesure où il comprend un projet médical et un projet social.

Il comporte un bilan du projet d'établissement 2010-2015. Sur cette période, le défi à relever était de conduire la restructuration de l'établissement après ses nombreuses réorientations issues pour partie de la fermeture des activités de chirurgie, réanimation et urgences. L'établissement a désormais un horizon qui semble dégagé avec une offre de soins recentrée sur la prise en charge gériatrique aiguë et la réadaptation/rééducation à tous âges.

Depuis 2015, l'établissement réalise annuellement une synthèse de la mise en œuvre du projet d'établissement. Ces synthèses mettent en avant le développement d'une véritable filière gériatrique au sein de laquelle le CHDS a une place prépondérante en lien avec l'hôpital Foch. Le développement de cette filière fait écho aux spécialités développées par l'établissement (UGA et SSR gériatrique) et permet un positionnement efficace de l'établissement sur ce champ et le territoire.

Cependant, la chambre constate que le secteur de la médecine générale n'apparaît pas dans les objectifs principaux du projet d'établissement. Elle s'interroge sur la pertinence d'un service de médecine générale dont la capacité pourrait être redéployée au profit de l'unité de gériatrie

¹² Instruction DHOS/E1 n°2010-75 du 25 février 2010 relative à la mise en place des directoires des établissements publics de santé

aiguë (UGA) et ainsi renforcer considérablement l'offre de soins sur cette spécialité dans un territoire vieillissant. Ainsi, l'établissement gagnerait en visibilité sur ce champ qu'il a déjà bien développé. Il pourrait par suite entrer dans une démarche de labellisation de sa filière gériatrique¹³ avec une dynamique intra et extrahospitalière en lien avec les EHPAD du territoire. Cette démarche impose cependant une révision des autorisations d'activité sanitaire détenues par le CHDS.

Si le positionnement gériatrique est clairement affirmé à travers les orientations du projet d'établissement et son suivi, le champ des soins de suites et de réadaptation hors spécialités gériatriques mérite d'être développé. Ce développement impose un travail collaboratif avec les établissements adresseurs. Ainsi, l'établissement doit chercher à s'inscrire dans la filière AVC pour le SSR neuro-orthopédique et la filière cardiologique pour le SSR cardio-vasculaire.

Le projet médical

Le projet médical 2015-2020 nécessite d'être réactualisé pour prendre en compte le partenariat médical entre les hôpitaux de Stell et de Foch sans omettre les orientations du projet médical partagé (PMP) du groupement hospitalier de territoire qui constitue une strate supplémentaire au millefeuille hospitalier territorial.

Enfin, au regard des activités développées et du territoire de ressort, la chambre relève le fait que le qualificatif départemental au sein de l'appellation de l'établissement (centre hospitalier départemental Stell) ne repose sur aucune réalité administrative et juridique.

Un système d'information à développer

L'organisation du système d'information de l'hôpital repose sur le schéma directeur informatique (SDI) portant sur la période 2016-2020 cadrant les travaux d'informatisation de l'établissement. L'absence d'état des lieux ne permet pas d'identifier les forces et faiblesses du système d'information. Pourtant, l'ingénieur en charge du service informatique en a réalisé, dès août 2011, un audit fonctionnel. Une réactualisation et une synthèse de ce document aurait indéniablement sa place en préliminaire aux objectifs définis et aux moyens dévolus à la mise à niveau informatique de l'établissement.

Les enjeux majeurs retenus par ce schéma consistent à mettre en œuvre la réforme de la tarification des SSR, la facturation individuelle des établissements de santé (FIDES), le déploiement de PESV2¹⁴ ainsi que l'alimentation du dossier médical partagé (DMP). Cependant, le document réalisé reste sommaire et incomplet. Il occulte des aspects importants tels que les moyens humains et les moyens matériels (hard et software) du service informatique. De plus, aucune carte¹⁵ du système intégrant les applicatifs « métiers » et l'architecture du système d'information n'est présentée. Les éléments d'interfaçage ne sont pas décrits alors qu'il s'agit d'un axe majeur du développement fonctionnel¹⁶.

De nombreux projets qui doivent être financés sur la période 2016-2020 ne sont pas présentés et développés dans le SDI. Les enjeux réglementaires présentés dans le préambule du schéma produisent des contraintes techniques qui ne sont pas développés dans le document ni sous l'aspect technique (applicatif, fonctionnel et « métier ») ni sous l'aspect financier.

Des « sous-projets » sont compilés en fin de document qui ne concernent pourtant pas des sujets mineurs : le plan de continuité d'activité (PCA/PRA), le *Single Sign On*, autrement dit l'authentification unique et le portail décisionnel. La chambre note que l'établissement dispose d'un plan de continuité et de reprise d'activité destiné à hiérarchiser les applications en termes

¹³ Circulaire DHOS/02/ du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques.

¹⁴ Protocole d'Echange Standard version 2

¹⁵ Cf. Programme Hôpital Numérique – Boîte à outils pour l'atteinte des pré-requis – Fiches pratiques – DGOS - 2012

¹⁶ Il se contente de préciser une interface évidente entre le DPI et l'application de la GAM (Gestion Administrative des Malades) sans autre développement.

de criticité, à arrêter une politique de sauvegarde régulière et à définir des procédures dégradées, dont la connaissance par les équipes de soins est vérifiée régulièrement notamment en cas de dysfonctionnement technique du système d'information ne permettant plus l'accès au dossier patient informatisé.

Le document n'intègre pas la mise en œuvre du groupement hospitalier de territoire alors que la fonction informatique doit obligatoirement être mutualisée aux termes de l'article R. 6132-15 du code de la santé publique et faire l'objet d'« un schéma directeur du système d'information du groupement hospitalier de territoire, conforme aux objectifs du projet médical partagé ». Le SDI devra donc être revu en lien avec le déploiement d'un système d'information hospitalier (SIH) de territorial commun aux établissements du groupement hospitalier de territoire.

Le système de vidéosurveillance

L'établissement a mis en place un système de sécurité anti-intrusion qui s'appuie sur un dispositif de vidéoprotection. Ce dispositif de surveillance par caméras enregistre les mouvements journaliers des personnes.

La vidéoprotection est strictement encadrée par des dispositions réglementaires¹⁷. L'établissement a obtenu l'autorisation d'exploiter un système de vidéoprotection pour une durée de cinq années par arrêté préfectoral CAB/BPS n°2012-562 du 9 juillet 2012. L'autorisation administrative est arrivée à échéance le 9 juillet 2017. À la suite des observations de la chambre, l'établissement a demandé le renouvellement de son autorisation à la préfecture des Hauts-de-Seine.

3.4.2 Le groupement hospitalier de territoire

Conformément à la loi du 26 janvier 2016¹⁸ qui fait obligation à chaque établissement public de santé d'adhérer à un groupement hospitalier de territoire, le CHDS a intégré le GHT « Hauts-de-Seine centre » composé du centre hospitalier des Quatre villes (désigné établissement support), du centre hospitalier de Courbevoie-Neuilly-Puteaux, du centre de gérontologie Les Abondances à Boulogne-Billancourt ainsi que de la fondation Roguet à Clichy (SSR, USLD et EHPAD).

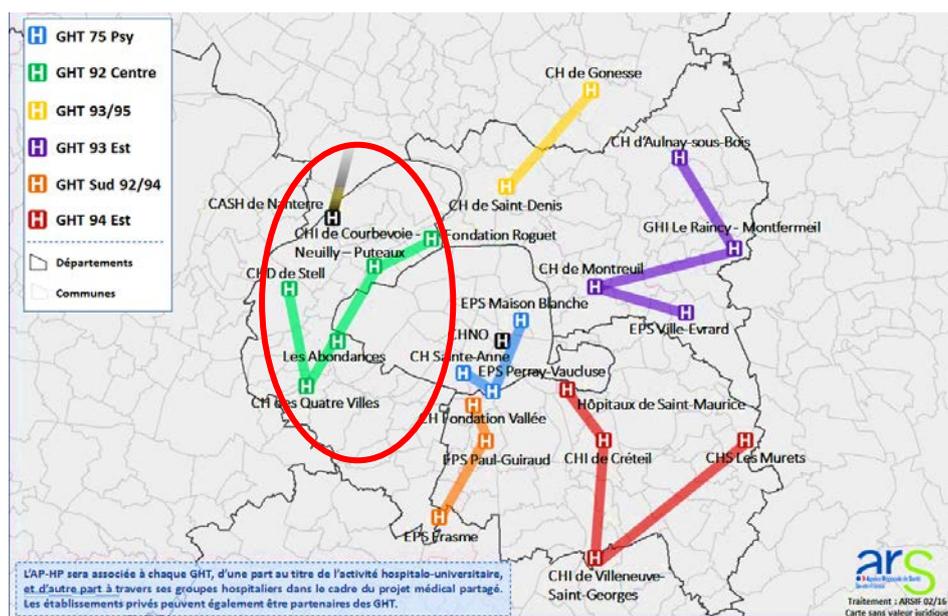
Ces cinq établissements totalisent 2 130 lits et places (dont 535 en MCO) et couvrent un vaste bassin de population de part et d'autre de la Seine, de Clichy à Ville d'Avray.

La convention constitutive du GHT a été signée le 28 juin 2016. Elle a fait l'objet d'un premier avenant le 30 juin 2017 précisant notamment l'organisation des fonctions mutualisées. Les instances prévues à la convention ont été mises en place : comité stratégique, collège médical, comité de usagers, commission des soins de groupement et conférence de dialogue social.

¹⁷ Décret n°96-926 du 17 octobre 1996 relatif à la vidéoprotection et aux décrets n°97-46 et 97-47 du 15 janvier 1997 relatifs aux obligations de surveillance incombant à certains propriétaires exploitants ou affectataires de locaux professionnels ou commerciaux, de garages ou de parcs de stationnement.

¹⁸ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Carte n° 2 : Les groupements hospitaliers de territoire de Paris et de la petite couronne



Source : Agence régionale de santé d'Île de France

L'articulation entre le projet médical du GHT et le projet médical du CH de Stell

Le GHT a vocation à coordonner les établissements publics de santé autour d'une stratégie de prise en charge graduée du patient en élaborant un projet médical partagé. Ce projet médical partagé doit permettre l'émergence de filières de soins territorialisées avec l'objectif de garantir une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. Ainsi, les membres du GHT « Hauts-de-Seine » ont cherché à organiser la complémentarité de leurs établissements de santé par la prise en compte de la spécificité de chacun dans leur contribution à l'offre de soins.

La loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé définissait un calendrier de mise en œuvre du projet médical partagé (PMP). Dès le 1^{er} juillet 2016 les établissements membres des GHT définissaient les objectifs médicaux et le projet médical partagé devait être achevé au plus tard le 1^{er} juillet 2017. Le GHT dont le CHDS est partie prenante a parfaitement respecté les délais impartis puisque le PMP a été présenté en collège médical du GHT le 2 juin 2017, puis à la commission de soins infirmiers, de rééducation et médicotecniques (CSIRMT) territoriale le 27 juin 2017 et au comité stratégique le 30 juin 2017 pour être transmis par la suite à l'ARS.

Les filières de soins identifiées au sein du GHT sont la cardiologie, la chirurgie, la périnatalité, la psychiatrie, les personnes âgées, les urgences et les soins palliatifs. Le CHDS trouve à s'insérer dans les filières cardiologique et relatives aux personnes âgées.

Les aspects comptables et financiers :

Les modalités de fonctionnement du GHT, notamment sur le plan financier, sont définies par son règlement intérieur. Le montant de la contribution au GHT est imputé au compte 653 conformément à l'instruction budgétaire et comptable M21 des établissements publics de santé modifié par l'arrêté du 23 novembre 2016. Ce compte a été mouvementé uniquement à compter de l'exercice 2017 et a connu une forte progression en 2018.

Tableau n° 2 : Contributions du CHDS au GHT

	2016	2017	2018*
Contribution GHT (c/653)	0,00	10 146,00	48 940,00

Source : CRC Île-de-France à partir des mandats établis par le CHDS

Le règlement intérieur prévoit dans les dispositions financières, les natures de dépenses du GHT et la clé de répartition des contributions respectives des établissements parties. Le cadre budgétaire du CRPA lettre G du GHT retrace les dépenses par nature, les produits nécessaires à son équilibre ainsi que la contribution de chacun des membres à partir des clés de répartition définies réglementairement.

3.4.3 Des coopérations inter-établissements diversifiées

3.4.3.1 Des coopérations de partenariats classiques

Le CHDS a développé une dynamique de coopération inter-établissements pour consolider son ancrage sur le territoire en qualité d'hôpital de premier recours et pour répondre aux nouveaux besoins de santé de sa population. Ces coopérations sont indispensables du fait de son positionnement majeur d'établissement d'aval. Plusieurs partenariats sont contractualisés avec différents opérateurs publics ou privés de l'Île-de-France :

- des conventions de partenariat avec des établissements privés : le centre d'Imagerie Médicale de l'Ouest Parisien, l'institut Curie René Huguenin et l'institut hospitalier franco-britannique ;
- des conventions d'association avec le groupe Hôpitaux universitaires Paris Île-de-France Ouest qui regroupe les hôpitaux Ambroise Paré, Raymond Poincaré et Sainte-Périne ;
- des conventions prévoyant des collaborations étroites avec l'hôpital européen Georges Pompidou, appartenant à l'AP-HP, et l'hôpital Beaujon-Bichat.

3.4.3.2 Un groupement de coopération sanitaire de moyens « Hautes-de-Seine-Centre »

Un groupement de coopération sanitaire (GCS) a été constitué entre le centre hospitalier Stell et l'hôpital Foch, validé par arrêté du directeur général de l'ARS du 17 mars 2017. Ce GCS de moyens est doté de la personnalité morale de droit privé et son siège social est situé dans les locaux du CH Stell. Cette convention conclue pour une durée de cinq années fixe les objectifs du GCS qui portent sur :

- l'optimisation des ressources des établissements membres par une mutualisation de leurs moyens logistiques,
- l'amélioration de la prise en charge des patients des deux établissements par la fluidification des parcours patients, un partage de connaissances et la formalisation de protocoles de soins, des recrutements concertés et le partage de professionnels médicaux et non médicaux et l'organisation de prestations médicales croisées,
- la mise en place de filières de soins communes en médecine, gériatrie aigue et SSR.

L'hôpital Foch dispose de deux unités neuro-vasculaires (USINV¹⁹ et UNV²⁰) ainsi qu'un service de neuroradiologie et un autre de neurologie. Le CH de Stell a donc développé une filière d'aval sur ce champ renforcée par la constitution du GCS.

Ce groupement ne se substitue pas à la convention établie entre les deux parties en date du 3 février 2016 sur la formalisation de la filière neurologique.

La chambre note que le GCS « Hauts-de-Seine-Centre » porte le même nom que le GHT, ce qui ajoutera, à n'en pas douter, à la confusion. Pour autant, l'hôpital Foch, par ailleurs ESPIC²¹, n'est qu'un établissement associé au GHT. La constitution du GCS est concomitante à celle du GHT cependant, la chambre rappelle que le GHT ne dispose pas de personnalité morale contrairement au GCS. La force juridique et financière du GCS devrait l'emporter sur le GHT.

La chambre identifie un risque potentiel de divergence d'intérêts entre les membres fondateurs du GHT et certains associés dont l'hôpital Foch qui est fondateur d'un GCS avec le CHDS. A titre d'exemple, le projet médical partagé du GHT précise explicitement « Privilégier une prise en charge cardiologique en intra GHT », le CH de Stell étant en aval des prises en charge en cardiologie des établissements du GHT alors qu'il constitue un débouché aval de l'hôpital de Foch avec lequel il a constitué un GCS.

Le GCS présente des atouts juridiques que ne possède pas en l'état actuel du droit le GHT. La chambre estime qu'un GCS regroupant l'ensemble des établissements du GHT serait innovant et inédit dans le paysage hospitalier francilien.

¹⁹ Unité de Soins Intensifs Neuro-Vasculaire

²⁰ Unité Neuro-Vasculaire

²¹ Etablissement de santé privé d'intérêt collectif

Le mode d'entrées majeur de l'établissement est l'accueil de patients issus d'autres hôpitaux du secteur (65,8 %) contre 8 % pour les établissements de cette catégorie et 3,1 % au niveau régional²³. Ce chiffre s'explique par l'absence de service d'urgences. Sa suppression en 2012 a entraîné une modification des filières d'accès. Sur ce champ (médecine), le CH de Stell est très fortement dépendant des autres établissements alors que cette spécialité pourrait permettre d'accueillir directement les patients du domicile. Néanmoins, il pourrait renforcer son indépendance en développant, à travers les consultations externes et les relations avec les médecins généralistes du secteur, un accès direct à ses deux services de médecine.

Tableau n° 3 : Mode d'entrées des patients (%)

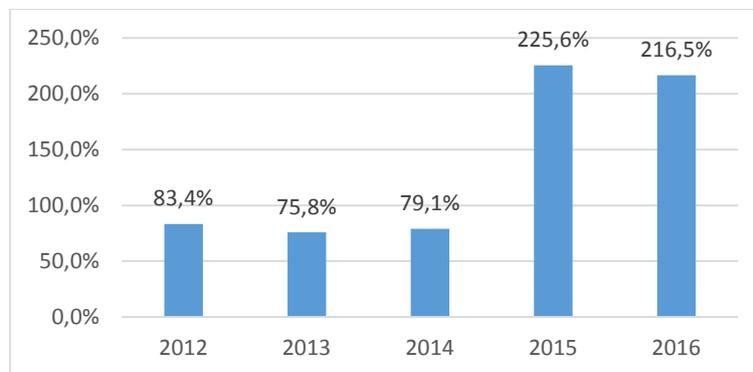
MCO				
Mode d'entrée	Etablissement	Catégorie	Région	France
Mutation	3,9	1,2	0,3	0,3
Transfert	65,8	8,0	3,1	2,6
Domicile	22,5	48,5	75,3	72,7
Urgences	4,3	40,5	21,2	24,2
Médico-social (dont EHPAD)	3,6	1,8	0,1	0,2

Source : ScanSanté - ATIH – 2017

4.1.2 Les principales données d'activité de médecine

Cette activité regroupe 18 lits de médecine générale et 30 lits d'UGA (Unité de Gériatrie Aiguë). Les capacités en lits ont été modifiées au gré des évolutions d'activité, faisant passer le service de médecine de 32 lits à 18 en 2014 et celui d'UGA de 15 à 30 lits la même année. L'activité connaît une embellie depuis 2014 (+52,5 %) en lien avec la transformation de lits de médecine en lits d'UGA.

Graphique n° 1 : Taux d'occupation en médecine

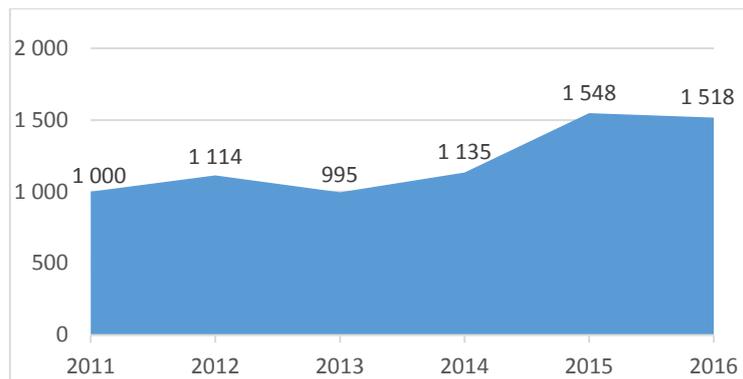


Source : Hospidiag

L'amélioration est confirmée par l'évolution de la production des résumés d'unité médicale (RUM). En effet, l'établissement se place très au-delà des établissements de la région et de sa catégorie avec une production de RUM qui passe de 1 135 (en 2014) à 1 518 (en 2016) depuis la requalification de lits initialement identifiés en médecine générale en médecine gériatrique. Cette réorientation répond à un vrai besoin du territoire et est efficace.

²³ Données 2016 issues de Scansanté

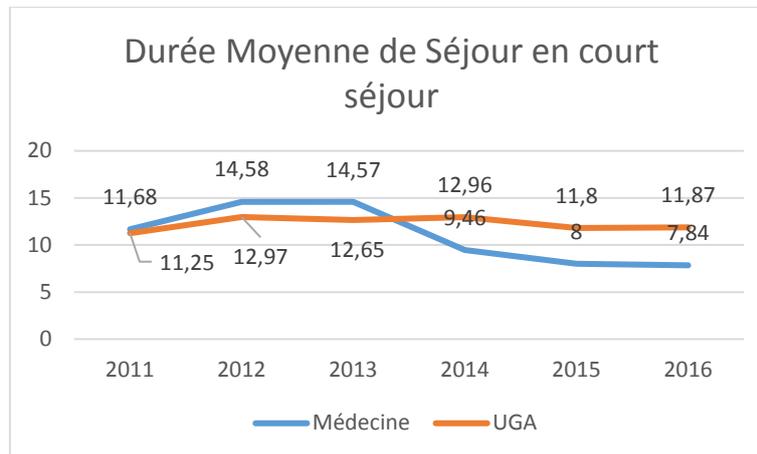
Graphique n° 2 : Évolution du nombre de RUM²⁴ en médecine et court séjour gériatrique



Source : *Rapports d'activité 2011 à 2016*

L'augmentation d'activité doit aussi être mise en perspective avec l'évolution de la durée moyenne de séjour qui s'est améliorée au fur et à mesure des années sous revue pour l'activité de médecine (-34,6 %) et a quasiment stagné pour celle de l'UGA (+5,5 %).

Graphique n° 3 : Durée moyenne de séjour des activités de médecine et d'unité gériatrique



Source : *Rapports d'activité 2011 à 2016*

4.1.3 Le profil médical des patients accueillis

La chambre a procédé à l'analyse a posteriori des pathologies prises en charge par l'établissement en médecine générale et en unité de gériatrie aigue (UGA). Pour ce faire, elle a procédé à une analyse du *casemix*²⁵ du CHDS à partir des groupes homogènes de malades (GHM).

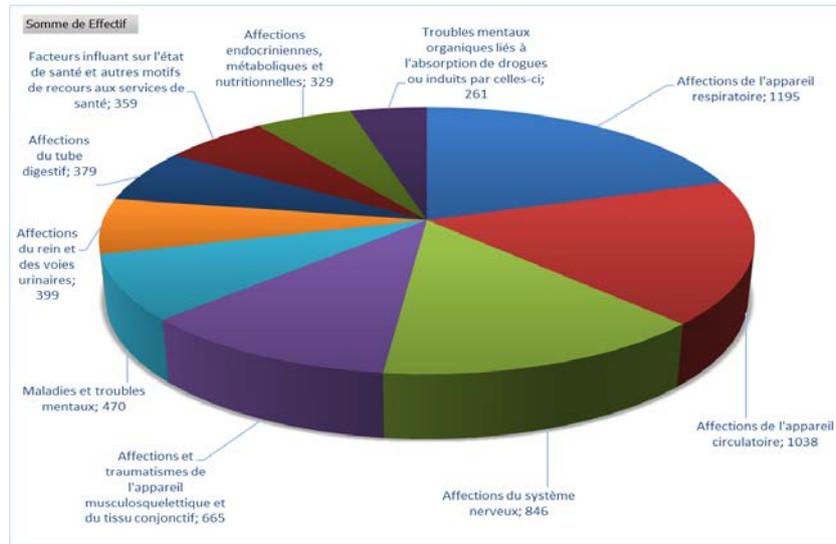
²⁴ Résumé d'Unité Médicale

²⁵ Anglicisme désignant l'éventail des cas pris en charge par un établissement de santé. On désigne ainsi la typologie des hospitalisations résultant du classement en groupes homogènes de malades* des prises en charge en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (Définition de l'ATIH).

Le groupage en GHM d'un résumé de séjour suit différentes phases : le résumé est d'abord fléché vers une catégorie majeure de diagnostic²⁶ (CMD) ; il est ensuite classé dans une racine, puis dans un niveau de sévérité²⁷.

Ainsi, en 2016, 55 % du *casemix*²⁸ du CHDS se concentrent autour de quatre types d'affections traitées : les affections de l'appareil respiratoire (15 %), les affections de l'appareil circulatoire (19,5 %), les affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique (12,6 %) et les maladies et troubles mentaux (7,9 %).

Graphique n° 4 : Répartition des affections traitées



Source : ATIH – 2017

Le vieillissement de la patientèle est particulièrement marqué pour les activités de médecine. En 2016, 87 % des patients accueillis avaient plus de 70 ans et 71 % plus de 80 ans contre respectivement 19,7 % et 9,5 % en moyenne à l'échelon régional.

Tableau n° 4 : Répartition des patients par âge

Classe d'âge	MCO			
	Etablissement	Catégorie	Région	France
18-39 ans	21,00	29 800,00	495 974,00	2 435 300,00
40-64 ans	131,00	48 581,00	625 283,00	3 528 351,00
65-69 ans	49,00	14 392,00	143 740,00	922 945,00
70-74 ans	73,00	13 238,00	109 019,00	708 933,00
75-79 ans	165,00	18 532,00	101 432,00	708 312,00
80 ans et plus	1 103,00	74 387,00	197 094,00	1 457 800,00
TOTAL	1 542	213 768	2 065 165	11 700 778

Source : ScanSanté - ATIH – 2017

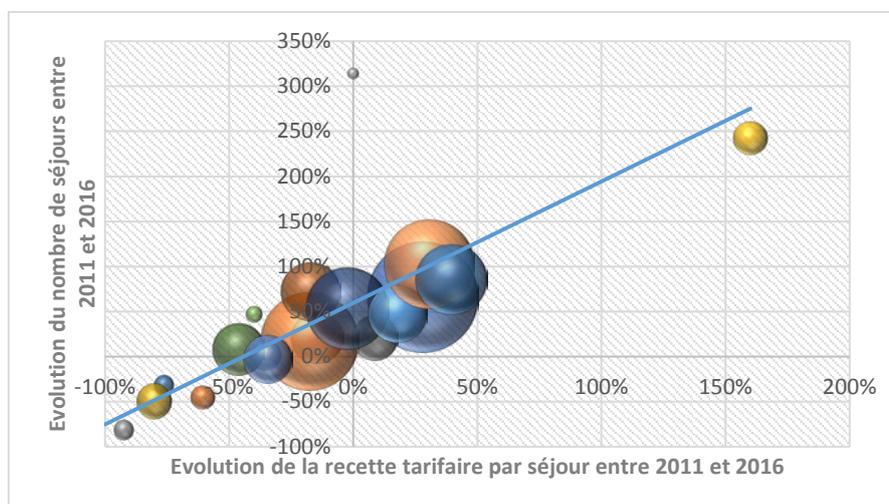
²⁶ Les catégories majeures constituent le premier niveau de classement du bilan médical de sortie du patient (résumés de sortie standardisés* (RSS)). Elles indiquent pour commencer le système ou l'appareil défaillant (affections du système nerveux (01), de l'œil (02), de l'appareil respiratoire (04), de l'appareil circulatoire (05), du tube digestif (06), maladies et troubles mentaux (19) ...), puis à cet organe est identifié un diagnostic (CMD) puis enfin les actes réalisés qui sont codés.

²⁷ Le niveau de sévérité prend une importance forte étant liée à la durée moyenne de séjour (DMS). Les niveaux de gravité s'établissent de 1,2,3,4 par GHM. Il existe désormais une durée de séjour minimale par niveau de gravité de GHM. Ainsi, classiquement 3 J pour le niveau 2, 4 J pour le niveau 3 et 5 J pour le niveau 4.

²⁸ Données sur le CASEMIX 2016 – ATIH 2017.

La chambre a analysé le poids des grandes affections ou CMD par effectifs et chiffre d'affaires (volume en nombre de séjours). L'établissement s'est trouvé gagnant quant à l'évolution des tarifs sur la période considérée.

Graphique n° 5 : Positionnement du Casemix



Source : CRC Île de France à partir des données ATIH 2017

En effet, les activités dont le tarif a baissé sont tendanciellement aussi celles pour lesquelles le nombre de séjours a reculé entre 2011 et 2016. A l'inverse, les CMD en croissance ont connu une augmentation de leur tarif d'autant plus profitable qu'elles représentent un important volume de séjours. Dans les pathologies de masse, seules les affections de l'appareil circulatoire régressent en nombre de séjours.

La plupart des catégories majeures de diagnostic dans lesquelles l'établissement réalise une activité significative ont connu une faible évolution de tarifs. Les catégories ayant connu une forte évolution (en chiffre d'affaires) sont les infections pneumologiques (10 %) et les insuffisances cardiaques (5,6 %).

L'établissement dispose d'un casemix fermé. En 2016, six pathologies permettaient de produire plus de 20 % des produits de la tarification soit 1,1 M€ sur 7 M€ de produits issus de la T2A²⁹.

Tableau n° 5 : Pathologies rémunératrices du casemix

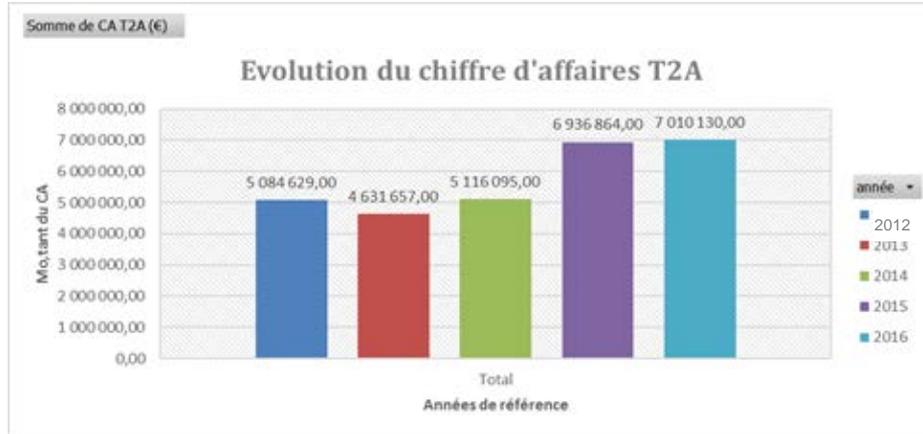
Groupes homogènes de malades					
Class.	GHM	Libellé	Effectif	CA T2A (€)	
11G,2016	04M053	Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans, niveau 3	64	303 569	
11G,2016	04M073	Infections et inflammations respiratoires, âge supérieur à 17 ans, niveau 3	59	390 967	
11G,2016	05M093	Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire, niveau 3	48	237 146	
11G,2016	05M092	Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire, niveau 2	46	168 072	
11G,2016	11M044	Infections des reins et des voies urinaires, âge supérieur à 17 ans, niveau 4	35	180 316	
11G,2016	19M063	Troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux, âge supérieur à 79 ans, niveau 3	33	179 986	

Source : Casemix du CHDS 2016 – DIM de l'établissement

²⁹ Le seuil de 20% de l'activité est atteint au 12^{ème} GHM le plus courant, en moyenne nationale.

A partir de l'année 2015, il est constaté une forte accélération des recettes de T2A. Les produits de la tarification liés à la nature des pathologies prises en charge ont augmenté de 1,8 M€ en 2015 et de seulement 73 266 € en 2016.

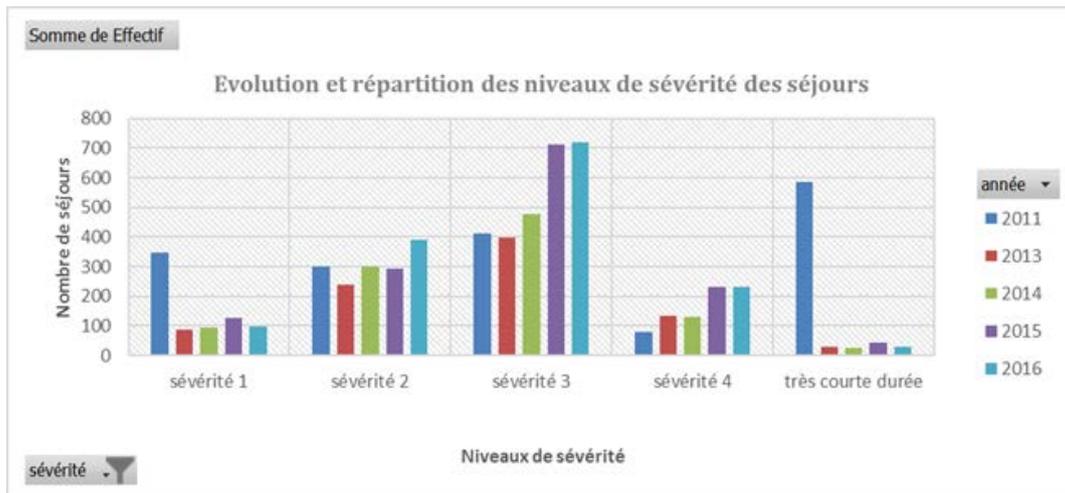
Graphique n° 6 : Évolution du chiffre d'affaires 2012-2016 du CHDS



Source : CRC Île de France à partir des données ATIH 2017

Le niveau de rémunération des séjours dépend des pathologies traitées, de la durée moyenne de séjour ainsi que de l'âge du patient, ce qui détermine in fine le niveau de sévérité³⁰.

Graphique n° 7 : Présentation des niveaux de sévérité des pathologies traitées



Source : CRC Île de France à partir des données ATIH 2017

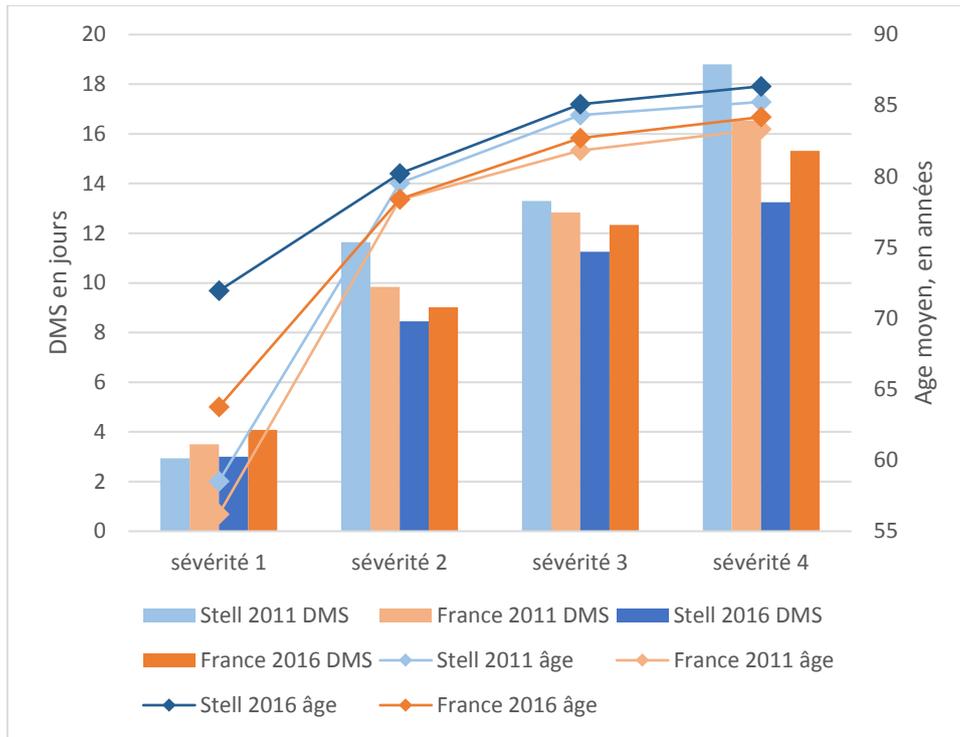
Le niveau de sévérité a connu une évolution significative en 2015 et 2016. Les patients accueillis présentaient des niveaux de sévérité orientés majoritairement autour des niveaux deux et trois, plus rarement du niveau un et encore moins du niveau quatre jusqu'en 2014. Cette répartition s'est modifiée en 2015 et 2016 avec une forte représentation des sévérités trois. Cette évolution peut s'expliquer par l'amélioration du codage PMSI du fait du recrutement d'un médecin DIM.

Parallèlement, la moyenne d'âge des patients admis à Stell demeure tout au long de la période plus élevée que la moyenne nationale et régionale, ce qui impliquerait théoriquement des durées moyennes de séjour plus longues, a fortiori si la sévérité des pathologies s'accroît. Or la durée moyenne de séjour, qui était en cohérence avec une moyenne d'âge plus élevée,

³⁰ Le niveau de sévérité prend une importance forte étant liée à la durée moyenne de séjour (DMS). Les niveaux de gravité s'établissent de 1,2,3,4 par GHM. Il existe désormais une durée de séjour minimale par niveau de gravité de GHM (de la pathologie). Ainsi, classiquement 3 J pour le niveau 2, 4 J pour le niveau 3 et 5 J pour le niveau 4.

supérieure à la moyenne nationale en 2011, était inférieure en 2016. Le décalage apparaît particulièrement pour les sévérités quatre et dans une moindre mesure pour les sévérités trois.

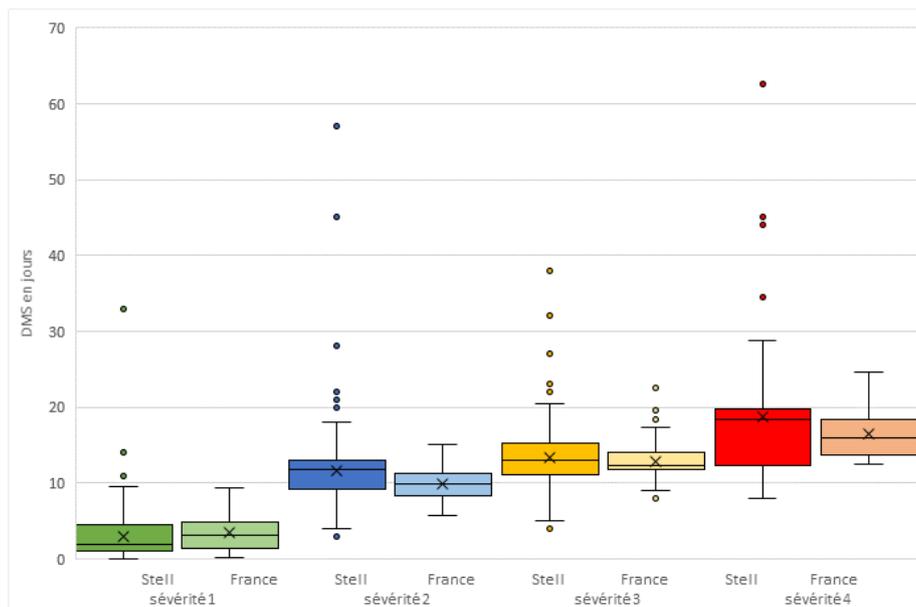
Graphique n° 8 : Évolution croisée de la DMS et de l'âge moyen par sévérité



Source : CRC Île de France à partir des données ATIH 2017

L'examen de la dispersion comparée des DMS entre 2011 et 2016 révèle d'autres évolutions spécifiques au CH de Stell. Non seulement les DMS ont globalement diminué par rapport à la moyenne nationale mais leur dispersion s'est considérablement contractée entre 2011 et 2016 au regard de la moyenne nationale.

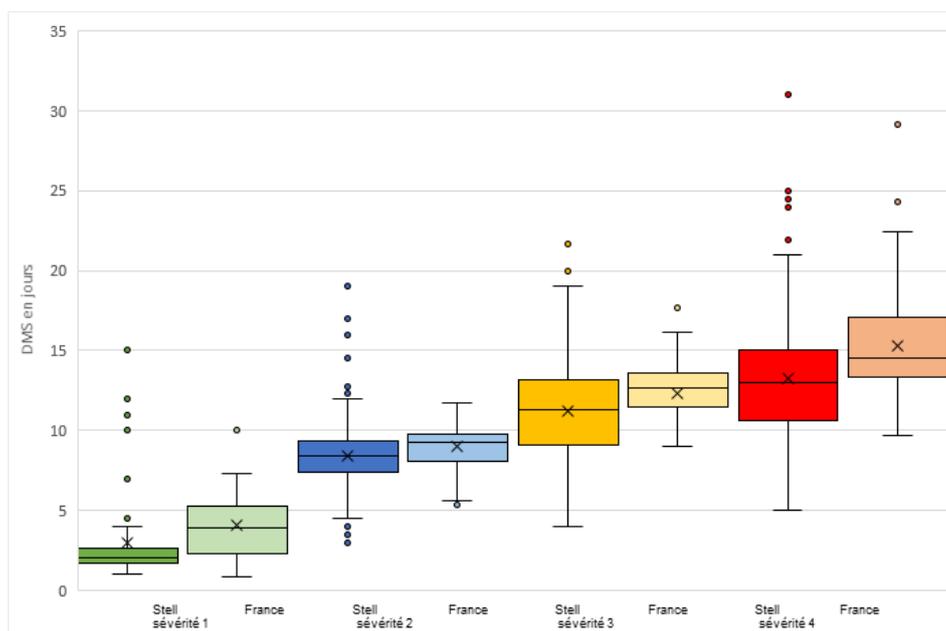
Graphique n° 9 : Dispersion des DMS par sévérité en 2011



Source : CRC Île de France à partir des données ATIH 2017

En 2011, nombre de patients nécessitaient un temps de traitement relativement long (l'espace entre la médiane et le troisième quartile est réduit), ce qui se conçoit au regard de l'âge des patients ; cette situation est désormais renversée en 2016.

Graphique n° 10 : Dispersion des DMS en 2016



Source : CRC Île de France à partir des données ATIH 2017

Les séjours de durée exceptionnelle disparaissent quasiment entre 2011 et 2016. La borne du premier décile des DMS les plus courtes atteint sur les sévérités trois et quatre des niveaux extrêmement faibles et la médiane des DMS de Stell rejoint sur ces mêmes sévérités le premier quartile de la moyenne nationale en 2016.

L'incohérence apparaît manifeste lorsque l'on compare, pour chaque GHM et à *casemix* constant, les résultats du CH de Stell à la moyenne nationale en termes de DMS rapportée à la moyenne d'âge. En 2011, il apparaît une corrélation positive entre DMS et âge pour les sévérités une et deux, et neutre pour les sévérités trois et quatre, ce qui signifie que pour une affection (un GHM) donné, plus la moyenne d'âge constatée est supérieure à la moyenne nationale, plus la DMS l'est aussi. En revanche, la corrélation inverse apparaît en 2016 pour les sévérités trois et quatre : plus les patients admis pour une affection donnée sont âgés par rapport à la moyenne nationale, plus leur DMS est courte, ce qui est anormal : en effet l'âge, tout particulièrement pour des patients de plus de 80 ans (la moyenne d'âge s'établit au CH de Stell respectivement à 71 ans, 77 ans, 84 ans et 85 ans pour les sévérités une, deux, trois et quatre), est un facteur d'alourdissement des prises en charge en raison des polypathologies associées et de soins de *nursing* accrus qui devraient augmenter la DMS.

Enfin, l'établissement enregistre une proportion élevée de décès au sein de ses sorties. Celle-ci est supérieure à la moyenne des établissements de sa catégorie et surtout de la région ainsi que de la France. Le taux de retour à domicile est très inférieur à celui des autres établissements alors que les mutations ou transferts sont surreprésentés. Ces éléments sont en lien direct avec la population très âgée accueillie pour laquelle le retour à domicile semble compromis, imposant des transferts ou des mutations vers des services d'aval, dont les SSR de l'établissement ou l'EHPAD.

Tableau n° 6 : Modes de sortie des patients de médecine (%)

MCO				
Mode d'entrée	Établissement	Catégorie	Région	France
Mutation	18	8,8	1,2	1,6
Transfert	25	12,1	6,8	6,4
Domicile	50,7	74,9	90,6	90,5
Décès	6,3	4,1	1,4	1,6

Source : Hospidiag – ANAP 2017

4.2 L'activité de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)

4.2.1 Les principales données d'activité des SSR

Le centre hospitalier départemental de Stell a investi, après la fermeture des urgences en 2012, autour de l'activité de SSR tant en hospitalisation complète qu'en ambulatoire par la création de places en hôpital de jour. Cette activité représente 64 % des lits installés au sein de l'établissement et constitue dès lors son activité principale.

La capacité globale de SSR a augmenté de 18,6 % passant de 102 à 121 lits entre 2011 et 2016.

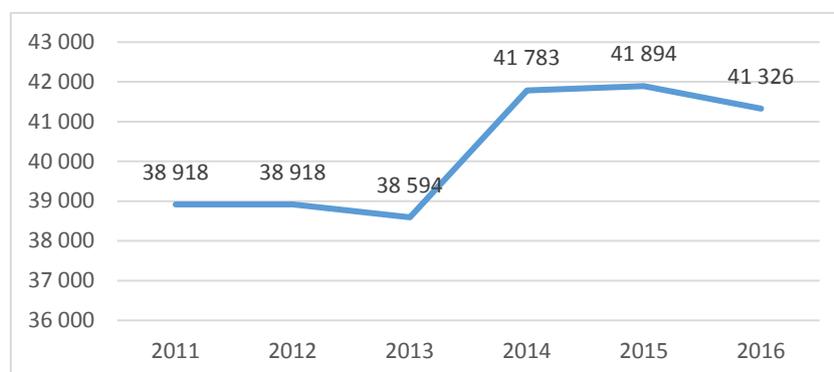
Tableau n° 7 : Capacités en lits de Soins de Suites et de Réadaptation

SSR ³¹	2011	2012	2013	2014	2015	2016
SSR Gériatrique HC	46	38	38	38	38	38
SSR Gériatrique HdJ	0	0	7	7	7	7
SSR Neuro-Gériatrique	0	0	0	0	0	7
SSR Cardio-Vasculaire HC	23	25	25	25	25	25
SSR Cardio-Vasculaire HdJ		6	6	6	6	6
SSR Neuro-Orthopédique HC	25	30	30	24	30	30
SSR Neuro-Orthopédique HdJ	8	8	8	8	8	8
Total	102	107	114	108	114	121

Source : Rapports d'activités 2011 à 2016

L'activité globale de SSR a augmenté de manière significative en 2014.

Graphique n° 11 : Nombre de journées en SSR

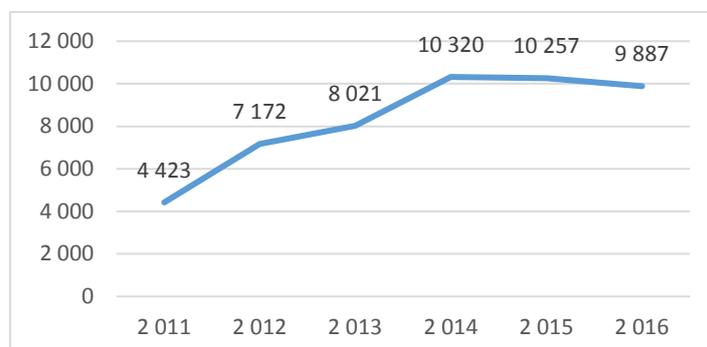


Source : Rapports d'activité 2011 à 2016

³¹ HC : Hospitalisation Complète – HdJ : Hôpital de Jour

L'activité d'hôpital de jour s'est progressivement développée (+123,5 % en cinq ans), sans que cela se fasse au détriment de l'hospitalisation complète, qui, malgré une régression de 8,7 % entre 2011 et 2016, reste trois fois plus importante que l'activité de SSR en hôpital de jour.

Graphique n° 12 : Nombre de journées SSR en hôpital de jour



Source : Rapports d'activité 2011 à 2016

Graphique n° 13 : Nombre de journées SSR en hospitalisation complète



Source : Rapports d'activité 2011 à 2016

Enfin, cette hausse significative a été facilitée par une diminution de la durée moyenne de séjour³² plus spécifiquement en SSR gériatrique, passant de 60,19 jours à 33,67 jours en cinq ans (-44,1 %). Les autres services de SSR, cardio-vasculaire (-1,6 %) et neuro-orthopédique (-8,3 %), connaissent eux aussi des diminutions de leur SSR mais de moindre mesure.

4.2.2 L'origine des patients accueillis

L'établissement doit faire face à une forte concurrence sur les SSR. Il se situe parmi les cinq principaux établissements producteurs de soins de suites des Hauts-de-Seine. Il est en concurrence directe avec la clinique de soins de suite « L'Amandier », la clinique du Pont de Sèvre, la clinique Villa Louise et le Centre de Rééducation Fonctionnelle Paris Nord à Asnières-sur-Seine.

En 2015, les établissements d'amont des patients accueillis au sein des services de SSR du CHDS sont ceux de Suresnes, Nanterre, Puteaux et le CH des Quatre-Ville (CH4V). A partir de 2016, il est constaté l'extinction de la filière entre le CHDS et le CH4V (Saint-Cloud – Sèvres et Chaville) ce qui est pour le moins surprenant compte tenu de la position de ce dernier comme établissement support du groupement hospitalier de territoire.

³² Données Hospidiag 2018

Les parts de marché de l'établissement³³ sur le segment des SSR sont faibles. Le volume traité est de 9,7 %³⁴ pour le territoire de santé du ressort et de 1,6 % à l'échelle de la région. Cette situation est normale au regard de la présence d'établissements privés dotés de capacités d'accueil supérieures à celle du CH de Stell dans cette spécialité.

Le mode d'entrée majeur de l'établissement est l'accueil de patients issus d'autres hôpitaux du secteur : leur part atteint 66,9 % contre 54,6 % pour les établissements de cette catégorie et 59,2 % au niveau régional. Ce pourcentage s'explique par une offre d'amont réduite à la spécialité gériatrique qui ne saurait évidemment à elle seule pourvoir aux besoins des SSR de spécialités non gériatrique. Sur ce champ aussi, le CH de Stell est très fortement dépendant d'autres établissements. Néanmoins, il pourrait renforcer son indépendance en développant, à travers le réseau ville-hôpital, un accès direct à ses services de SSR. Quand, les établissements de la région enregistrent 17,6 % de leurs admissions du domicile, il ne réalise que 4,4 % d'admissions par cette voie.

4.2.3 Le profil médical des patients accueillis

La chambre a procédé à l'analyse a posteriori des pathologies prises en charge par l'établissement dans les activités de médecine générale et d'unité de gériatrie aiguë (UGA). Pour ce faire, elle a procédé à une analyse du *casemix*³⁵ du CHDS à partir des groupes homogènes de malades (GHM).

L'étude du *casemix* de l'établissement permet une analyse qualitative des pathologies des patients pris en charge au CHDS dans les quatre unités SSR.

Ainsi, 55 % du *casemix*³⁶ du CHDS se concentrent autour de quatre types d'affections traitées : affections de l'appareil respiratoire (15 %), affections de l'appareil circulatoire (19,5 %), affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique (12,6 %), et maladies et troubles mentaux (7,9 %). Les affections du système nerveux, de l'appareil circulatoire et du système ostéo-articulaire³⁷ représentent près de 83 % des journées d'hospitalisation. La durée moyenne de séjour pour ces trois dominantes est supérieure à la médiane. Au global, la DMS est de 31,2 jours³⁸ en moyenne au CHDS au lieu de 27 jours en moyenne nationale. Il est noté que 87 % des patients sont accueillis à un âge supérieur à 70 ans et 71 % à 80 ans et plus.

Le retour à domicile est le mode de sortie principal (72 % en 2016). Son taux demeure conforme à la moyenne régionale mais inférieure celle des établissements de la même catégorie (78 %) et à la moyenne nationale (79 %). Les autres modes de sortie que sont les mutations ou transferts sont surreprésentés. En effet, l'établissement est dépourvu de lits d'aval comme les lits de soins de longue durée et sa capacité en places d'EHPAD reste réduite. La population très âgée accueillie, pour laquelle le retour à domicile semble compromis, impose des transferts ou des mutations.

³³ Calculés à partir du nombre de journées produites

³⁴ Données ATIH - 2017

³⁵ Anglicisme désignant l'éventail des cas pris en charge par un établissement de santé. On désigne ainsi la typologie des hospitalisations résultant du classement en groupes homogènes de malades* des prises en charge en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (Définition de l'ATIH).

³⁶ Données sur le CASEMIX 2016 – ATIH 2017

³⁷ Affections des os et des articulations

³⁸ Données ScanSanté 2016

Tableau n° 8 : Modes de sortie des patients de SSR

SSR				
Mode de sortie	Etablissement	Catégorie	Région	France
Mutation	6,2 %	4,6 %	5,6 %	4,3 %
Transfert	21,3 %	12,8 %	18,6 %	12,7 %
Domicile	72,1 %	77,9 %	72,0 %	79,2 %
Décès	0,4 %	4,7 %	3,8 %	3,9 %
NC	-	-	-	-

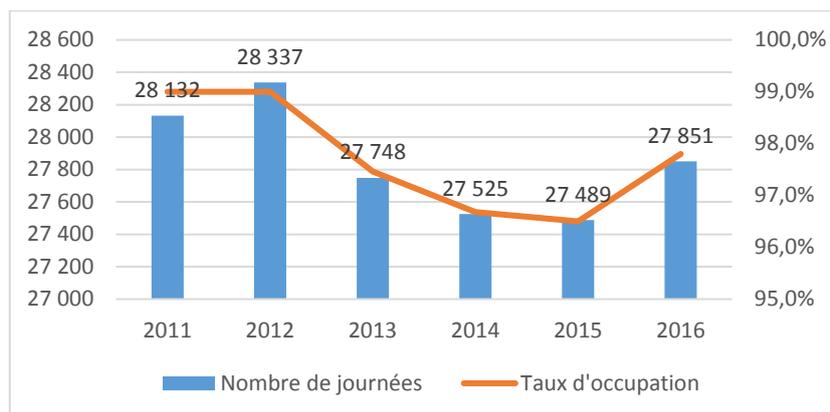
Source : Hospidiag – ANAP 2017

4.3 L'activité en EHPAD

4.3.1 Les données d'activité

La capacité d'accueil de l'EHPAD³⁹ Jules Parent est restée stable à 78 lits entre 2011 et 2016. Entre 2012 et 2015 les travaux d'humanisation-réhabilitation de quelques chambres par an ont fait passer le taux d'occupation (TO) de 99 % à 96,5 %⁴⁰. Depuis 2015, l'activité est en hausse.

Graphique n° 14 : Nombre de journées et taux d'occupation (TO) en EHPAD



Source : rapports d'activité 2011 à 2016

³⁹ Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

⁴⁰ Pour cette activité le TO ne devrait pas être inférieur à 98 %

4.3.2 Les aspects financiers de l'EHPAD

La répartition du résultat du budget E par section tarifaire est présentée dans le tableau suivant. En moyenne, l'EHPAD a dégagé un résultat de 341 K€ durant la période 2011 à 2016.

Tableau n° 9 : Répartition du résultat du budget E par sections tarifaires sur la période contrôlée, en €

Budget E	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Section hébergement	524 789,26	322 720,51	- 34 851,23	136 615,28	- 63 706,84	265 323,19
Section dépendance	- 8 202,11	- 54 126,50	28 033,65	21 026,95	47 011,83	- 1 226,34
Section soins	227 912,02	216 527,90	71 551,86	148 323,39	54 846,71	147 337,19
Résultat Budget E	744 499,17	485 121,91	64 734,28	305 965,62	38 151,70	411 434,04

Source : comptes financiers

Les produits de l'EHPAD ont diminué de 17,29 % de 2011 à 2016.

Tableau n° 10 : Montant en euros des recettes du budget E par titres sur la période contrôlée

Budget E	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Titre 1	2 134 471,00	2 139 773,73	1 213 266,65	1 231 420,00	1 202 659,00	1 190 636,00
Variation	-	0,25%	-43,30%	1,50%	-2,34%	-1,00%
Titre 2	424 275,63	394 966,08	473 415,24	457 994,71	428 499,33	397 431,96
Variation	-	-6,91%	19,86%	-3,26%	-6,44%	-7,25%
Titre 3	1 854 070,66	1 873 868,68	1 871 876,12	1 892 365,32	1 880 147,34	1 921 192,86
Variation	-	1,07%	-0,11%	1,09%	-0,65%	2,18%
Titre 4	353 676,53	153 999,88	55 972,57	151 967,22	137 427,99	432 990,05
Variation	-	-56,46%	-63,65%	171,50%	-9,57%	215,07%
Total	4 766 493,82	4 562 608,37	3 614 530,58	3 733 747,25	3 648 733,66	3 942 250,87

Source : comptes financiers

La baisse de 43,3 % des produits afférents aux soins en 2013 s'explique par la non-reconduction d'une aide à l'investissement de 1 M€ par an, versée par l'ARS à l'établissement en 2011 et 2012, et destinée au financement du projet de reconstruction du bâtiment.

Les autres produits ont plus que triplé en 2016 du fait de la reprise du solde de la provision pour litiges constituée en 2013 ainsi que l'augmentation considérable des réémissions de titres sur exercices antérieurs consécutive à des erreurs de saisie des dossiers

Les charges d'exploitation de l'EHPAD ont été globalement maîtrisées.

Tableau n° 11 : Montant des charges du compte de résultat annexe EHPAD sur la période contrôlée

Budget E	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Titre 1 - Charges de personnel	1 817 108,21	1 856 399,42	1 982 272,90	2 089 390,38	2 141 073,84	2 073 475,68
Variation en %	-	2,16%	6,78%	5,40%	2,47%	-3,16%
Titre 2 - Charges à caractère médical	121 337,18	100 480,07	95 843,82	73 752,81	73 983,86	73 820,38
Variation en %	-	-17,19%	-4,61%	-23,05%	0,31%	-0,22%
Titre 3 - Charges à caractère hôtelier et général	930 142,33	944 279,03	974 411,46	1 005 824,66	1 140 814,78	1 070 602,35
Variation en %	-	1,52%	3,19%	3,22%	13,42%	-6,15%
Titre 4 - Charges d'amortissements, de provisions et dépréciations, financières et exceptionnelles	1 153 406,93	1 176 327,94	497 268,12	258 813,78	254 709,48	312 918,42
Variation en %	-	1,99%	-57,73%	-47,95%	-1,59%	22,85%
Total des charges en €	4 021 994,65	4 077 486,46	3 549 796,30	3 427 781,63	3 610 581,96	3 530 816,83
Variation en %	-	1,38%	-12,94%	-3,44%	5,33%	-2,21%

Source : comptes financiers

Seules les charges à caractère hôtelier et général augmentent de 15 % entre 2011 et 2016.

La situation financière de l'EHPAD est satisfaisante, la maîtrise des dépenses de fonctionnement lui permet de dégager un excédent d'exploitation.

5 FIABILITÉ DES COMPTES ET SITUATION FINANCIÈRE DE L'ÉTABLISSEMENT

L'établissement dispose de deux budgets ; un budget principal (CRP⁴¹ lettre H) et deux budgets annexes, l'un pour l'EHPAD et l'autre pour l'IFSI. Le budget principal représentait 86,6 % des masses financières de l'établissement en 2016⁴². Le volume financier toutes activités confondues représente 28 030 257,70 € de dépenses en 2016.

5.1 La fiabilité des comptes

Le second alinéa de l'article 47-2 de la Constitution dispose que " les comptes des administrations publiques sont réguliers et sincères. Ils donnent une image fidèle du résultat de leur gestion, de leur patrimoine et de leur situation financière ". Les comptes de l'établissement ont été examinés au regard des principes généraux, rappelés dans la nomenclature comptable M21, d'indépendance des exercices, de prudence, de fidélité et de sincérité de l'image donnée par l'information financière produite afin de s'assurer que les pratiques comptables sont conformes à la réglementation et par conséquent que le résultat et la situation du bilan ne sont pas faussés.

⁴¹ Compte de Résultat Principal ou Annexe

⁴² Soit 22 752 296 € pour le budget principal et 3 530 816 € pour l'EHPAD ainsi que 1 747 145,66 € pour l'IFSI (en dépenses en 2016),

5.1.1 Le principe d'annualité et d'indépendance des exercices

Le rattachement des intérêts courus non échus (ICNE)

Les écritures relatives aux charges d'intérêts sont résumées dans le tableau ci-dessous :

Tableau n° 12 : Synthèse des écritures relatives aux charges d'intérêts sur la période contrôlée

Charges d'intérêts - Opérations de l'année (en €)	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Débit du compte 661 1 - Intérêts des emprunts et dettes	174 578,27	262 153,47				
Crédit du compte 661 1 - Intérêts des emprunts et dettes	5 991,45	2 878,81				
Débit du compte 661 11 - Intérêts réglés à l'échéance			278 740,10	254 744,56	98 085,16	99 459,79
Crédit du compte 661 11 - Intérêts réglés à l'échéance			9 314,50			
Débit du compte 661 12 - Intérêts - rattachement des intérêts courus non échus			8 506,52	1 958,07	14 108,80	
Crédit du compte 661 12 - Intérêts - rattachement des intérêts courus non échus				8 506,52	1 958,07	
Solde débiteur du compte 661 - Charges d'intérêts au 31.12	168 586,82	259 274,66	277 932,12	248 196,11	110 235,89	99 459,79
Variation du solde débiteur du compte des charges d'intérêts en %	0	53,79%	7,20%	-10,70%	-55,59%	-9,78%

Source : comptes financiers

Les charges d'intérêts ont diminué de 55,6 % en 2015 du fait de la renégociation de six emprunts. Un suivi des emprunts est assuré mais le montant des intérêts en 2015 n'est pas égal à celui enregistré au débit du compte 661 11 du compte financier. La chambre rappelle que le suivi doit permettre de s'assurer que l'imputation des charges financières est conforme aux échéanciers des emprunts sous peine d'insincérité.

L'encours de la dette de l'établissement en 2015 et 2016 a généré le paiement de charges d'intérêts. L'établissement justifie l'absence de comptabilisation d'ICNE en 2016 par l'absence de charges à cheval sur deux exercices. Or, le tableau d'amortissement de l'emprunt renégocié comporte des échéances trimestrielles dont la première intervient au 15 janvier et la dernière au 15 octobre. Dès lors, des ICNE sont à comptabiliser pour la période allant du 15 octobre 2015 au 31 décembre 2015. Le montant des ICNE 2015 s'élève ainsi à $20\,117,96 \times (77 \text{ jours}/92 \text{ jours})$ soit 16 837,86 €. La situation est identique pour la période allant du 15 octobre 2016 au 31 décembre 2016, le montant des ICNE aurait dû être de $18\,706,17 \times (77 \text{ jours}/92 \text{ jours})$ soit 15 656,25 €.

Selon l'établissement « Les derniers intérêts courus non échus ont été payés au moment de l'emprunt renégocié soit 14 108,80 € sur le compte H 661 12 correspondant aux anciens emprunts, en janvier 2015 ». La chambre note que cette explication est pertinente pour justifier la reprise des ICNE des emprunts renégociés dans l'IRA du nouvel emprunt mais n'explique pas leur absence de rattachement. À la suite des observations de la chambre, l'établissement s'est engagé à comptabiliser cette écriture à l'avenir.

Le montant des ICNE qui auraient dû être rattachés représente respectivement 7 % et 4,3 % du résultat d'exploitation⁴³ pour 2015 et 2016.

⁴³ Résultat consolidé H et E

Les charges constatées d'avance

Le compte 486 charges constatées d'avance n'est mouvementé sur aucun des exercices contrôlés. Il apparaît dès lors que l'établissement ne constate aucune charge relevant de l'exercice comptable suivant ce qui compte tenu des charges supportées par le centre hospitalier semble impossible notamment au regard des dépenses d'énergie, d'assurance, etc. À la suite des observations de la chambre, l'établissement s'est engagé à imputer au compte 486 les charges constatées d'avance.

5.1.2 Le principe de prudence et la justification des provisions

La dépréciation des comptes de redevables

- État des lieux des restes à recouvrer sur la période contrôlée

Tableau n° 13 : Indicateurs relatifs au montant des restes à recouvrer comptabilisés sur la période contrôlée

En €	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Solde du compte des restes à recouvrer amiables	3 839 523,00	5 970 392,00	3 594 264,00	2 475 469,00	4 885 284,00	5 123 962,00
Solde du compte des restes à recouvrer contentieux	274 363,00	335 384,00	378 095,00	2 438 840,00	434 464,00	523 633,00
Solde du compte des restes à recouvrer amiable et contentieux	4 113 885,00	6 305 776,00	3 972 359,00	4 914 309,00	5 319 748,00	5 647 596,00
Produits	24 402 711,00	25 599 451,00	22 628 006,00	23 192 720,00	4 890 765,00	24 906 796,00
Taux de restes à recouvrer	16,86%	24,63%	17,56%	21,19%	21,37%	22,67%
Taux de restes à recouvrer contentieux	1,12%	1,31%	1,67%	10,52%	1,75%	2,10%
Solde du compte de dépréciation des comptes de redevables	-	-	143 139,00	230 458,00	268 183,00	268 183,00
Taux de provisionnement des restes à recouvrer	-	-	3,60%	4,69%	5,04%	4,75%
Taux de provisionnement des restes à recouvrer contentieux	-	-	37,86%	9,45%	61,73%	51,22%

Source : Données issues des comptes financiers retraités par la CRC - M21

Le taux de restes à recouvrer est proche de 20 % pour chaque exercice. Toutefois, il a tendance à augmenter, ce qui constitue une tendance défavorable à l'établissement.

- **Les modalités de calcul des dotations aux dépréciations des actifs circulants - Créances**

Tableau n° 14 : Imputation du montant des dépréciations (en €)

Comptes et libellés	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Crédit du compte 491 Dépréciation des comptes de redevables	64 052,74	42 722,63	143 138,88	263 405,47	50 000,00	-
Débit du compte 491 Dépréciation des comptes de redevables	64 052,74	42 722,63	-	176 085,94	12 275,30	-

Source : comptes financiers

En 2011 et en 2012, le montant constaté au crédit du compte 491 est égal au montant constaté au débit du compte 491. Or, ce sont deux opérations distinctes. En effet, l'opération inscrite au crédit du compte 491 vise à constater une dépréciation ou l'augmentation d'une dépréciation. En revanche, l'opération effectuée au débit du compte 491 est l'enregistrement de la reprise sur la dépréciation, rendue nécessaire notamment par le caractère irrécouvrable d'une créance.

Le solde de la dépréciation des comptes de redevables est nul aux 31 décembre 2011 et 2012. L'établissement a provisionné la dépréciation des comptes de redevables en 2013, 2014 et 2015. Le taux de provisionnement des restes à recouvrer reste insuffisant. Les restes à recouvrer contentieux augmentent sensiblement en 2014 avant de diminuer en 2015.

Tableau n° 15 : Variations respectives du montant des restes à recouvrer contentieux et du taux de provisionnement des restes à recouvrer contentieux sur la période contrôlée :

En €	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Restes à recouvrer contentieux	274 363	335 384	378 095	2 438 840	434 464	523 633
Variation des restes à recouvrer contentieux en %	-	22,24%	12,73%	545,03%	-82,19%	20,52%
Taux de provisionnement des restes à recouvrer contentieux en %	-	-	37,86%	9,45%	61,73%	51,22%

Source : comptes financiers

Si le montant de la dotation annuelle de financement (DAF) inscrit en reste à recouvrer contentieux varie bien dans les mêmes proportions que sur le reste de la période, en revanche, le montant de la DAF inscrit en reste à recouvrer apparaît au solde débiteur du compte 416 2 Redevables – Contentieux – Caisse pivot. Ainsi, au 31 décembre 2014, le montant de 2 049 353 € correspond au solde de la DAF 2014 versé en janvier et février 2015. Or, ce reste à recouvrer n'est pas un contentieux, car il constitue un versement de la dotation annuelle.

Tableau n° 16 : Rapprochement entre admissions en non-valeur et reprises sur dépréciation
(en euros)

Reprise sur la dépréciation des comptes de redevables	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Débit du compte 654 1 Créances admises en non-valeur	53 639,64	42 722,63	40 773,00	31 827,13	15 089,22	12 956,41
Crédit du 781 74 Reprises sur dépréciations des actifs circulants - Créances	53 639,64	42 722,63	-	31 827,13	12 275,30	-
Écart	-	-	40 773,00	-	2 813,92	12 956,41

Source : comptes financiers

L'ensemble des écritures de reprise sur dépréciations des actifs circulants – Créances correspond aux reprises destinées à atténuer la charge résultant de l'admission en non-valeur des créances irrécouvrables. En 2013 et 2016, il n'y a pas eu de reprise sur dépréciation malgré l'admission en non-valeur de certaines créances. Par ailleurs, sur l'exercice 2015, un nouvel écart de 2 813,92 € apparaît entre le montant du compte de créances admises en non-valeur et le montant inscrit au compte de reprises sur dépréciations des actifs circulants – Créances. Ainsi, le montant de la reprise effectuée est insuffisant pour cet exercice. L'établissement a confirmé les constats de la chambre et s'est engagé à effectuer à l'avenir les reprises parallèlement aux admissions en non-valeur.

Les provisions réglementées

- **Les provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations**

Durant la période contrôlée, l'établissement a enregistré des dotations aux provisions pour renouvellement des immobilisations.

Tableau n° 17 : Provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations

Exercices	Provisions	Provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations (142)
2011	Dotation	1 000 000,00 €
	Reprise	100 000,00 €
	Solde au 31.12	900 000,00 €
2012	Dotation	1 000 000,00 €
	Reprise	100 000,00 €
	Solde au 31.12	1 800 000,00 €
2013	Dotation	0,00 €
	Reprise	0,00 €
	Solde au 31.12	1 800 000,00 €
2014	Dotation	0,00 €
	Reprise	0,00 €
	Solde au 31.12	1 800 000,00 €
2015	Dotation	0,00 €
	Reprise	0,00 €
	Solde au 31.12	1 800 000,00 €
2016	Dotation	0,00 €
	Reprise	0,00 €
	Solde au 31.12	1 800 000,00 €

Source : comptes financiers

Un montant de 1 000 000 € a été inscrit au débit du compte 687-42 Dotations aux provisions pour renouvellement des immobilisations du budget de l'EHPAD en 2011 et 2012. Le rapport d'activité 2011 indique qu'une subvention d'investissement de 1 000 000 € avait été versée par l'agence régionale de santé (ARS) dans le cadre du projet de reconstruction du bâtiment de l'EHPAD et qu'un second versement était attendu en 2012.

Conformément à l'instruction budgétaire et comptable M21⁴⁴, la constitution de dotations aux provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations n'est possible que dans le cadre des dotations budgétaires attribuées au titre de l'aide à l'investissement et ne peut être réalisée au moyen des ressources propres de l'établissement.

Afin de s'assurer du bien-fondé et de la concomitance de l'inscription des subventions en recettes et de la constitution de la provision sur chacun des exercices 2011 et 2012, la chambre a demandé à disposer des conventions de subventions. Si les deux conventions transmises portent effectivement sur une aide destinée à la reconstruction de l'EHPAD, l'une date du 22 décembre 2011 et l'autre du 17 février 2016. Cette dernière indique l'octroi de 2 M€ alors que la première porte sur 1 M€. Ainsi, la réponse de l'établissement est insatisfaisante

⁴⁴ INSTRUCTION BUDGÉTAIRE ET COMPTABLE M21, TOME I LE CADRE COMPTABLE, CHAPITRE 2, 1.4. COMPTE 14 – PROVISIONS RÉGLEMENTÉES, page 18

car elle ne permet pas de justifier les crédits provisionnés à hauteur de 1 M€ pour l'exercice 2012.

L'opération de reconstruction de l'EHPAD fait intervenir plusieurs financeurs. Le financement de la CNSA et du conseil régional ont été acquis rapidement mais l'établissement indique qu'il demeure en attente des financements du conseil départemental et de la commune de Rueil-Malmaison. La chambre constate que l'établissement a bénéficié de deux subventions d'investissement en 2011 et 2012 en l'absence d'un plan de financement abouti et sécurisé pour une opération débutée seulement en 2017.

Enfin, la chambre tient à rappeler que lors de la mise en service future des biens financés, la provision constituée devra faire l'objet d'une reprise, parallèlement à la comptabilisation des charges financières conformément à l'objet de la subvention.

- **Les provisions constituées au titre du compte épargne temps (CET)**

- o **Les provisions réglementées pour charges de personnel liées à la mise en œuvre du compte épargne temps (CET) – Compte 143**

En période de clôture, les jours maintenus par les agents hospitaliers sur leur compte épargne temps donnent lieu à la constitution d'une provision. La provision est valorisée en fonction de montants forfaitaires distincts pour le personnel médical et pour le personnel non médical.

Les écritures relatives à cette provision, enregistrées par l'établissement sur les exercices 2011 à 2013, sont retracées dans le tableau ci-dessous :

Tableau n° 18 : Les provisions réglementées pour charges de personnel liées à la mise en œuvre du compte épargne temps (CET) – Compte 143

Exercices	Provisions	Provisions réglementées CET
2011	Dotation	27 090,54 €
	Reprise	27 090,54 €
	Solde au 31.12	136 470,68 €
2012	Dotation	0,00 €
	Reprise	0,00 €
	Solde au 31.12	136 470,68 €
2013	Dotation	38 128,75 €
	Reprise	33 402,50 €
	Solde au 31.12	141 196,93 €

Source : comptes financiers

La chambre constate l'absence de mouvements sur la provision en 2012 ce qui traduit un défaut de comptabilisation des jours placés par les agents sur leur CET. Or, une réévaluation annuelle de la provision à partir du nombre de jours effectivement placés sur leur CET par les agents au cours de l'année est obligatoire.

- o **Les provisions pour charges de personnel liées à la mise en œuvre du compte épargne temps (CET) – Compte 153**

À compter de 2014, les provisions pour compte épargne temps ont été imputées sur le compte 153, comme le prévoit la nomenclature comptable.

Tableau n° 19 : Les provisions pour charges de personnel liées à la mise en œuvre du compte épargne temps (CET) – Compte 153

Exercices	Provisions	Provisions pour charges de personnel liées à la mise en œuvre du compte épargne temps (CET) 153
2014	Dotation	50 687,50 €
	Reprise	40 320,00 €
	Solde au 31.12	151 564,43 €
2015	Dotation	221 089,90 €
	Reprise	40 837,50 €
	Solde au 31.12	331 816,83 €
2016	Dotation	73 000,30 €
	Reprise	63 609,59 €
	Solde au 31.12	341 207,54 €

Source : comptes financiers

- **Les provisions pour risques**
 - o **Les provisions pour litiges – Compte 151 1**

En 2013, une provision a été constituée à partir du budget de l'EHPAD au sujet du litige opposant des usagers à l'établissement en raison de l'augmentation du prix de journée prévue par la convention tripartite signée le 31 décembre 2007.

Les conclusions du rapporteur public de la Cour nationale de la tarification sanitaire et sociale ayant semblé défavorables à l'établissement, celui-ci a constitué une provision conformément à la réglementation pour le montant correspondant à l'augmentation du tarif multipliée par le nombre d'agents ayant introduit le recours.

La provision a fait l'objet d'une première reprise en 2015. Cette reprise correspond à l'indemnisation de vingt-trois familles ayant introduit le recours. Enfin, l'intégralité de la provision a été reprise en 2016.

5.1.3 La sincérité et régularité des écritures

Les emprunts et dettes assimilées

L'établissement a procédé au remboursement et au refinancement de six emprunts à compter de l'exercice 2015.

Tableau n° 20 : Synthèse des écritures relatives aux emprunts contractés auprès des établissements de crédit sur la période contrôlée

Compte 164 1 - Emprunts auprès des établissements de crédit, en euros - Opérations de l'exercice en €	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Remboursement des annuités d'emprunts - Débit du compte 164 1 - Emprunts auprès des établissements de crédit, en euros	438 229,01	585 613,47	629 086,46	533 160,08	286 787,68	332 185,08
Variation en % du remboursement des annuités d'emprunts	-	33,63%	7,42%	-15,25%	-46,21%	15,83%
Encaissement d'un emprunt - Crédit du compte 164 1 - Emprunts auprès des établissements de crédit, en euros	800 000,00	2 470 000,00	-	-	-	-
Solde créditeur du compte 164 1 - Emprunts auprès des établissements de crédit, en euros au 31.12	4 298 284,86	6 182 671,39	5 553 584,93	5 020 424,85	4 733 637,17	4 401 452,09
Variation en % du solde créditeur du compte 164 1 - Emprunts auprès des établissements de crédit, en euros	-	43,84%	-10,17%	-9,60%	-5,71%	-7,02%

Source : comptes financiers

En 2015, l'établissement a procédé à la renégociation de six emprunts auprès de la Caisse d'Épargne. Le montant en capital du prêt renégocié visait à couvrir les capitaux restant dus de ces six emprunts sans l'augmenter pour 4 982 775,98 €. Le taux fixe du prêt renégocié est de 1,70 % contre des taux compris entre 3,43 % et 4,92 % antérieurement, ce qui suggère que l'opération de refinancement visait l'allègement des charges d'intérêts de ces emprunts.

Mais cette opération s'est accompagnée du paiement par l'établissement d'une indemnité de renégociation de la dette de 953 921,70 €, soit 19 % du capital restant dû, et d'intérêts courus non échus (ICNE) générés par les six emprunts pour 14 108,80 €. L'établissement indique que cette indemnité a été payée en une fois et autofinancée. Elle a fait l'objet d'un étalement sur sept ans afin de ne pas en faire porter tout le poids sur l'exercice 2015.

La chambre relève que la durée d'étalement n'est pas conforme car la durée résiduelle de l'emprunt est de quinze ans. L'établissement a justifié cette durée par la nécessité de ne pas augmenter le coût du projet de reconstruction de l'EHPAD afin que l'ARS ne s'oppose pas aux prochains plans globaux de financement pluriannuels (PGFP) intégrant ce projet.

Le refinancement des six emprunts a eu pour conséquence d'augmenter la durée de remboursement de la dette. En effet, l'échéance de la dernière annuité d'emprunt est le 15 janvier 2030 pour le nouvel emprunt alors que les échéances des emprunts renégociés s'échelonnaient entre le 1^{er} juillet 2021 et le 28 mars 2027.

La chambre constate que le refinancement, à travers la baisse du taux d'intérêt, a visé à contenir l'augmentation pluriannuelle des charges pour répondre à la demande de l'ARS mais au prix d'une soule importante. Ainsi, le refinancement des emprunts a abouti à un coût total de 1 621 422,83 €⁴⁵ alors que les intérêts restants dus des anciens emprunts s'élevaient à 1 164 064,57 €. La chambre considère que cette renégociation a été préjudiciable aux intérêts de l'établissement.

Le montant du prêt renégocié en 2015 s'élève à 4 982 775,98 €. Or, les écritures constatées sur les comptes 164 et 166 sont les suivantes :

⁴⁵ D'après le contrat du nouvel emprunt, les intérêts à payer entre 2015 et 2030 s'élèvent à 653 392,33 €, auxquels s'ajoutent l'indemnité de remboursement anticipé d'un montant de 953 921,70 €, et les ICNE des prêts refinancés pour un montant de 14 108,80 €

Tableau n° 21 : Synthèse des écritures dans les comptes d'emprunts et dettes assimilées

Renégociation de la dette	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Débit du compte 164 - Constatation du remboursement de l'emprunt initial sans décaissement, en €	438 229,01	585 613,47	629 086,46	533 160,08	286 787,68	332 185,08
Crédit du compte 166 - Constatation du remboursement de l'emprunt initial sans décaissement, en €						
Crédit du compte 164 - Constatation de l'emprunt renégocié sans encaissement, en €	800 000,00	2 470 000,00				
Débit du compte 166 - Constatation de l'emprunt renégocié sans encaissement, en €						

Source : comptes financiers

L'absence de mouvements sur le compte 166 dénote la non inscription de l'écriture de renégociation de l'emprunt en 2015.

S'agissant d'opérations d'ordre non budgétaires, elles ne sont constatées que dans les écritures du comptable. Le comptable a reconnu l'absence de comptabilisation de mouvements sur les comptes 164 et 166 en 2015 permettant d'enregistrer la constatation du remboursement de l'emprunt initial sans décaissement, d'une part, et la constatation de l'emprunt renégocié sans encaissement, d'autre part, conformément au schéma d'écritures prévu par la M21.

La participation des budgets annexes aux charges communes

Le centre hospitalier départemental de Stell dispose de plusieurs budgets annexes. Un EHPAD, un IFSI et une DNA lui sont en effet rattachés. Le fonctionnement des établissements publics de santé auxquels sont rattachés d'autres entités donne généralement lieu à des charges communes, assumées en premier lieu par le budget principal et remboursées par les budgets annexes conformément à la norme budgétaire et comptable M21.

Pour l'établissement, les taux de report de charges propres à chaque budget sont les suivants :

Tableau n° 22 : Taux de report de charges par budget (%)

Taux de report de charges	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Budget principal	0,24%	0,26%	0,24%	0,49%	0,57%	0,33%
Budget EHPAD	0,57%	0,56%	0,60%	0,54%	0,68%	0,25%
Budget IFSI	1,20%	0,55%	1,66%	1,56%	0,83%	3,30%
Budget DNA	0,70%	0,67%	0,00%	0,00%	0,04%	0,43%

Source : Données issues des comptes financiers retraités par la CRC - M21

Le taux de report de charges du budget de l'IFSI s'élève à près de 3,30 % en 2016. Ceci résulte de la prise en compte, sur ce seul budget, des charges liées à un nouveau marché de gaz. L'établissement a confirmé les observations de la chambre et s'est engagé à répartir les différentes charges par budget.

5.1.4 La fiabilité du plan global de financement prévisionnel

Le rapprochement des montants d'immobilisations inscrits au compte financier et des montants d'immobilisations prévisionnels met en évidence une sous-réalisation importante de ces derniers.

Tableau n° 23 : Taux de réalisation de l'investissement prévisionnel

Titre 2 des emplois du tableau de financement, en €	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Compte financier - Total acquisitions classe 2	1 684 099,05	1 030 929,59	2 005 564,99	2 220 775,24	2 464 519,53	3 020 981,32
PGFP	4 853 491,00	2 052 100,00	4 185 039,50	3 353 600,00	2 113 172,00	5 319 700,00
Écart par rapport au compte financier	- 3 169 391,95	- 1 021 170,41	2 179 474,51	-1 132 824,76	351 347,53	- 2 298 718,68
Sous-réalisation	-65,30%	-49,76%	-52,08%	-33,78%	16,63%	-43,21%

Source : Tableaux de financement du PGFP de chaque exercice sous revue et comptes financiers

Sans méconnaître les difficultés de l'établissement liées à la validation tardive des PGFP par l'ARS et la nécessité d'obtenir les financements des différents partenaires, la chambre constate que l'établissement reporte année après année la réalisation de certains investissements, se constituant ainsi une réserve de trésorerie qu'il aurait été utile de mobiliser pour assurer l'opération de reconstruction de l'EHPAD, en suspens depuis 2011.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

La tenue de la comptabilité de l'établissement a connu de nombreuses irrégularités entre 2011 et 2016. Leur impact (voir en annexe le tableau détaillé) est particulièrement significatif sur les exercices 2011 et 2013. La chambre estime que les excédents ont été surestimés de 26,5 % en 2011 et que le déficit a été surestimé de 19,15 % en 2013. L'impact est moindre pour les exercices 2012, 2015 et 2016 (respectivement à hauteur de 9,32 %, 4,63 % et 4,37 %). À la suite des observations de la chambre, l'établissement s'est engagé à fiabiliser la tenue de sa comptabilité à compter de l'exercice 2018.

Recommandation n° 1 : Améliorer la tenue de la comptabilité, notamment en matière de rattachement des charges et des produits à l'exercice, de justification des provisions et de répartition des charges entre les budgets annexes, afin de garantir la sincérité comptable.

5.2 La situation financière

Le dernier rapport de la chambre mettait en avant une situation financière en « dents de scie ». Les années 2008 à 2010 s'étaient clôturées avec un résultat net global positif supérieur à 1 M€. L'excédent brut d'exploitation reculait en 2009 et 2010 consécutivement à une augmentation des dépenses de personnel. La capacité d'autofinancement se dégradait. Les charges exceptionnelles et la dotation aux amortissements croissaient. Enfin, la capacité d'autofinancement ne couvrait plus le remboursement des annuités d'emprunt du capital jusqu'en 2007. La chambre constate dans le présent rapport que la situation financière de l'établissement s'est améliorée.

5.2.1 L'analyse des performances financières annuelles de l'établissement

Les produits d'exploitation

Les produits bruts d'exploitation de l'établissement ont connu une croissance de 8 % sur la période 2011-2016 en cohérence avec l'évolution de l'activité sur la même période.

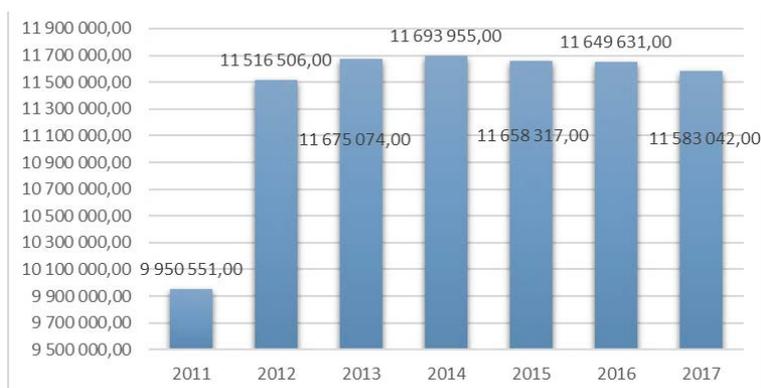
Tableau n° 24 : Les produits bruts d'exploitation dans le tableau des soldes intermédiaires de gestion

Soldes intermédiaires de gestion, en K €	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Produits des tarifications à l'activité pris en charge par l'assurance-maladie (A)	5 419	5 219	4 402	4 785	6 424	6 531
Dotation annuelle complémentaire (DAC) (B)	-	-	-	-	-	-
Sous-total MCO & HAD (A + B)	5 419	5 219	4 402	4 785	6 424	6 531
Produits de l'activité hospitalière non pris en charge par l'assurance-maladie (C)	2 237	2 038	1 822	1 936	2 185	2 024
Sous-total variable selon l'activité (A + C)	7 655	7 256	6 223	6 721	8 609	8 556
MIGAC et FIR	373	185	185	188	127	123
Forfaits annuels	1 032	429	-	-	-	-
Dotation annuelle de financement (DAF)	9 951	11 517	11 675	11 694	11 658	11 650
Produits afférents aux soins (CRA)	2 134	2 140	1 213	1 231	1 203	1 191
Produits afférents à la dépendance	424	395	473	458	428	397
Produits de l'hébergement	1 854	1 874	1 872	1 892	1 880	1 921
Autres produits de tarification des CRA	-	-	-	-	-	-
Ventes de marchandises	304	1 108	595	450	344	453
Autres produits	675	1 967	1 894	2 102	2 142	2 088
Produits bruts d'exploitation	24 403	26 870	24 132	24 736	26 393	26 379

Source : Soldes intermédiaires de gestion issus du logiciel IDAHO (Instrument D'Analyse Hospitalière), transmis par le comptable public

Les produits bruts d'exploitation étaient constitués en 2016 à 44 % par la dotation annuelle de financement et à 32 % seulement de produits dépendants directement de l'activité de l'établissement. Cette répartition s'explique par la typologie de l'établissement à forte dominante SSR avec 48 lits de MCO (médecine et UGA) contre 122 lits et places en SSR).

Graphique n° 15 : Évolution de la dotation annuelle de financement SSR



Source : CRC Île-de-France à partir des arrêtés DAF SSR de l'établissement

La DAF a été constante jusqu'en 2014 puis a diminué de 0,31 % et 0,57 % en 2015 et 2016, soit respectivement de 35 638 k€ et 66 589 k€

La valeur ajoutée de l'établissement a augmenté de 7 % entre 2011 et 2016.

Tableau n° 25 : Détermination de la valeur ajoutée sur les exercices contrôlés

Soldes intermédiaires de gestion, en K €	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Produits bruts d'exploitation	24 403	26 870	24 132	24 736	26 393	26 379
Consommations en provenance de tiers	1 756	2 513	2 020	1 764	1 700	1 774
Charges externes	4 334	4 275	4 299	4 541	4 888	5 087
Remboursements de frais des CRA	493	475	460	498	585	598
- Consommations intermédiaires	5 596	6 312	5 859	5 807	6 003	6 263
VALEUR AJOUTEE	18 806	20 558	18 273	18 929	20 389	20 115

Source : Soldes intermédiaires de gestion issus du logiciel IDAHO (Instrument D'Analyse Hospitalière), transmis par le comptable public

Les principaux postes de dépenses

Les consommations intermédiaires ont diminué en moyenne de 4,6 % sur la période. Les charges externes en représentent la proportion la plus importante (76,6 %).

Tableau n° 26 : Parts relatives des consommations intermédiaires sur la période contrôlée (%)

Parts relatives des consommations intermédiaires, en %	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Consommations en provenance de tiers	31,38%	39,81%	34,48%	30,38%	28,32%	28,33%
Charges externes	77,45%	67,73%	73,37%	78,20%	81,43%	81,22%

Source : Calculs à partir des soldes intermédiaires de gestion issus d'IDAHO

Les charges externes évoluent selon une progression moyenne de 2,8 % au cours de la période contrôlée. Les consommations en provenance de tiers évoluent selon une progression moyenne de 1,9 % durant la période sous revue,

- **L'évolution de l'excédent brut d'exploitation et l'impact des dépenses de personnel sur la valeur ajoutée**

Diverses recettes et charges sont ajoutées au montant de la valeur ajoutée pour parvenir à l'excédent brut d'exploitation (EBE).

Tableau n° 27 : Montant de l'excédent brut d'exploitation sur la période sous contrôle :

Soldes intermédiaires de gestion, en K €	2011	2012	2013	2014	2015	2016
VALEUR AJOUTEE	18 806	20 558	18 273	18 929	20 389	20 115
+ Subventions d'exploitation	1 230	25	21	5	11	9
- Impôts et taxes	16	12	17	26	35	36
- Charges de personnel (en net)	17 551	16 886	16 561	17 196	18 099	18 340
EXCEDENT BRUT D'EXPLOITATION	2 469	3 686	1 716	1 712	2 266	1 748
Poids des charges de personnel dans la valeur ajoutée, en %	93,33%	82,14%	90,63%	90,84%	88,77%	91,18%

Source : Calculs à partir des soldes intermédiaires de gestion issus d'IDAHO

Le montant des charges de personnel représente ainsi en moyenne près de 90 % de la valeur ajoutée sur la période sous revue. En 2011, elles atteignaient 93,3 % de la valeur ajoutée.

L'établissement dégage une couverture suffisante des charges courantes par la marge brute mais connaît une évolution à la baisse du taux de marge brute.

Tableau n° 28 : Taux de marge brute aidé⁴⁶ pour chacun des exercices contrôlés :

en %	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Valeur moyenne
Taux de marge brute	10,94%	14,63%	8,40%	7,66%	9,92%	8,45%	10,00%

Source : *Rapports de gestion du comptable*

Le taux de marge brute est de 10,00 % sur la période contrôlée, en incluant les aides versées par l'ARS, notamment un million d'euros sur chacun des exercices 2011 et 2012 pour la reconstruction de l'EHPAD. Même si sa valeur moyenne recouvre des fluctuations marquées et une dégradation progressive, qui peut s'expliquer notamment par l'ouverture en mai 2016 de sept lits de SSR sans DAF supplémentaire, elle reste supérieure au taux préconisé par les autorités sanitaires (décret n°2011-1872 du 14 décembre 2011).

Le résultat d'exploitation est positif pour chacun des exercices contrôlés.

Tableau n° 29 : Résultat d'exploitation des exercices contrôlés :

En K €	2011	2012	2013	2014	2015	2016
MARGE BRUTE	2 854	3 992	2 068	1 914	2 662	2 279
Reprises sur amortissements et provisions et transferts de charges d'exploitation	54	43		72	120	286
Dotations aux amortissements	1 406	1 446	1 540	1 698	1 787	1 995
Dotations aux provisions et dépréciations	54	43	433	170	271	73
RÉSULTAT D'EXPLOITATION	1 448	2 545	95	119	725	497

Source : *Soldes intermédiaires de gestion issus du logiciel IDAHO (Instrument D'Analyse Hospitalière), transmis par le comptable public*

La marge brute a permis de couvrir les dotations aux amortissements et les dotations aux dépréciations et provisions au cours de chacun des exercices contrôlés. Toutefois, le résultat d'exploitation a été divisé pratiquement par trois entre 2011 et 2016. L'établissement est entré depuis 2017 dans le processus de modulation de la dotation annuelle qui le conduit à disposer d'une fraction majoritaire (90 %) de son ancienne DAF et d'une fraction minoritaire (10 %) de ses recettes fondées sur l'activité. Ce processus aura à terme un impact sur son résultat.

5.2.2 L'endettement et la capacité de remboursement de l'établissement

L'encours de la dette de l'établissement a augmenté significativement en 2012 puis diminué progressivement jusqu'en 2016. L'établissement indique que depuis 2013, aucun nouvel emprunt n'a été mobilisé, privilégiant le prélèvement sur le fonds de roulement pour financer les investissements courants.

Tableau n° 30 : Montant de l'encours de dette

En K €	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Emprunts et dettes assimilées	4 393	6 831	6 196	5 629	5 309	4 954

Source : *Tableau de bord des indicateurs financiers IDAHO et des rapports de gestion du comptable*

⁴⁶ Il est précisé que ce taux de marge brut a été calculé en y intégrant les crédits non reconductibles versés par l'ARS.

Rapporté au total des produits toutes activités confondues, l'encours de la dette reste inférieur à 30 % du total des produits de l'établissement, seuil au-dessus duquel le recours à l'emprunt est subordonné à l'autorisation du directeur général de l'ARS, conformément à l'article D. 6145-70 du code de la santé publique.

Tableau n° 31 : Calcul de l'encours de la dette rapporté au total des produits toutes activités confondues

En K €	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Produits bruts d'exploitation	24 403	26 870	24 132	24 736	26 393	26 379
Autres produits de gestion courante	453	362	406	251	424	568
Reprises sur amortissements et provisions et transferts de charges d'exploitation	54	43	-	72	120	286
Produits financiers	-	-	-	-	954	-
Produits exceptionnels	436	496	319	394	188	452
Total des produits	25 346	27 771	24 857	25 453	28 079	27 685
Emprunts et dettes assimilées	4 393	6 831	6 196	5 629	5 309	4 954
Ratio Emprunts et dettes assimilées/Total des produits	17,33%	24,60%	24,93%	22,12%	18,91%	17,89%

Source : Calcul à partir du tableau de bord des indicateurs financiers IDAHO et des rapports de gestion du comptable

La capacité de remboursement de l'établissement est appréciée à partir de la durée apparente de la dette et du ratio d'indépendance financière. Pour le centre hospitalier départemental Stell, cette durée est relativement faible.

Tableau n° 32 : Durée apparente de la dette en années

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Durée apparente de la dette (en années)	1,7	1,9	3,6	3,3	2,3	2,3

Source : Tableau de bord des indicateurs financiers IDAHO et des rapports de gestion du comptable

Elle est inférieure à dix ans, seuil au-dessus duquel le recours à l'emprunt est conditionné par une autorisation du directeur général de l'agence régionale de santé conformément à l'article D.6145-70 du code de la santé publique.

Le ratio d'indépendance financière de l'établissement est peu élevé.

Tableau n° 33 : Ratio d'indépendance financière

en %	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Indépendance financière	20,4	26,1	24,2	22,3	21,3	20

Source : Tableau de bord des indicateurs financiers IDAHO et des rapports de gestion du comptable

Il est inférieur au seuil de 50 % défini à l'article D.6145-70 du code de la santé publique conditionnant le recours à l'emprunt à l'autorisation du directeur général de l'ARS. Le niveau modéré d'endettement de l'établissement préserve sa capacité de remboursement de sa dette. Corrélée à une capacité d'autofinancement nette en baisse mais positive, cette situation lui laisse des marges de manœuvre en termes d'investissement.

Le taux de CAF mesure la marge dégagée par l'exploitation pour couvrir les annuités de remboursement de la dette et le financement des nouveaux investissements. Il rapporte la CAF au montant total des produits pour chaque exercice.

Tableau n° 34 : Taux de CAF

(en %)	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Taux de CAF	10%	13,20%	6,90%	6,80%	8,30%	7,90%

Source : Soldes intermédiaires de gestion issus du logiciel IDAHO (Instrument D'Analyse Hospitalière), transmis par le comptable public

Pour chaque exercice de la période contrôlée, l'établissement a dégagé une CAF positive, le mettant en mesure de faire face à ses besoins de financement.

La CAF nette est obtenue en déduisant le montant des annuités de remboursement en capital de la dette du montant de la CAF brute. Le niveau de la CAF nette permet de connaître le montant de CAF disponible pour le financement de nouveaux investissements :

Tableau n° 35 : Niveau de la CAF nette sur la période contrôlée, en K €:

En K €	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Niveau de la CAF nette (toutes activités)	2 187	3 022	1 035	1 128	1 961	1 782

Source : Rapports de gestion du comptable

Le montant de la CAF nette est fluctuant durant la période contrôlée mais reste positif sur chaque exercice, conférant à l'établissement des marges de manœuvre pour le financement de ses investissements.

5.2.3 La situation patrimoniale de l'établissement

5.2.3.1 Le rythme de renouvellement des immobilisations

- Le taux de vétusté des équipements

Cet indicateur rapporte le total des amortissements des comptes d'actifs d'équipements aux comptes d'actifs bruts concernés, mesurant la part moyenne des équipements déjà amortis.

Tableau n° 36 : Taux de vétusté des équipements

(en %)	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Taux de vétusté des équipements	76,9	76,7	72,9	72,2	73	71,4

Source : Rapports de gestion du comptable

Le taux de vétusté élevé indique le poids des équipements nécessitant d'être renouvelés.

- Le taux de renouvellement des immobilisations

Le rythme apparent de renouvellement des immobilisations s'élève à 24 ans, ce qui représente une intensité moyenne de l'investissement de 7,5 %. Ce taux demeure faible alors que la situation financière de l'établissement lui permettrait d'améliorer le renouvellement de son patrimoine et de ses équipements médicaux.

Tableau n° 37 : Rythme apparent de renouvellement des immobilisations

En année	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Moy
Rythme apparent de renouvellement des immobilisations (immobilisations corporelles propres / investissements d'équipement de l'année)*	25	42	21	23	27	17	26
Intensité de l'investissement en % des produits	5,76%	3,63%	7,62%	8,54%	8,87%	10,59%	7,50%
* Immobilisations corporelles hors terrains							

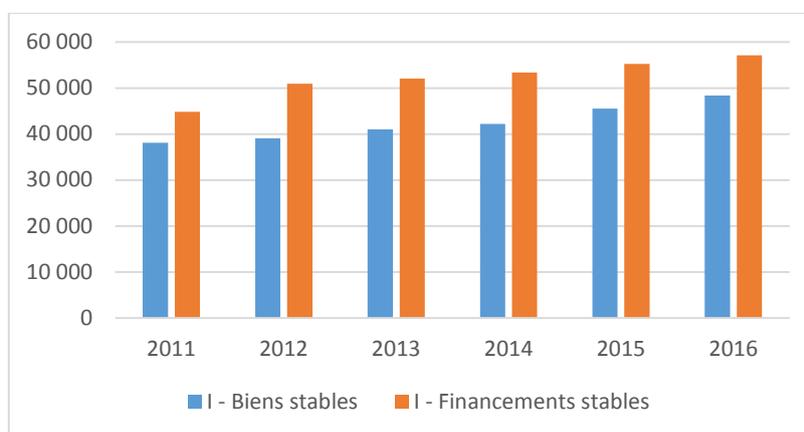
Source : Comptes financiers retraités par la CRC Ile de France

5.2.3.2 Les valeurs d'équilibre du bilan

- L'équilibre du tableau de financement

Sur l'ensemble des exercices de la période contrôlée, le montant des financements stables est supérieur à celui des emplois stables :

Graphique n° 16 : Niveau des biens stables et des financements stables sur la période contrôlée :



Source : Valeurs issues des rapports du comptable et chiffres IDAHO

Dans ces conditions, l'établissement a dégagé sur chacun de ces exercices un excédent de ressources stables au bilan.

Le fonds de roulement net global s'élève en moyenne à 9 875 000 euros sur la période contrôlée.

Tableau n° 38 : Montant du fonds de roulement net global

En K €	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Valeur moyenne
FONDS DE ROULEMENT NET GLOBAL	6 722	11 889	11 003	11 157	9 751	8 725	9 875

Source : Valeurs issues des rapports du comptable et chiffres IDAHO

L'établissement a connu une augmentation du fonds de roulement net global sur la période sous revue de près de 2 M€.

Cependant, une tendance plus défavorable apparaît en fin de période du fait d'un prélèvement sur le fonds de roulement en 2015 et 2016 pour assurer l'équilibre du tableau de financement et notamment le financement des investissements.

Tableau n° 39 : Équilibre du tableau de financement : les montants de prélèvement et d'apport au fonds de roulement net global

En K €	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Prélèvement sur le Fonds de Roulement	0	0	886	0	1 406	1 026
Apport au Fonds de Roulement	663	4 151	0	154	0	0

Source : Rapports du comptable et chiffres IDAHO

- **Le Besoin en Fonds de Roulement (BFR)**

Le besoin en fonds de roulement correspond à l'excédent des créances d'exploitation de l'établissement sur le montant de ses dettes d'exploitation. Il indique la part des financements du fonds de roulement non immédiatement disponible pour l'établissement. Un niveau trop important de besoin en fonds de roulement peut donc représenter une contrainte forte de gestion et un risque pour l'établissement. Le besoin en fonds de roulement de l'établissement s'est situé en moyenne à 3 136 248 € au cours de la période sous revue.

Tableau n° 40 : Le besoin en fonds de roulement (en €)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Stocks et en-cours (a)	72 932	74 442	69 538	76 051	71 751	72 993
Redevables et comptes rattachés (b)	4 496 291	6 660 732	4 215 595	4 674 669	5 379 486	5 236 480
Dettes fournisseurs (c)	991 346	1 082 682	1 030 435	1 235 296	1 568 143	1 439 989
Besoin en fonds de roulement de gestion (a+b-c=d)	3 577 877	5 652 491	3 254 698	3 515 423	3 883 094	3 869 484
Dettes (-) et créances (+) sur personnel et sécurité sociale	757 254	668 704	598 198	575 161	586 970	597 820
Autres dettes (-) et créances (+) diverses*	291 671	105 096	245 708	589 150	599 743	522 654
Autres dettes et créances (e)	-806 670	-1 611 237	-442 914	-442 037	-518 341	-289 085
Intérêts courus non échus (f)	2 879	9 315	8 507	1 958	0	0
Besoin en fonds de roulement global* (d+e-f=g)	2 768 328	4 031 939	2 803 278	3 071 429	3 364 753	3 580 399
Provisions pour risques et charges (h)	0	0	290 000	290 000	222 640	0
Besoin en fonds de roulement net global* (g-h=i)	2 768 328	4 031 939	2 513 278	2 781 429	3 142 113	3 580 399

Source : Comptes financiers retraités par la CRC Ile de France

- **La trésorerie**

La trésorerie doit atteindre un niveau suffisant pour permettre à l'établissement de faire face à ses engagements de court terme. Toutefois, une trésorerie trop élevée ne témoigne pas nécessairement d'une gestion saine dans la mesure où ce surplus peut résulter d'une mauvaise allocation des ressources de l'établissement.

Tableau n° 41 : Montant de la trésorerie au cours de la période sous revue :

En K €	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Trésorerie	4 967	8 865	9 065	7 853	6 118	4 877

Source : Rapports du comptable et chiffres IDAHO

Demeurant positive sur chacun des exercices contrôlés, la trésorerie s'élevait à près de 4,9 M€ au 31 décembre 2016. Selon l'établissement, cet excédent devait servir à autofinancer une partie de la reconstruction de l'EHPAD et du plateau technique de rééducation. La chambre constate cependant que ce projet est en attente depuis 2011 alors que l'établissement a déjà perçu des aides financières de la CNSA et que les taux d'emprunt restent faibles.

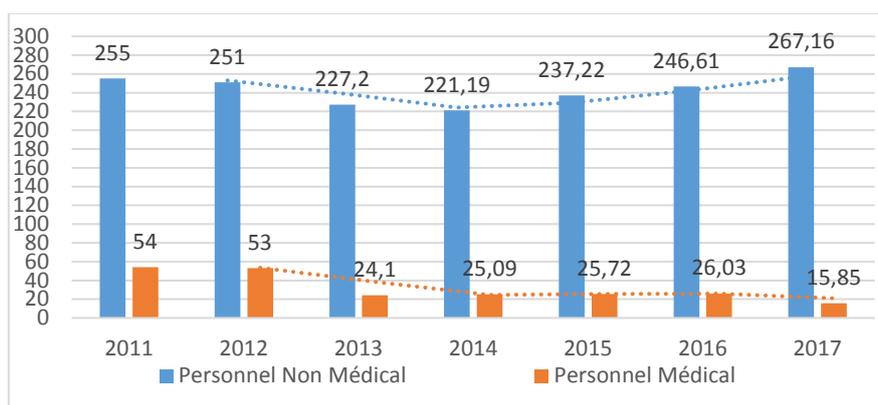
6 LES RESSOURCES HUMAINES

6.1 L'évolution générale des effectifs et de la masse salariale

6.1.1 L'évolution globale des effectifs

L'analyse des effectifs a été réalisée à partir des données issues des rapports d'activité. Les effectifs ont diminué significativement entre 2012 et 2014, de 29,81 ETP pour le personnel non médical et de 27,91 ETP pour le personnel médical, soit une baisse de 57,72 ETP.

Graphique n° 17 : Évolution des effectifs du personnel médical et non médical (ETP)



Source : A partir des données extraites des rapports d'activité et des tableaux de bord RH pour 2017 fournis par l'établissement

Durant cette période, l'établissement a perdu près d'un quart de ses effectifs totaux (-23,43 %). Par suite, les reconversions ou créations d'activités de soins lui ont permis de renforcer ses effectifs de personnel non médical qui s'élèvent en 2017 à 267,16 ETP mais le personnel médical a continué à diminuer à 15,85 ETP.

6.1.2 L'évolution globale de la masse salariale

L'analyse de l'évolution de la masse salariale⁴⁷ nécessite de distinguer deux effets. Il s'agit d'observer l'élasticité⁴⁸ entre, d'une part, l'effet prix lié à l'évolution des coûts de personnel et, d'autre part, l'effet volume qui varie en fonction des effectifs de l'établissement⁴⁹.

Cette approche impose de déterminer pour les périodes concernées le salaire moyen par tête (SMPT), défini à partir de la masse salariale et des équivalents temps plein rémunérés (ETPR)⁵⁰.

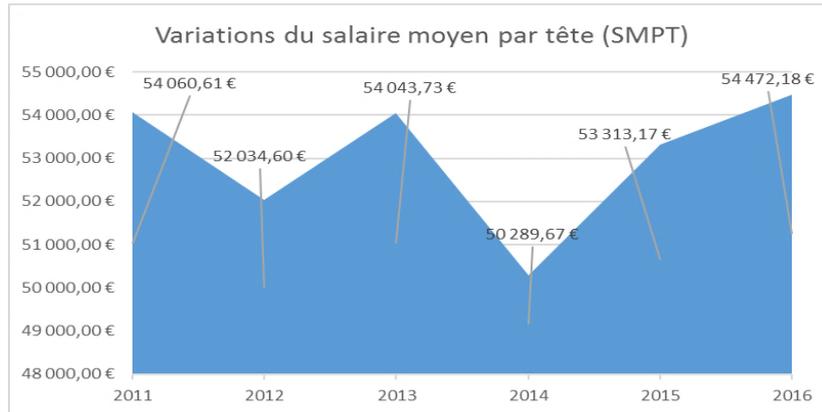
⁴⁷ « La masse salariale est composée principalement des charges de personnel inscrites aux comptes 64 de la comptabilité. Ces charges de personnel regroupent les rémunérations du personnel non médical (641), du personnel médical (642), les charges de sécurité sociale et de prévoyance (645), les autres charges sociales (647) et les autres charges de personnel (648). Il s'agit donc de l'ensemble de la rémunération brute chargée ». in Guide pour le suivi de la masse salariale – DGOS – 2014

⁴⁸ Rapport existant entre les variations absolues ou relatives de deux phénomènes économiques. Cette notion va jouer un rôle primordial dans la connaissance économique, car elle permet d'approfondir la recherche de relations fondamentale. Définition Universalis

⁴⁹ L'approche retenue consiste à déterminer globalement l'effet volume et l'effet prix à partir d'une méthodologie empruntée au contrôle de gestion. Cette technique permet de repérer l'influence des effectifs et des rémunérations dans l'évolution de la masse salariale.

⁵⁰ SMPT = Masse salariale de l'année de référence / ETPR de la même année de référence

Graphique 1 : Les variations du salaire moyen par tête de l'hôpital de Stell

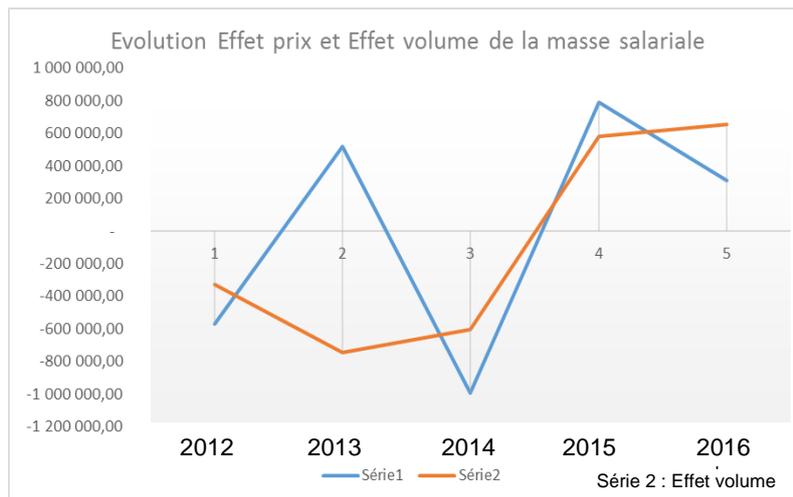


Source : CRC à partir des Comptes financiers retraités par la CRC et des effectifs du CHDS

L'établissement présente un salaire moyen par tête net irrégulier en lien direct avec les restructurations et leurs effets sur la structure de l'emploi. Cependant, le salaire moyen par tête a retrouvé en 2016 un niveau faiblement supérieur à celui de l'année 2011. Toutefois, l'évolution du salaire moyen par tête de l'établissement sur la période 2011-2016 reste inférieure à celle du salaire moyen par tête du secteur hospitalier public (respectivement 0,74 % contre 1,4 %⁵¹).

Les restructurations suites à la fermeture du service des urgences de l'établissement ont entraîné un décrochage entre les effectifs (effet volume) et les rémunérations (effet prix) avec le départ d'infirmiers vers d'autres services d'urgence du territoire. Le décrochage est majeur au cours de la période 2012/2014 avec un pic en 2013 (baisse des rémunérations de 743 k€ et hausse des effectifs de 7 ETP). Les restructurations subies ont été réalisées par la direction dans le cadre d'un dialogue social effectif. Le bon fonctionnement des instances représentatives du personnel (CTE et CHSCT) est attesté par leur consultation régulière sur le fonctionnement et l'organisation générale du centre hospitalier.

Graphique 2 : Évolution effet prix⁵² et effet volume⁵³ de la masse salariale⁵⁴ entre 2011 et 2016



Source : CRC à partir des Comptes financiers retraités par la CRC et des effectifs du CHDS

⁵¹ Fichier général de l'État (FGE), DADS, SIASP, Insee, Drees. Traitement Insee, Drees, DGCL, département des études et des statistiques locales et DGAFF, département des études et des statistiques.

⁵² Effet prix : $((SMPT(n) - SMPT(n-1)) \times ETPR(n))$

⁵³ Effet volume = $(ETPR(n) - ETPR(n-1)) \times SMPT(n-1)$

⁵⁴ Personnel médical et non médical

Cette situation tend à se corriger progressivement au cours des années suivantes et à partir de 2015, un certain retour de la stabilité de la masse salariale apparaît.

Tableau n° 42 : Évolution des dépenses de personnel (budget principal et EHPAD)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Dépenses de personnel	14 732 281,67	14 288 688,07	13 909 048,12	14 442 855,73	15 100 763,27	15 260 008,67
CRPP	13 307 121,46	12 615 676,61	12 114 244,60	12 609 824,09	13 206 723,53	13 433 790,72
CRPA lettre E	1 425 160,21	1 673 011,46	1 794 803,52	1 833 031,64	1 894 039,74	1 826 217,95

Source : CRC à partir des données extraites des comptes financiers

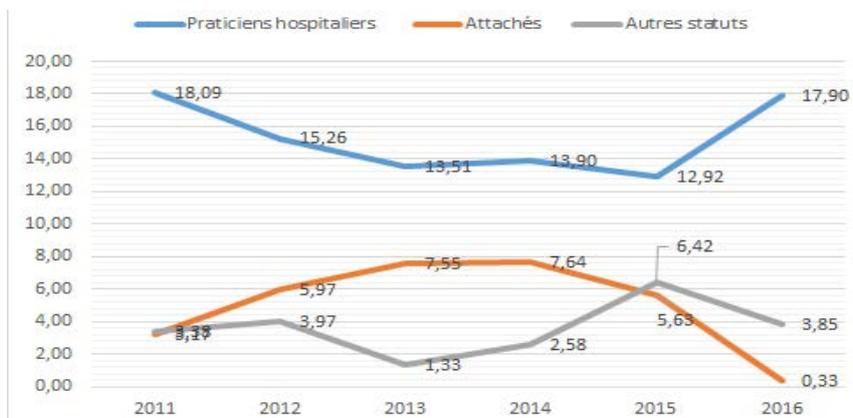
6.2 Les personnels médicaux

6.2.1 Des effectifs médicaux en baisse

La gestion des personnels médicaux est assurée par la direction des ressources humaines et des affaires médicales.

L'établissement a fourni des tableaux de bord de suivi des personnels médicaux par catégorie et par service faisant apparaître également les internes et autres praticiens associés. Durant la période 2011 à 2016, les effectifs médicaux évoluent de 24,64 ETP à 22,08 ETP.

Graphique 3 : Les effectifs médicaux par statut



Source : CRC à partir des données SAE et des tableaux de suivi du CHDS

Les statuts des praticiens connaissent des évolutions. Ainsi, le nombre de praticiens hospitaliers (PH) a diminué de 2011 à 2013 pour se stabiliser en 2014 puis connaître une nouvelle augmentation à partir de 2015. Les effectifs des praticiens attachés évoluent en miroir.

La photographie des effectifs médicaux en 2016 met en évidence que la proportion des praticiens hospitaliers est plus importante que celles des autres statuts de praticiens. Ainsi, 61 % des médecins sont issus du corps des praticiens hospitaliers, suivis de 25 % par les praticiens attachés puis les autres statuts (contractuels ou assistants) (12 %). Ces données sont atypiques par rapport aux données nationales⁵⁵ sur la répartition des praticiens par statut.

⁵⁵ Données ScanSanté 2016

En effet, au niveau national, les praticiens hospitaliers ne représentent que 39 % des personnels médicaux, les attachés près de 47 % et les autres statuts de l'ordre de 6 %.

Les effectifs médicaux de l'établissement font apparaître la forte féminisation de la profession médicale. En effet, 55 % des médecins sont des praticiennes.

6.2.2 Les praticiens hospitaliers contractuels

L'établissement a recours au recrutement de praticiens contractuels en application de l'article R. 6152-401 du code de la santé publique qui précise que « les établissements publics de santé, en application des dispositions du 2° de l'article L. 6152-1 et les établissements publics mentionnés au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles peuvent recruter des médecins, des pharmaciens et des odontologistes en qualité de praticiens contractuels à temps plein ou de praticiens contractuels à temps partiel ». Ainsi l'article R. 6152-402 du CSP précise dans quelles conditions cette possibilité est ouverte. Ces dispositions lient la durée d'engagement au motif du recrutement du contractuel concerné.

Sur la période 2011 à 2016, l'établissement a eu recours à 18 praticiens contractuels dont une présence continue d'une moyenne de 5 praticiens contractuels par année. Sur l'échantillon de huit contrats examinés en détail par la chambre, tous présentent des irrégularités (voir annexe 3).

- Les irrégularités sur la motivation des contrats

Le recrutement de praticiens hospitaliers contractuels est strictement encadré par l'article R. 6152-402 du code de la santé publique qui mentionne les motifs justifiant le recours à ces personnels médicaux. Les contrats conclus au sein de l'établissement présentent de manière quasi systématique des irrégularités sur les motivations.

Certains contrats mentionnent des dispositions caduques. Ils font références à l'alinéa 6° de l'article R. 6152-402 du CSP, qui a été supprimé par le décret n°2010-1137 du 29 septembre 2010.

- Les irrégularités sur la durée et le renouvellement du contrat

La motivation est essentielle pour le recrutement d'un praticien contractuel car elle conditionne la durée et le renouvellement du contrat. Dès lors, en l'absence de motivation dudit contrat les durées et modalités de renouvellement sont irrégulières dans la mesure où le contrat est nul.

Un praticien a été recruté sans interruption du 13 mars 2014 au 28 février 2018. Ces contrats successifs couvrent une période continue de quatre années. L'établissement reconnaît qu'il a dérogé aux dispositions du CSP sur les conditions de recrutement de ce praticien et le justifie par des difficultés de recrutement liées à la spécialité médicale concernée et à la faible attractivité de l'établissement. Pourtant, différentes alternatives s'offraient à lui dont la création d'un poste de praticien hospitalier partagé ou de praticien attaché.

Cette situation s'est reproduite pour un autre praticien dont le contrat a été conclu pour une durée de plus de trois ans entre 2012 et 2015. Or, l'article 6152-402 du CSP précise qu'« un praticien ne peut bénéficier, au sein du même établissement, de recrutements successifs en qualité de praticien contractuel au titre d'un ou de plusieurs des alinéas ci-dessus que pour une durée maximale de trois ans ».

À la suite des observations de la chambre, l'établissement s'est engagé à procéder à la révision des contrats de praticiens.

- Les irrégularités sur les émoluments et les indemnités versés

Les dispositions réglementaires précitées sur les conclusions de contrats de praticiens contractuels définissent également le niveau des émoluments et du régime indemnitaire applicables.

Les conditions de rémunération présentent parfois des niveaux exorbitants au regard des dispositions en vigueur. Ainsi, certains praticiens ont bénéficié d'une rémunération régulière en apparence avec un traitement indiciaire au 4^{ème} échelon mais, à la date de signature du contrat, un avenant a été établi avec un article unique faisant passer les émoluments au 9^{ème} échelon de la grille des praticiens hospitaliers à temps plein. Cette pratique a été réitérée à plusieurs reprises. D'autres praticiens ont bénéficié de manière irrégulière entre 2014 et 2016 de l'indemnité de service public exclusif (ISPE) qui ne peut être attribuée aux praticiens contractuels⁵⁶. Cette situation a fait l'objet d'une modification pour les deux praticiens concernés dès février 2016 et l'indemnité de précarité s'est substituée à l'ISPE irrégulière.

La chambre rappelle que la rémunération des praticiens contractuels recrutés au titre des alinéas 1°, 2°, 4° et 5° de l'article 6152-416 du CSP ne peut être supérieure au 4^{ème} échelon majoré de l'indemnité de précarité de 10 % qui correspond à l'indemnité de précarité appliquée dans le secteur privé. L'établissement reconnaît l'existence d'irrégularités en matière de rémunération des praticiens hospitaliers contractuels.

- Les irrégularités sur le temps de travail

Le temps de travail de certains praticiens évolue entre 5 % et 40 %. Or, l'article R. 6152-407 du code de la santé publique stipule que « le service hebdomadaire des praticiens contractuels à temps partiel correspond à une quotité comprise entre quatre et neuf demi-journées par semaine », soit un minimum de 40 %. Dès lors, ces durées de service sont irrégulières.

- Les irrégularités liées à l'absence d'avis préalable au recrutement

La chambre constate qu'aucun des contrats de praticiens présentés pour la période 2012-2015 ne présentait le visa de l'ARS qui, jusqu'en mars 2015, devait obligatoirement émettre un avis sur le recrutement des praticiens hospitaliers contractuels.

- Les irrégularités dans l'application des décisions du CNG

En 2012, un praticien contractuel est devenu par arrêté de la directrice générale du CNG⁵⁷ en septembre 2012 praticien hospitalier à temps plein en période probatoire. Néanmoins, sa situation administrative ne sera prise en compte qu'à compter de mars 2013. Ce délai entre la décision et sa mise en œuvre a été préjudiciable à l'établissement dans la mesure où l'intéressée a continué à percevoir des émoluments au 9^{ème} échelon pendant dix mois au lieu du 4^{ème} échelon arrêté par le CNG. C'est d'ailleurs probablement cet écart qui a conduit délibérément l'établissement à maintenir le régime statutaire antérieur plus favorable à l'intéressée que le statut de praticien hospitalier.

Tableau n° 43 : Synthèse des irrégularités constatées dans le recours aux praticiens contractuels

Absence de motivations ou motivation erronées du contrat de praticien	Durée et renouvellement du contrat	Émoluments et indemnités versés	Temps de travail (inférieur à 40%)
5 praticiens	6 praticiens	6 praticiens	2 praticiens

Source : CRC Ile de France - 2018

⁵⁶ Décret n°2013-138 du 14 février 2013

⁵⁷ Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière

Cependant, la chambre constate que, depuis 2015, l'établissement s'est engagé dans une politique de recrutement médical conforme à la réglementation.

Rappel au droit n° 3 : Assurer une gestion des praticiens hospitaliers contractuels conforme à la réglementation.

6.2.3 Des praticiens hospitaliers en situation de cumul d'emploi non déclaré

La chambre a identifié, avec l'aide d'informations transmises par le CNG, que, parmi les praticiens attachés assurant des gardes médicales, trois médecins disposaient par ailleurs du statut de praticien hospitalier affecté dans différents établissements publics de santé de la région.

Ainsi, deux praticiens hospitaliers exerçaient à temps plein dans des hôpitaux d'Ile de France et réalisaient de nombreuses vacations au sein du centre hospitalier de Stell. Ces deux praticiens n'ont pas sollicité une autorisation de cumul d'emplois auprès de leur établissement principal d'affectation.

Or, l'article 25 de la loi du 13 juillet 1983⁵⁸ s'applique aux praticiens hospitaliers comme aux autres fonctionnaires. Cet article stipule que « les fonctionnaires et agents non titulaires de droit public consacrent l'intégralité de leur activité professionnelle aux tâches qui leur sont confiées. Ils ne peuvent exercer à titre professionnel une activité privée lucrative de quelque nature que ce soit ». Les employeurs principaux de ces deux praticiens confirment l'absence de demandes de cumul d'emplois, l'un précisant qu'un rappel au droit avec mise en garde disciplinaire en cas de récidive a été effectué à l'encontre du praticien concerné alors que le second n'a pas donné de suites administratives au motif que le praticien concerné partira prochainement à la retraite.

Un troisième praticien assure des vacations à l'hôpital de Stell en étant par ailleurs à temps partiel dans un centre hospitalier francilien. L'intéressé précise que son activité ne l'occupait pas à 100 % et lui permettait donc d'assurer des gardes médicales au centre hospitalier Stell. Quand bien même son activité était exercée à temps partiel, cela ne dispensait pas le praticien de recueillir préalablement l'accord de son établissement d'affectation au regard des dispositions du décret n° 2017-105 du 27 janvier 2017 précisant que l'ensemble des praticiens qui consacrent « tout ou partie de leur activité » à l'hôpital public sont tenus d'obtenir « préalablement à l'exercice de toute activité accessoire soumise à autorisation », l'accord de son employeur principal.

Au-delà du non-respect des dispositions législatives et réglementaires relatives au cumul d'emploi au sein de la FPH, l'établissement doit s'assurer que les repos de sécurité sont appliqués pour l'ensemble des praticiens, y compris ceux n'exerçant pas à temps plein à l'hôpital de Stell. Le temps consacré au repos de sécurité n'est pas décompté dans les obligations de service ; il doit être d'une durée de onze heures et est constitué par une interruption totale de toute activité hospitalière. Il doit être pris immédiatement après chaque garde de nuit. Ce repos de sécurité est une garantie pour le praticien comme pour les patients.

La chambre rappelle qu'il appartient à l'employeur principal d'autoriser le cumul d'activité et à l'employeur secondaire (public) de s'assurer que la position de l'agent public recruté est en conformité avec la réglementation en vigueur. À défaut, la réglementation autorise les établissements d'affectation à exiger le reversement des sommes irrégulièrement perçues⁵⁹. À la suite des observations de la chambre, l'établissement a engagé les mesures destinées à recenser les activités accessoires réalisées par les agents du centre hospitalier de Stell.

⁵⁸ Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires

⁵⁹ Art. 25 septies de la loi modifiée par la loi n°2016-483 du 20 avril 2016

Rappel au droit n° 4 : Mettre en place un recueil et un suivi efficace des autorisations de cumul d'emploi et d'activités accessoires pour l'ensemble des agents de l'établissement et veiller au respect des temps de repos des praticiens.

6.2.4 L'organisation de la continuité des soins est surdimensionnée et coûteuse

Une organisation de la continuité des soins obsolète

Depuis la fermeture de son service d'accueil des urgences (SAU), l'établissement n'est plus tenu d'organiser la permanence des soins en établissement de santé (PDES). Cette dernière consistait à assurer l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients nécessitant des soins d'urgence les nuits, les samedis après-midi, les dimanches et les jours fériés. L'établissement est donc, depuis 2013, soumis à concentrer la permanence médicale sur la continuité des soins. La continuité des soins a pour objet la réponse aux besoins de santé des patients hospitalisés au sein de l'établissement. La chambre constate que l'établissement n'a pas revu son règlement intérieur depuis 2013 pour prendre en compte ce nouveau contexte.

L'article R. 6152-26 du code de la santé publique précise qu'« afin d'assurer la continuité des soins, l'organisation du temps de présence médicale, pharmaceutique et odontologique établie en fonction des caractéristiques propres aux différentes structures est arrêtée annuellement par le directeur d'établissement après avis de la commission médicale d'établissement. Un tableau de service nominatif, établi sur cette base, est arrêté mensuellement par le directeur sur proposition du chef de pôle ou, à défaut, du responsable du service, de l'unité fonctionnelle ou d'une autre structure interne ».

Au sein de l'établissement, un tableau regroupant la continuité administrative, technique, paramédicale et médicale est mis en place. La continuité des soins est organisée autour de gardes médicales sur place qui répondent aux besoins des patients hospitalisés de l'ensemble de l'établissement. Ce tableau est visé par le chef d'établissement ou son directeur adjoint ou par une attachée d'administration. La chambre rappelle que « le directeur de l'établissement est responsable de la conformité et de la compatibilité des tableaux de la permanence de soins et de la continuité des soins avec la réglementation ».

Une organisation de la continuité des soins de plus en plus onéreuse :

Le CHDS a fait le choix d'organiser la continuité des soins en la confiant à des praticiens payés à la vacation qui réalisent celles-ci en plus de leur activité médicale principale dans d'autres établissements hospitaliers franciliens. Ainsi, huit praticiens, représentant 1,4 ETP, sont rémunérés par l'établissement pour leur participation exclusive au service de garde dont parmi eux d'anciens praticiens qui exerçaient dans le service des urgences. Les praticiens de jour ne participent quasiment pas ou à la marge à la continuité des soins en dehors des heures ouvrées, la nuit, les dimanches et jours fériés. La chambre constate le coût élevé de ce dispositif.

Tableau n° 44 : Les dépenses de la permanence des soins par chapitre de l'EPRD

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Permanence des soins	207 426,63	196 446,04	227 736,04	227 559,28	216 240,13	242 388,64
Permanences sur place intégrées aux obligations de service	162 750,77	65 708,09	35 551,98	58 450,06	29 505,27	21 198,79
Permanences sur place réalisées en TTA	44 675,86	130 737,95	192 184,06	169 109,22	186 734,86	221 189,85
Permanences de soins par astreinte	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Source : comptes financiers

L'organisation médicale mise en place présente un coût de fonctionnement croissant alors même que le champ d'intervention de l'établissement se restreint. Le montant consacré à la continuité des soins est passé de 207 k€ à 242 k€ entre 2011 et 2016 soit une augmentation de près de 17 % malgré la fermeture du service des urgences.

La chambre rappelle que le service d'un praticien comprend une garde de nuit par semaine et une garde de dimanche ou jour férié par mois⁶⁰. La durée d'une garde ne peut excéder 24 heures maximum. Le service de garde commence à la fin du service normal de l'après-midi, et au plus tôt à 18 h 30, pour s'achever au début du service normal du lendemain matin, et au plus tôt à 8 h 30, sauf dans les services organisés en service continu. En outre, la chambre invite l'établissement à développer la mise en œuvre des astreintes opérationnelles et de sécurité qui permettent de répondre à la réglementation mais sont moins coûteux et ne réduisent pas le temps de présence des praticiens en garde par les repos de sécurité indispensables après une garde médicale. L'arrêté du 8 novembre 2013 modifiant l'arrêté du 30 avril 2003 fixe les niveaux d'indemnisation pour la participation à la continuité des soins. Ainsi, une indemnité de garde est valorisée à 267,82 € alors qu'une astreinte opérationnelle est indemnitée à hauteur de 42,64 €. En outre, ce dispositif est compatible avec les lieux de résidence des praticiens situés à proximité de l'établissement. La chambre a constaté qu'une dizaine de praticiens résidait à moins d'une demi-heure de l'établissement (moins de 20 kilomètres de l'hôpital pour moins de 30 minutes de trajet de nuit).

Enfin, le développement du groupement hospitalier de territoire pourrait permettre de développer un dispositif de continuité des soins commun à un ou plusieurs établissements de celui-ci permettant une mutualisation de ce poste de dépenses.

À la suite des observations de la chambre, l'établissement s'engage à étudier le recours à l'astreinte opérationnelle sans méconnaître les éventuelles difficultés liées aux lieux de résidence des praticiens.

Recommandation n° 2 : Revoir le fonctionnement de la permanence des soins en y associant les praticiens hospitaliers et en développant les alternatives à la garde médicale.

Par ailleurs, la chambre relève que la commission de l'organisation de la permanence des soins (COPS) n'a pas été mise en place dans l'établissement. Selon le directeur, « la permanence des soins du CHD Stell est abordée en CME ». La chambre rappelle que l'organisation des activités et du temps de présence médicale doit être préparée par le directeur avec la commission de l'organisation de la permanence des soins et arrêtée annuellement par le directeur après avis de la commission médicale d'établissement (article R. 6152-26 du code de la santé publique). La COPS n'est pas une sous-commission de la CME et doit être installée indépendamment de celle-ci. La chambre précise qu'en l'absence de fonctionnement de la COPS, le versement des indemnités de garde et d'astreinte est irrégulier.

Enfin, les tableaux de service nominatifs ne comportent pas l'intégralité des données devant y figurer⁶¹. Ce point est d'autant plus important lorsque le praticien ne dispose pas du plein exercice de la pratique médicale (praticiens attachés associés ou faisant fonction d'interne (FFI)). De plus, doivent également figurer sur le tableau de service, les autres sujétions comptabilisées dans les obligations de service telles que l'activité d'intérêt général, l'activité libérale, les congés régulièrement accordés ainsi que les absences autorisées sans oublier le

⁶⁰ Au-delà il s'agit de gardes supplémentaires effectuées en sus du service de garde normal

⁶¹ La circulaire de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins du 6 mai 2003 indique que le tableau « doit mentionner la présence, de jour et de nuit, de l'ensemble des praticiens rattachés à la structure, y compris de ceux qui y interviennent dans le cadre d'activité de coopération et de mutualisation de la permanence des soins.

temps de travail additionnel. En l'absence de ces éléments, la liquidation du temps de travail additionnel ne peut être vérifiée et son versement est donc irrégulier.

Au regard des observations de la chambre, l'établissement a précisé que la CME du 2 juillet 2018 avait statué sur la composition de la COPS et s'était engagé à la réunir « rapidement ».

Rappel au droit n° 5 : Installer la commission de l'organisation de la permanence des soins, assurer son fonctionnement sans délai et tenir à jour de façon précise et exhaustive les tableaux de service.

6.3 Les personnels non médicaux

6.3.1 Une croissance des dépenses de personnel non médicaux

Les dépenses de personnel de l'établissement ont progressé de 3,6 % entre 2011 et 2016 tous budgets confondus.

Tableau n° 45 : Évolution des dépenses de personnel par budget

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Dépenses de personnel	14 732 281,67	14 288 688,07	13 909 048,12	14 442 855,73	15 100 763,27	15 260 008,67
CRPP	13 307 121,46	12 615 676,61	12 114 244,60	12 609 824,09	13 206 723,53	13 433 790,72
CRPA lettre E	1 425 160,21	1 673 011,46	1 794 803,52	1 833 031,64	1 894 039,74	1 826 217,95

Source : CRC à partir des données extraites des comptes financiers

Cette évolution est ramenée à 0,95 % au seul budget principal après une diminution des dépenses de 3,97 % entre 2012 et 2013 pour plus 500 k€. Cette baisse a été compensée dès l'année suivante avec une augmentation des charges de personnel de plus de 4 % pour 495 k€. Après cette période liée à la fermeture du service des urgences, les recrutements ont repris jusqu'en 2015. En revanche, à partir de 2016, une stabilisation des dépenses de ce poste apparaît avec une évolution de seulement 1,71 % entre 2015 et 2016

Les dépenses de personnel du budget annexe « hébergement » ont progressé de manière très inégale. En effet, ce budget annexe présente une progression atypique de 17 % en 2012, 0,72 % en 2013 pour terminer à +9,6 % en 2016. Ces écarts sont liés à la renégociation de la convention tripartite permettant de gager des recettes supplémentaires et d'accroître les dépenses de fonctionnement.

6.3.2 Des irrégularités en matière de gestion des ressources humaines

6.3.2.1 Le recrutement des personnels contractuels non médicaux

Durant la période 2013-2016, sur le budget principal, le nombre de personnels non médicaux titulaires est passé de 189,95 ETP à 166,92 ETP. Le nombre de contractuels a également diminué avec une perte de près de 13 ETP.

La part des contractuels dans l'effectif total est en moyenne égale à 35 %. Elle est deux fois supérieure⁶² à la moyenne constatée dans l'ensemble de la fonction publique hospitalière. La baisse du nombre de personnels contractuels de 1,63 % en 2017 est accompagnée par une augmentation de la part des titulaires et stagiaires de 1,02 % soit 4 ETP.

⁶² Direction générale de l'administration et de la fonction publique – Enquête SAE - 2014

Durant la même période, le budget de l'EHPAD a vu ses effectifs par statut varier. D'une manière globale, les effectifs ont eu tendance à diminuer tant parmi les personnels fonctionnaires (- 11 ETP) que parmi les personnels contractuels (- 10 ETP) entre 2013 et 2016.

Tableau n° 46 : Répartition des personnels non médicaux par statut sur le budget de l'EHPAD

PNM Budget E	2013	2014	2015	2016	2017
Titulaires et stagiaires	46,85	37,17	40,25	38,24	35,79
CDI	3	6	6	6	6,7
CDD	11,5	4,33	4,5	5,5	4
Emplois aidés	0	0	4	4	4
Total contractuels	14,5	10,33	14,5	15,5	14,7
Total personnels	61,35	47,5	54,75	53,74	50,49
% contractuels	23,63%	21,75%	26,48%	28,84%	29,11%

Source : CRC à partir des données issues des TDB RH et de l'EPRD 2017

La part des personnels contractuels représente en moyenne 25 % des personnels entre 2013 et 2016 et ce taux passe à 29 % en 2017. Ainsi, près d'un tiers des personnels de l'EHPAD sont des personnels contractuels.

Sur l'ensemble de l'établissement, 38 agents contractuels ont été recrutés par contrats à durée indéterminée. Parmi eux, 37 % ont bénéficié immédiatement d'un CDI. 31 agents occupent un emploi à temps plein soit 82 % des agents recrutés.

Tableau n° 47 : Répartition des agents contractuels en CDI par secteurs d'activité

Métiers	Nombre	%
Personnels techniques	5	13
Personnels de soins (dont ASH)	11	29
Personnels administratifs	5	13
Personnels de rééducation	14	37
Personnels psychologues	3	8
Total	38	100

Source : Données retraitées par la CRC à partir du tableau des CDI fournis par la DRH du CHDS

Bien que régulier, le recours au recrutement d'agents contractuels demeure dérogatoire au statut général des fonctionnaires. L'article 9 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 rénovée précise que les emplois permanents peuvent être occupés par des agents contractuels lorsque la nature des fonctions ou les besoins du service le justifient. Or l'analyse des contrats de travail réalisée par la chambre montre que le recours à un contractuel n'est pas motivé.

De plus, la vacance de poste ou sa création impose, préalablement au recrutement d'un contractuel, que le poste ait été proposé au personnel titulaire. Ainsi, c'est seulement après avoir constaté l'impossibilité de recruter un fonctionnaire hospitalier disposant des compétences recherchées que le poste peut être proposé à un agent contractuel.

Or, les fiches de poste correspondant aux emplois occupés par les intéressés ne font pas apparaître de savoirs et savoirs faire « hautement spécialisés » qu'un fonctionnaire hospitalier ne saurait présenter. Dès lors, les emplois d'ingénieur hospitalier, d'attaché d'administration (...) auraient dû être proposés à la mobilité des fonctionnaires hospitaliers⁶³.

L'établissement rencontre des difficultés à recruter des personnels de rééducation (kinésithérapeute, ergothérapeute et psychomotricien) pour lesquels le marché de l'emploi est particulièrement tendu, ce qui peut justifier de recruter des agents contractuels pour assurer

⁶³ CAA de Douai, 3 juillet 2013, n° 12DA01781

le bon fonctionnement des services de soins de suite et de rééducation, dans un souci de régularité et de fidélisation des professionnels. Pour autant, la chambre lui rappelle la nécessité d'engager dans les meilleurs délais un passage vers un recrutement statutaire avec la mise en place des concours appropriés ou concours sur titres le cas échéant.

L'établissement précise avoir engagé depuis 2017 une démarche de stagiairisation en direction des infirmières. Il est regrettable que ce dispositif ne soit pas étendu aux autres professions en tension.

La chambre a relevé le cas du recrutement et de la rémunération d'un agent contractuel à durée indéterminée à compter de 2012 sur un grade d'ingénieur hospitalier⁶⁴ à l'échelon 8 (IM : 746) avec une prime de technicité arrêtée à 32 %.

La fiche de poste ne faisait pas apparaître la nécessité de disposer de connaissances techniques pour occuper l'emploi qu'un fonctionnaire hospitalier ne pourrait détenir.

La chambre relève qu'il est surprenant que sur la région d'implantation de l'établissement, aucun ingénieur hospitalier titulaire ne dispose de telles compétences alors que le poste ne démontre pas de complexités de nature à imposer un recrutement hors des fonctionnaires hospitaliers.

La chambre constate que le grade et le niveau de rémunération octroyés à l'intéressé sont disproportionnés au regard des qualifications et de l'expérience professionnelle de l'agent contractuel. En effet, celui-ci est, dès son recrutement, affecté sur un grade d'ingénieur hospitalier principal 8^{ème} échelon. Or, compte tenu de l'ancienneté moyenne nécessaire pour accéder à l'échelon supérieur du grade du corps des ingénieurs hospitaliers ; un fonctionnaire atteint, après 19 années et 6 mois, le 8^{ème} échelon. Les règles en matière de reclassement d'agent justifiant de l'exercice d'une activité professionnelle accomplie en qualité de salarié du secteur privé lors de l'entrée dans un corps de catégorie A sont précisées par l'article 9 du décret du 15 mai 2007⁶⁵

Ainsi, l'intéressé aurait dû bénéficier d'une rémunération à hauteur du 3^{ème} échelon dudit corps d'ingénieur⁶⁶. Dans le cas d'espèce, l'agent contractuel a été immédiatement placé au 8^{ème} échelon. Cette pratique est de nature à compromettre le principe d'égalité de traitement des agents publics.

De plus, l'intéressé s'est vu proposer une prime de technicité de 32 %, soit 5 471 € bruts cumulés sur six ans. Le décret n° 91-870 du 5 septembre 1991 précise que cette prime de technicité est réservée aux seuls stagiaires et titulaires ce qui n'est pas la position de l'intéressé. En outre, l'attribution de cette prime n'a pas fait l'objet d'une décision de l'autorité investie du pouvoir de nomination.

Au regard des observations de la chambre, l'établissement s'est engagé à corriger cette irrégularité en appliquant une rémunération forfaitaire conformément à l'article 1-2 du décret n° 91-1551 du 6 février 1991 et permettant de mettre fin à la prime de technicité.

⁶⁴ Décret n°91-868 du 5 septembre 1991 portant statuts particuliers des personnels techniques de la catégorie A de la fonction publique hospitalière

⁶⁵ Décret n°2007-961 du 15 mai 2007 fixant les dispositions statutaires communes applicables à certains corps de fonctionnaires de catégorie A de la fonction publique hospitalière.

⁶⁶ L'intéressé a exercé quinze années dans le secteur privé en application des dispositions de l'article 9 ; il est pris en compte dans la limite de sept années, la moitié de cette durée soit 3 ans et demi. L'intéressé a également eu une activité de 6 ans en qualité d'agent non titulaire dans le secteur public (Assemblée Nationale), en application des dispositions de l'article 7, la moitié des services sont pris en compte pour le reclassement soit 3 ans. La chambre a retenu le mode de reclassement le plus favorable à l'intéressé, les dispositions de l'article 9, soit 3 ans et six mois. Dès lors, compte tenu de la durée moyenne d'avancement d'échelon, l'agent aurait dû être reclassé au 3^{ème} échelon de la grille des IH (1^{er} échelon 1 an et 6 mois, 2^{ème} échelon 2 ans).

Rappel au droit n° 6 : Respecter la réglementation en vigueur relative au recrutement des contractuels.

6.3.2.2 L'attribution de primes et de la nouvelle bonification indiciaire

Attribution de l'indemnité forfaitaire pour travaux supplémentaires

La continuité de direction est assurée par la mise en place d'une astreinte administrative conformément à la réglementation applicable⁶⁷ avec production d'un tableau établi. L'établissement a fourni un tableau faisant apparaître les agents par grade bénéficiaires d'une concession de logement par nécessité absolue de service ou utilité de service. Cependant, les tableaux fournis ne permettent pas, pour les corps concernés au sens de l'article 2 du décret n°2010-30 du 8 janvier 2010, d'identifier la réalisation du nombre minimum de journées de garde⁶⁸ permettant aux cadres administratifs (hors cadres de direction et directeurs des soins) de bénéficier d'une concession de logement par nécessité absolue de service⁶⁹.

Par ailleurs, l'étude des fiches de paie des agents⁷⁰ participant aux astreintes administratives (hors cadres de direction) fait apparaître le bénéfice d'une indemnisation forfaitaire pour travail supplémentaire (IFTS) pour l'un d'entre eux, dont le cumul sur 5 années représente 9 424,99 € bruts. Or, les fonctionnaires bénéficiant de concessions de logement par nécessité absolue de service ne peuvent prétendre à la rémunération d'heures supplémentaires sous forme d'indemnités horaires ou forfaitaires⁷¹.

À la suite des observations de la chambre, l'établissement s'est engagé à revoir les conditions d'attribution de cette indemnité.

Attribution de la nouvelle bonification indiciaire

Depuis 1990, la nouvelle bonification indiciaire des fonctionnaires (NBI) hospitaliers est attribuée aux agents exerçant une responsabilité ou une technicité particulière. La NBI constitue un complément indiciaire au traitement de base brut. Au regard des spécificités des métiers au sein de la fonction publique hospitalière, plusieurs décrets précisent la liste des emplois susceptibles de pouvoir bénéficier de la NBI. Celle-ci est attribuée en fonction du grade dans certains corps et pour d'autres corps en fonction de l'emploi occupé et non du grade détenu.

La chambre a procédé à un contrôle de régularité des agents bénéficiant d'une NBI. Le positionnement et les missions exercées par certains agents justifient l'octroi d'une NBI que l'établissement n'a pas prévu et inversement, un agent bénéficie à tort d'une NBI sans qu'aucun texte en prévoie le bénéfice au regard des fonctions exercées.

Rappel au droit n° 7 : Revoir les attributions des nouvelles bonifications indiciaires (NBI) des personnels de l'établissement.

⁶⁷ Article premier du décret du 8 janvier 2010 « II. - Les fonctionnaires occupant les emplois ou appartenant aux corps mentionnés ci-après, astreints à des gardes de direction, en vertu d'un tableau établi, dans chaque établissement, par le directeur ou, le cas échéant, par l'autorité compétente pour les établissements non dotés de la personnalité morale (...) ».

⁶⁸ Le nombre annuel de journées de gardes de direction à assurer par certains fonctionnaires (...) ouvrant droit aux concessions de logement, ne peut en aucun cas, être inférieur à 40 journées en application de l'article 1 de l'arrêté du 8 janvier 2010 fixant les conditions dans lesquelles certains fonctionnaires hospitaliers participant à la mise en œuvre de gardes de direction peuvent bénéficier d'une concession de logement par nécessité absolue de service

⁶⁹ Les deux attachées d'administration hospitalière et de l'ingénieur hospitalier titulaire

⁷⁰ A partir de l'outil Xémélios de la DGFIP

⁷¹ Article 5 du décret n°2010-30 du 8 janvier 2010 pris en application de l'article 77 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

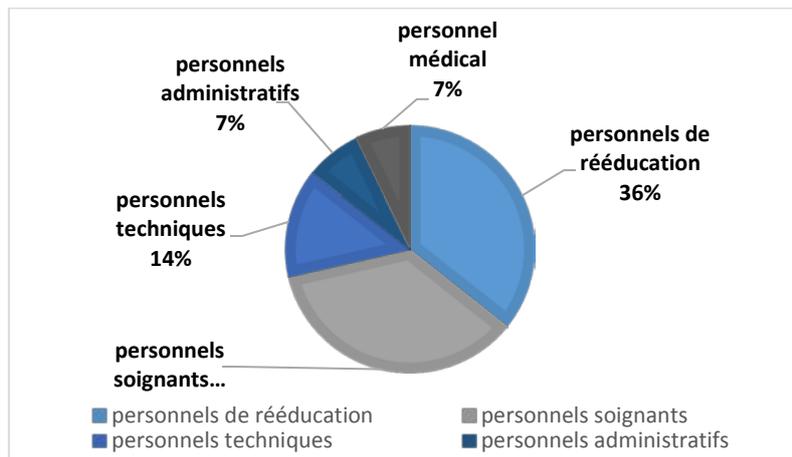
6.3.2.3 Une politique d'attribution des logements à définir

L'établissement dispose d'un parc immobilier important composé d'appartements et de pavillons situés dans deux secteurs de la commune de Rueil-Malmaison. Dans le premier secteur sont localisés deux appartements situés au dernier étage du bâtiment administratif de l'hôpital (Rue Charles Drot) ainsi que deux pavillons construits à proximité immédiate du CHDS (rue Xavier de Maistre). Le second secteur se trouve au nord de l'établissement en direction de Nanterre, sur le campus de l'IFSI (25 avenue Paul Doumer) dans lequel un ensemble de dix-sept appartements permet de loger des personnels de l'hôpital.

L'établissement assume la gestion de vingt-et-deux logements. Parmi ceux-ci, huit logements sont réservés aux personnels de direction et cadres administratifs et techniques au titre de logements de fonction selon la mention portée sur le tableau de recensement des personnels logés par l'établissement.

L'établissement a mis en place une commission d'attribution des logements, composée de représentants des personnels, de la DRH et de la DSI, dont la première réunion a eu lieu en septembre 2018. Les modalités d'attribution des logements n'étaient pas précisées durant l'instruction de la chambre.

Graphique 4 : Répartition des personnels logés par filières professionnelles



Source : CRC à partir du tableau de recensement des personnels logés - 2017

Les cadres de direction et les directeurs des soins pour lesquels le logement est prévu par leurs statuts particuliers bénéficient tous d'une concession de logement par nécessité absolue de service (NAS). Le décret n°2010-30 du 8 janvier 2010 précise que « II. - Les fonctionnaires occupant les emplois ou appartenant aux corps mentionnés ci-après⁷² [dont les ingénieurs hospitaliers], astreints à des gardes de direction, en vertu d'un tableau établi, dans chaque établissement, par le directeur ou, le cas échéant, par l'autorité compétente pour les établissements non dotés de la personnalité morale, bénéficient également de concessions de logement par nécessité absolue de service, lorsqu'ils assurent un nombre annuel minimum de journées de garde fixé [à 40 journées⁷³] ».

Un logement de 87 m² reste vacant alors que l'établissement supporte le coût d'une location extérieure privée (69m²) pour un loyer mensuel de 1 460 €, charges comprises, afin d'y loger

⁷² Directeurs des soins ; ingénieurs ; cadres socio-éducatifs ; cadres de santé ; attachés d'administration hospitalière ; responsables des centres maternels, de pouponnières et de crèches.

⁷³ Arrêté du 8 janvier 2010 fixant les conditions dans lesquelles certains fonctionnaires hospitaliers participant à la mise en œuvre de gardes de direction ou techniques peuvent bénéficier d'une concession de logement par nécessité absolue de service.

une de ses directrices des soins. Cette dépense aurait pu être évitée en affectant la directrice des soins dans le logement actuellement vacant quand bien même la disponibilité de ce logement n'était pas concomitante avec l'arrivée de celle-ci. La chambre note cependant que la prise en charge du loyer présente un coût qui demeure malgré tout moindre que l'octroi à l'intéressée de l'indemnité exceptionnelle compensatrice mensuelle d'un montant de 1 828 € compte tenu de la zone de résidence du logement.

Un cadre technique bénéficie depuis juillet 2012, soit depuis près de six années, d'une concession de logement pour nécessité absolue de service alors que l'examen des tableaux d'astreintes administratives et techniques ne fait pas apparaître le bénéficiaire sur une quelconque ligne d'astreinte. Le montant de l'avantage en nature afférent au logement concédé pour nécessité absolue de service sans participation aux astreintes administratives représente la somme de 5 171,04 € bruts.

Les logements constituent un outil d'attractivité et de fidélisation des personnels hospitaliers. Cet outil doit être intégré à la politique sociale de l'établissement dont elle est un des atouts. Dès lors, la chambre invite l'établissement à définir les personnels prioritaires à loger au regard notamment des métiers en tension et à veiller que les agents qui bénéficient d'un logement par nécessité absolue de service participent effectivement aux astreintes.

6.3.2.4 Le versement irrégulier d'une prestation à caractère social sans délibération de l'assemblée délibérante

La loi du 27 juillet 1999 portant création de la couverture maladie universelle prévoit dans son article 59⁷⁴ que les établissements hospitaliers, sociaux et médicosociaux doivent adhérer à un organisme agréé par l'État pour la gestion de l'action sociale en faveur de leurs personnels : agents en activité ou retraités et, sous certaines conditions, de membres de leur famille. Pour ces établissements, il s'agit du Comité de gestion des œuvres sociales des établissements hospitaliers publics (CGOS), unique opérateur pour l'ensemble des établissements hospitaliers, sociaux et médico-sociaux, sauf ceux de l'AP-HP. Cette action sociale peut être complétée dans certains établissements. Le CGOS verse des prestations dites régionales proposée à tous les agents des établissements d'une même région, notamment la prestation "Enfant handicapé", dorénavant réservée aux enfants de moins de 20 ans⁷⁵.

Un agent de l'établissement bénéficie de l'allocation aux parents d'enfants handicapés de moins de 20 ans (APEH) pour un montant de 158,03 € depuis avril 2014 mais celle-ci est versée par le centre hospitalier de Stell et non par le CGOS alors que le centre hospitalier y adhère. Le CHDS subit donc une double dépense, les cotisations au CGOS sans en bénéficier de retour, et le versement direct d'une allocation à un agent alors que cette cotisation aurait dû être versée par le CGOS.

⁷⁴ Le chapitre X de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière est complété par un article 116-1 ainsi rédigé : « Art. 116-1. - Les personnels des établissements mentionnés à l'article 2, actifs ou retraités et, dans certaines conditions, leurs ayants droit bénéficient de l'action sociale (...) mentionnée à l'article 9 du titre Ier du statut général des fonctionnaires. « La prise en charge de cette action est assurée par une contribution annuelle desdits établissements dont le taux et l'assiette sont fixés par les ministres chargés de la santé et des affaires sociales (...). »

⁷⁵ Son versement a progressé de 13,2 % (4,7 millions d'euros à destination de 6 500 enfants présentant un taux d'invalidité à partir de 50 %).

6.3.2.5 Le cumul illégal des fonctions d'établissement et de régisseur

L'établissement dispose de plusieurs régies, dont une régie d'avances, et fonds déposés par les résidents de l'EHPAD Jules Parent rattachée au CH Stell pour laquelle l'encaisse est arrêtée à 150 000 €. La régie de l'EHPAD a été créée le 30 septembre 2008 mais la chambre n'a pas obtenu l'acte constitutif de la régie d'avance et/ou de recettes ni la décision de nomination du régisseur.

Dans le cadre de ses fonctions, un agent ayant une délégation de signature lui conférant la qualité d'ordonnateur secondaire de l'établissement a occupé les fonctions de régisseur par intérim à titre dérogatoire avec l'accord du comptable de juin à décembre 2015. Or, l'article 9 du décret n°2012-1246 du 7 novembre 2012⁷⁶ précise que « les fonctions d'établissement et de comptable public sont incompatibles ».

Recommandation n° 3 : Garantir le respect du principe de séparation de l'établissement et du comptable même à titre dérogatoire.

7 LA COMMANDE PUBLIQUE

En 2016, les consommations intermédiaires sur le budget principal et les budgets annexes (hors DNA) de l'établissement se sont élevées à 6,4 M€. Le budget principal représentait à lui seul un montant de 4,7 M€, soit 73 % des dépenses d'achats de la structure.

Tableau n° 48 : Évolution des achats sur le budget principal

Budget H en €	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Var annuelle 2016/2015
Achats (a)	1 573 994	2 315 464	1 775 263	1 563 924	1 426 154	1 547 397	9%
Services extérieurs* (b)	604 377	673 589	650 697	721 356	735 087	867 065	18%
Autres services extérieurs (c)	1 793 090	1 791 240	1 875 075	1 962 730	2 116 647	2 312 984	9,00%
Consommations intermédiaires (a+b+c+d)	3 971 461	4 780 293	4 301 035	4 248 009	4 277 888	4 727 446	10,50%

* hors sous-traitance générale

Ce poste de dépenses est le second après celui des charges de personnel et constitue un enjeu important d'équilibre des comptes pour l'établissement. Durant la période 2011 à 2016, le total des achats sur le budget principal a connu une augmentation de 19 % soit 756 k€.

Le plan PHARE invite les établissements à cartographier les dépenses d'achat, les acteurs et les échéances clés pour préparer la mise en place d'un plan d'action adapté⁷⁷. Les achats du CHDS s'appuient sur une nomenclature définie par la direction chargée des achats régulièrement mise à jour. Cette nomenclature permet d'identifier les acheteurs par segments

⁷⁶ Décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique

⁷⁷ Renforcer la fonction achats en établissement de santé - Kit de déploiement – V2 – DGOS

d'achats ainsi que les montants achetés par ceux-ci annuellement. La chambre invite l'établissement à développer une cartographie permettant de repérer les achats par nature et d'identifier clairement pour les unités consommatrices les acheteurs référents. Cette cartographie pourrait être construite en fonction des achats par grande famille, notamment ceux qui entrent dans la sphère « prestations externalisées », « prestations médicales externalisées » ou « services techniques » et « entretien » qui sont des postes de dépenses important dans l'établissement.

7.1 L'organisation de la fonction achat

7.1.1 Une fonction achat structurée

Le service des achats est intégré au sein du service économique et logistique et placé sous la responsabilité d'un attaché d'administration hospitalière. Le service est composé de deux adjoints administratifs en charge des commandes, des liquidations et de l'exécution des marchés, d'une responsable des marchés publics (adjoint des cadres hospitaliers) en charge du suivi de l'exécution des marchés et de la publication des marchés publics ainsi que d'un responsable du service économique (attaché d'administration hospitalière). L'exécution des marchés est assurée par chaque gestionnaire (économat, magasin, EHPAD, pharmacie, informatique et techniques). Certains gestionnaires disposent d'une délégation de signature du directeur pour engager des dépenses.

Cette organisation permet de répondre aux orientations de la circulaire du 10 février 2012⁷⁸. La chambre constate que l'établissement a engagé une spécialisation des acheteurs par l'identification d'un responsable des marchés publics ainsi qu'une supervision de celui-ci et des gestionnaires par un attaché d'administration. Cette structuration doit permettre une sécurisation des procédures d'achats, au moins celles qui demeureront assurées par le CHDS, la majorité basculant de facto à l'établissement support du GHT.

Le processus d'achat fait l'objet d'un guide élaboré par les services économiques et logistiques de l'établissement qui se cantonne à la présentation des étapes de l'achat en fonction des seuils réglementaires mis à jours. Il ne précise pas le rôle de chaque acteur au sein d'un processus défini.

7.1.2 Un processus d'achats impacté par la mise en place du GHT

Le plan d'action du GHT en matière d'achats identifie des pistes de gains achats sur différents segments avec comme leviers à la fois une action sur le marché, sur les prix, une meilleure identification des besoins ou une mutualisation des achats. Il se donne pour objectif de réaliser des gains achat à hauteur de 828 126 € (soit 2 % des dépenses cumulées des seuls budgets H des établissements membres (44,4 M€).

Ainsi, le secteur biomédical prévoit notamment la mutualisation de la compétence en ingénierie sur ce champ. Des mutualisations commencent aussi à émerger sur d'autres segments d'achats comme le nettoyage et les déchets, les services techniques, les services administratifs (fournitures générales) et l'informatique. Des groupes de travail sont prévus pour engager la réflexion sur le bon usage des produits à usage unique⁷⁹. Enfin, des marchés communs seront élaborés pour la réalisation de certaines prestations dont l'externalisation des prestations de nettoyage (gain 23 k€) et les produits d'incontinence (gain 36k€).

⁷⁸ Circulaire du 10 février 2012 relative à la professionnalisation des achats des établissements publics de l'Etat

⁷⁹ A Usage Unique

La chambre invite l'établissement à revoir son guide de procédure pour intégrer les procédures spécifiques mises en place à l'échelle du GHT (seuil, etc.).

Une mise en concurrence souvent défailante

Au cours de l'instruction, la chambre a relevé deux cas illustratifs des défaillances dans les procédures de mise en concurrence de l'établissement.

Le marché de transports de patients et de produits de santé

La prestation de service est destinée à satisfaire deux besoins de nature différente que sont d'une part le transport de personnes et d'autre part, le transport de produits de santé notamment de produits sanguins.

Le marché antérieur avait fait l'objet de deux avenants successifs. Les deux avenants sont motivés pour permettre « l'achèvement de la nouvelle procédure formalisée et le démarrage du nouveau marché le 1^{er} mars 2017 (pour le premier avenant) [...] le 3 avril 2017 pour le second avenant ». Ces avenants ont eu comme conséquence de proroger de trois mois le marché initial et d'allonger au-delà de la durée de quatre années la vie du marché. L'article 139 du décret n°2016-360 rappelle les cas dans lesquels le marché public peut être modifié par voie d'avenant. La motivation avancée par le pouvoir adjudicateur n'est pas au nombre des motifs justifiant une prorogation contractuelle du marché au-delà de sa durée légale. Il appartient au pouvoir adjudicateur de suivre les marchés conclus et d'en anticiper le renouvellement.

Le pouvoir adjudicateur a défini les besoins et a choisi de décomposer la prestation en retenant un mode de dévolution par lot. Il a identifié deux lots ;

- Lot n°1 : Prestations de transports sanitaires des patients hospitalisés
- Lot n°2 : Prestations de transport de produits sanguins, prélèvements et de médicaments

Le pouvoir adjudicateur a pour ce marché décidé de recourir à la publication d'un appel d'offres ouvert en s'appliquant les dispositions de l'article 67 du décret n°2016-260 du 25 mars 2016 relatif aux marchés publics alors que l'avis de marché (AAPC) publié mentionne que la valeur estimée hors TVA du présent marché est de 140 k€⁸⁰. Or l'article 20 du décret précité précise que lorsque les coûts prévisionnels sont inférieurs à 209 k€, le pouvoir adjudicateur peut opter pour la passation d'un marché à procédure adaptée (MAPA) en faisant application de l'article 28 du décret⁸¹. Le choix d'un appel d'offre ouvert n'est pas irrégulier mais peut inutilement alourdir la procédure.

Le pouvoir adjudicateur a arrêté les critères d'attribution dans le règlement de consultation :

- 1° Aptitude du candidat à respecter le rythme de prise en charge des patients et de garantir l'exécution de toutes les demandes de transport dans les délais : 30 %
- 2° Prix : 35 %
- 3° Moyens humains et techniques : 30 %
- 4° Mesures en faveur du développement durable : 5 %

⁸⁰ Dépenses réalisées totales des marchés n°170101 et n°170102 en 2017 : 234 065,49 € TTC.

⁸¹ Article 28 I. - Lorsque leur valeur estimée est inférieure aux seuils de procédure formalisée définis à l'article 26, les marchés de fournitures, de services ou de travaux peuvent être passés selon une procédure adaptée, dont les modalités sont librement fixées par le pouvoir adjudicateur en fonction de la nature et des caractéristiques du besoin à satisfaire, du nombre ou de la localisation des opérateurs économiques susceptibles d'y répondre ainsi que des circonstances de l'achat (...).

L'appel d'offre publié a engendré cinq offres pour deux lots. Aucun soumissionnaire n'a présenté une offre sur chacun des lots. Le lot deux a enregistré une offre unique provenant du prestataire déjà fournisseur de l'établissement à qui il a été attribué.

Le tableau d'étude de la recevabilité des candidatures après ouverture des plis mentionne que les offres de trois entreprises ont été déposées le 6 janvier 2017 alors que l'avis d'appel public à la concurrence (AAPC) a été publié le 24 janvier 2017. En revanche, les dates sont cohérentes et conformes pour deux autres entreprises reçues respectivement les 22 février et 3 mars 2017. Cette situation constitue un risque juridique majeur de favoritisme que celle-ci pourrait laisser envisager d'autant que les entreprises retenues sont celles avec lesquelles l'établissement avait déjà un lien contractuel.

Tableau n° 49 : Calendrier des phases précontractuelles du marché

Phases de la procédure	Dates
Publication AAPC	24 janvier 2017
Retour des offres	6 mars 2017 à 12 heures
Ouverture des plis	6 mars 2017
Notification des offres non retenues	21 mars 2017
Notification de l'offre retenue	3 avril 2017
Signature par le pouvoir adjudicateur de l'acte d'engagement (AE)	3 avril 2017

Source : CRC Île de France

Dans le cadre d'un marché passé selon une procédure formalisée, ce qui est le cas dans cette procédure (appel d'offres ouvert), l'acheteur public doit d'abord informer les soumissionnaires évincés que leur offre n'a pas été retenue et les motifs de ce rejet. Puis, la signature du contrat ou acte d'engagement constitue la notification du marché. Pour un marché dit à procédure formalisée, l'acheteur est tenu d'attendre 11 jours à partir de la date d'envoi de la notification pour signer le marché en cas de notification électronique ou 16 jours dès lors que la notification est réalisée par courrier postal en application de l'article 101 du décret n°2016-360 du 25 mars 2016 relatifs aux marchés publics. Dans le cas d'espèce, la notification étant réalisée par courrier postale la durée de 13 jours est inférieure à la réglementation. Le non-respect de ces délais présente un risque juridique.

La chambre note enfin que le nouveau marché a été notifié à la même date que sa mise en œuvre.

Le marché de travaux du Hall Delzant et de la cafétéria

La prestation de travaux avait pour objet de rénover le hall d'entrée du bâtiment Delzant qui est le bâtiment principal du centre hospitalier de Stell. Ce chantier était piloté conjointement entre les services techniques de l'établissement et un prestataire qualifiable d'assistant maîtrise d'ouvrage (AMO).

Le marché d'AMO a été attribué sans qu'aucune mise en concurrence n'ait été effectuée. L'absence de mise en concurrence constitue une irrégularité majeure au principe fondamental de la commande publique qui impose dès le premier euro dépensé de rechercher l'offre la mieux disante. Ce principe permet de garantir un accès égal à la commande publique à tous les opérateurs économiques. Dans le cas d'espèce, le pouvoir adjudicateur s'est affranchi de cette obligation, ce qui pourrait être assimilé à un délit de favoritisme, en accordant au titulaire ce marché dont le montant s'est élevé à 32 400 € TTC.

ANNEXES

Annexe n° 1. Tableaux d'analyse du fonctionnement des instances	69
Annexe n° 2. Impact des erreurs comptables sur le résultat, en €.....	71
Annexe n° 3. Glossaire des sigles.....	72

Annexe n° 1. Tableaux d'analyse du fonctionnement des instances**Tableau n° 50 : Fréquence des instances du CHD Stell**

Instances	Réunions opposables	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Conseil de Surveillance	4 ⁸²	4	4	4	3	3	5	2
Directoire	8 ⁸³	6	6	4	4	5	6	4
Commission Médicale d'Établissement	4 ⁸⁴	5	9	5	4	7	9	2
Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales	1 ⁸⁵							
Comité Technique d'Établissement	4 ⁸⁶	4	4	4	3	4	6	1
Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques	3 ⁸⁷	4	3	3	4	3	4	1
Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail	4 ⁸⁸	4	4	3	3	6	3	0
Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge	4 ⁸⁹	2	2	3		2		

Source : CRC Île de France à partir des comptes rendus des instances concernées

Tableau n° 51 : Sujets abordés en Conseil de surveillance

Consultation ou Information du CS	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Projet d'établissement		x				x	
Conventions constitutives ou de partenariat	x	x		x	x	x	
Compte financier et affectation des résultats	x	x	x	x	x	x	x
Rapport annuel d'activité*	x	x	x	x	x	x	x
Politique d'amélioration continue de la qualité, sécurité des soins, gestion des risques et conditions d'accueil et de prise en charge des usagers	x	x	x	x	x	x	x
Acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, baux de plus de 18 ans baux emphytéotiques et contrats de partenariat					x		
Règlement intérieur de l'établissement	x						
Participation à un GHT					x	x	x
EPRD et Programme d'investissement	x	x	x	x	x	x	x

Source : CRC Île de France à partir des comptes rendus du conseil de surveillance de l'établissement.

⁸² Art. L. 6143-11 du code de la santé publique

⁸³ Art. D. 6143-35-5 du code de la santé publique

⁸⁴ Art. R.6144-6 du code de la santé publique

⁸⁵ Art. R.6111-9 du code de la santé publique

⁸⁶ Art. R 6144-69 du code de la santé publique

⁸⁷ Art. R.6146-14 du code de la santé publique

⁸⁸ Art. L.4614-7 du code du travail

⁸⁹ Art. R.1112-88 du code de la santé publique

Tableau n° 52 : Sujets abordés en CME

Consultation ou Information de la CME	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Plan de formation médicale	x	x	x	x	x	x	x
Présentation CPOM et OQOS	x			x	x	x	
Présentation de l'EPRD et des comptes financiers et PREF éventuellement	x	x	x	x	x	x	x
Projets de travaux et d'ouverture ou de fermetures de services	x	x	x	x	x	x	x
Audit et plans d'actions prévention des risques	x	x	x	x	x	x	
Organisation du temps de travail	x	x	x	x		x	
Conventions de partenariat	x		x	x	x	x	x
Travaux CLIN CLAN CLUD COMEDIMS	x	x	x	x	x	x	x
Rapport d'activité	x	x	x	x	x	x	
Acquisitions en investissements	x	x	x	x	x		
Projets de services	x	x	x	x	x	x	
Certification / Accréditation / Procédure Qualité	x		x	x	x	x	x
Projets d'évaluation des pratiques professionnelles	x	x	x	x	x	x	x
Règlements intérieurs	x	x		x	x		x
Heures supplémentaires et CET	x		x	x	x	x	
Bilan social			x	x	x		x
Permanence des soins		x	x	x	x	x	
Protocoles de soins		x	x	x		x	x
Modification au tableau des effectifs, recrutements et conditions d'embauche		x	x	x	x	x	
Projets divers (établissement, médical, de soins...)		x	x	x	x	x	x
Participation à d'autres instances		x	x	x	x	x	
Bilan CRUQPC		x	x	x	x		
PMSI et DIM		x	x	x	x	x	x

Source : CRC Île de France à partir des comptes rendus de la Commission médicale d'établissement.

Tableau n° 53 : Sujets abordés en directoire

Consultation ou Information du directoire	2011	2012	2013	2014	2015	2016
CPOM	x			x	x	
Politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, conditions d'accueil et de prise en charge des usagers	x	x	x	x		x
Bilan social et modalités de la politique d'intéressement	x		x	x	x	
Programme d'investissement	x	x	x	x	x	x
EPRD, PGFP et propositions de tarifs de prestations	x	x	x	x	x	x
Compte financier	x	x	x	x	x	x
Organisation interne de l'établissement et contrats de pôle d'activité	x	x	x	x	x	x
Constitution et Participation à des coopérations	x	x		x	x	x
Projet d'établissement						x
Règlement intérieur de l'établissement	x					
Accord sur l'organisation de travail avec les organisations syndicales représentant le personnel de l'établissement (temps de travail et temps de repos)	x		x			x
Plan blanc		x				x

Source : CRC Île de France à partir des comptes rendus du Directoire de l'établissement.

Annexe n° 2. Impact des erreurs comptables sur le résultat, en €

Impact des erreurs comptables sur le résultat, en €						
Exercice	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Résultat consolidé	377 684,90 €	1 363 267,01 €	-212 967,95 €	-7 722,17 €	303 066,36 €	323 304,60 €
ICNE 2015 non rattachées					-16 837,86 €	16 837,86 €
ICNE 2016 non rattachées						-15 656,25 €
Reprises sur dépréciations des actifs circulants – Créances non réalisées			40 773,00 €		2 813,92 €	12 956,41 €
Reprises sur les provisions pour renouvellement des immobilisations réalisées à tort	-100 000,00 €	-100 000,00 €				
Dotations aux provisions pour charges de personnel liées au CET non réalisée (estimation de la chambre)		-27 090,54 €				
Total (en négatif le résultat comptable est surestimé du montant correspondant et en positif le résultat comptable est sous-estimé du montant correspondant)	-100 000,00 €	-127 090,54 €	40 773,00 €	0,00 €	-14 023,94 €	14 138,02 €
En % du résultat consolidé	-26,48%	-9,32%	-19,15%	0,00%	-4,63%	4,37%

Annexe n° 3. Glossaire des sigles

AAH	Attaché (e) d'administration hospitalière
AAPC	Avis d'appel public à la concurrence
AMO	Assistant maîtrise d'ouvrage
ANAFI M21	Analyse Financière selon l'instruction comptable M21
ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux
ANV	Admission en Non-Valeur
AP-HP	Assistance Publique-Hôpitaux de Paris
APEH	Allocation aux parents d'enfants handicapés
ARS	Agence Régionale de Santé
AS	Aide-Soignant(e)
ASH	Agent des Services Hospitaliers
ATIH	Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
BFR	Besoins en Fonds de Roulement
Budget A	Budget Annexe Dotation Non Affectée
Budget C	Budget Annexe École
Budget E	Budget Annexe EHPAD
Budget H	Budget Principal Hôpital
CAF	Capacité d'Auto-Financement
CAH	Comptabilité Analytique Hospitalière
CASH	Centre d'accueil social et d'hébergement
CDD	Contrat à Durée Déterminée
CDI	Contrat à Durée Indéterminée
CDU	Commission des Usagers
CET	Compte Épargne Temps
CGOS	Comité de Gestion des Œuvres Sociales des établissements hospitaliers publics
CHDS	Centre Hospitalier Départemental Stell
CHSCT	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIMOP	Centre d'Imagerie Médicale de l'Ouest Parisien
CLAN	Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition
CLIN	Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CLUD	Comité de LUtte contre la Douleur
CMD	Catégorie Majeure de Diagnostics
CME	Commission médicale d'établissement
CNG	Centre National de Gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière
CNRACL	Caisse Nationale de Retraite des Agents des Collectivités Locales
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
COMEDIMS	COMmission du MEDicament et des DISpositifs Médicaux Stériles
COPS	Commission d'organisation de la permanence des soins
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CRC	Chambre Régionale des Comptes
CREA	Compte de Résultat d'Exploitation Analytique
CRPA	Compte de Résultat Prévisionnel Annexe
CRPP	Compte de Résultat Prévisionnel Principal
CRUQPC	Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge
CSIRMT	Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques
CSP	Code de Santé Publique

CSS	Code de Sécurité Sociale
CTE	Comité Technique d'Établissement
DAF	Dotation Annuelle de Financement
DIM	Département d'Information Médicale
DMS	Durée Moyenne de Séjour
DNA	Dotation Non Affectée
DPI	Dossier Patient Informatisé
EBE	Excédent Brut d'Exploitation
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
EPRD	État des Prévisions de Recettes et de Dépenses
EPS	Établissement Public de Santé
ESPIC	Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif
ETP	Équivalent Temps Plein
ETPR	Équivalent Temps Plein Rémunéré
FIDES	Facturation Individuelle Des Établissements de Santé
FIJ	Formation Inter-Juridictionnelle
FPH	Fonction publique hospitalière
FRNG	Fond de Roulement Net Global
GAM	Gestion Administrative des Malades
GCS	Groupement de Coopération Sanitaire
GHM	Groupe Homogène de Malades
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
GHU	Groupement Hospitalier Universitaire
HC	Hospitalisation Complète
HdJ	Hôpital de Jour
HIA	Hôpital d'Instruction des Armées
IB	Indice Brut
ICNE	Intérêts Courus Non Échus
IDE	Infirmier/ière Diplômé(e) d'État
IESP	Indemnité Exclusif de Service Public
IFSI	Institut de Formation en Soins Infirmiers
IFTS	Indice majoré
IM	Indemnité Forfaitaire pour Travaux Supplémentaires
K€	Millier(s) d'euros
M€	Million(s) d'euros
MCO	Médecine-Chirurgie-Obstétrique
NBI	Nouvelle bonification indiciaire
NAS	Nécessité absolue de service
PCA	Plan de Continuité de l'Activité
PCI	Plan de Continuité Informatique
PDSES	Permanence des soins en établissements de santé
PESV2	Protocole d'Échange Standard Version 2
PGFP	Plan Global de Financement Pluriannuel
PH	Praticien hospitalier
PHC	Praticien hospitalier contractuel
PL	Établissement Privé de Santé à But Lucratif
PM	Personnel Médical
PMP	Projet Médical Partagé
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PNM	Personnel Non Médical
PPI	Plan Pluriannuel d'Investissement

PRA	Plan de Reprise de l'Activité
PT	Prime de Technicité
RESAH	RÉSeau des Acheteurs Hospitaliers
RH	Ressources Humaines
ROD	Rapport d'Observations Définitives
RSS	Résumés de Sortie Standardisés
RUM	Résumé d'Unité Médicale
SAU	Service d'Accueil des Urgences
SDI	Schéma Directeur Informatique
SDSI	Schéma Directeur des Systèmes d'Information
SI	Systèmes d'Information
SIH	Système d'Information Hospitalier
SMPT	Salaire moyen par tête
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
SSR CV	Soins de Suite et de Réadaptation Cardio-Vasculaires
SSR G	Soins de Suite et de Réadaptation Gériatriques
SSR NG	Soins de Suite et de Réadaptation Neuro-Gériatriques
SSR NO	Soins de Suite et de Réadaptation Neuro-Orthopédiques
T2A	Tarification À l'Activité
TO	Taux d'Occupation
TPER	Tableau Prévisionnel des Effectifs Rémunérés
TTA	Temps de travail additionnel
UGA	Unité de Gériatrie Aiguë
UNV	Unité Neuro-Vasculaire
USINV	Unité de Soins Intensifs Neuro-Vasculaires

REPONSE

de Monsieur le directeur du centre hospitalier
départemental Stell (*)

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



DIRECTION GENERALE

NOS/REF. : YL/OD/2019-32

VOS/REF. : contrôle n° 2017-0170

Rueil Malmaison, le 15 février 2019

RAR 1A 144 429 1476 4

Chambre régionale des comptes
A l'attention du Président,
Monsieur Christian MARTIN
6 cours des Roches - Noisiel
BP 187
77315 MARNE LA VALLEE CEDEX 2

Objet : réponse sur quatre pages, à la notification du rapport d'observations définitives relatif au contrôle des comptes et de la gestion du Centre Hospitalier Départemental Stell – cahier n° 2 de 74 pages.

Annexe : arrêté n° ARSIF-DOS-Pôle ES-17-880 portant fixation du coefficient de transition du 28 août 2017.

Affaire suivie par :
Yannick LORENTZ

Directeur général
Yannick LORENTZ
☎ 01.41.29.90.01

Attachée
D'administration
Julia GAUDISSIABOIS
☎ 01.41.29.90.03

Assistante
Odile DEMONCHEAUX
☎ 01.41.29.90.01

Fax : 01.41.29.90.09

direction@ch-rueil.fr

Monsieur le Président,

Vous m'avez notifié par envoi dématérialisé le 17 janvier 2019, le rapport d'observations définitives relatif à la gestion du Centre Hospitalier pour les exercices 2011 et suivants.

Je tiens à vous remercier pour les corrections apportées suite à mon courrier en date du 15 novembre 2018.

Je vous saurais gré de bien vouloir trouver, ci-après, les observations complémentaires que je souhaite ajouter à ce document.

Préambule

La chambre relève la situation financière saine de l'établissement, grâce notamment à une bonne maîtrise des charges de fonctionnement.

Ce résultat me semble d'autant plus à prendre en considération, que l'établissement est pénalisé par une **sous dotation de sa Dotation Annuelle de Fonctionnement de – 2.279.493 €, représentant 12,36 % du total de ses recettes** (cf. arrêté du directeur de l'Agence Régionale de Santé en date du 28 août 2017 fixant le taux de transition de l'établissement à 0.85, l'un des plus bas d'Ile de France), annexe n°1.

Cette sous dotation équivaut à la différence entre, d'une part, l'actuelle DAF Soins de Suites de l'établissement, telle que figée en 2016, soit 11.606.000 €, et la Dotation Modulée à l'Activité, soit 13.885.493 €, qui tient compte de notre activité réelle.

Ainsi, un alignement de la DAF SSR sur la Dotation Modulée à l'Activité, suffirait à améliorer substantiellement l'équilibre financier du Centre Hospitalier Départemental Stell.

Je remercie ici tous les personnels de l'établissement qui contribuent à l'atteinte de ces bons résultats malgré les difficultés susvisées.

1/ Réponses paragraphe « Stratégie et gouvernance »

Pages 10 et 11 : la chambre souligne la fragilité de l'équipe de direction, en nombre insuffisant, notamment sur le poste des finances. La suppression d'un poste de directeur d'hôpital et d'un poste de directeur d'établissement sanitaire et social, pour raisons d'économies, explique cette configuration.

Page 14 : la chambre déplore l'inexistence d'un état des lieux du système d'information. Un audit a été réalisé en 2011, faisant le constat d'un système d'information obsolète. Une mise à niveau complète a été réalisée en moins de six ans, dans le cadre du Plan « Hôpital Numérique », (DPI, PCA, PRA, SSO, etc...) et ce, malgré la suppression d'un poste d'informaticien, en raison de recherche d'économies.

Page 15 : le Centre Hospitalier Départemental Stell est autorisé à exploiter un système de vidéo-protection par arrêté préfectoral CAB/DS/BPS n°2018.804 du 14 novembre 2018.

2/ Réponses paragraphe « Fiabilité des comptes et situation financière de l'établissement »

Pages 37 et 38 : la chambre souligne l'absence de convention permettant de justifier la subvention de 1 M€ versée par l'ARS en 2012. Cette subvention n'a pas fait l'objet de convention, mais a été inscrite directement dans la « dotation soins » fixée par arrêté n° 2012-308 en date du 19/10/2012.

Page 47 : la chambre regrette un taux de renouvellement des immobilisations encore faible. L'établissement mène au contraire une politique dynamique de renouvellement des immobilisations, qui sera soutenue par deux projets majeurs : la reconstruction de l'EHPAD Jules PARENT et du Plateau Technique de Rééducation. On note également une évolution positive du taux de vétusté : de 76.9 % en 2011 contre 71.4 % en 2016.

LIBELLE	2013	2014	2015	2016
IMMOBILISATIONS CORPORELLES ET INCORPORELLES	2 005 565 €	2 220 775 €	2 464 520 €	3 020 981 €
DONT TRAVAUX	596 117 €	796 584 €	847 533 €	1 377 043 €
DONT EQUIPEMENTS MEDICAUX	283 708 €	138 075 €	162 524 €	298 172 €

Page 48 : tableau n° 38 « montant du fonds de roulement net global » : à la clôture de l'exercice 2016, le fonds de roulement net global représente 120,86 jours de charges courantes contre 138,71 jours l'année précédente et se situe très largement au-dessus du niveau régional médian de 54,94 jours.

Page 49 : tableau n° 41 « montant de la trésorerie » : concernant la remarque de la chambre sur le niveau élevé de la trésorerie, je précise que les aides financières de la CNSA dans le cadre de la reconstruction de l'EHPAD ne sont pas versées à ce jour. Elles le seront sur justificatif (factures acquittées). Seules les conventions sont signées.

Concernant les subventions de 2 M€, reçues respectivement en 2011 et 2012, en tant que soutien à l'investissement, elles sont exclusivement réservées au financement des charges d'intérêt de l'emprunt qui sera souscrit dans le cadre de la reconstruction de l'EHPAD, pour en limiter l'impact sur le prix de journée. Elles sont donc à ce titre, inscrites en provision, et ne doivent pas être incluses dans la trésorerie disponible.

Page 49 : la chambre souligne le retard du projet de reconstruction de l'EHPAD alors que les taux d'emprunt restent faibles. Concernant ce retard, il faut noter que la signature de la convention de subvention avec le Conseil Départemental des Hauts de Seine, n'a eu lieu qu'en avril 2018.

Concernant la gestion du risque de taux, j'ai procédé à une analyse, démontrant les avantages obtenus par l'établissement, qui en souscrivant ses emprunts aujourd'hui, plutôt qu'en 2011, diminuent par deux ses coûts financiers. La récente souscription en janvier 2019, d'un emprunt à taux fixe de 2.33 % sur 30 ans, en financement de l'opération de reconstruction de l'EHPAD, l'atteste. Pour mémoire en 2012, le taux fixe était de 4.70 % sur la même durée.

3/ Réponses paragraphe « Les ressources humaines »

Page 55 :

1°) *Concernant le rappel au droit n° 3*, la chambre rappelle à bon escient que les praticiens hospitaliers recrutés en application des 1°, 2°, 4° et 5° de l'article R. 6152-402 du Code de la Santé Publique ne peuvent être rémunérés selon une base supérieure au quatrième échelon de la grille des praticiens hospitaliers, majoré de 10 %.

Toutefois, l'article R 6152-418 indique que l'indemnité de précarité, prévue à l'article L.1243-8 du Code du Travail trouve également à s'appliquer et doit être versée en fin de contrat, si la condition du non renouvellement de l'engagement selon une durée indéterminée est remplie. La majoration de rémunération de 10 % prévue au Code de la Santé Publique doit donc pouvoir se cumuler avec l'indemnité de précarité s'agissant de deux éléments distincts et non exclusifs.

2°) *Concernant le rappel au droit n° 4*, je rappelle que l'ensemble de la procédure d'autorisation de cumul d'emploi, est à la charge de l'employeur principal, qui procède à son instruction et peut, seul, mettre fin à l'autorisation. Ni la loi, ni le décret ne prévoient en revanche de vérifications par l'organisme

auprès duquel l'agent effectue son activité accessoire. Ceci est confirmé par la note d'information DGOS/RH4/DGCS/4B/2017/227 du 13 juillet 2017.

Ainsi, les obligations légales et réglementaires en la matière ne peuvent peser sur l'établissement. Néanmoins, l'article 5 des contrats des agents qui exercent auprès de lui une activité accessoire, prévoit qu'ils sont tenus de respecter la réglementation : « l'intéressé s'engage à respecter les obligations réglementaires notamment en termes de repos de sécurité et de cumul d'activité ». Au regard des textes, il me semble donc irrégulier que le Centre Hospitalier aille très au-delà, dès lors qu'il ne dispose pas d'outil juridique pour obliger les agents à lui transmettre des informations sur leur cumul d'emploi.

De plus, il est difficilement envisageable de rechercher de telles informations directement auprès de l'employeur principal qui ne peut les transmettre qu'à l'intéressé, en application de l'article L.311-6 du code des relations entre le public et l'administration.

Page 60 : concernant le rappel au droit n° 6, je tiens à souligner que l'établissement ne recourt à des contractuels que dans le but d'assurer les recrutements de compétences rares, afin de garantir la continuité et la qualité des soins, sur un marché du travail en forte tension. Cette politique de recrutement a été systématiquement encadrée et votée en Comité Technique d'Etablissement, en lien avec les représentants des personnels.

Page 61 : concernant le rappel au droit n° 7, je confirme que les régularisations de versement de Nouvelle Bonification Indiciaire ont été effectuées après le contrôle de la chambre régionale des comptes.

4/ L'organisation de la fonction achat

Page 67 :

1°) Concernant le tableau d'ouverture des plis, une erreur de frappe a été commise sur la date de réception des plis. Les enveloppes 3, 4 et 5 ont été réceptionnées contre remise d'un récépissé daté du 6 mars 2017 et non du 6 janvier 2017.

2°) Concernant le mode et les dates de transmission des notifications de marchés pour le lot 2 « Transports de prélèvements, de médicaments et de produits de santé », le marché a été attribué au seul opérateur ayant participé à la consultation. Aussi, le respect du délai de notification n'est pas exigé (décret n°2016-360 du 25 mars 2016 relatif aux marchés publics, article 101 paragraphe II - 1°).

En espérant avoir répondu à votre demande, je vous prie de croire, Monsieur le Président, à l'assurance de ma très haute considération.

Le directeur,

Yannick LORENTZ



Arrêté n° ARSIF-DOS-Pôle ES- 17-880 portant fixation du coefficient de transition mentionné au b) du 1° de l'article 6 du décret n° 2017-500 du 6 avril 2017 relatif à la réforme du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation, du coefficient prenant en compte l'activité de rééducation et de réadaptation mentionné au 2° du même article

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé d'Île-de-France

Bénéficiaire :

**CH DEPARTEMENTAL STELL
1 rue Charles Drot
92500 RUEIL-MALMAISON**

Finess financier : 920110053

Finess PMSI : 920110053 - CH DEPARTEMENTAL STELL

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code de la santé publique ;

Vu la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, notamment son article 78 modifié ;

Vu le décret n° 2017-500 du 6 avril 2017 relatif à la réforme du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation, notamment son article 6 ;

Vu l'arrêté du 5 mai 2017 fixant pour l'année 2017 les éléments tarifaires mentionnés aux 1 à 3 du I de l'article L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale et aux 2° et 4° du E du III de l'article 78 modifié de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, notamment son article 4,

ARRETE

Article 1^{er}

La valeur du **coefficient de transition** mentionné au b) du 1° de l'article 6 du décret n° 2017-500 du 6 avril 2017 relatif à la réforme du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation est fixée à **0,85** pour la période du 1^{er} mars 2017 au 28 février 2018.

Article 2 :

La valeur du **coefficient prenant en compte l'activité de rééducation et de réadaptation** mentionné au 2° de l'article 6 du décret n° 2017-500 du 6 avril 2017 relatif à la réforme du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation est fixée à **1,42** pour la période du 1^{er} mars 2017 au 28 février 2018.

Article 3 :

Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours devant le tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale dans le délai d'un mois à compter de sa notification.

Article 4 :

La personne désignée par le Directeur Général de l'Agence régionale de Santé d'Ile-de-France est chargée de l'exécution du présent arrêté.

La caisse pivot de l'établissement est en charge du paiement des crédits mentionnés dans l'arrêté de paiement.

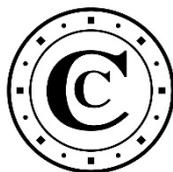
Paris, le 28 août 2017

Pour le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France,

et par délégation,

La Responsable du Département Pilotage Financier des Etablissements de Santé,
Claire-Lise BELLANGER-MAUFFRET





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

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

Chambre régionale des comptes Île-de-France

6, Cours des Roches

BP 187 NOISIEL

77315 MARNE-LA-VALLÉE CEDEX 2

Tél. : 01 64 80 88 88

www.ccomptes.fr/fr/crc-ile-de-france