



RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES
ET SA RÉPONSE

L'HOPITAL GERONTOLOGIQUE
PHILIPPE DUGUE
DE CHEVREUSE
(78)

Exercices 2013 et suivants

Observations délibérées le 19 septembre 2019

SOMMAIRE

SYNTHÈSE	5
RAPPELS AU DROIT ET RECOMMANDATIONS	7
OBSERVATIONS	9
1 OBSERVATIONS DE PROCÉDURE	9
2 L'ENVIRONNEMENT	9
2.1 Le département des Yvelines	9
2.1.1 Données démographiques.....	9
2.1.2 Un taux d'équipement nettement inférieur à la moyenne régionale.....	11
2.2 Les priorités de santé publique au niveau régional et départemental	11
2.2.1 Le plan régional de santé	11
2.2.2 Le schéma régional d'organisation des soins	12
2.2.3 Le schéma gériatrique départemental	12
3 LA GOUVERNANCE DE L'ÉTABLISSEMENT.....	13
3.1 Présentation générale	13
3.2 La question du statut de l'établissement	14
3.3 Le projet d'établissement et le projet d'établissement spécifique aux activités médico- sociales.....	16
3.4 Les outils de conventionnement	17
3.5 Un fonctionnement au minimum des instances	17
3.5.1 La direction de l'établissement.....	17
3.5.2 Le directoire.....	18
3.5.3 Le conseil de surveillance	18
3.5.4 La commission médicale d'établissement	19
3.5.5 La commission des usagers	20
3.6 Le management des risques	20
4 L'INTÉGRATION AU SEIN DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE YVELINES SUD.....	22
4.1 La constitution du groupement hospitalier de territoire.....	22
4.2 La filière gériatrique placée au second plan au sein du GHT	24
4.3 La nécessaire articulation avec les modes de coopération antérieurs au groupement hospitalier de territoire	24
4.4 Le système d'information	25
4.4.1 Organisation de la direction des systèmes d'information.....	25
4.4.2 Cartographie des applicatifs	25
4.5 Les achats.....	26
4.5.1 L'organisation de la fonction achats.....	26
4.5.2 Le respect des procédures en termes de commande publique.....	27
4.6 Des mutualisations à développer également sur les autres fonctions support	29

5	UNE SITUATION FINANCIÈRE CONFORTABLE EN DÉPIT DU COUT DE DESENSIBILISATION DE LA DETTE	30
5.1	La qualité de l'information budgétaire	31
5.1.1	Le choix du budget principal et des budgets annexes	31
5.1.2	La comptabilité analytique	32
5.1.3	Le vote du budget	33
5.1.4	L'affectation des résultats par activités	33
5.2	La fiabilité des comptes	34
5.2.1	La qualité de l'information fournie par les états financiers.....	34
5.2.2	L'inventaire des immobilisations corporelles	34
5.2.3	Les stocks	35
5.2.4	Les provisions.....	35
5.2.5	La comptabilisation de l'opération de désensibilisation	36
5.3	La performance financière de l'établissement	37
5.3.1	Le taux d'occupation et le profil des résidents	37
5.3.2	Les produits d'exploitation.....	38
5.3.3	Les charges d'exploitation.....	38
5.3.4	Un taux de marge brute élevé.....	39
5.3.5	Un niveau d'investissement insuffisant.....	42
5.3.6	Une trésorerie élevée	43
5.4	Un endettement encore élevé après l'opération de désensibilisation des emprunts structurés.....	45
5.4.1	Un niveau élevé de la dette financière.....	45
5.4.2	Des choix contestables opérés en 2006 pour le refinancement de l'opération immobilière.....	45
5.4.3	Une opération de désensibilisation des emprunts structurés, dans le cadre du dispositif national, finalisée en 2016.....	47
5.4.4	Un cout élevé pour les finances publiques	47
6	LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES.....	49
6.1	Des effectifs en retrait par rapport au niveau conventionné	49
6.2	Politique de recrutement et gestion prévisionnelle des emplois et compétences	50
6.3	Un temps de travail légèrement inférieur à la durée réglementaire annuelle	50
6.4	Le travail en cycle de douze heures non formalisé et non évalué.....	51
6.5	Une démarche active de prévention des risques professionnels	52
6.6	Des concessions de logement à encadrer.....	52
	ANNEXES.....	53

SYNTHÈSE

Un hôpital de proximité dont les activités ne sont pas clairement inscrites dans la structuration des filières mises en place au niveau du groupement hospitalier de territoire)

Le département des Yvelines bénéficie d'un taux d'équipement élevé pour l'offre sociale et médico-sociale à destination des personnes âgées. L'hôpital gériatrique de Chevreuse, implanté dans la Haute-Vallée de la Chevreuse, à 70 minutes de Paris et 30 minutes de Versailles, desservi par le RER B, est situé dans le sud du département à la frontière de territoires urbains et ruraux, dans une zone peu dynamique en termes démographiques et économiques.

Le groupement hospitalier de territoire Yvelines sud, constitué au 1^{er} juillet 2016, s'est mis en place mais l'hôpital gériatrique de Chevreuse, du fait de ses activités spécifiques dans le secteur aval, de sa localisation géographique et de sa taille, n'a pas pleinement profité des chantiers lancés. S'appuyant sur une dynamique autonome, il a poursuivi, sans recherche de cohérence, les travaux de mutualisation des fonctions support (achats, informatique) engagés avec l'hôpital pédiatrique et de rééducation de Bullion, proche géographiquement, avec lequel il partage une direction commune.

Une spécialisation dans l'hébergement des personnes âgées en décalage avec son statut de centre hospitalier

L'établissement a changé plusieurs fois de statut mais son statut actuel d'établissement public de santé, suite à la loi hôpital, patients, santé et territoires de 2009, n'est adapté ni à sa taille ni à son portefeuille d'activités. Les pôles d'activité n'ont pas été établis, la permanence des soins est mutualisée avec l'hôpital de pédiatrie et de rééducation de Bullion et l'établissement ne dispose pas de département de l'information médicale.

La mise en place du groupement hospitalier Yvelines Sud doit être l'occasion de revoir le portefeuille d'activités de l'établissement et de réinterroger les mutualisations avec l'hôpital pédiatrique et de rééducation de Bullion. La labellisation en hôpital de proximité pourrait aussi être une solution, à l'instar de l'hôpital local d'Houdan et du centre hospitalier de La Mauldre, les deux seules structures retenues en Île-de-France, qui font aussi parties du GHT Yvelines Sud.

Une situation financière confortable après une opération de désensibilisation de la dette coûteuse pour les finances publiques

L'hôpital gériatrique de Chevreuse s'est retrouvé fin 2014 avec un endettement de plus de 7 M€ constitué à 80 % de prêts structurés. Il a fait partie des premiers établissements publics de santé identifiés dans le cadre du dispositif d'accompagnement mis en place par le ministère de la santé pour la sécurisation des emprunts structurés. Un accord a été trouvé dès 2015 avec les différentes parties prenantes pour revenir à un endettement à taux fixe. Cette opération de désensibilisation a eu un coût total de près de 10 M€ dont 3,5 M€ versés par l'agence régionale de santé selon le protocole d'accord signé en 2015.

A la fin de 2018, au terme de l'opération de désensibilisation, la situation de l'établissement était bonne tant en termes de performance financière que de niveau de trésorerie. Il dégagait en effet un taux de marge brute élevé et disposait d'une trésorerie représentant six mois de charges courantes, ce qui devait lui permettre de rattraper son retard en matière d'investissements.

Un établissement qui se distingue par son engagement pour la qualité de la prise en charge mais qui doit améliorer sa gestion administrative et financière

L'établissement se distingue par un fort engagement en faveur de la prévention des risques et la qualité de la prise en charge. Il a fait un effort particulier d'amélioration de la qualité de vie au travail et de prévention des risques professionnels, dont l'effet a été immédiat sur le taux d'absentéisme.

Il doit mettre à jour le projet d'établissement pour les années 2018 et suivantes, le projet d'établissement médico-social et le règlement de fonctionnement, et veiller à un fonctionnement de ses instances conforme aux dispositions du code de la santé publique.

La chambre invite l'établissement à améliorer la fiabilité de ses comptes, notamment en ce qui concerne l'actif immobilisé et les provisions, à respecter la procédure budgétaire et à fournir des états financiers conformes aux dispositions de la nomenclature budgétaire et comptable applicable.

L'hôpital gériatrique de Chevreuse dispose d'effectifs inférieurs aux prévisions de la convention tripartite, ce qui traduit son manque d'attractivité pour certaines professions. L'accord local sur le temps de travail doit être revu pour y intégrer la journée de solidarité et, le cas échéant, un cycle de travail en 12 heures. En effet, certains personnels soignants travaillent d'ores et déjà en 12 heures sans que cette organisation du travail ait été formellement évaluée et en dépit d'un risque d'un surcoût pour l'établissement, les heures effectuées en sus du cycle de travail normal étant rémunérées en heures supplémentaires.

RAPPELS AU DROIT ET RECOMMANDATIONS

Au terme de ses travaux, la chambre adresse des rappels au droit et des recommandations reprises dans la présente section.

Rappels au droit :

- Rappel au droit n° 1 : Mettre à jour le projet d'établissement pour les années 2018 et suivantes (article L. 6143-2 du code de la santé publique) ainsi que le règlement de fonctionnement (article L. 311-7 du code de l'action sociale et des familles) et le projet d'établissement médico-social (article L. 311-8 du même code). 16
- Rappel au droit n° 2 : Rétablir le fonctionnement normal des instances (nombre de réunions, mode d'élection, fonctionnement) prévu par le code de la santé publique. 20
- Rappel au droit n° 3 : Revenir à une stricte application des règles budgétaires et comptables prévues en fonction du statut de l'établissement. 32
- Rappel au droit n° 4 : Mettre en place conformément aux dispositions de l'article R. 6145-7 du code de santé publique une comptabilité analytique au sein de l'établissement. 32
- Rappel au droit n° 5 : Se conformer aux dispositions de l'article R. 6145-44 du code de la santé publique pour la production des comptes, notamment des annexes et du rapport conjoint du comptable public et de l'ordonnateur. 34
- Rappel au droit n° 6 : Formaliser les procédures d'inventaire des immobilisations et des stocks, procéder à un inventaire physique, conformément aux dispositions de l'instruction budgétaire et comptable M21, et s'assurer, en lien avec le comptable public, de sa concordance avec l'état de l'actif et la comptabilité de l'établissement. 35
- Rappel au droit n° 7 : Réviser l'accord relatif au temps de travail pour respecter la durée réglementaire annuelle en y intégrant la journée de solidarité. 51

Les autres recommandations adressées par la chambre sont les suivantes :

- Recommandation n° 1 : Revoir, en s'appuyant sur le nouveau cadre réglementaire des hôpitaux de proximité et sur le projet du groupement hospitalier de territoire Yvelines Sud, le portefeuille d'autorisations d'activités et leur implantation sur le site de Chevreuse en cohérence avec le statut de l'établissement. 16
- Recommandation n° 2 : S'appuyer sur les opportunités offertes par la mise en place du groupement hospitalier de territoire Yvelines Sud pour réinterroger les mutualisations entre l'établissement et l'hôpital de pédiatrie de rééducation de Bullion. 18
- Recommandation n° 3 : Rationaliser les structures de coopération externes et approfondir la mutualisation au sein du groupement hospitalier de territoire (GHT) des fonctions clés non totalement assurées par l'établissement..... 24
- Recommandation n° 4 : Fixer, avec le groupement hospitalier de territoire (GHT), un calendrier précis de mutualisation, au bénéfice de tous les membres, des fonctions médicot techniques et hôtelières..... 30
- Recommandation n° 5 : En s'appuyant sur les compétences du groupement hospitalier de territoire, finaliser les travaux de mise aux normes nécessaires sur le site de Chevreuse..... 42
- Recommandation n° 6 : Formaliser et justifier par une évaluation périodique la pertinence de la mise en place d'un dispositif spécifique du travail sur douze heures. 52
-

*« 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 OBSERVATIONS DE PROCÉDURE

Le contrôle des comptes et de la gestion de l'hôpital gériatrique de Chevreuse a été inscrit au programme 2018 de la chambre régionale des comptes Île-de-France par arrêté n° 17-51 du 1^{er} décembre 2017. Il porte sur les exercices 2013 jusqu'à la période la plus récente.

Les différentes étapes de la procédure, telles qu'elles ont été définies par le code des juridictions financières et précisées par le recueil des normes professionnelles des juridictions financières, sont rappelées en annexe 1.

2 L'ENVIRONNEMENT

2.1 Le département des Yvelines

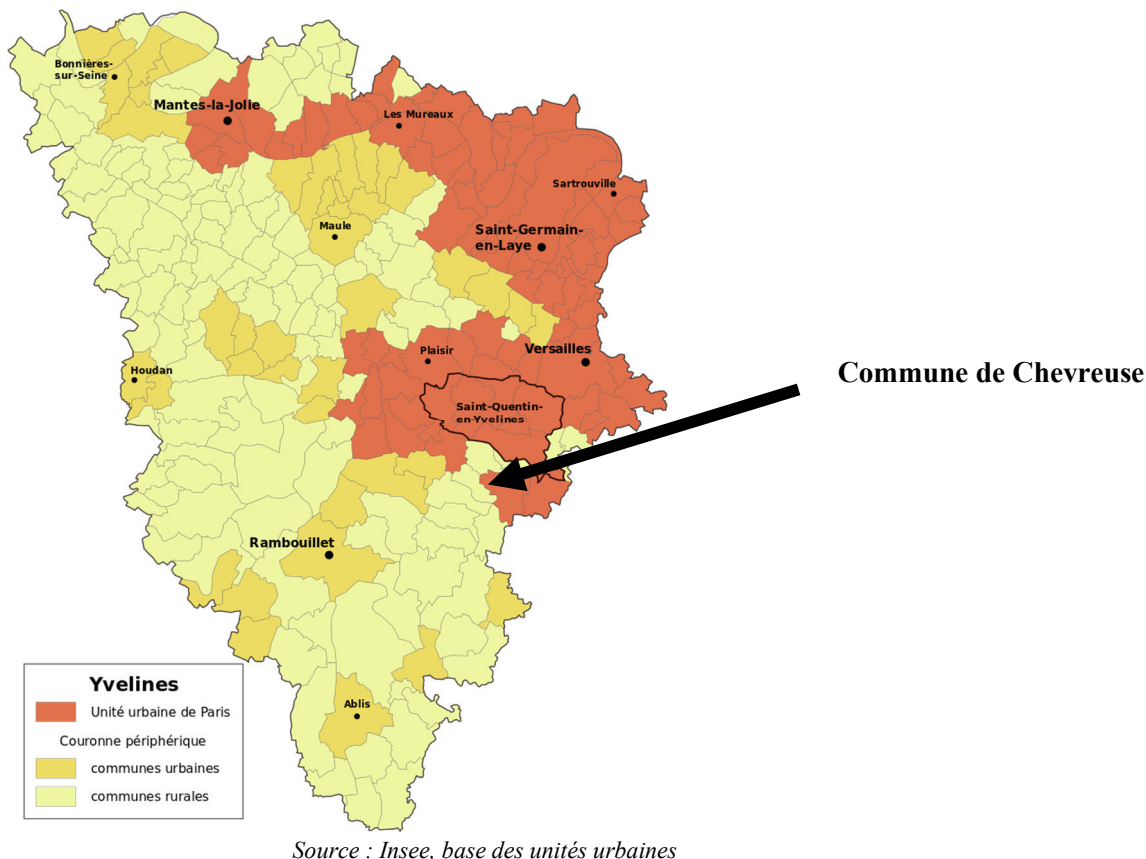
2.1.1 Données démographiques

Les Yvelines sont l'un des huit départements de la région Île-de-France. Le département compte 262 communes pour une superficie de 2 284 km². C'est le plus étendu des trois départements issus du découpage de l'ancienne Seine-et-Oise.

Au 1^{er} janvier 2015, le département des Yvelines comptait 1 427 291 habitants. Après avoir connu au début des années 2000, une forte croissance (+ 6 000 habitants par an), la population du département augmente moins vite que le reste de l'Île-de-France, notamment la grande couronne.

La commune de Chevreuse se situe à la limite méridionale du département des Yvelines dans la vallée de Chevreuse, sur les bords de l'Yvette, juste avant la confluence avec le Rhodon, à 28 km au sud-ouest de Paris. Chevreuse est la dernière commune de la vallée à être incluse dans l'unité urbaine de Paris, en allant vers l'ouest. Elle fait partie de la 2^{ème} circonscription du département.

Carte n° 1 : Carte des unités urbaines dans le département des Yvelines



L'hôpital gériatrique Philippe Dugué de Chevreuse fait partie du territoire de santé Yvelines Sud, à la frontière entre la partie la plus urbanisée et la partie rurale du département. Il se situe dans la partie la moins dynamique du département sur le plan démographique. La commune de Chevreuse, sur laquelle est implanté l'établissement, a vu sa population diminuer de 1,8 % entre 2010 et 2015 (5 667 habitants en 2015 contre 5 933 habitants en 2010).

Selon le scénario tendanciel de l'INSEE, le département devrait compter, à horizon 2050, 1 448 500 habitants, et l'âge moyen des habitants des Yvelines devrait augmenter plus rapidement que dans le reste de l'Île-de-France. Il serait de 43,2 ans en 2050 contre 38,0 ans en 2013. En 2050, les Yvelines seraient le deuxième département le plus âgé de la région, juste après les Hauts-de-Seine.

En 2015, le département des Yvelines comptait un peu plus de 105 000 habitants âgés de 75 ans ou plus, soit 7,4 % de la population contre 6,6 % cinq ans plus tôt. Leur nombre pourrait doubler d'ici 2050 pour atteindre près de 220 000 habitants. Alors que la part des plus âgés représente moins de 7 % de la population départementale en 2013, elle atteindrait 15,1 % en 2050. Les Yvelines seraient ainsi le département francilien où les 75 ans ou plus seraient proportionnellement les plus présents.

2.1.2 Un taux d'équipement nettement inférieur à la moyenne régionale

Le taux d'équipement en structures pour personnes âgées de 75 ans et plus est inférieur dans les Yvelines (136) aux moyennes régionale (140) et nationale (148)¹.

Tableau n° 1 : Taux d'équipement de structures d'accueil des personnes de 75 ans et plus en 2015

	Taux d'équipement en places (pour 1 000 personnes de 75 ans ou plus)	Soins de longue durée (nombre de lits)	EHPAD (nombre de lits)	Logements-foyers (nombre de logements)	Soins à domicile (nombre de places)
Yvelines	136	486	8 846	2 553	1 798
Ile de France	140	4 950	63 027	25 951	18 001
France métropolitaine	148	31 218	596 462	118 155	122 101
Part des Yvelines dans la région Ile de France		9,8 %	14,0 %	9,8 %	10,0 %

Source : DREES, Enquête nationale EHPA établissements d'hébergement pour personnes âgées²

En 2015, 110 établissements gériatriques (unités de soins de longue durée, établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes, etc.) étaient autorisés dans les Yvelines, offrant une capacité globale de 9 300 places dont 9 140 places en accueil permanent, 51 places en accueil temporaire et 94 places en accueil de jour.

Afin de se détacher de l'indicateur habituellement utilisé des taux d'équipement (nombre de places pour 1 000 personnes de 75 ans et plus), peu révélateur du niveau de service rendu aux populations, l'Agence régionale de santé a décidé de retenir, dans le cadre du plan régional de santé publique de 2018, une approche globale par le biais de la création d'un indice composite, calculant les besoins des populations très âgées de chaque territoire par leur nombre pondéré par les dépenses en soins et au titre de leur dépendance. Selon cet indicateur, le département des Yvelines fait partie des territoires déficitaires en équipement, notamment en EHPAD.

2.2 Les priorités de santé publique au niveau régional et départemental

2.2.1 Le plan régional de santé

Dans le cadre du plan régional de santé (PRS) en vigueur pour la période 2013-2017, l'Agence régionale de santé Île-de-France a autorisé, entre 2013 et 2018, 19 unités d'hébergement renforcées (UHR) pour des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer avec des troubles sévères du comportement, ainsi que l'intervention d'une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) auprès des patients en unités de soins de longue durée (USLD). L'hôpital gériatrique Philippe Dugué de Chevreuse ne fait pas partie des établissements concernés.

Le premier projet régional de santé est arrivé à son terme fin 2017. En 2018, un second projet régional de santé a pris la relève dans un cadre rénové. Il confirme les orientations du précédent schéma en insistant sur la nécessaire coopération au niveau territorial pour la prise en charge des personnes âgées et sur le développement de l'offre pour le soutien de la vie à domicile.

¹ Voir le détail de l'offre sociale et médico-sociale pour personnes âgées dans le département des Yvelines en annexe 3.

² Pour l'analyse détaillée, voir « L'accueil des personnes âgées en établissement : entre progression et diversification de l'offre », Les Dossiers de la Drees, n° 20, Drees, septembre 2017.

2.2.2 Le schéma régional d'organisation des soins

Le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) détermine les évolutions nécessaires de l'offre de soins, en vue de satisfaire d'une manière optimale la demande de santé, sur la base de l'analyse des besoins par territoire et en cohérence avec le plan régional de santé.

Entre 2013 et 2017, se sont appliqués le SROS III sur la période 2006-2011 puis le SROS IV sur la période 2012-2017.

Aucun de ces deux SROS n'a permis au centre hospitalier de Chevreuse de bénéficier d'un repositionnement clair. Après les transformations capacitaires intervenues en 1999, l'établissement n'a pas été identifié comme nécessitant un accompagnement spécifique.

2.2.3 Le schéma gériatrique départemental

Prévu par la loi du 2 janvier 2002³, le schéma d'organisation sociale et médico-sociale est un outil de planification permettant, à partir d'une analyse des besoins et d'une évaluation des ressources disponibles, de programmer l'évolution et l'adaptation des dispositifs pour les cinq prochaines années.

Après avoir adopté son schéma départemental le 28 mai 2010, le département des Yvelines a voté, le 23 mars 2012, une nouvelle programmation des équipements et services sociaux et médico-sociaux pour la période 2012-2018 avec le double objectif de répondre aux besoins non encore couverts et de proposer des réponses adaptées dans une logique d'offre de services de proximité souple et diversifiée.

Le conseil départemental a aussi organisé la fusion des coordinations gériatriques locales (CGL) et coordinations handicap locales (CHL) sur la base d'un appel à projet pour les territoires. Des 18 structures en 2010 ne subsisteront que six pôles autonomie⁴, articulés sur le nouveau découpage des six territoires d'action départementale et implantés si possible au sein des maisons départementales des Yvelines (MD'Y) chargées de mettre en œuvre la politique solidarité du département.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Le département des Yvelines bénéficie d'un taux d'équipement élevé pour l'offre sociale et médico-sociale à destination des personnes âgées. L'hôpital gériatrique de Chevreuse, implanté dans la Haute-Vallée de la Chevreuse, à 70 mn de Paris et 30 mn de Versailles, desservi par le RER B est situé dans le sud du département des Yvelines, en grande couronne, à la frontière des territoires urbains et ruraux, dans une zone qui n'est pas la partie la plus dynamique du département tant en termes démographique que de développement économique.

³ Article L. 312-4 du code de l'action sociale et des familles

⁴ Maisons de l'autonomie consacrées dans l'article 54 de la loi sur l'adaptation de la société au vieillissement.

3 LA GOUVERNANCE DE L'ÉTABLISSEMENT

3.1 Présentation générale

Apparu au XIII^{ème} siècle, le premier hôpital de Chevreuse était un hôpital pour lépreux s'appelant la maladrerie de Saint-Lubin. Un Hôtel Dieu est également créé sur la commune au XIV^{ème} siècle. Mais ce n'est qu'à la fin du XIX^{ème} siècle, vers 1870, que l'établissement devient un hospice pour indigents de la commune, remplaçant l'ancien Hôtel Dieu et l'ancienne maladrerie.

Par la suite, il se transforme en hôpital local en 1975. Les lits de médecine disparaissent en 1996. Il devient un centre de gériatrie et d'accueil spécialisé en 2005 et enfin un hôpital gériatrique en 2009.

Suite à la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires dite « loi HPST », l'hôpital gériatrique Philippe Dugué de Chevreuse a pris le statut d'établissement public de santé (EPS).

Depuis le 1^{er} juillet 2016, il fait partie du groupement hospitalier de territoire sud Yvelines, dont l'établissement support est le centre hospitalier de Versailles (CHV).

Quatre activités, au bénéfice des personnes âgées ou de personnes en situation de handicap, coexistent au sein de l'établissement, avec des autorisations relevant du sanitaire et d'autres du social et médico-social.

Tableau n° 2 : Récapitulatif des autorisations

Activité et/ou équipement	Date d'autorisation initiale	Date du dernier renouvellement	Principaux documents
USLD	24 octobre 1991	Décision de l'ARH Île-de-France du 20 décembre 2000 de passer à 87 lits, confirmée par l'arrêté du 18 juin 2001, arrêté conjoint ARH et Préfecture 09-78-0143 non fourni. Renouvellement par accord tacite de l'ARS Ile de France.	Arrêté de création du 24 octobre 1991 (25 lits), arrêté d'extension du 12 décembre 1994 (62 lits), puis arrêté du 12 décembre 1994 pour extension à 62 lits
EHPAD	19 mai 2006	3 janvier 2017	Arrêté conjoint du 18 juin 2001 pour création d'un service de 45 lits, arrêté préfectoral A-06-01109 et CG 2006-tarif-216, arrêté ARS 2010-180 et CG 2010-tarif-214, courrier ARS du 30 décembre 2016
PASA⁵	2 juin 2015		Arrêté ARS 2015-153 et CD 2015-tarif-226
SSIAD⁶	27 avril 1990	3 janvier 2017	Arrêté du 19 janvier 1999 pour la création d'un service de 36 places, arrêté du 22 mai 2001 confirmé par l'arrêté du 18 juin 2001 pour extension à 40 places, arrêté du 5 août 2008 pour extension à 42 places, courrier ARS du 29 janvier 2015
MAS⁷	18 janvier 1999	3 janvier 2017	Arrêté du 19 janvier 1999 pour la création d'un service de 36 places, arrêté du 22 mai 2001 confirmé par l'arrêté du 18 juin 2001 pour extension à 40 places, arrêté du 5 août 2008 pour extension à 42 places, courrier ARS du 12 décembre 2016

Source : établissement

⁵ Pôle d'activités et de soins adaptés.

⁶ Services de soins infirmiers à domicile.

⁷ Maison d'accueil spécialisée.

Autour de la spécialisation gériatrique, le développement des activités s'est fait par vagues, sans nécessaire vision d'ensemble. Cela se vérifie dans l'implantation des activités sur le site. Ainsi, la MAS a été ajoutée en 2005 au cœur de l'établissement en rez-de-chaussée, près des zones de vie communes (accueil, cuisine), ce qui peut poser des problèmes (déplacements intempestifs, violence) pour le fonctionnement à la fois du service et de l'établissement dans son ensemble. Ce positionnement permet cependant, selon la directrice, de conserver l'autonomie des résidents dont certains ne peuvent utiliser l'ascenseur du fait de leur handicap.

L'EHPAD, quant à lui, a été installé au premier étage pour, selon la directrice de l'établissement, éviter le risque de fugue des personnes âgées, dont certaines atteintes de troubles cognitifs. A noter cependant que l'établissement, situé au cœur du village de Chevreuse, est entouré d'un mur de clôture avec deux accès munis de codes d'entrée.

Après déplacement du SSIAD en 2015, une maison d'hôte a été créée en 2017 pour s'apercevoir ensuite qu'elle devait être rasée pour permettre l'extension de l'USLD.

L'identité visuelle des zones respectives n'est pas évidente. Malgré la mixité des populations et l'absence de ségrégations, l'organisation mise en œuvre présente un risque de confusion tant à l'intérieur (répartition du personnel et des moyens) que pour les visiteurs.

L'implantation des unités Alzheimer PASA et UHR, ainsi que les projets en cours avec le centre hospitalier de Bullion et plus généralement le GHT 78 Sud, pourraient être l'occasion de repenser l'implantation globale du site de Chevreuse dans le respect des préconisations émises par le ministère de la santé⁸.

3.2 La question du statut de l'établissement

Les unités de soins de longue durée (USLD) s'inscrivent dans la politique conduite en direction des personnes âgées depuis plus de quatre décennies. Elles trouvent leur origine dans la transformation des hospices, prévue dans la loi n° 75-735 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. Elles ont pris le relais des services dits de « *long séjour* » et se définissent comme « *des unités hospitalières, comportant un hébergement, pour des personnes n'ayant pas leur autonomie de vie dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien.* ».

Elles constituent, au même titre que les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), une modalité d'hébergement pour les personnes âgées ne pouvant plus rester à domicile. Elles se rapprochent également de ce mode d'hébergement par des moyens de financement identiques. Toutes deux sont en effet soumises à un mode de financement ternaire⁹, distinguant l'hébergement, le soin et la dépendance, pour lesquels interviennent de manière conjointe l'État via l'agence régionale de santé et le département au côté de la personne hébergée. Dès lors, dans la mesure où les personnes prises en charge en unité de soins de longue durée ont un état de santé dégradé, la distinction entre les deux types de structures se fait au niveau de la médicalisation. Cela se traduit notamment par des ratios en personnel plus importants.

La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale actualise la loi de 1975 et définit le secteur social et médico-social comme un ensemble homogène, soumis à des règles communes.

⁸ Le cahier des charges pour les PASA et UHR, publié par le ministère de la santé, prévoit dans le respect des règles de sécurité pour les résidents, libre circulation et accès soit en rez-de chaussée soit à l'étage à un jardin ou une terrasse.

⁹ La loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 vise aussi bien les établissements médico-sociaux (article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles) que les unités de soins de longue durée (article L. 6111-2 du code de la santé publique).

Comme le précise l'instruction DHOS/F 2 n° 2003-332 du 7 juillet 2003 relative à la signature des conventions tripartites pour les USLD, « *aucune conséquence juridique n'est induite par le transfert des USLD dans le champ médico-social pour les établissements publics de santé qui exercent d'autres activités sanitaires que les soins de longue durée (ex : activités MCO¹⁰ ; SSR¹¹ ou psychiatriques)* ».

En revanche, ce transfert bouscule le fonctionnement des hôpitaux locaux n'exerçant aucune autre activité sanitaire que les soins de longue durée du fait de la nécessité de respecter les obligations prévues dans le code de santé publique en termes de gouvernance, de système d'information et d'organisation de la permanence des soins.

La mise en place de pôles est prévue à L. 6146-1 du code de la santé publique. L'hôpital gériatrique Philippe Dugué de Chevreuse ne respecte pas cette obligation. La direction de l'établissement a indiqué qu'il n'était pas organisé en pôles « *compte tenu de sa taille et des secteurs d'activité* ». Mais, dans l'esprit des textes, il pourrait y avoir un pôle USLD, un pôle EHPAD et des pôles médicotextiques. La chambre rappelle que la mise en place de pôles facilite le dialogue de gestion.

La chambre note que le maintien des effectifs médicaux à l'hôpital gériatrique de Chevreuse présente une difficulté réelle, d'une part, du fait de la démographie médicale et des problèmes de recrutement de médecins motivés par la gériatrie et, d'autre part, du fait de l'isolement géographique de l'établissement. Au quotidien, la permanence des soins est assurée par des médecins (généralistes ou gériatres) qui sont soit directement affectés dans l'établissement, soit mis à disposition ou détachés du centre hospitalier de Rambouillet. Afin d'avoir des prises en charges homogènes, des protocoles ont été élaborés après concertation entre les cinq médecins intervenants pour la nuit, le week-end et les fériés. Des astreintes de sécurité téléphoniques sont programmées et assurées par l'équipe médicale de l'hôpital gériatrique de Chevreuse. Cependant, ces dispositions ne remplissent pas les conditions d'une permanence des soins telles que prévues pour un centre hospitalier.

De même, la nomination d'un directeur de l'information médicale (DIM) est obligatoire dans tout établissement de santé, au regard de l'article L. 710-6 du code de la santé publique, même s'ils n'ont pas d'activité relevant de la tarification à l'activité. L'hôpital gériatrique de Chevreuse ne respecte pas cette obligation alors que ni sa taille ni ses activités ne l'en exonèrent.

Afin de répondre à une demande de prise en charge de qualité sur l'ensemble du territoire, articulant le sanitaire et le médico-social, l'article 54 de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014, a introduit la catégorie « *d'hôpitaux de proximité* » définie à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique. Les hôpitaux de proximité sont « *des établissements de santé publics ou privés qui contribuent, par des coopérations avec les structures et professionnels de médecine ambulatoire et avec les établissements et services médico-sociaux, à l'offre de soins de premier recours dans les territoires qu'ils desservent. Ils permettent aux patients qui s'adressent à eux d'accéder à des consultations spécialisées, dans le cadre des coopérations qu'ils développent, et assurent, en cas de nécessité, l'orientation des patients vers des structures dispensant des soins de second recours. Les hôpitaux de proximité exercent une activité de médecine* ».

L'arrêté ministériel du 23 juin 2016 fixe la liste des hôpitaux de proximité comprend l'hôpital local de Houdan participant au même groupement hospitalier de territoire que l'hôpital gériatrique de Chevreuse. Cet arrêté a été complété par un nouvel arrêté du 29 mai 2019 et seuls deux hôpitaux de proximité sont retenus en Île-de-France, l'hôpital local de Houdan et le centre hospitalier de La Mauldre, tous les deux membres du groupement hospitalier de territoire Yvelines Sud, comme le centre hospitalier de Chevreuse.

¹⁰ Médecine chirurgie obstétrique

¹¹ Soins de suite et réadaptation

Le gouvernement prévoit, via le plan Ma Santé 2022, d'accélérer le déploiement de ces hôpitaux de proximité et de labelliser 500 à 600 structures, constituant un premier niveau de la gradation des soins hospitaliers en médecine (pas nécessairement chirurgie ou obstétrique).

La chambre invite l'hôpital gériatrique de Chevreuse à profiter de ce nouveau cadre réglementaire pour clarifier définitivement son statut, revoir son portefeuille d'activités (par exemple par le développement de consultations avancées de médecine) et ses autorisations, dont certaines sont à renouveler, en vue de développer une offre en cohérence avec les attentes des patients du territoire.

A la suite des observations de la chambre, la directrice de l'établissement s'est engagé à mettre en place des pôles d'activité au sein de l'établissement.

Recommandation n° 1 : Revoir, en s'appuyant sur le nouveau cadre réglementaire des hôpitaux de proximité et sur le projet du groupement hospitalier de territoire Yvelines Sud, le portefeuille d'autorisations d'activités et leur implantation sur le site de Chevreuse en cohérence avec le statut de l'établissement.

3.3 Le projet d'établissement et le projet d'établissement spécifique aux activités médico-sociales

Après avoir réalisé un bilan du précédent projet d'établissement, l'hôpital gériatrique de Chevreuse a défini son projet d'établissement pour la période 2013-2017. Il précise que « *la raison d'être de l'établissement (était) d'accompagner les personnes fragilisées (par un accident, une maladie, un handicap ou tout simplement l'avancée en âge), en proposant des soins à domicile ou en accueillant les personnes pour lesquelles le maintien à domicile est devenu complexe* ». Cette ambition se décline dans le projet médical, le projet de soins, le projet de vie, la politique éthique et qualité, et le projet animation. Le document a été validé par l'ensemble des instances de gouvernance.

La chambre n'a pas eu communication du projet d'établissement pour les années 2018 et suivantes.

En outre, tous les EHPAD, comme tous les autres établissements ou services sociaux ou médico-sociaux, qu'ils soient rattachés à un hôpital ou autonomes, doivent établir un projet d'établissement médico-social, prévu à l'article L. 311-8 du code de l'action sociale et des familles. L'hôpital gériatrique Philippe Dugué de Chevreuse n'a pas formalisé de projet d'établissement pour l'EHPAD.

L'établissement a adopté un règlement de fonctionnement en novembre 2015 mais ce document n'a pas été actualisé¹².

A la suite des observations de la chambre, la directrice s'est engagé à finaliser le projet d'établissement, le projet de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et à mettre à jour le règlement intérieur.

Rappel au droit n° 1 : Mettre à jour le projet d'établissement pour les années 2018 et suivantes (article L. 6143-2 du code de la santé publique) ainsi que le règlement de fonctionnement (article L. 311-7 du code de l'action sociale et des familles) et le projet d'établissement médico-social (article L. 311-8 du même code).

¹² Article L311-7 du code de l'action sociale et des familles « Afin de garantir l'exercice effectif des droits mentionnés à l'article L. 311-3 et notamment de prévenir tout risque de maltraitance, lors de son accueil dans un établissement ou dans un service social ou médico-social, il est remis à la personne ou à son représentant légal un livret d'accueil auquel sont annexés : a) Une charte des droits et libertés de la personne accueillie, arrêtée par les ministres compétents après consultation de la section sociale du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale mentionné à l'article L. 6121-7 du code de la santé publique ; la charte est affichée dans l'établissement ou le service ; b) Le règlement de fonctionnement défini à l'article L. 311-7. »

3.4 Les outils de conventionnement

Du fait de son activité spécifique, l'hôpital gériatrique de Chevreuse doit compléter son projet d'établissement par deux autres documents : la convention tripartite pour l'USLD (article L. 313-12 IV bis du code de l'action sociale et des familles) et le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) pour l'EHPAD (article L. 313-12 IV ter du code de l'action sociale et des familles).

La chambre note que l'évaluation interne a été finalisée en novembre 2014 et l'évaluation externe en janvier 2015. Dans les deux cas, les différentes activités médico-sociales (EHPAD, SSIAD, MAS) ont été prises en compte. Ces évaluations sont des préalables indispensables au conventionnement.

La convention tripartite pour l'USLD, datant de mars 2006, a été actualisée en mars 2012.

Pour l'EHPAD, le CPOM devait être, dans le cas de l'hôpital gériatrique de Chevreuse, établi avant fin 2018.¹³

En réponse aux observations de la chambre, l'objectif indiqué par l'établissement comme par l'agence régionale de santé Île-de-France est de finaliser avant fin 2019 le nouveau CPOM médico-social global intégrant les trois activités EHPAD, SSIAD et MAS ainsi que le renouvellement de la convention tripartite USLD.

3.5 Un fonctionnement au minimum des instances

La chambre a analysé les réunions des différentes instances de l'établissement.

Tableau n° 3 : Tableau récapitulatif des séances des principales instances

Instances	Exigences réglementaires	2013	2014	2015	2016	2017	1 ^{er} semestre 2018
Directoire	8	4	3	4	5	4	1
Conseil de surveillance	4	3	3	2	4	3	1
Commission médicale d'établissement	4	3	3	3	4	3	2

Source : CRC Ile-de-France (d'après les données de l'établissement)

3.5.1 La direction de l'établissement

La directrice de l'hôpital gériatrique de Chevreuse est en fonction depuis 2009, après avoir été adjointe et directrice par intérim entre 2006 et 2009. Elle assure également depuis le 1^{er} mai 2016¹⁴ l'intérim de direction de l'hôpital pédiatrique et de rééducation de Bullion.

Les deux établissements de Bullion et de Chevreuse sont distants seulement d'une dizaine de kilomètres, soit une dizaine de minutes en voiture. Au 1^{er} janvier 2018, la direction par intérim s'est transformée en direction commune entre les deux établissements. Cette direction commune fait l'objet d'une convention signée en juin 2017 et validée par les conseils de surveillance des deux établissements en décembre 2017. Elle précise en particulier les modalités de répartition du temps de travail du directeur ainsi que la possibilité d'intervention

¹³ Arrêté n° 2017-148 de l'ARS Ile de France et du département des Yvelines portant programmation 2018-2022 des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens prévus au IV ter de l'article L. 313-12 et L. 313-12-2 du CASF pour les organismes gestionnaires d'établissements et de services mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du CASF à compétence tarifaire conjointe.

¹⁴ Arrêté 16-78-027 du 7 avril 2016

dans les deux établissements des directeurs adjoints et cadres de direction de l'hôpital gériatrique de Chevreuse et de l'hôpital pédiatrique et de rééducation de Bullion. Certains responsables voient aussi leur temps de travail partagé entre les deux établissements (responsable des systèmes d'information et responsable de la qualité notamment).

L'arrêté du centre national de gestion du 2 février 2018 a nommé l'équipe de direction des deux établissements. Chaque établissement conserve dans les faits un directeur-adjoint spécifique et les occasions d'échanges sont rares.

Même si les synergies entre activités sont faibles, la constitution de ce pôle commun est porteuse de sens pour la mutualisation des ressources médicales ou paramédicales comme des fonctions support (achats, finances, ressources humaines, système d'information). La complémentarité des champs d'intervention (enfance d'un côté, grand âge de l'autre) comme la proximité géographique sont de nature à permettre de rassurer les professionnels sur la poursuite de leur activité et de leur proposer des mobilités. La réflexion en cours sur les hôpitaux de proximité ainsi que le projet médical du groupement hospitalier de territoire (GHT) pourraient fournir l'opportunité d'aller plus loin.

Recommandation n° 2 : S'appuyer sur les opportunités offertes par la mise en place du groupement hospitalier de territoire Yvelines Sud pour réinterroger les mutualisations entre l'établissement et l'hôpital de pédiatrie de rééducation de Bullion.

3.5.2 Le directoire

Prévu à l'article D. 6143-35-2 du code de la santé publique, le directoire est une instance collégiale ayant un rôle d'appui et de conseil au directeur de l'établissement. Il est obligatoirement consulté par le directeur sur l'ensemble des compétences qui lui sont octroyées par l'article L. 6143-7 du code de la santé publique¹⁵. Sur la période sous revue, le directoire s'est réuni entre trois et cinq fois par an. L'article D. 6143-35-5 du code de la santé publique prévoit qu'il se réunit au moins huit fois par an sur un ordre du jour déterminé, ce qui n'a pas toujours été respecté au centre hospitalier de Chevreuse.

La chambre rappelle qu'au-delà du respect des obligations réglementaires, le bon fonctionnement du directoire est un gage de la qualité du pilotage stratégique de l'établissement.

3.5.3 Le conseil de surveillance

Selon l'article L. 6143-1 du code de la santé publique, le conseil de surveillance se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement. Les autorités de contrôle y sont représentées. De fait, elles n'ont été présentes qu'une fois sur quatre en moyenne de 2013 à 2018. La taille réduite de l'établissement peut expliquer cette présence plutôt rare. Toutefois, certains enjeux auraient mérité un plus grand engagement de leur part.

Le conseil de surveillance est présidé statutairement par le maire de Chevreuse. Suite à son décès, son adjointe l'a remplacé le 23 octobre 2017. L'article R. 6143-10 prévoit que le conseil de surveillance ne peut délibérer valablement que lorsque la moitié plus un au moins des membres assistent à la séance. La chambre estime que l'élection de la présidente du conseil de surveillance en octobre 2017 est irrégulière car le quorum n'était pas atteint. Seulement trois membres sur neuf étaient présents. Cependant, une seconde

¹⁵ Le directoire est doté des attributions suivantes :

- approbation du projet médical, préparée par le président de la commission médicale d'établissement avec le directeur ;
- préparation du projet d'établissement (délibération du conseil de surveillance), notamment sur la base du projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques ;
- conseil auprès du directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement.

réunion en vue d'un vote sur le même sujet n'a pas été organisée. A la suite des observations de la chambre, il a été procédé le 7 juin 2019 à l'élection dans les formes de la présidente du conseil de surveillance.

En outre, l'établissement n'a pas été en mesure de transmettre le règlement intérieur du conseil de surveillance ni la procédure d'élection du président et du vice-président (article L. 6143-5 et R. 6143-5 et suivants du code de la santé publique).

Au final, entre 2013 et 2018, l'instance n'a pu exercer son pouvoir de contrôle car elle s'est réunie moins de quatre fois par an, en contradiction avec l'article R. 6143-11 du code de la santé publique, sans que le quorum soit toujours atteint. L'établissement n'a pas utilisé la possibilité de report du vote en l'absence de quorum, ce qui fragilise juridiquement les décisions prises.

La chambre appelle à la vigilance de la direction de l'établissement ainsi que des membres du conseil de surveillance et les autorités de contrôle sur ces différents points.

3.5.4 La commission médicale d'établissement

La commission médicale d'établissement (CME) donne son avis sur les réorganisations d'activité médicale. Elle organise le développement professionnel continu des praticiens et l'évaluation de leur activité. Étant donné la taille de l'établissement, le choix a été fait en mai 2010¹⁶ d'intégrer dans la CME l'ensemble des praticiens de l'établissement.

En application de l'article R. 6144-5 du code de la santé publique, la commission élit son président et son vice-président parmi les praticiens titulaires qui en sont membres. Les fonctions de président de la CME sont de quatre ans. Le mandat est renouvelable une seule fois. Or, l'actuel président a été élu pour la première fois en mai 2010. Ayant déjà fait deux mandats, il ne pouvait se représenter lors du renouvellement de la CME en décembre 2015¹⁷. Il a néanmoins été élu à l'unanimité, en l'absence d'autre candidat déclaré.

Comme pour le conseil de surveillance, l'établissement n'a pas respecté l'obligation prévue à l'article R. 6144-6 du code de la santé publique, de réunir au moins quatre fois par an la commission médicale d'établissement (à l'exception de l'exercice 2016).

Par ailleurs, selon l'article R. 6144-2-2 du code de la santé publique¹⁸, le président de la commission médicale d'établissement doit présenter au directoire ainsi qu'au conseil de surveillance un rapport annuel sur la mise en œuvre de la politique médicale de l'établissement. La chambre n'a pas eu communication de ce rapport.

¹⁶ Procès-verbal de la commission médicale d'établissement du 3 mai 2010.

¹⁷ Le décret du 30 avril 2010 et les articles R.6144-5 et R.6144-6 prévoient qu'il n'est pas possible de faire plus de deux mandats. Pour être successifs, les deux premiers mandats doivent avoir été accomplis consécutivement. Ainsi, dès lors que le premier et le second mandats d'un président démissionnaire se trouvent séparés par un intervalle au cours duquel la présidence de la commission médicale d'établissement a été exercée par un autre praticien élu en cette qualité, ces deux mandats ne peuvent être qualifiés de successifs au sens de l'article R. 714-16-19 précité, sous réserve que la durée de cette interruption de mandat et les conditions dans lesquelles elle est intervenue permettent d'exclure que la démission de l'intéressé ait été motivée par la volonté d'échapper aux dispositions précitées de l'article R. 714-16-19 ce qui serait constitutif d'un détournement de procédure. Le président ayant effectué un premier mandat même réduit, puis un mandat complet, il n'est pas possible d'effectuer un troisième mandat consécutif. Il convient de trouver un autre candidat pour la présidence. La pratique qui consisterait à démissionner de manière anticipée à la fin d'un deuxième mandat, pour pouvoir prétendre à un 3^{ème} mandat constitue un détournement de procédure au regard des textes.

¹⁸ « La commission médicale d'établissement : 1° Propose au directeur le programme d'actions mentionné à l'article L. 6144-1... 2° Elabore un rapport annuel présentant notamment l'évolution des indicateurs de suivi. »

A la suite des observations de la chambre, la directrice de l'établissement s'est engagée à réunir le directoire, le conseil de surveillance et la commission médicale d'établissement selon les fréquences prévues au code de la santé publique, à faire procéder à la désignation du vice-président et à faire établir un règlement intérieur du conseil de surveillance.

Rappel au droit n° 2 : Rétablir le fonctionnement normal des instances (nombre de réunions, mode d'élection, fonctionnement) prévu par le code de la santé publique.

3.5.5 La commission des usagers

L'hôpital gériatrique de Chevreuse a fait le choix de créer une instance commune aux différentes activités, à l'exception du SSIAD, avec une représentation équilibrée de résidents et de familles. La commission des usagers s'est réunie trois fois chaque année, ne respectant pas l'obligation de réunion une fois par trimestre posée par l'article R 1112-88 du code de la santé publique. Les points traités à l'ordre du jour montrent cependant la forte implication de la direction et des autres participants et le lien fait avec les travaux du comité d'éthique. C'est un point positif dans le fonctionnement de l'établissement.

3.6 Le management des risques

L'hôpital gériatrique Philippe Dugué de Chevreuse a été certifié (niveau A, sans réserve) par la Haute autorité de santé (HAS)¹⁹. Dans son rapport, celle-ci « *encourage l'établissement à poursuivre sa démarche de management de la qualité et des risques* ».

La politique de management des risques est portée par la direction de l'établissement. Les objectifs de l'hôpital gériatrique de Chevreuse sont définis, d'une part, dans la politique de qualité et de gestion risque et, d'autre part, dans la politique d'évaluation des pratiques professionnelles, élaborées en 2006 et actualisées en septembre 2017.

La politique de qualité et de gestion des risques est déclinée en six axes prioritaires et prend en compte les obligations légales et réglementaires, ainsi que la gestion de crise. Elle est validée par les instances et déclinée, au niveau de la prise en charge des patients, dans un programme d'action de la qualité des soins (PAQSS) formalisé pour l'ensemble de la structure.

Le comité des vigilances et des risques (COVIRIS) est chargé de la coordination générale et du suivi de la démarche de l'établissement. Il est composé d'une douzaine de membres et ses missions sont formalisées. Il se réunit trois à quatre fois par an. Le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins est le directeur adjoint.

Une cellule qualité intervient au niveau opérationnel en lien avec les acteurs de terrain. Elle est composée de cinq membres (directeur adjoint, responsable assurance qualité (RAQ), assistante qualité, pharmacien et cadre supérieur de santé) et se réunit toutes les trois semaines. Elle organise le travail pour la mise en œuvre et le suivi du PAQSS.

L'analyse des risques a été réalisée sur l'ensemble des activités selon une méthodologie définie²⁰. Les plans d'actions qui en découlent font l'objet de modalités de suivi et les responsables sont identifiés.

¹⁹ Les établissements sont soumis à la certification de l'HAS pour la partie sanitaire depuis 1999 et la partie médico-sociale depuis le 1^{er} janvier 2018. La certification consiste en une appréciation globale et indépendante de l'établissement afin de favoriser l'amélioration continue des conditions de prise en charge des patients. Elle s'attache plus particulièrement à évaluer l'existence et la maturité de projets relatifs à la qualité et à la sécurité et en conséquence, la capacité de l'établissement à identifier et maîtriser ses risques et à mettre en œuvre les bonnes pratiques.

²⁰ La cartographie des risques a permis de recenser les principaux risques de l'établissement, les classer et les hiérarchiser. Chacun des risques a été coté selon sa gravité (G), sa vraisemblance (V) et sa détectabilité (D).

En réponse à ces risques, des formations des professionnels sur les droits des patients (bienveillance, dignité, intimité, confidentialité) sont organisées en interne par la cadre supérieure de santé sous forme d'une journée de formation portant sur les risques de maltraitance et sur la réflexion éthique²¹ dans le cadre de l'accompagnement. Un comité éthique se réunit tous les deux mois et le règlement intérieur définit les modalités de participation. Il s'agit d'un groupe pluridisciplinaire orienté sur la prévention de la maltraitance et plus largement sur la réflexion autour des pratiques professionnelles.

Toutefois, les modalités de suivi du PAQSS ne sont pas toujours définies. Sur le tableau de bord de suivi de l'avancement des plans d'actions des différentes thématiques, les échéances ne sont pas identifiées dans tous les cas. Cette absence de repère temporel ne facilite pas le suivi et le réajustement des actions d'améliorations du PAQSS ni l'évaluation et l'ajustement du plan de charge des professionnels responsables de la conduite des actions.

L'hôpital gériatrique de Chevreuse dispose également d'une cellule de gestion des risques professionnels, qui intervient en particulier pour la mise à jour annuelle du document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) et du plan annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail (PAPRIACT).

Le bilan des déclarations d'événements indésirables (EI) fait l'objet d'une présentation détaillée dans les instances.

Au final, l'hôpital gériatrique de Chevreuse se caractérise par son fort engagement dans la prévention des risques visant tant les patients que les professionnels, et plus généralement, dans la promotion de la qualité de prise en charge.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

L'hôpital gériatrique de Chevreuse a changé plusieurs fois de statut mais son statut actuel d'établissement public de santé, suite à la loi hôpital, patients, santé et territoires de 2009, n'est adapté ni à sa taille ni à son portefeuille d'activités. Les pôles d'activité n'ont pas été établis. La permanence des soins est mutualisée avec l'hôpital de pédiatrie et de rééducation de Bullion. L'établissement ne dispose pas de département de l'information médicale. La mise en place du groupement hospitalier Yvelines Sud doit être l'occasion de revoir le portefeuille d'activités de l'établissement et de réinterroger les mutualisations avec l'hôpital pédiatrique et de rééducation de Bullion. La labellisation en hôpital de proximité pourrait aussi être une solution, à l'instar de l'hôpital local d'Houdan et du centre hospitalier de La Mauldre, les deux seules structures retenues en Île-de-France, qui font aussi parties du GHT Yvelines Sud.

L'établissement se distingue par un fort engagement dans la prévention des risques et la qualité de la prise en charge. Il doit mettre à jour son projet d'établissement pour les années 2018 et suivantes, le projet d'établissement médico-social et le règlement de fonctionnement, et veiller à un fonctionnement de ses instances conforme aux dispositions du code de la santé publique.

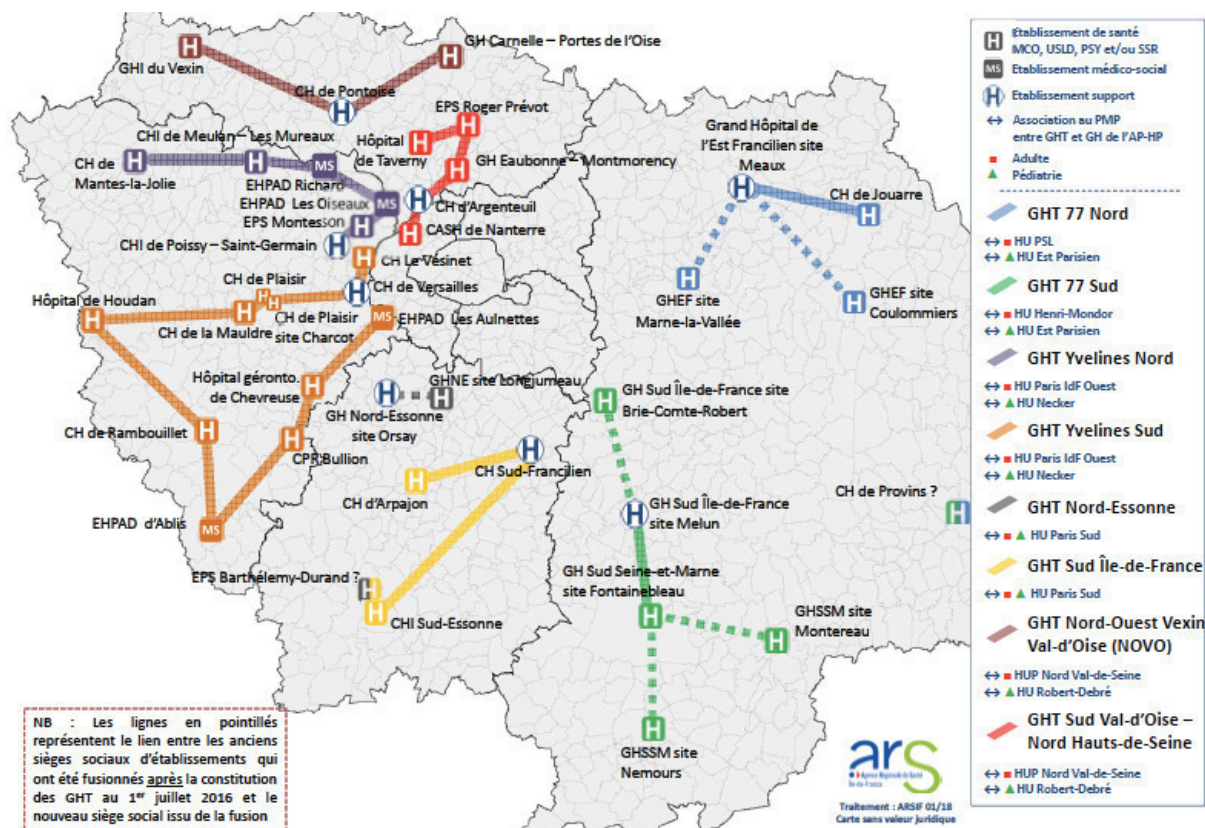
²¹ Le Comité éthique qui existe depuis 2001 a été récompensé en 2006 par le Prix Hélioscope de la Fondation des hôpitaux de Paris-Hôpitaux de France suite aux actions réalisées en interne et à l'extérieur de l'établissement.

4 L'INTÉGRATION AU SEIN DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE YVELINES SUD

4.1 La constitution du groupement hospitalier de territoire

Conformément aux articles L. 6132-1 à L. 6132-6 du code de la santé publique instituant les groupements hospitaliers de territoire (GHT) et au décret n° 2016-524 relatif aux groupements hospitaliers de territoire du 27 avril 2016, un GHT a été mis en place à l'échelle du territoire de santé Yvelines Sud au 1^{er} juillet 2016. Il est composé de neuf établissements publics : le centre hospitalier de Versailles (CHV, établissement support), le centre hospitalier de Rambouillet, (CHR), le centre Hospitalier Jean-Martin Charcot de Plaisir, l'hôpital gériatrique et médico-social de Plaisir Grignon, le centre hospitalier de la Mauldre, l'hôpital de pédiatrie et de rééducation de Bullion (HPR), l'hôpital du Vésinet, l'hôpital de Houdan, et de l'hôpital gériatrique de Chevreuse. En outre, le groupement hospitalier de territoire inclus deux EHPAD publics : Ablis et les Aulnettes à Viroflay.

Carte n° 2 : Carte des GHT en Île-de-France



La convention constitutive du GHT a été signée en juillet 2016. Elle fait explicitement référence à l'appui que représente l'existence de coopérations déjà développées sur le territoire, structurées par deux groupements de coopérations sanitaires (GCS) portant, pour l'un, sur le projet de soins en santé mentale (réseau de promotion de la santé mentale - RPSM 78 Sud) et, pour l'autre, sur des parcours patients territorialisés et la mutualisation de ressources et compétences rares (GCS Yvelines sud).

L'avenant n° 1 à la convention constitutive, adopté en décembre 2016, précise la déclinaison par filière de prise en charge des orientations inscrites dans la convention constitutive. La version définitive du projet médical partagé, accompagnée d'un projet de soins territorial, arrêtant 12 filières et 8 thématiques, a été validée par avenant n° 2 en juin 2017.

Le règlement intérieur, prévu à l'article R. 6132-2 du code de la santé publique, a été validé le 22 mars 2018. À cette date, les instances devant être constituées fonctionnaient toutes : le comité stratégique de groupement, le collège médical de groupement, le comité des usagers, la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotextiques (CSIRMT), le comité territorial des élus locaux et la conférence territoriale de dialogue social. Finalement, la mise en place statutaire du groupement hospitalier de territoire a pris près de deux ans.

Une comitologie importante s'est mise en place au sein du groupement hospitalier de territoire avec un comité stratégique trimestriel associant les directeurs, présidents de commissions médicales d'établissements et directeurs de soins, un comité des directeurs et une réunion des directeurs des ressources humaines une fois par mois et une réunion hebdomadaire des responsables achats. La directrice de l'hôpital gériatrique de Chevreuse s'est, dès le départ, fortement impliquée dans ces instances.

Dans un premier temps, le groupement hospitalier de territoire a engagé des mutualisations dans les domaines prévus réglementairement, c'est-à-dire le département d'information médicale, le système d'information, ainsi que les achats.

Le budget du groupement hospitalier de territoire s'élevait en 2018 à près de 800 000 €. La clef de répartition a été modifiée en 2018, pour tenir compte de l'arrêté du 6 novembre 2017 modifiant l'arrêté du 10 novembre 2016 fixant la clé de répartition déterminant la contribution des établissements parties à un GHT.

Tableau n° 4 : Clés de répartition au sein du GHT Yvelines Sud

	2016 (en %)	2017 (en %)	2018 (en %)	
	Clef unique	Clef unique	Clef commune	Clef DIM
Centre hospitalier de Versailles	44,60	44,60	44,97	46,56
Centre hospitalier Rambouillet	14,87	14,87	14,37	14,88
Centre hospitalier de Plaisir	11,83	11,83	12,22	12,65
Centre hospitalier Charcot	8,85	8,85	9,04	9,36
Centre hospitalier du Vésinet	5,36	5,36	5,18	5,36
Centre hospitalier de la Mauldre	3,80	3,80	3,76	3,90
Centre hospitalier de Houdan	3,67	3,67	3,49	3,61
HPR de Bullion	3,62	3,62	3,56	3,68
Centre hospitalier de Chevreuse	2,00	2,00	2,03	
EHPAD les Aulnettes à Viroflay	1,05	1,05	1,05	
EHPAD les Ablis	0,34	0,34	0,33	
TOTAL	100,00	100,00	100,00	100,00

Source : GHT Yvelines Sud

La contribution de l'hôpital de Chevreuse s'élève à 13 764,56 € en 2018. Même si la clé de répartition mise en place en 2018 pour les coûts du département d'information médicale (DIM) exclut le centre hospitalier de Chevreuse du fait de l'absence d'activité de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique, la chambre estime que, du fait de ses activités atypiques, il s'est trouvé obligé de supporter une partie du coût de fonctionnement du groupement hospitalier de territoire, sans véritablement en tirer les bénéfices.

4.2 La filière gériatrique placée au second plan au sein du GHT

Les filières gériatriques ont été mises en place suite au Plan Solidarité Grand Age²², de façon accélérée en Île-de-France au moment du Plan Alzheimer de 2007. La filière gériatrique Yvelines Sud a été créée en 2008, les centres hospitaliers de Rambouillet et de Versailles bénéficiant ainsi d'un financement du fonds d'innovation régional (FIR) pour la coordination administrative et médicale de près de 44 000 €. Comme les 32 autres filières gériatriques franciliennes, celle-ci a fait l'objet d'une évaluation en 2014 puis d'une labellisation en 2015.

Dans sa convention constitutive et ses avenants, le groupement hospitalier de territoire Yvelines Sud a intégré la notion de filières dédiées et prévu, sous l'angle sanitaire, une filière gériatrique et un volet gérontologie. Cependant, l'hôpital gériatrique Philippe Dugué de Chevreuse n'y apparaît qu'au titre des partenariats noués avec d'autres structures. Les axes de développement retenus restent essentiellement sanitaires, ses capacités d'accueil étant positionnées comme capacités d'aval. Les autres activités médico-sociales de l'hôpital gériatrique de Chevreuse ne sont pas citées.

4.3 La nécessaire articulation avec les modes de coopération antérieurs au groupement hospitalier de territoire

Sur son territoire, l'hôpital gériatrique de Chevreuse a développé des liens étroits avec les différents acteurs du champ de la santé²³. La chambre note que les instances de coopération antérieures ont été maintenues, après la création du groupement hospitalier de territoire, avec un risque de surcoûts financiers. En outre, ces conventions ne sont pas actualisées et ne font pas l'objet d'une analyse périodique coût / bénéfice par l'établissement.

L'hôpital gériatrique de Chevreuse est partie prenante de deux groupements de coopération sanitaire (GCS), le GCS REPY et le GCS Yvelines Sud, et d'une association, l'association ICSY.

L'association ICSY (instance de coordination Sud Yvelines vers l'autonomie des personnes âgées et personnes handicapées) est un centre local d'information et de coordination gérontologique²⁴ financé par le département des Yvelines.

Le GCS REPY, créé en 2007, est chargé de la coordination ville-hôpital du parcours de santé du patient atteint d'une affection de longue durée. Il résulte de la fusion en décembre 2014, à la demande l'agence régionale de santé Île-de-France, de trois réseaux de santé. Il comprend 44 membres en 2018. Le réseau est présent dans les 132 communes du territoire Yvelines-Sud, d'une population totale de 618 000 habitants, au moyen notamment de l'équipe mobile intervenant au domicile du patient ou dans les EHPAD.

Le GCS Yvelines Sud, dont la convention constitutive a été signée le 13 octobre 2011, regroupe tous les établissements du groupement hospitalier de territoire et six établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC), tous établissements partenaires du GHT.

La mise à jour et la rationalisation des coopérations engagées par l'hôpital gériatrique de Chevreuse, même si elles n'engendrent pas de coûts disproportionnés, devrait être menée au vu des opportunités de mutualisation offertes au sein du groupement hospitalier de territoire.

Recommandation n° 3 : Rationaliser les structures de coopération externes et approfondir la mutualisation au sein du groupement hospitalier de territoire (GHT) des fonctions clés non totalement assurées par l'établissement.

²² Circulaire du 28 mars 2007 sur les filières gériatriques prévues dans le cadre du Plan Solidarité Grand Age

²³ Voir la liste en annexe 4

²⁴ Les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) ont vocation à être remplacés par les pôles autonomie territoriaux (PAT) ou guichets de proximité de la maison départementale de l'autonomie (MDA).

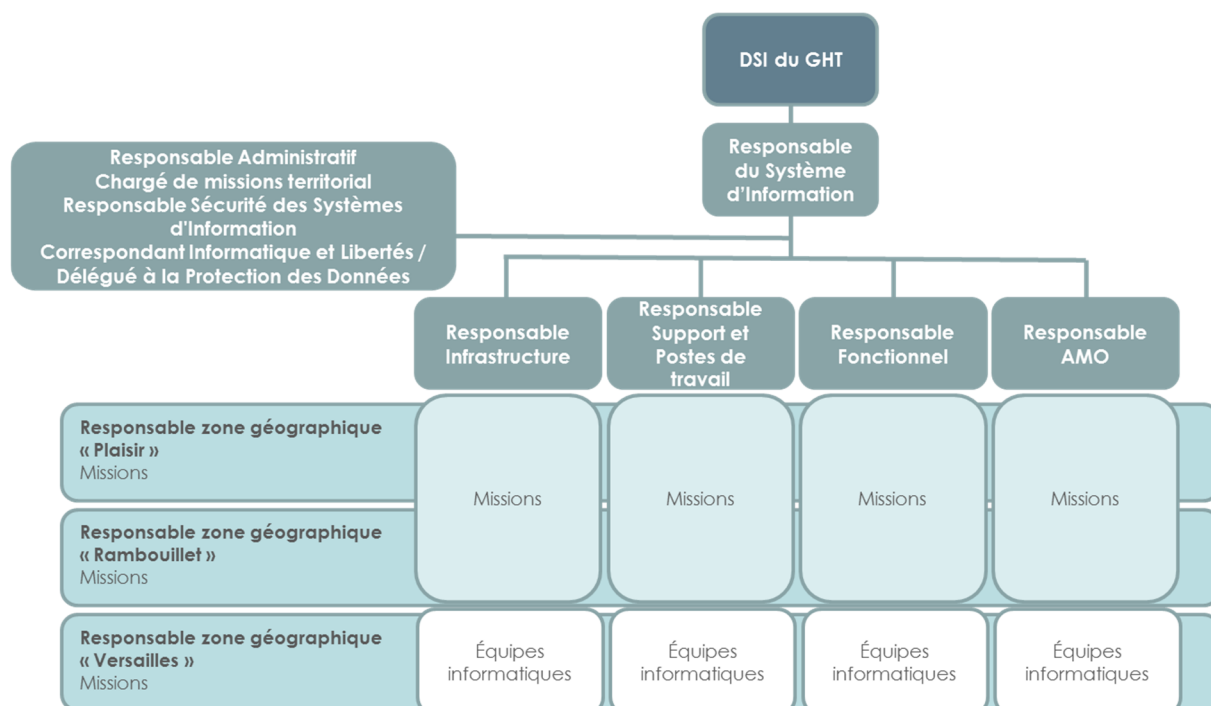
4.4 Le système d'information

4.4.1 Organisation de la direction des systèmes d'information

Un schéma directeur du système d'information territorial du groupement hospitalier de territoire Yvelines Sud a été adopté par le comité stratégique le 21 décembre 2017. Il fixe les grandes orientations et la méthode retenue pour conduire la convergence des systèmes d'information des différents établissements. L'objectif est de disposer d'un système d'information opérationnel pour l'ensemble du groupement hospitalier de territoire au 1^{er} janvier 2020.

Les instances du groupement hospitalier de territoire ont acté le principe d'une direction commune du système d'information (DSI) et une structure cible matricielle de celle-ci.

Graphique n° 1 : Structure cible de la direction des systèmes d'information du groupement hospitalier de territoire



Source : schéma directeur du système d'information du groupement hospitalier de territoire

Cette structure matricielle, comprenant trois responsables de zones géographiques et quatre responsables de pôles de compétences, a permis de rationaliser les effectifs et le budget de la direction des systèmes d'information qui, fin 2018, atteignaient 55 agents, pour un budget d'investissement et d'exploitation de près de 4,5 M€. Selon la direction du centre hospitalier de Chevreuse, cette organisation n'était cependant pas encore opérationnelle en juin 2019.

4.4.2 Cartographie des applicatifs

L'état des lieux réalisé montre la grande hétérogénéité des logiciels utilisés. La situation est d'autant plus confuse que, en septembre 2016, alors que le groupement hospitalier de territoire Yvelines Sud était en cours de constitution, l'hôpital gériatrique Philippe Dugué de Chevreuse a décidé, dans le cadre de son rapprochement avec l'hôpital de Bullion, de définir son propre schéma d'organisation de ses équipes informatiques et de retenir certains logiciels.

Un responsable du système d'information commun aux deux établissements a été nommé et le déploiement d'une solution de dossier patient informatisé (DPI) a été lancé. En outre, le

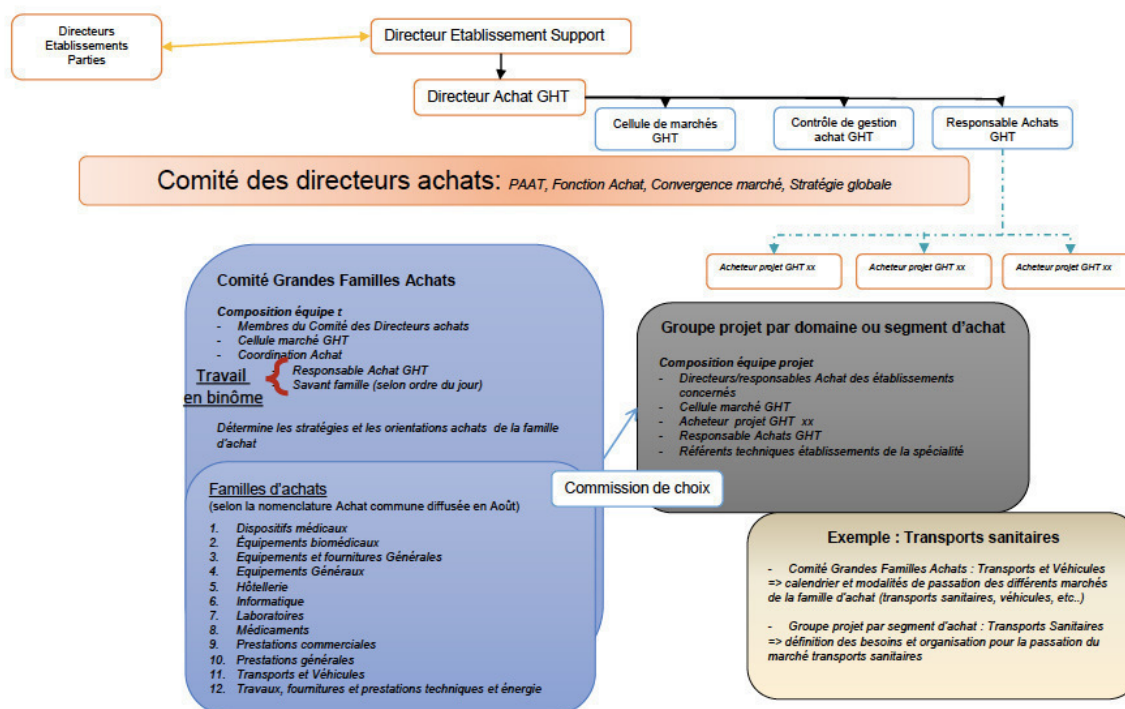
logiciel de gestion des actes médicotechniques retenu par les deux établissements n'existe pas aux centres hospitaliers de Plaisir, Rambouillet ou Versailles. En revanche, concernant le logiciel de gestion administrative et comptable (admissions, facturations, gestion des ressources humaines), l'hôpital gériatrique de Chevreuse et l'hôpital de Bullion utilisent deux solutions informatiques différentes, utilisée l'une par le centre hospitalier de Rambouillet et l'autre par le centre hospitalier de Plaisir.

4.5 Les achats

4.5.1 L'organisation de la fonction achats

L'architecture de la fonction achats du groupement hospitalier de territoire Yvelines Sud suit les recommandations du guide méthodologique publié par la direction générale de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DGOS). Les modalités du pilotage du projet ont été déterminées, l'état des lieux des fonctions achats a été réalisé, les cartes des achats ont été renseignées et le premier plan d'action achat territorial (PAAT) a été transmis à l'agence régionale de santé le 18 décembre 2017.

Graphique n° 2 : Architecture de la fonction achats du GHT



Source : Groupement hospitalier de territoire

L'organisation de la fonction achats au niveau du groupement hospitalier de territoire est supervisée par un comité des directeurs des achats et organisée par des comités par grande famille d'achats puis déclinée dans des groupes projets par domaine ou par segment d'achat. Cette organisation permet d'impliquer les établissements membres dans l'expression des besoins au niveau des groupes projets par domaine ou segment d'achat, grâce à l'intervention de référents métiers systématiquement consultés dans les domaines qu'ils couvrent.

Une réflexion commune a été menée afin de déterminer de possibles délégations de signature de l'établissement support aux établissements parties du GHT. Cette proposition est en cours de validation par les instances du GHT.

Cependant, fin 2019, la nouvelle organisation de la fonction achats prévue au niveau du GHT n'était toujours pas déployée. Certes, au sein de l'hôpital gériatrique de Chevreuse une commission des marchés a été mise en place début 2019, ce qui constitue une bonne pratique. Un effort de formation a aussi été fait pour exploiter de façon optimale le module marché du logiciel de gestion administrative et comptable, procéder à la saisie systématique de l'ensemble des marchés, maîtriser la nomenclature des achats ainsi que le module requête. Cependant la cellule achats n'est toujours pas mutualisée. Elle est composée de deux agents polyvalents dont l'un supervise aussi la blanchisserie et le service technique.

L'établissement est membre du Réseau des acheteurs hospitaliers d'Île-de-France (Résah-IDF) depuis novembre 2007. Il est également membre de l'Union des groupements d'achats publics (UGAP), de la centrale d'achat de l'informatique hospitalière (CAIH) pour des prestations web, de la centrale de référencement et conseil santé (CACIC), pour des médicaments et dispositifs médicaux. La part des achats réalisée via les groupements a pu représenter, entre 2013 et 2017, jusqu'à la moitié des montants totaux de médicaments ou dispositifs médicaux achetés.

4.5.2 Le respect des procédures en termes de commande publique

Les marchés ayant fait l'objet d'un contrôle par la chambre ont été sélectionnés sur la base de critères d'enjeux financiers et de risques sur le plan juridique.

Concernant le marché n° MAPA 2015-002 (fourniture de gaz naturel, pour un montant de 245 656,38 € HT), le montant du marché est supérieur au seuil de procédure formalisée (207 000 € HT pour la période du 1^{er} janvier 2014 au 31 décembre 2015). Si l'établissement disposait bien d'outils de veille juridique lui permettant d'être informé des évolutions réglementaires, les outils informatiques utilisés ne comportaient pas de dispositif d'alerte relatif à la computation des seuils. L'établissement était donc soumis à un risque de dépassement des seuils et donc de régularité en matière de procédure suivie pour la passation des marchés.

Concernant le marché n° AOO 2016-011 (prestations de restauration, pour un montant de 2 410 341,48 €), et même si l'ordonnateur indique que les éléments complémentaires ont été adressés sur demande aux candidats (tableau de synthèse de l'analyse des offres, tableau de synthèse de l'analyse des prestations, rapport de présentation des offres), les pièces consultées sur place ne comprenaient pas l'avis d'attribution du marché, ni les courriers aux candidats non retenus et la motivation du rejet des offres était insuffisante. La chambre rappelle que le principe de transparence dans les procédures de passation des marchés publics implique la publication d'un avis d'attribution et la justification du motif du rejet des offres.

Pour le marché n° 16SI1201 (acquisition de logiciels pour un montant de 106 781,00 €), l'hôpital gériatrique Philippe Dugué de Chevreuse a eu recours à un marché négocié sans publicité ni mise en concurrence préalables répondant à des conditions particulières. Le cahier des charges²⁵ de ce marché en définissait l'objet : « *mise en œuvre d'un dossier patient médical informatisé* ». Le cahier des clauses particulières précisait qu'il s'agissait de l'acquisition de prestations pour le déploiement et le maintien en condition opérationnelle des logiciels utilisés par l'établissement et l'acquisition de modules complémentaires et de prestations complémentaires. Une démarche similaire a été engagée au même moment par l'hôpital pédiatrique et de rééducation de Bullion qui, à l'issue de la procédure menée, a sélectionné le même prestataire.

La justification apportée par l'établissement au choix de la procédure de marché sans publicité ni mise en concurrence est la suivante : « *l'interopérabilité des applications étant au cœur de la politique du système d'information de l'établissement, l'Hôpital Gériatrique de*

²⁵ La chambre relève une imprécision dans les termes utilisés : les documents sont intitulés « cahier des charges » et « cahier des clauses particulières » alors que les intitulés réglementaires de ces pièces sont « cahier des clauses techniques particulières » et « cahier des clauses administratives particulières ».

Chevreuse souhaite privilégier des solutions nativement intégrées aux applications existantes ». Si l'établissement indique avoir eu des contacts très en amont avec cinq prestataires, il a signé un contrat d'exclusivité avec un prestataire, considérant que ce dernier était le seul à même de fournir le service attendu. L'établissement justifie la situation d'exclusivité de la société retenue par le souhait de « *privilégier l'interopérabilité des applications* » en privilégiant « *des solutions nativement intégrées aux applications existantes* » et par le constat que cette société « *détient l'exclusivité de développement, d'évolution, de vente, de maintenance et de mise en œuvre* » des logiciels.

Avant de recourir à cette procédure particulière, il convient d'abord de s'assurer que la disposition du décret du 25 mars 2016 précité s'applique. L'acheteur doit démontrer que la société retenue est la seule à pouvoir répondre à ses besoins et qu'aucun autre procédé ne peut les satisfaire. La définition du besoin par l'acheteur ne doit pas avoir réduit la concurrence. Dès la définition du besoin, l'acheteur doit, en principe, définir les prestations qui font l'objet du marché par des spécifications techniques qui doivent être neutres et ne doivent pas avoir pour effet de créer des obstacles injustifiés à l'accès à ce marché²⁶. En outre, s'il existe un droit d'exclusivité, il ne doit pas être créé par l'acheteur lui-même.

En l'espèce, les spécifications techniques indiquées dans le cahier des charges renvoyaient à la mise en œuvre du dossier patient informatisé (DPI), chantier décidé au niveau national par le ministère de la santé. L'agence nationale d'appui à la performance (ANAP) en rappelle les étapes et modalités de déploiement dans un document dédié²⁷. La chambre en déduit que les spécifications propres à l'établissement sont celles qui sont liées à l'interopérabilité des applications existantes et celles relatives au dossier patient informatisé. Dans ces conditions, l'établissement ne peut établir avec certitude que la société retenue est la seule à pouvoir répondre à ses besoins, communs à l'ensemble des établissements de santé. Les différents éditeurs de logiciels en santé, sur la base des spécifications fournies par le ministère de la santé, devaient être en mesure de répondre. La chambre considère donc que l'ordonnateur n'a pas démontré que le prestataire retenu était la seule entreprise capable d'assurer l'interopérabilité des applications utilisées par l'établissement et le dossier patient informatisé, auquel le certificat d'exclusivité fourni ne fait d'ailleurs pas référence.

Dans un cas semblable, le Conseil d'État a admis, dans une décision département de l'Oise du 2 octobre 2013, que « le recours à la procédure dérogatoire du marché public négocié sans publicité ni mise en concurrence préalables est justifié lorsque le prestataire ayant conçu un logiciel est le seul à disposer du droit d'exclusivité pour la maintenance et l'exploitation de ce logiciel »²⁸. Dans ces conditions, le recours à une procédure négociée sans publicité ni mise en concurrence est possible pour la maintenance et l'exploitation d'un logiciel. Mais le marché passé par l'hôpital gériatrique de Chevreuse n'est pas de même nature. Il ne se réduit pas à des prestations de maintenance et d'exploitation d'un logiciel. Il comprend aussi la mise en place d'une nouvelle fonctionnalité, le dossier patient informatisé, pour laquelle la société retenue n'est vraisemblablement pas l'unique prestataire possible. En revanche, le cas de ce marché se rapproche de celui examiné en décembre 2018 par la Cour d'appel de Paris²⁹. Dans ce cas, des prestations similaires avaient fait l'objet d'une mise en concurrence de la part d'un établissement hospitalier et la Cour avait relevé que le certificat d'exclusivité invoqué était rédigé en termes succincts et génériques, sans faire référence à une liste de matériels ou de prestations et sans précision de période d'applicabilité.

²⁶ Cf. le portail de l'économie, des finances, de l'action et des comptes publics, La direction des affaires juridiques, *Les marchés publics négociés sans publicité ni mise en concurrence*. Avril 2016, disponible sur www.economie.gouv.fr

²⁷ Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP), Identifier les spécificités du dossier patient informatisé dans les différents champs d'activités, novembre 2017, disponible sur www.numerique.anap.fr

²⁸ CE, 2 octobre 2013, département de l'Oise, req. n°368846

²⁹ CAA de Paris, 11 décembre 2018, Société Steam France, req. n°17PA01588

La procédure retenue par l'hôpital gériatrique de Chevreuse paraît donc irrégulière. La limitation du choix de l'établissement, face à la pluralité des offres pouvant répondre à ses besoins, par la création d'une exclusivité par l'acheteur lui-même en vue de la passation du marché ne lui a pas permis de bénéficier d'offres économiquement plus avantageuses.

4.6 Des mutualisations à développer également sur les autres fonctions support

La mise en place des groupements hospitaliers de territoire ouvre la possibilité d'organiser en commun les activités de biologie médicale, d'imagerie diagnostique et interventionnelle, de pharmacie ainsi que des activités cliniques ou médicotechniques et les activités hôtelières.

Laboratoire d'analyses

Un projet de constitution, d'ici 2020, au sein du groupement hospitalier de territoire Yvelines Sud, d'un laboratoire commun multi-sites, avec un laboratoire central au sein du centre hospitalier de Versailles et un laboratoire de réponse rapide au sein du centre hospitalier de Rambouillet est en cours d'étude. Le groupement de coopération sanitaire Yvelines Sud pourrait être utilisé comme structure juridique d'accueil.

L'hôpital gériatrique de Chevreuse ne souhaite pas participer à ce projet, sa convention avec le laboratoire de Saint-Rémy-lès-Chevreuse lui donnant satisfaction en matière de délais et de coûts. Ce partenariat date de 1975. La chambre rappelle la nécessité d'actualiser la convention signée en 2006 pour tenir compte de la réforme de la biologie médicale entrée en vigueur avec l'ordonnance du 13 janvier 2010 et la loi relative à la biologie médicale du 31 mai 2013 imposant une obligation d'accréditation des laboratoires d'ici 2020, selon la norme EN-ISO 15189.

Pharmacie

L'établissement dispose d'une pharmacie à usage interne (PUI). L'équipe se compose d'un pharmacien et de trois préparateurs. L'hôpital gériatrique de Chevreuse et l'hôpital de Bullion ont une convention de partenariat depuis 2007 pour le remplacement des pharmaciens pendant les congés.

La stratégie et les objectifs généraux de l'établissement sur le circuit du médicament sont définis dans la « *politique du management de la prise en charge médicamenteuse* » complétée par la « *politique du médicament et des dispositifs médicaux* » actualisées en octobre 2017. Cet ensemble s'applique aux différents secteurs d'activité de la structure (USLD, EHPAD et MAS, mais pas au SSIAD) et intègre, en cohérence avec les missions de l'établissement, les dispositions spécifiques à la prise en charge de la personne âgée.

Les locaux et le matériel nécessaires sont adaptés tant au niveau de la pharmacie que dans les unités de soins. Le stock de médicaments, comme l'accès à la pharmacie, sont totalement sécurisés. Un stock d'urgence est prévu dans les unités pour assurer le dépannage en dehors de la présence du personnel pharmaceutique (week-ends et jours fériés).

Les différentes étapes du circuit du médicament et l'attribution des tâches respectives, entre la pharmacie et les services notamment, sont formalisées.

Des travaux ont débuté au sein du groupement hospitalier de territoire Yvelines Sud en vue d'une stratégie commune pour le médicament (harmonisation des achats, mutualisation de la formation, regroupement d'activités), mais la démarche n'a pas encore abouti.

Blanchisserie

Les établissements du Sud Yvelines font généralement appel aux services de la blanchisserie interhospitalière (BIH) de Saint-Germain en Laye (78). Toutefois, le relatif éloignement de l'hôpital gériatrique de Chevreuse ne lui permet pas d'utiliser ses services, des solutions internes ou locales étant plus intéressantes financièrement.

La chambre note que le coût de revient de la blanchisserie pour l'hôpital gériatrique de Chevreuse s'élève à 4,70 €/kg en 2017 (5,64 €/kg au total³⁰), en augmentation depuis 2013 (+ 6 %), soit un niveau nettement supérieur au coût médian constaté dans la base d'Angers³¹ (1,44 €/kg de linge). La chambre invite donc l'établissement à poursuivre les études sur les possibilités de mutualiser la blanchisserie avec l'hôpital de Bullion ou d'externaliser cette prestation, à l'image de ce qui a été fait pour la restauration.

Restauration

La restauration est externalisée. La prestation intègre les frais de personnel, la mise à disposition d'un gérant, d'un assistant et de quatre ouvriers professionnels. Selon les chiffres communiqués par l'établissement, le coût global est de 680 000 € dont près de 50 % facturés par le prestataire externe. Le coût de revient par repas ressort à 2,88 € en 2014 (stable sur la période). Il est largement inférieur au coût constaté dans la base d'Angers sur la même catégorie d'établissement.

Recommandation n° 4 : Fixer, avec le groupement hospitalier de territoire (GHT), un calendrier précis de mutualisation, au bénéfice de tous les membres, des fonctions médicotechniques et hôtelières.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Le groupement hospitalier de territoire Yvelines sud, constitué au 1^{er} juillet 2016, s'est mis en place mais l'hôpital gériatrique de Chevreuse, du fait de ses activités spécifiques dans le secteur aval, de sa localisation géographique et de sa taille, n'a pas pleinement profité des chantiers de mutualisation lancés. S'appuyant sur une dynamique autonome, il a poursuivi, sans recherche de cohérence, les chantiers ouverts avec l'hôpital pédiatrique et de rééducation de Bullion, notamment au niveau des fonctions support (achats, informatique, etc.).

5 UNE SITUATION FINANCIÈRE CONFORTABLE EN DÉPIT DU COUT DE DESENSIBILISATION DE LA DETTE

Le directeur adjoint aux finances est chargé de la coordination financière et budgétaire de l'établissement et de la préparation et du suivi de l'exécution du budget. Le responsable des finances encadre une équipe de deux personnes. Le service travaille en collaboration étroite avec l'attachée aux services économiques, l'adjoint des cadres aux ressources humaines et le comptable public.

L'organigramme et les définitions de fonction ne précisent pas les responsabilités de chacun, ce qui constitue un facteur de risque. Cette organisation est partagée avec l'hôpital pédiatrique et de rééducation de Bullion, mais sans réelle mutualisation.

Enfin, deux comptes publics se sont succédé sur la période sous revue. Le poste comptable de Chevreuse, compétent jusqu'au 30 août 2016, a connu des difficultés de fonctionnement et perdu une partie de sa mémoire lors d'un incendie en 2016. Il a été définitivement fermé au 1^{er} avril 2018. Le centre de finances spécialisé de Rambouillet a repris la comptabilité de l'hôpital gériatrique de Chevreuse comme celle de l'hôpital pédiatrique et de rééducation

³⁰ Voir le calcul détaillé en annexe 5.

³¹ Depuis 1992 et par convention avec le ministère de la santé, le CHU d'Angers assure la gestion de la base de données des coûts par activité (dite base d'Angers) ainsi qu'une mission de conseil et d'aide à la mise en place de la comptabilité analytique.

de Bullion. Si le niveau de coopération entre l'ordonnateur et le comptable public est élevé, il n'y a pas de convention de partenariat signée.

5.1 La qualité de l'information budgétaire

5.1.1 Le choix du budget principal et des budgets annexes

Selon les termes de l'instruction DHOS/F 2 n° 2003-332 du 7 juillet 2003 relative à la signature des conventions tripartites pour les USLD, « *dans les cas où le choix serait fait de signer deux conventions tripartites, l'une pour les lits EHPAD, l'autre pour les lits USLD, il convient de rappeler que la réglementation comptable ne permet pas aux USLD d'être le support du budget principal d'un établissement de santé* ». Aussi, les rares établissements qui seront appelés à faire ce choix devront adopter « *l'organisation budgétaire suivante* :

- *Budget principal H : ensemble des activités administratives et logistiques ainsi que les comptes de stocks qui ne peuvent être retracés que dans le budget principal. Budget annexe médico-social : les activités de soins, d'hébergement et de dépendance de la maison de retraite retracées par la lettre mnémotechnique E 1.*

- *Budget annexe sanitaire : les activités de soins et d'hébergement et de dépendance l'unité de soin de longue durée retracées par la lettre mnémotechnique E 2.*

Le budget principal sera constitué en recettes par les remboursements du budget annexe, ce qui assurera la sincérité des comptes, plus sûrement que par l'imputation des charges logistiques et administratives sur le budget annexe en particulier dans le cas où existent d'autres activités médico-sociales (SSIAD ou MAS ou FAM) ».

La même l'instruction DHOS/F 2 n° 2003-332 du 7 juillet 2003 indique que, pour les établissements disposant à la fois de lits USLD et lits EHPAD, la bascule doit se faire de la M21 à la M22.

L'hôpital gériatrique de Chevreuse devrait donc disposer, en application de l'article R. 6145-10 du code de la santé publique, des budgets annexes suivants :

- budget A « *Dotation non affectée* » (DNA) ;
- budget B « *Unité de soins de longue durée* » (USLD) ;
- budget E « *Etablissement hébergeant des personnes âgées dépendantes* » (EHPAD) ;
- budget N « *Service de soins infirmiers à domicile* » (SSIAD) ;
- budget P « *Maison d'accueil spécialisé* » (MAS).

La direction de l'établissement n'a pas su expliquer pourquoi elle utilisait à tort le budget H « *activité principale* » pour les opérations d'exploitation liées à l'unité de soins de longue durée, alors que la nomenclature comptable M21 prévoit spécifiquement l'emploi du budget B. Ce recours inapproprié à la lettre budgétaire H fausse d'autant plus la lecture des comptes de l'établissement³², qu'il a pour conséquence de comptabiliser l'activité d'unité de soins de longue durée selon le schéma de type « *compte de résultat prévisionnel principal* » (CRPP) alors que doit s'appliquer le type « *compte de résultat prévisionnel annexe* » (CRPA). L'établissement utilise en pratique, en recettes comme en dépenses, le titre 1 spécifique au CRPP (respectivement pour les produits versés par l'assurance maladie et les charges de personnel) et les titres 2, 3 et 4 spécifiques au CRPA B applicable à l'USLD (respectivement les produits afférents à la dépendance, les produits d'hébergement, les autres produits et les charges à caractère médical et les charges à caractère hôtelier et général). Il utilise donc une

³² Il fausse également les éventuelles comparaisons avec d'autres établissements et plus généralement l'agrégation des données au niveau départemental, régional et national dans Scan Santé.

présentation comptable mixte entre CRPP et CRPA. Ceci est de nature à compliquer la tâche des autorités de tarification et des organismes prêteurs voire de les induire en erreur.

Comme le prévoit l'instruction du 19 juin 2017,³³ les EHPAD publics rattachés à centre hospitalier n'ont pas à transmettre un état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD), mais un état prévisionnel des charges et des produits (EPCP). L'hôpital gériatrique de Chevreuse a produit dans les délais l'EPRD global et l'EPCP mais pas le tableau de répartition des charges communes, ni l'EPCP pour les activités médico-sociales.

A la suite des observations de la chambre, la direction de l'établissement s'est engagée à clarifier l'utilisation des budgets annexes dès 2019 en précisant que le budget H portera notamment les investissements.

Rappel au droit n° 3 : Revenir à une stricte application des règles budgétaires et comptables prévues en fonction du statut de l'établissement.

5.1.2 La comptabilité analytique

L'article R. 6145-7 du code de la santé publique dispose que « 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, médicotechniques 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. »

L'établissement a mis en place des clés de répartition entre budgets pour 2018, mais sans les présenter aux instances, ni aux autorités de contrôle. Il n'est pas non plus inscrit à la base d'Angers pour l'enquête nationale de coûts. Il n'a pas encore intégré les tableaux de bord du médico-social mis en place par l'agence nationale pour l'amélioration de la performance (ANAP).³⁴ La chambre invite l'établissement à développer les outils d'analyse et de pilotage de ses coûts par activité, malgré sa taille limitée, et d'en présenter le suivi aux instances. Dans sa réponse, la directrice s'est engagée à compléter les tableaux de bord, y compris ceux prévus par l'ANAP, et à les présenter devant les instances de l'établissement.

Rappel au droit n° 4 : Mettre en place conformément aux dispositions de l'article R. 6145-7 du code de santé publique une comptabilité analytique au sein de l'établissement.

³³ INSTRUCTION N° DGCS/SD5C/CNSA/2017/207 du 19 juin 2017 relative à la mise en œuvre des dispositions du décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF).

³⁴ Pendant les trois années de déploiement du tableau de bord de l'ANAP pour le médico-social (2015, 2016, 2017), les établissements et services médico-sociaux sont entrés progressivement dans la démarche, territoire par territoire. A la fin 2018, 75 % des structures ont été mobilisées.

5.1.3 Le vote du budget

L'article L. 6143-7 du code de la santé publique prévoit que le directeur fixe, après concertation avec le directoire, l'état prévisionnel des recettes et des dépenses et, dans les mêmes conditions, les éventuelles décisions modificatives, le plan global de financement pluriannuel (PGFP) et les propositions de tarifs de prestation. Il arrête le compte financier et le soumet à l'approbation du conseil de surveillance. Le conseil de surveillance, selon l'article L. 6143-1 du code de la santé publique, délibère sur le compte financier et décide de l'affectation des résultats. Il entend le directeur sur l'état prévisionnel des recettes et des dépenses ainsi que sur le programme d'investissement.

Dans le cas de l'hôpital gériatrique de Chevreuse, ce fonctionnement n'a pas été respecté.

La dernière fois que le directoire a été amené à donner un avis sur l'état prévisionnel des recettes et des dépenses, ou des décisions modificatives, est le 18 novembre 2013 sur le projet d'état prévisionnel des recettes et des dépenses pour 2014. Si le conseil de surveillance a bien délibéré chaque année sur le compte financier, il n'a été informé par la directrice du projet d'état prévisionnel des recettes et des dépenses qu'une fois celui-ci validé par les autorités de contrôle³⁵.

Dans sa réponse à la chambre, la directrice s'est engagée à respecter les procédures budgétaires prévues par le code de la santé publique.

5.1.4 L'affectation des résultats par activités

L'instruction budgétaire et comptable M21³⁶ applicable à l'établissement rappelle la définition du résultat de l'exercice : « Le résultat de l'exercice est calculé par différence entre les produits et les charges de l'exercice. Le solde débiteur du compte 12 signifie que les charges sont supérieures aux produits et qu'il en résulte un déficit comptable. À l'inverse, l'excédent comptable provient du fait que les produits sont supérieurs aux charges. Dans ce cas le solde du compte 12 est créditeur ». L'affectation est effectuée au niveau du résultat de chaque budget.

A partir des données des rapports financiers transmis par l'établissement, la chambre a pu reconstituer les résultats devant être affectés à chacun des budgets.

Tableau n° 5 : Résultats des budgets de l'établissement sur la période contrôlée

En €	2013	2014	2015	2016	2017
Unité de soins de longue durée	23 942,95	385 318,84	18 791,26	- 2 579 802,99	1 426 301,51
Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes	68 273,52	74 568,54	54 697,86	29 732,79	129 452,70
Maison d'accueil spécialisé	-	108 636,00	7 699,56	29 895,70	159 096,58
Service de soins infirmiers à domicile	91 204,23	31 978,36	84 211,69	102 380,97	43 548,79
Dotation non affectée	45,67	320,22	132,66	108,81	0,00
Résultat consolidé	183 466,37	600 821,96	165 533,03	- 2 417 684,72	1 758 399,58

Source : bilans financiers de l'établissement

³⁵ Examen par le conseil de surveillance en janvier 2013 pour l'EPRD 2012, en octobre 2013 pour l'EPRD 2013, en octobre 2014 pour l'EPRD 2014, en octobre 2015 pour l'EPRD 2015, en juin 2016 pour l'EPRD 2016.

³⁶ Instruction budgétaire et comptable M21, Tome I « Le cadre comptable », Chapitre 2 « Le fonctionnement des comptes », « Compte 12 – Résultat de l'exercice », Page 15.

Conformément à l'article R. 6145-44³⁷ du code de la santé publique, le compte financier doit faire état précisément de l'affectation des résultats. Dans le cas de l'hôpital gériatrique de Chevreuse, non seulement le résultat n'était parfois pas renseigné mais, lorsqu'il l'était, le montant inscrit en résultat affecté variait selon les différents états financiers. A titre d'exemple, dans l'état D1 du compte financier 2016, des résultats à affecter sont bien inscrits sur les lignes correspondant à ces budgets. Toutefois, sur ces lignes a été reporté le résultat d'exploitation de l'exercice précédent et non le montant du résultat à affecter. Ce n'est que depuis 2017 que la procédure d'affectation est correctement appliquée.

5.2 La fiabilité des comptes

5.2.1 La qualité de l'information fournie par les états financiers

Chaque année, un arrêté fixe les documents devant être produits en même temps que le compte financier. Certains documents sont élaborés par l'ordonnateur, d'autres par le comptable. Enfin, des documents sont élaborés conjointement par l'ordonnateur et le comptable. Dans le cas de l'hôpital gériatrique de Chevreuse, l'ordonnateur et le comptable n'ont pas produit de rapport conjoint, tel que prévu à l'article R. 6145-44 du code de la santé publique. Les états composant l'annexe du compte financier sont présentés de diverses manières et pour certains, absents.

Rappel au droit n° 5 : Se conformer aux dispositions de l'article R. 6145-44 du code de la santé publique pour la production des comptes, notamment des annexes et du rapport conjoint du comptable public et de l'ordonnateur.

A la suite des observations de la chambre, l'ordonnateur et le comptable se sont engagés à produire le rapport prévu au code de la santé publique à compter de l'exercice 2018.

5.2.2 L'inventaire des immobilisations corporelles

La nomenclature comptable M21 prévoit que l'établissement doit dresser chaque année un inventaire des immobilisations corporelles. Cet inventaire peut être effectué par sondage pour certaines catégories de biens. L'inventaire physique est réalisé selon un planning pluriannuel précisant, pour chaque exercice, les catégories de biens qui font l'objet d'une reconnaissance physique, et la période de réalisation des comptages. Les résultats de cet inventaire sont consignés, en détail, sur un état de situation des immobilisations corporelles. Ils doivent être conformes aux écritures de la comptabilité générale. Les différences « *en moins* » constatées à l'inventaire des biens meubles par rapport aux écritures doivent faire l'objet d'une régularisation. Cette régularisation est assimilée, du point de vue comptable, à une cession. Chaque année, il y a lieu de procéder à l'apurement du fichier des immobilisations par élimination des biens réformés. Un exemplaire de l'état des biens réformés est produit au comptable de l'établissement qui élimine de sa comptabilité les biens en cause.

Il doit y avoir une correspondance exacte entre l'inventaire physique, l'état de l'actif tenu par l'ordonnateur et l'inventaire financier du comptable. Conformément aux dispositions de la nomenclature M21, un certificat de concordance doit être joint à l'état de l'actif produit tous les cinq ans à la chambre. Dans le cas de l'hôpital gériatrique de Chevreuse, entre 2013 et 2017, ce certificat n'a pas été produit.

³⁷ Article R.6145-44 du code de la santé publique : « Le directeur arrête le compte financier et le transmet au conseil de surveillance au plus tard le 31 mai de l'exercice suivant en vue de son approbation, accompagné : (...) 3° Du projet d'affectation des résultats, établi par le directeur. »

5.2.3 Les stocks

L'analyse des mouvements intervenus sur les comptes de stocks met en évidence une augmentation progressive de ceux-ci entre 2012 et 2017, leur volume financier passant de 130 858,16 € en 2012 à 211 938,74 € en 2017.

Tableau n° 6 : Mouvements enregistrés sur les comptes de stocks, en €

En €	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Solde débit classe 3 - Comptes de stocks et en-cours	130 858,16	152 242,84	148 869,52	166 402,78	195 492,60	211 938,74
Variation du solde débiteur des comptes de classe 3, en %	-	16 %	- 2 %	12 %	17 %	8 %
Variation nette des stocks	1 563,02	21 384,68	- 3 373,32	17 533,26	29 089,82	16 446,14

Source : comptes financiers transmis par l'établissement

Cette augmentation s'explique par des stocks plus importants de produits médicaux et pharmaceutiques et par le fait que les produits d'entretien sont, depuis 2017, comptabilisés en stocks, ce qui n'était pas le cas avant (impact de l'ordre de 50 000 €).

Selon la nomenclature M21, le responsable de l'économat de l'établissement doit, à la clôture de l'exercice, établir son compte de gestion, c'est-à-dire la balance des comptes de stocks de fin d'exercice au moyen des renseignements figurant sur l'ensemble des fiches de stocks, et après en avoir certifié l'exactitude et l'avoir fait viser et contrôler par le chef d'établissement ordonnateur, adresser ce compte de gestion au comptable pour lui permettre de rapprocher les opérations de sorties de stocks de ses écritures. Cette procédure est réalisée chaque année au sein de l'établissement et validée par la directrice sans pour autant être formalisée.

A la suite des observations de la chambre, la directrice s'est engagée à réaliser un inventaire en 2020³⁸ et à formaliser les procédures de suivi des stocks.

Rappel au droit n° 6 : Formaliser les procédures d'inventaire des immobilisations et des stocks, procéder à un inventaire physique, conformément aux dispositions de l'instruction budgétaire et comptable M21, et s'assurer, en lien avec le comptable public, de sa concordance avec l'état de l'actif et la comptabilité de l'établissement.

5.2.4 Les provisions

Des provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations ont été comptabilisées au compte 142 « *Provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations* ».

Tableau n° 7 : Soldes créditeurs des comptes de provisions réglementées

En €	2013	2014	2015	2016	2017
Balance de sortie crédit	607 924,55	607 924,55	607 924,55	607 924,55	607 924,55

Source : comptes financiers transmis par l'établissement

³⁸ L'établissement utilise un logiciel spécifique de suivi des immobilisations et non outil OPHELIE dédié aux opérations d'inventaire du patrimoine mis à disposition des établissements de santé conformément aux orientations de l'instruction n° DGOS/PF1/2014/115 du 8 avril 2014 et dont l'usage n'est pas obligatoire

La provision a été enregistrée en 2011 pour un montant de 236 474,20 € et complétée en 2012 par un montant de 371 450,35 €. La chambre note l'absence de reprise de cette provision, qui avait vocation à compenser au même rythme que l'amortissement les coûts liés à un projet d'investissement. En l'absence de projet identifié, cette provision doit être reprise dans les comptes annuels de l'établissement, ce dont convient la directrice dans sa réponse à la chambre.

Le compte 151 8 « *Autres provisions pour risques* » est destiné à recevoir les provisions relatives aux risques suivants : indemnités de licenciement, indus caisse d'assurance maladie, amendes et pénalités, et redressements fiscaux et de cotisations de sécurité sociale³⁹. L'information présente dans les bilans financiers transmis par l'établissement ne permet pas de connaître de façon précise le fait générateur de la constitution de cette provision. A la suite des observations de la chambre, la directrice s'est engagée à l'identifier en s'appuyant sur le comptable public.

Le compte 153 « *Provisions pour charge de personnel* » est subdivisé en une subdivision 1 enregistrant la provision pour le personnel médical et une subdivision 2 enregistrant celle pour le personnel non médical. Or, au centre hospitalier de Chevreuse, seuls les comptes 153 et 153 2 sont mouvementés et ce pour certains exercices seulement. L'absence de comptabilisation d'une subdivision 153 1 ne permet pas de distinguer le personnel médical du personnel non médical ainsi que le sous-provisionnement global des charges liées au compte-épargne temps. A la suite des observations de la chambre, la directrice s'est engagée à mettre en place cette subdivision et à y imputer les provisions pour charges de personnel liées au personnel médical.

Au 1^{er} janvier 2013, la M21 a introduit le compte 152 « *Provision pour risques et charges sur emprunts* ». Ce compte a vocation à enregistrer les provisions constituées pour des risques financiers sur des emprunts structurés ou « *complexes* ». ⁴⁰ L'évaluation financière du risque doit être effectuée dès l'année de mise en place de l'emprunt puis actualisée à chaque clôture d'exercice. Ces dispositions n'ont pas été correctement appliquées par l'hôpital gériatrique de Chevreuse. En effet, le cabinet de consultants, lors de son audit de la dette fin 2014, avait calculé l'écart entre le taux d'intérêt fixe d'origine et le taux d'intérêt prévu. Cependant, ce calcul n'a pas été repris dans les comptes financiers de l'établissement. Il en est de même pour la méthode de constitution et de liquidation du compte 1511 « *Provision pour litiges* », dans le cadre de la procédure contentieuse avec DEXIA. Ces provisions ont été soldées fin 2016.

5.2.5 La comptabilisation de l'opération de désensibilisation

L'opération de sécurisation de l'emprunt constitue un refinancement au sens de la nomenclature budgétaire et comptable M21, dans la mesure où elle entraîne un flux de trésorerie dans la comptabilisation du nouveau contrat de prêt. L'intégralité de l'indemnité de remboursement anticipé (IRA) aurait dû faire l'objet d'un étalement au compte 796 « *Transferts de charges financières* », conformément aux schémas comptables décrits dans la fiche n° 45 de l'annexe 3 de la nomenclature M21, ⁴¹ ce qui n'a pas été le cas. L'établissement s'est contenté d'imputer en 2016 au compte 796 « *Transfert de charges financières* » la seule part de l'indemnité compensatrice dérogatoire intégrée dans les charges financières sans étalement. En outre, le compte 481 7 « Indemnités de renégociation et de refinancement de la dette » n'a pas été mouvementé.

³⁹ Norme budgétaire et comptable M21, Tome I « Le cadre comptable », Chapitre 2 « Le fonctionnement des comptes », « Compte 15 – Provisions pour risques et charges », « Compte 151 8 – Autres provisions pour risques », Pages 24 et 25

⁴⁰ Norme budgétaire et comptable M21, Tome I « Le cadre comptable », Chapitre 2 « Le fonctionnement des comptes », « Compte 15 – Provisions pour risques et charges », « Compte 152 – Provision pour risques et charges sur emprunts », Page 26

⁴¹ Norme budgétaire et comptable M21, ANNEXE N°3 : Fiches d'écritures, Fiche n°45 : Traitement comptable des renégociations et refinancements d'emprunts, « I. Refinancement d'emprunts », 3e cas, 4e cas et 5e cas

5.3 La performance financière de l'établissement

5.3.1 Le taux d'occupation et le profil des résidents

L'activité de l'hôpital gériatrique de Chevreuse recouvre quatre types de prise en charge : une activité de long séjour avec l'USLD, qui dispose de 40 lits ; une activité d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) de 76 lits ; une activité de maison d'accueil spécialisée (MAS) de 54 lits et un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD de 45 places). Les taux d'occupation respectifs des différentes entités composant l'établissement sont obtenus en rapportant le nombre des journées réalisées au nombre des journées théoriques pour chacune des prises en charge :

Tableau n° 8 : Taux d'occupation pour les différentes activités.

%	<i>Rappel 2012</i>	2013	2014	2015	2016	2017	2018
USLD	94,22	92,06	92,41	93,00	93,15	93,25	92,45
EHPAD	97,25	97,37	96,63	97,36	96,91	96,09	98,19
SSIAD	74,72	78,87	82,92	80,80	78,20	75,90	72,79
MAS	97,50	97,53	97,33	96,13	96,72	96,88	96,72

Source : bilans financiers de l'établissement

Le taux d'occupation en USLD est relativement stable (autour de 93 %). Il est conforme à la moyenne constatée sur la région Île-de-France (93 %⁴²).

Pour l'activité EHPAD, le taux d'occupation est supérieur à 95 %, taux plancher retenu pour l'application de la convergence tarifaire⁴³, et il se rapproche en 2018 de 98 %, correspondant au taux de référence pour les EHPAD publics en Île-de-France⁴⁴.

Pour l'activité SSIAD, le taux d'occupation, autour de 75 %, est nettement inférieur aux taux de référence de 87 % constatée sur la région Île-de-France⁴⁵.

Les durées moyennes de séjour sont nettement supérieures à la moyenne constatée sur la région Île-de-France : en USLD, 2 ans et 4 mois (contre moins de 2 ans), en EHPAD (3 ans et 11 mois contre 1 an et 6 mois) ou en SSIAD (2 ans et 7 mois contre 1 an et 1 mois).

La part des résidents pris en charge dans le cadre de l'aide sociale est de l'ordre de 50 % en 2017 (52 % pour l'USLD, 48 % en EHPAD).

L'origine des résidents est essentiellement locale. A la fin de 2018⁴⁶, la majorité des résidents de l'hôpital gériatrique de Chevreuse sont des habitants du département (61 %), voire de communes limitrophes en provenance de l'Essonne (6 %) ou de l'Eure (4 %), soit un bassin assez resserré géographiquement (70 %). Une petite vingtaine (10 %) de résidents habitaient Paris avant leur admission.

⁴² La prise en charge des aides à l'autonomie et son incidence sur la qualité de vie des personnes âgées et de leurs proches aidants, HCFEA, 2017

⁴³ L'article 58 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 prévoit une convergence linéaire des établissements (EHPAD et PUV (petites unités de vie) financées au GMPS (groupe iso-ressources moyen pondéré soins) vers le forfait global de soins issu de l'équation tarifaire sur une période transitoire de sept ans s'étalant de 2017 à 2023.

⁴⁴ Analyse des comptes administratifs 2016 des établissements sociaux et médico-sociaux PA/PH, CNSA, 2018

⁴⁵ Tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social, SSIAD, campagne 2016, ARS Ile-de-France

⁴⁶ Rapport d'activité de l'établissement

5.3.2 Les produits d'exploitation

Entre 2013 et 2016 les produits d'exploitation ont connu une augmentation significative de 4,9 % par an en moyenne. Cependant, en 2018, ils sont revenus à leur niveau de 2013, soit 11,6 M€.

Tableau n° 9 : Présentation consolidée des produits de l'établissement

En €	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Produits de l'activité hospitalière	2 321 848	2 946 104	2 845 480	4 305 393	3 717 342	2 395 203
+ Dotations et produits de tarification des budgets annexes	9 231 900	9 095 120	9 010 836	9 036 309	9 142 844	9 229 957
= Produits de l'activité	11 553 749	12 041 224	11 856 316	13 341 701	12 860 187	11 625 160
Produits annexes du budget H	480	697	819	584	536	562
+ Produits annexes des budgets annexes	3 857	3 656	3 747	3 535	3 542	3 779
= Produits annexes	4 337	4 353	4 566	4 119	4 078	4 341
Prestations services, travaux, études, divers	0	0	0	0	0	0
Ventes de marchandises	0	0	0	0	0	516
Subventions d'exploitation versées en contrepartie d'une activité	0	0	1 000 000	0	0	0
= Chiffre d'affaires	11 558 086	12 045 577	12 860 882	13 345 820	12 864 264	11 630 017
+ Production stockée (ou déstockée)	0	0	0	0	0	0
+ Production immobilisée	0	0	0	0	0	0
= Produits d'exploitation	11 558 086	12 045 577	12 860 882	13 345 820	12 864 264	11 630 017
- Sous-traitance médicale et médico-sociale	129 061	123 698	120 765	132 221	141 064	115 843
= Production propre	11 429 024	11 921 879	12 740 117	13 213 600	12 723 200	11 514 174
<i>en % des produits d'exploitation consolidés</i>	<i>98,88%</i>	<i>98,97%</i>	<i>99,06%</i>	<i>99,01%</i>	<i>98,90%</i>	<i>99,00%</i>

Source : états financiers retraités par la chambre régionale des comptes Île-de-France

Les produits de l'activité hospitalière, c'est-à-dire de l'activité de l'unité de soins de longue durée à tort imputée sur le budget H, connaissent une augmentation de 27 % entre 2013 et 2014 et une augmentation de 51 % entre 2015 et 2016 dont une partie significative sous forme de crédits non reconductibles. En revanche, ils diminuent de 14 % entre 2016 et 2017 puis de 35 % entre 2017 et 2018. Ils s'élèvent à 2,4 M€, proches de leur niveau de 2013 (2,3 M€).

Les dotations et produits de tarification des budgets annexes connaissent, eux, une relative stabilité et leur montant est identique entre 2013 et 2018 à 9,2 M€.

5.3.3 Les charges d'exploitation

Les charges courantes sont stables sur la période à 11 M€ (+0,5 %) malgré la légère progression des charges de personnel qui ont connu une variation annuelle moyenne de +2,6 % pour atteindre 8,3 M€ en 2018.

Les consommations intermédiaires ont fortement diminué entre 2013 et 2014. Elles ont augmenté ensuite au même rythme que les charges de personnel et s'élèvent à 2,5 M€ en 2018.

La très forte hausse des frais financiers en 2015 (près de 2,5 M€ en 2015 contre 0,25 M€ par an en moyenne les autres années) est liée à l'opération de sécurisation des emprunts structurés (voir infra le chapitre sur l'endettement). Cette opération vient perturber l'analyse du compte d'exploitation, en charges comme en produits.

Tableau n° 10 : Structure de coût des charges courantes

En €	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Variation annuelle moyenne (en %)
Consommations intermédiaires	3 156 411	2 225 871	2 199 740	2 265 378	2 246 262	2 499 002	-4,6
+ Charges totales de personnel	7 322 639	7 779 165	8 007 230	8 229 911	8 138 673	8 310 989	2,6
+ Autres charges de gestion	34 933	17 318	35 526	20 824	26 093	61 198	11,9
+ Frais financiers réels (y c. pertes de change)	282 687	270 283	2 180 932	257 352	208 147	181 042	-8,5
= Charges courantes	10 796 670	10 292 638	12 423 428	10 773 465	10 619 174	11 052 232	0,5
<i>en % des produits d'exploitation</i>	<i>93,41%</i>	<i>85,45%</i>	<i>96,60%</i>	<i>80,73%</i>	<i>82,55%</i>	<i>95,03%</i>	<i>0,3</i>
<i>Frais de personnel / Charges courantes</i>	<i>67,82%</i>	<i>75,58%</i>	<i>64,45%</i>	<i>76,39%</i>	<i>76,64%</i>	<i>75,20%</i>	<i>2,1</i>
<i>Frais financiers réels / Charges courantes</i>	<i>2,62%</i>	<i>2,63%</i>	<i>17,55%</i>	<i>2,39%</i>	<i>1,96%</i>	<i>1,64%</i>	<i>-9,0</i>

Source : états financiers retraités par la chambre régionale des comptes Île-de-France

5.3.4 Un taux de marge brute élevé

L'excédent brut d'exploitation (EBE) ou résultat économique brut (REB) est la différence entre les produits de gestion et les charges de gestion. Il correspond au résultat dégagé par l'entité des seules activités d'exploitation, indépendamment de sa politique de financement et d'investissement.

Le résultat économique brut progresse de 4,9 % par an en moyenne entre 2013 et 2017 avec une augmentation significative de 29 % en 2015 due au poste « *autres subventions* ». Il se situe entre 2 et 3 M€ entre 2013 et 2017 puis chute à 1 M€ en 2018.

Tableau n° 11 : Résultat économique brut à partir de la valeur ajoutée

En €	2013	2014	2015	2016	2017	2018
= Valeur ajoutée	8 272 614	9 696 008	10 540 377	10 948 222	10 476 939	9 015 172
+ Autres subventions	13 199	11 938	14 801	14 583	16 790	13 916
- Charges totales de personnel	7 322 639	7 779 165	8 007 230	8 229 911	8 138 673	8 310 989
+ Remboursement de frais entre budgets	1 222 728	271 503	282 170	260 524	288 504	371 837
Dont remboursement de frais au budget H	1 222 728	271 503	282 170	260 524	288 504	371 837
= Résultat économique brut	2 185 902	2 200 285	2 830 119	2 993 418	2 643 560	1 089 935

Source : états financiers retraités par la chambre régionale des comptes Île-de-France

La chambre a calculé la marge brute d'exploitation, en déduisant du calcul de la marge brute un ensemble d'aides versées par l'agence régionale de santé non directement liées à l'activité. Le total des aides de l'ARS entre 2013 à 2017 s'élève à plus de 4,2 M€, essentiellement pour faire face aux frais financiers des prêts structurés et au coût de l'indemnité de résiliation anticipée.

Le remboursement des charges communes au budget principal et les autres subventions perçues par l'établissement, à savoir principalement les fonds pour l'emploi hospitalier, ont également été retirés du résultat économique brut afin de calculer la marge brute d'exploitation hors aides.

Tableau n° 12 : Marge brute d'exploitation hors aides

En €	2013	2014	2015	2016	2017
= Résultat économique brut	2 185 902	2 200 285	2 830 119	2 993 418	2 643 560
-Aides octroyées par l'ARS	368 521	404 613	1 000 000	1 250 000	1 250 000
Compensation des frais financiers résultant de l'emprunt toxique	368 521				
Mesures salariales		4 613			
Aide à la consignation des intérêts de l'emprunt structuré		400 000			
1ère tranche d'aide du fonds de soutien à la sortie des emprunts structurés			1 000 000		
2ème tranche d'aide du fonds de soutien à la sortie des emprunts structurés				1 250 000	
Dernière tranche d'aide du fonds de soutien à la sortie des emprunts structurés					1 250 000
-Autres subventions	13 199	11 938	14 801	14 583	16 790
+ Autres produits de gestion	22 782	75 260	21 639	14 312	6 282
Dont autres pdts de gestion budget H	6 256	5 112	3 077	2 038	1 793
Dont autres pdts de gestion budgets B, E, J	1 043	52 009	6 856	8 951	2 891
Dont autres pdts de gestion budget C	0	0	0	0	0
Dont autres pdts de gestion budgets L,M,N,P	14 849	16 753	11 117	3 324	1 598
Dont autres pdts de gestion budget A	634	1 387	589	0	0
- Autres charges de gestion	34 933	17 318	35 526	20 824	26 093
Dont charges de gestion du budget H	17 789	3 465	18 945	3 758	14 295
Dont charges de gestion des budgets B, E, J	7 953	6 914	8 720	9 541	6 789
Dont charges de gestion du budget C	0	0	0	0	0
Dont autres charges de gestion budgets L,M,N,P	9 191	6 940	7 861	7 525	5 009
Dont autres charges de gestion budget A	0	0	0	0	0
= Marge brute d'exploitation hors aides	1 792 031	1 841 676	1 801 431	1 722 323	1 356 959

Source : états financiers retraités par la chambre régionale des comptes Île de France

Entre 2013 et 2017, la marge brute d'exploitation hors aides recalculée par la chambre, s'élève en cumul à plus de 8 M€.

Le taux de marge brute est calculé en rapportant la marge brute d'exploitation au montant total des produits courants de fonctionnement. Dans le cas de l'hôpital gériatrique de Chevreuse, il est très élevé (entre 11 et 15 %) en comparaison avec l'intervalle cible de 7 à 8 % défini par la circulaire DHOS/F2/CNAMTS/2009/295 du 23 septembre 2009 relative à l'équilibre financier des établissements de santé. Ceci peut s'expliquer notamment par le fait que l'hôpital de Chevreuse est atypique et ne réalise pas d'activités de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique.

Tableau n° 13 : Taux de marge brute hors aides sur la période 2013-2017

En €	2013	2014	2015	2016	2017
Produits d'exploitation (hors remboursements au 708 7)	11 558 086	12 045 577	12 860 882	13 345 820	12 864 264
+Autres subventions	13 199	11 938	14 801	14 583	16 790
+Autres produits de gestion	22 782	75 260	21 639	14 312	6 282
Produits courants de fonctionnement	11 594 067	12 132 775	12 897 322	13 374 715	12 887 336
Marge brute d'exploitation hors aides en % des produits courants de fonctionnement	15%	15%	14%	13%	11%

Source : états financiers retraités par la chambre régionale des comptes Île de France

L'établissement connaît donc une situation financière très favorable et la marge brute dégagée aurait dû lui permettre de couvrir les dotations aux amortissements et provisions et les frais financiers. Cela n'a pourtant été le cas qu'en 2014 et 2017 du fait du poids des dotations aux amortissements en 2013 et des frais financiers liés aux opérations de sécurisation des emprunts structurés en 2015 et 2016.

Tableau n° 14 : Poids des dotations nettes aux provisions et aux amortissements dans la marge brute hors aides

En €	2013	2014	2015	2016	2017
Marge brute d'exploitation hors aides	1 792 031	1 841 676	1 801 431	1 722 323	1 356 959
Dotations nettes aux provisions	1 186 692	832 542	- 130 798	- 3 640 578	869
Dotations nettes aux amortissements	601 813	627 390	700 465	742 702	800 963
Frais financiers nets réels	282 687	270 283	2 149 715	8 370 686	208 147
Marge brute d'exploitation hors aides nette des dotations nettes aux amortissements et aux provisions et des frais financiers	-279 161	111 461	-917 951	-3 750 487	346 980

Source : Chambre régionale des comptes Île-de-France à partir des états financiers

5.3.5 Un niveau d'investissement insuffisant

Le niveau d'investissement entre 2013 et 2018 s'élève en moyenne à 0,5 M€ seulement.

Tableau n° 15 : Dépenses d'investissement sur la période

En €	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Moyenne
Dépenses d'équipement réelles (y compris travaux en régie)	193 393	459 956	756 830	468 540	638 093	297 403	469 036
Dont immobilisations incorporelles	10 446	8 960	6 744	16 224	139 489	15 610	36 373
Dont terrains, constructions et agencements	23 011	234 697	613 748	209 476	213 827	194 619	248 230
Dont autres immobilisations corporelles	159 936	213 807	136 338	241 752	255 658	82 174	181 611
Dont immobilisations en cours	0	2 492	0	1 089	29 120	0	5 450

Source : Chambre régionale des comptes Île-de-France d'après les comptes financiers

L'hôpital gériatrique de Chevreuse a pris du retard dans les travaux prévus dans le Plan Alzheimer lancé en 2008, comparativement à d'autres établissements. Ce n'est que dans le projet d'établissement 2013-2017 que figure la création d'un pôle d'activités et de soins adaptés (PASA), avec aménagement d'un espace adapté aux personnes accueillies au niveau de l'unité du Jardin, ainsi que d'une salle Snoezelen. Le PASA a été ouvert en 2015, mais il n'est pas conforme au cahier des charges. Sa superficie est de 116 m² et il comprend une salle d'activité au lieu de disposer des 140 m² et de deux salles d'activité réglementaires. Selon l'établissement, un nouveau pôle d'activités et de soins adaptés sera créé dans le cadre des travaux de mise aux normes de l'unité de soins de longue durée (USLD).

Les travaux de rénovation de l'EHPAD et de l'USLD, qui compte encore 30 % de chambres doubles, ont fait l'objet d'une première étude finalisée le 14 décembre 2016. En 2018, un nouvel architecte a été sollicité pour réaliser une programmation fonctionnelle autour des principes suivants : rassembler les lits d'USLD à l'étage et les lits d'EHPAD au rez-de-chaussée, passer de 12 chambres double au sein de l'USLD à 4 et de 5 en EHPAD à 2, déplacer le PASA, reconstruire une maison des familles, construire un lieu de recueillement multiconfessionnel.

Le coût global du projet s'élève à 2,9 M€. Le 26 janvier 2018, la directrice de l'établissement indiquait démarrer les travaux sans tarder. Les autorités de contrôle ont demandé en avril 2018 des éléments complémentaires, concernant notamment l'impact sur les effectifs et plus généralement le coût de fonctionnement de l'établissement. Une nouvelle réunion tripartite a eu lieu le 4 septembre 2018 ; les représentants du département ont demandé à ce que les 76 résidents de l'EHPAD soient réunis dans un même service et le plan d'implantation de l'établissement revu en conséquence. Il a donc été acté qu'une réflexion serait menée pour déplacer les résidents de l'EHPAD au Village et ainsi obtenir un rez-de-chaussée entièrement dédié pour eux.

Le début des travaux reste annoncé pour avril 2020 et la fin des travaux pour avril 2022. Mais le projet n'étant pas finalisé⁴⁷, il sera difficile de pouvoir respecter ces échéances. L'établissement aurait intérêt à rechercher l'aide d'une expertise en matière immobilière.

Recommandation n° 5 : En s'appuyant sur les compétences du groupement hospitalier de territoire, finaliser les travaux de mise aux normes nécessaires sur le site de Chevreuse.

⁴⁷ A fin septembre 2019, si le plan des travaux est stabilisé, l'appel d'offre pour la maîtrise d'œuvre n'est pas encore lancé.

5.3.6 Une trésorerie élevée

Le fonds de roulement correspond à l'excédent de ressources stables de l'établissement sur ses emplois stables, mesurant ainsi la capacité de l'établissement à financer son cycle d'exploitation par des ressources stables.

Tableau n° 16 : Fonds de roulement de l'hôpital gériatrique de Chevreuse

En €	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Variation annuelle moyenne (en %)
Fonds de roulement	5 666 349	5 630 335	6 538 909	5 146 313	5 499 834	5 718 216	0,2
<i>Fonds de roulement, en nombre de jours de charges courantes</i>	192	200	192	174	189	189	-0,3

Source : états financiers de l'établissement retraités par la chambre régionale des comptes

Le fonds de roulement de l'hôpital gériatrique de Chevreuse est stable depuis 2013. Il représente plus de 5,7 M€, soit six mois de charges courantes en 2018.

Le besoin en fonds de roulement (BFR) correspond à l'excédent des créances d'exploitation de l'établissement sur le montant de ses dettes d'exploitation. Il indique la part de financement dégagé par le fonds de roulement non immédiatement disponible pour l'établissement.

Tableau n° 17 : Besoin en fonds de roulement de l'établissement

En €	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Stocks de produits pharmaceutiques et médicaux	40 679	32 950	34 110	35 144	32 852	30 662
+ Autres stocks et encours de production	111 564	115 919	132 293	160 348	179 087	114 809
= Stocks et en-cours (a)	152 243	148 870	166 403	195 493	211 939	145 471
= Redevables et comptes rattachés (b)	1 323 048	1 765 477	2 922 267	1 422 855	1 602 450	1 803 539
<i>en nombre de jours de chiffre d'affaires</i>	42	53	83	39	45	57
= Dettes fournisseurs (c)	319 957	332 248	497 031	394 332	337 998	395 828
<i>en nombre de jours d'achats</i>	80	107	157	127	104	109
Besoin en fonds de roulement de gestion (a+b-c=d)	1 155 334	1 582 099	2 591 638	1 224 016	1 476 391	1 553 182
<i>en nombre de jours de charges courantes</i>	39	56	76	41	51	51
+ Dépenses à classer ou à régulariser	0	0	0	0	3 238	0
- Recettes à classer ou à régulariser	22 591	31 303	15 749	16 985	28 198	16 878
+ Créances publiques sur opérations particulières	-146 077	-86 874	-159 690	-168 669	-204 176	-185 315
+ Créances fiscales	-4 228	-20 747	-4 092	-27 787	-67 148	-98 212
- Dettes (-) et créances (+) sur personnel et sécurité sociale	78 325	110 513	111 492	72 953	86 125	126 678
= Autres dettes et créances (e)	-244 197	-211 519	-269 744	36 084	-233 591	-413 779
Intérêts courus non échus (f)	139 056	133 494	128 282	91 057	71 097	71 097
= Besoin en fonds de roulement global (d+e-f=g)	772 081	1 237 087	2 193 613	1 169 044	1 171 703	1 068 305
<i>en nombre de jours de charges courantes</i>	26	44	64	40	40	35
= Provisions pour risques et charges (h)	4 130 177	4 597 382	4 482 382	4 211 438	841 804	841 804

Hôpital gériatrique Philippe Dugué de Chevreuse, exercices 2013 et suivants
Rapport d'observations définitives

En €	2013	2014	2015	2016	2017	2018
+ Opérations pour compte de tiers	0	0	0	0	0	0
= Besoin en fonds de roulement net global (g-h=i)	-3 358 096	-3 360 295	-2 288 769	-3 042 394	329 898	226 501
<i>en nombre de jours de charges courantes</i>	<i>-114</i>	<i>-119</i>	<i>-67</i>	<i>-103</i>	<i>11</i>	<i>7</i>

Source : états financiers retraités par la chambre régionale des comptes Île-de-France

Le besoin en fonds de roulement net présente une évolution atypique entre 2013 et 2016. Il est négatif sur ces exercices (entre - 2 M€ et - 3 M€) et traduit la capacité pour l'établissement à faire face à ses engagements en temps réel.

La situation s'inverse toutefois à partir de 2017, du fait d'une diminution de 80 % des provisions pour risques et charges (fin de l'opération de sécurisation des emprunts structurés), dont le montant vient en atténuation des créances dans le calcul du besoin en fonds de roulement.

La trésorerie, soit la part immédiatement disponible du fonds de roulement, est obtenue par différence entre le fonds de roulement et le besoin en fonds de roulement.

Sur la période sous revue, l'hôpital gériatrique de Chevreuse dispose d'une trésorerie élevée, entre 5 et 9 M€, soit entre 6 et 9 mois de charges courantes, conséquence d'un fonds de roulement important et d'un besoin en fonds de roulement négatif.

Tableau n° 18 : Trésorerie de l'établissement

En €	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Variation annuelle moyenne (en %)
Trésorerie active (disponibilités)	8 674 739	9 005 442	8 842 510	4 834 800	5 176 257	5 488 289	-8,7
Dont banque, compte au Trésor et comptes de placement court terme	8 674 434	9 004 251	8 842 295	4 833 580	5 175 037	5 485 760	-8,8
Dont chèques et valeurs à l'encaissement	0	0	0	0	0	1 309	N.C.
Dont caisse, régies et accreditifs	305	1 191	215	1 220	1 220	1 220	32,0
= Trésorerie nette	8 655 924	8 990 631	8 827 678	4 819 074	5 169 936	5 481 843	-8,7
<i>en nombre de jours de charges courantes</i>	<i>293</i>	<i>319</i>	<i>259</i>	<i>163</i>	<i>178</i>	<i>181</i>	<i>-9,2</i>

Source : états financiers retraités par la chambre régionale des comptes Île-de-France

Même si elle a diminué entre 2013 et 2018, son niveau à la fin de l'exercice 2018 de près de 5,5 M€ ou 6 mois de charges de fonctionnement traduit l'importance des aides accordées à l'établissement.

5.4 Un endettement encore élevé après l'opération de désensibilisation des emprunts structurés

5.4.1 Un niveau élevé de la dette financière

L'hôpital gériatrique de Chevreuse enregistre fin 2018 une dette financière de près de 5,7 M€, en diminution à partir de 2016.

Tableau n° 19 : Évolution des dettes financières

En €	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Emprunts et dettes financières	6 550 000	6 288 000	6 026 000	6 930 667	5 502 000	5 240 000
Refinancement de dette	0	0	0	0	0	0
Autres dettes	845 421	756 900	668 379	579 858	491 337	402 816
= Dettes financières	7 395 421	7 044 900	6 694 379	7 510 525	5 993 337	5 642 816

Source : Chambre régionale des comptes Île-de-France à partir des états financiers

La dette financière rapportée aux produits de l'établissement dépasse tous les ans depuis 2013 le seuil fixé par l'article D. 6145-70 du code de la santé publique. Les autres indicateurs d'alerte relatifs à l'endettement des établissements publics de santé sont cependant satisfaisants.

Tableau n° 20 : Indicateurs d'alerte relatifs à l'endettement sur la période 2013 à 2017

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Seuils réglementaires
Ratio d'indépendance financière (dette financière / ressources stables), en %	33 %	31 %	30 %	37 %	29 %	27 %	> 50 %
Ratio de solvabilité dit aussi durée apparente de la dette (dette financière / CAF brute), en années	24	5	- 11	- 1	6	6	> 10 ans
Dette financière rapporté au total des produits, en %	52 %	56 %	49 %	40 %	45 %	42 %	> 30 %

Source : Chambre régionale des comptes Île-de-France à partir des états financiers

5.4.2 Des choix contestables opérés en 2006 pour le refinancement de l'opération immobilière

Ce niveau élevé d'endettement s'explique par une opération de restructuration immobilière menée au début des années 2000 et des choix hasardeux fait à l'époque par la direction de l'établissement en matière de solutions de financement, en recourant à des emprunts structurés à taux variable indexé sur des devises étrangères. Pour financer cette opération d'un montant global de près de 15 M€, l'hôpital gériatrique de Chevreuse a en effet contracté en 2002 auprès de DEXIA deux prêts à taux variable (T4M + marge de 0,15 %) d'une durée de 30 ans pour un montant total de 13 M€ de capital⁴⁸. Ces emprunts initiaux n'étaient pas structurés.

A partir de 2004, la direction par intérim de l'établissement constatant que la totalité du capital emprunté n'a pas été mobilisé et souhaitant réduire les charges financières liées à ces prêts,

⁴⁸ A ces deux prêts DEXIA, se sont ajoutés deux prêts CRAMIF pour 795 000 € et 975 000 €.

a décidé de réaménager les contrats en s'appuyant sur les conseils de DEXIA. De là, sept opérations de refinancement ont été effectuées dans le cadre d'une « *gestion active de la dette* »⁴⁹.

Au final, l'établissement a ainsi refinancé cette opération immobilière, financée au départ par des prêts à taux variables, par des prêts structurés. A la suite de ces réaménagements, deux contrats structurés restaient en vigueur, l'un dont les taux d'intérêt étaient déterminés, de manière post fixée, par un différentiel de CMS EUR (produit de pente) et l'autre par un différentiel entre l'euro et le franc suisse (produit écart de devise).

La part des emprunts structurés, dont certains étaient classés 3 E et 6F selon la charte de bonne conduite entre les établissements bancaires et les collectivités locales, a pu représenter jusqu'à 80 % des emprunts souscrits pour l'opération de restructuration immobilière et plus de 70 % de l'endettement de l'établissement. Ils ont donc fait peser un risque de taux élevés pour l'établissement.

Certes, la charte de bonne conduite entre les établissements bancaire et les collectivités locales sur les emprunts structurés également applicable aux établissements publics de santé⁵⁰ n'a été publiée que le 7 décembre 2009, et la première réunion officielle sur le sujet n'a été organisée que le 3 novembre 2008 par le ministre de l'intérieur, de l'outre-mer et des collectivités territoriales et celui de l'économie de l'industrie et de l'emploi. Cependant, la direction de l'établissement, mais également le président du conseil de surveillance, par ailleurs maire de Chevreuse, ne pouvaient ignorer, dès fin 2009, lors des derniers réaménagements, ces alertes.

Dans un premier temps, l'opération s'est avérée positive pour l'établissement, les charges de remboursement (intérêts et capital) diminuant fortement (de 200 000 € entre 2006 et 2007). Puis, par un courrier du 8 août 2011, DEXIA a informé la direction de l'établissement que les taux d'intérêt étaient en train d'augmenter et risquaient de passer de 4,31 % à 20 ou 25 %. La direction de l'établissement, en s'appuyant sur l'expertise d'un cabinet externe, a alors adressé un courrier en réponse à DEXIA le 18 octobre 2011 demandant l'annulation des contrats de prêt ou leur transformation en prêts à taux fixe.

Devant le refus de DEXIA, signifié par courrier du 4 novembre 2011, et après avoir recruté un avocat, et changé d'expert, l'hôpital gériatrique Philippe Dugué de Chevreuse a décidé d'assigner DEXIA devant le tribunal de grande instance de Nanterre pour engager la responsabilité de cette dernière concernant la méconnaissance de ses obligations d'information, de conseil et de mise en garde. Parallèlement, l'établissement a demandé au comptable public de ne régler les intérêts que sur la base du taux de départ à 4,08 % et de consigner le différentiel avec le montant exigé par DEXIA.

En novembre 2012, DEXIA a fait une offre de refinancement. Après analyse par l'expert et le cabinet d'avocats, mais également par la direction départementale des finances publiques (DDFIP), elle n'a pas été acceptée par l'établissement. En février 2013, une médiation a été proposée par la 7^{ème} chambre civile du tribunal de grande instance de Nanterre mais elle n'a pas abouti.

⁴⁹ Voir annexe 6

⁵⁰ Cette charte offre une classification des emprunts en fonction de l'exposition au risque pour l'emprunteur. La lettre exprime le degré de complexité de la formule de calcul des intérêts et le chiffre la complexité de l'indice sous-jacent. La classification s'échelonne de A1 à E5, F6 correspondant à des emprunts dits « hors charte » (écart d'indice hors zone euro et multiplicateur supérieur à 5).

5.4.3 Une opération de désensibilisation des emprunts structurés, dans le cadre du dispositif national, finalisée en 2016

En septembre 2014, l'hôpital gériatrique de Chevreuse a été invité à participer à une réunion, à l'initiative de la Fédération Hospitalière de France (FHF), avec les douze directeurs d'établissements ayant engagé des procédures contentieuses à l'égard de DEXIA. Le 20 février 2015, la société de financement local (SFIL) a déclaré le contrat de prêt dont le taux est basé sur un écart entre l'euro et le franc suisse, éligible au dispositif d'accompagnement mis en place par le ministère de la santé⁵¹. En décembre 2015, un accord transactionnel a été signé entre la CAFFIL (Caisse française de financement local anciennement DEXIA Municipal Agency), la SFIL, DEXIA Crédit Local et l'hôpital gériatrique de Chevreuse après un avis favorable de l'Agence régionale de santé Île-de-France.

Deux contrats de prêt à taux fixe de 3,24 %, classés 1A dans la charte de bonne conduite entre les établissements bancaires et les collectivités locales, ont été signés à effet du 1^{er} février 2016. Ils se sont substitués aux deux derniers contrats structurés détenus par l'établissement depuis 2007 et 2010.

L'accord du département des Yvelines n'a pas été sollicité alors qu'il pouvait trouver à s'appliquer, étant donné les activités médico-sociales de l'établissement. En effet, selon les dispositions de l'article R.314-27 du code de l'action sociale et des familles, « *les frais des emprunts dont la durée est supérieure à un an, et les frais afférents aux investissements, ne peuvent être pris en compte que si ces emprunts ou ces investissements ont reçu avant la date à laquelle est arrêté la tarification, l'approbation de l'autorité de tarification.* » De plus, l'article R.341-20 du code de l'action sociale et des familles soumet à la même obligation d'approbation préalable « *les modifications des programmes d'investissement, de leurs plans de financement ou des emprunts, lorsque ces modifications sont susceptibles d'entraîner une augmentation des charges d'exploitation.* » La renégociation des emprunts structurés comme la décision relative à l'indemnité de résiliation anticipée, qui constitue une charge pesant sur le compte d'exploitation de l'hôpital, entrent dans ce cadre.

L'agence régionale de santé Île-de-France, partie prenante à l'accord transactionnel, a versé l'aide prévue dans le dispositif d'accompagnement, soit 3,5 M€, sous forme de crédits non reconductibles.

En conséquence, depuis 2016, la dette de l'établissement ne contient plus d'emprunts structurés. L'opération de sécurisation a été finalisée. Les emprunts inscrits au bilan de l'établissement à fin 2019 sont classés 1A.

Tableau n° 21 : Nouveaux prêts mis en place en 2016

Nouveau contrat de prêt	Contrat refinancé	Montant en €	Durée	Date début	Date fin	Taux	Classement charte
MON 506760 EUR	MIN 255789EUR	5 584 000	22 ans	1/09/2016	1/09/2038	3,25 % fixe	1 A
MON 506761 EUR	MPH269166 EUR	3 378 667	22 ans	1/07 2016	3/07/2038	3,24 % fixe	1 A
Total		8 962 667					

Source : documents transmis par l'établissement

5.4.4 Un coût élevé pour les finances publiques

Le protocole transactionnel du 10 décembre 2015 identifie le montant du capital refinancé, 8,3 M€, dont une indemnité compensatrice dérogatoire de 2,3 M€, ainsi qu'une indemnité compensatrice dérogatoire autofinancée de 6,4 M€ soit au total près de 8,8 M€ d'indemnités compensatrices. Cependant, la transaction s'est effectuée le 18 décembre 2015, à des

⁵¹ Instruction interministérielle n° DGOS/PF1/DGFIP/CL1C/CL2A/2014/363 du 22 décembre 2014

conditions financières légèrement différentes, mais en restant dans les marges de manœuvres prévues par le protocole transactionnel en termes de taux et de volume d'indemnités à refinancer.

Au final, les montants imputés en comptabilité par l'établissement font apparaître que l'indemnité compensatrice dérogatoire s'est élevée au total à près de 9,4 M€.

Tableau n° 22 : Montants comptabilisés au titre des emprunts de désensibilisation

En €	Prêt n°1	Prêt n°2	Total
Capital refinancé	5 584 000,02	2 775 333,31	8 359 333,33
<i>Dont indemnité compensatrice dérogatoire</i>	2 333 333,33		2 333 333,33
Indemnité compensatrice dérogatoire intégrée dans les charges financières	765 666,67	614 000,00	1 379 666,67
Indemnité compensatrice dérogatoire autofinancée	5 670 000,00		5 670 000,00
Total indemnité compensatrice dérogatoire	8 769 000,00	614 000,00	9 383 000,00

Sources : chambre régionale des comptes Île-de-France à partir des pièces justificatives des opérations au compte 796 en 2016

Le coût total de l'indemnité compensatrice dérogatoire est supérieur au capital restant dû. Selon la SFIL, si ces deux prêts n'avaient pas été sécurisés, les taux de ces deux prêts seraient respectivement de 20,21 % pour une parité entre l'euro et le franc suisse à 1,12 et à 4,24 % pour le prêt dont le taux est basé sur un écart CMS et euro dont la formule n'aurait pas été activée.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

L'hôpital gériatrique de Chevreuse s'est retrouvé fin 2014 avec un endettement de plus de 7 M€, constitué à 80 % de prêts structurés. Il a fait partie des premiers établissements publics de santé identifiés dans le cadre du dispositif d'accompagnement mis en place par le ministère de la santé pour la sécurisation des emprunts structurés. Un accord a été trouvé dès 2015 avec les différentes parties prenantes pour revenir à un endettement à taux fixe. Cette opération de désensibilisation a eu un coût total de près de 10 M€ dont 3,5 M€ versés par l'ARS selon le protocole d'accord signé en 2015.

A la fin de 2018, après l'opération de désensibilisation, la situation financière de l'établissement était bonne, tant en termes de performance financière que de niveau de trésorerie. Il dégagait en effet un taux de marge brut élevé et disposait d'une trésorerie représentant six mois de charges courantes. Ce qui devrait lui permettre de rattraper son retard en matière d'investissements.

La chambre invite l'établissement à améliorer la fiabilité de ses comptes, notamment en ce qui concerne l'actif immobilisé et les provisions, à respecter la procédure budgétaire et à fournir des états financiers conformes aux dispositions de la nomenclature budgétaire et comptable applicable.

6 LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

6.1 Des effectifs en retrait par rapport au niveau conventionné

La masse salariale a été globalement maîtrisée au sein de l'hôpital gériatrique de Chevreuse, progressant de 2,7 % par an en moyenne, conformément à l'évolution moyenne constatée dans les établissements publics de santé qui, selon une étude de la DGOS⁵², a été de 2,1 %, par an sur la période 2013-2017.

Les dépenses totales relatives au personnel s'élèvent pour l'exercice 2017 à 8,1 M€.

Tableau n° 23 : Dépenses de personnel de l'hôpital gériatrique de Chevreuse au global

En €	2013	2014	2015	2016	2017	Var annuelle moy (en %)
Rémunération du personnel	4 010 927	4 226 868	4 417 461	4 637 762	4 345 817	2,0
+ Charges sociales totales sur personnel	1 659 953	1 790 299	1 887 462	1 887 434	1 964 402	4,3
+ Honoraires médecine libérale et indemnités d'enseignement	105 616	28 675	24 587	7 409	12 556	- 41,3
+ Autres charges de personnel	15 176	13 029	36 728	10 135	15 447	0,4
- Atténuations de charges portabilité CET	0	0	0	0	887	N.C.
+ Impôts et taxes liés au personnel	506 399	627 707	664 273	715 469	691 236	8,1
Dont taxe sur les salaires	364 716	393 989	412 608	432 199	431 266	4,3
= Charges de personnel interne	6 298 070	6 686 578	7 030 510	7 258 210	7 028 572	2,8
+ Charges de personnel externe	1 024 569	1 092 587	976 720	971 701	1 110 101	2,0
= Charges de personnel totales consolidées	7 322 639	7 779 165	8 007 230	8 229 911	8 138 673	2,7

Source : Etats financiers retraités par la chambre régionale des comptes

Sur la période sous revue, l'hôpital gériatrique de Chevreuse s'est rapproché progressivement de l'effectif cible défini dans la convention tripartite⁵³.

Tableau n° 24 : Evolution des effectifs

En ETP	Tels que fixés par la convention tripartite	2013	2014	2015	2016	2017	Évolution 2017/2013	Ecart par rapport à la convention tripartite
Personnel non médical	178,21	151,02	163,47	166,32	161,80	160,93	9,91	- 17,28
Dont infirmiers et cadres de santé	29,28	24,28	29,44	23,09	24,46	25,33	1,05	- 3,95
Dont aides-soignants	100,58	89,75	93,24	94,49	89,31	93,19	3,44	- 7,39
Personnel médical	3,01	2,70	2,70	2,94	2,83	3,13	0,43	0,12
TOTAL	181,22	153,72	166,17	169,26	164,63	164,06	10,34	- 17,16

Source : données transmises par l'établissement

⁵² PATSS 2018-2022: Présentation de la méthode proposée pour la fixation des objectifs régionaux d'évolution de la masse salariale des établissements publics de santé, DGOS, mai 2018

⁵³ Voir le tableau des effectifs en annexe

L'écart est encore à fin 2017 de 17,16 ETP en moins par rapport à la convention tripartite. Il concerne d'abord le personnel soignant, infirmiers et aides-soignants et traduit les difficultés de recrutement et de fidélisation de l'établissement.

6.2 Politique de recrutement et gestion prévisionnelle des emplois et compétences

L'hôpital gériatrique de Chevreuse connaît une rotation importante de son personnel (42 % en 2015, 23 % en 2016, 36 % en 2017). Ainsi, à la fin de 2017, 44 % des 21 infirmières recrutées dans les trois dernières années avaient quitté l'établissement. À la fin de 2016, le même indicateur était de 31 %.

Pour tenter de juguler cette rotation, la direction de l'établissement mène depuis plusieurs années une politique active pour l'accueil des nouveaux arrivants :

- mise en place d'une journée complète d'intégration, organisée par le cadre accueillant le ou les nouvel (eaux) agent(s), (une fois par mois),
- organisation des petits déjeuners de bienvenue pour tous les nouveaux agents, tous les trimestres par exemple,
- organisation par le bureau des ressources humaines et plus particulièrement le responsable de la formation d'une demi-journée ou une journée pour les nouveaux agents sur les points théoriques de l'environnement du travail qu'il est indispensable de connaître,
- réalisation d'un dossier d'accueil, y intégrant un volet réglementaire informant les agents sur leur droits et devoirs (y compris en lien avec le comité d'éthique).

Un nombre important d'agents ont accès chaque année à une ou plusieurs formations, dont des formations qualifiantes. Ainsi, pour 2017, trois agents des services hospitaliers qualifiés (ASHQ) ont obtenu leur diplôme d'aide-soignant et un agent a obtenu un DUI⁵⁴ d'hypnose clinique.

La réflexion se poursuit cependant au sein de l'établissement pour améliorer la politique d'intégration puis de fidélisation du personnel. L'hôpital gériatrique de Chevreuse avait prévu, dans le cadre du projet d'établissement 2013-2017, de réaliser une nomenclature et une cartographie des métiers exercés dans l'établissement. La chambre invite l'établissement à poursuivre cette démarche de gestion prévisionnelle des métiers et des compétences à l'échelle du groupement hospitalier de territoire.

6.3 Un temps de travail légèrement inférieur à la durée réglementaire annuelle

En février 2002, l'hôpital gériatrique de Chevreuse a conclu un accord local d'aménagement et de réduction du temps de travail (ARTT). En octobre 2004, un référentiel sur la gestion du temps de travail est venu préciser certains points de ce protocole (cycle de travail, temps de pause, temps de repas, temps d'habillage et de déshabillage). La chambre a établi une comparaison entre l'accord en place et la réglementation en vigueur.

⁵⁴ Diplôme universitaire et interuniversitaire

Tableau n° 25 : Comparaison entre l'accord ARTT en place dans l'EHPAD et la réglementation en vigueur

Type de temps de travail des personnels hospitaliers	Décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002	Accord local	Ecart en heures
Personnel de jour en repos fixe	1 607 h	1 600 h	- 7 h
Personnel de jour en repos variable (moins de 20 dimanches ou jours fériés)	1 582 h	1 575	- 7 h
Personnel de jour en repos variable (plus de 20 dimanches ou jours fériés)	1 568 h + deux jours de repos	1 561	- 7h
Personnel de nuit	1 460 h	1 470 h	10 h

Source : accord ARTT / chambre régionale des comptes Île-de-France

Les écarts entre le nombre d'heures travaillées selon l'accord local et la durée légale du travail s'expliquent par l'absence de prise en compte de la journée solidarité. Cumulé, cela représente 0,7 ETP rémunéré soit environ 30 000 € par an.

Rappel au droit n° 7 : Réviser l'accord relatif au temps de travail pour respecter la durée réglementaire annuelle en y intégrant la journée de solidarité.

Dans sa réponse à la chambre, la directrice s'est engagée à réviser l'accord local de réduction du temps de travail, en y incluant la journée de solidarité créée par la loi du 30 juin 2004 et en le mettant à jour selon les dernières évolutions réglementaires.

6.4 Le travail en cycle de douze heures non formalisé et non évalué

L'article 9 du décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail précise que l'organisation du travail en cycle de 12 heures constitue une modalité dérogatoire dans les établissements publics de santé. Sa mise en place est conditionnée au respect de deux critères. Les contraintes de continuité du service public doivent l'exiger en permanence et un avis du comité technique d'établissement doit avoir été pris sur le principe de la mise en place de ce mode d'organisation du travail. Il ressort des jurisprudences des cours administratives d'appel que les services dont l'activité répond à des contraintes spécifiques sont des services de type service des grands brûlés, urgences, anesthésie-réanimation ou « *impliquant une ouverture continue ou tout du moins plus large au public tels que les services de maternité et ceux de gériatrie* »⁵⁵. Ces services, par leur nature et leur fonctionnement interne, disposent d'une présomption de contrainte de continuité du service public qu'il convient néanmoins de documenter en fonction du contexte de l'établissement et de l'organisation du service.

A l'hôpital gériatrique de Chevreuse, 18 agents (aides-soignantes et infirmières) ont bénéficié en 2017 des horaires dérogatoires en 12 heures sans que ce dispositif ait fait l'objet d'une évaluation périodique ni même d'une formalisation. Selon la directrice, et en application des dispositions de l'article 7 du décret 2002-9 du 4 janvier 2002 susmentionné, le chef d'établissement peut déroger ponctuellement à la durée quotidienne de travail fixée lorsque les contraintes de continuité de service l'exigent, sans que l'amplitude de la journée de travail ne puisse dépasser 12 heures. Pour remédier à l'absentéisme et aux vacances de postes, certains agents effectuent donc des heures supplémentaires au regard de leur cycle de travail, notamment 7 h12 pour les soignants à temps plein, pour atteindre un horaire de 12 heures à des dates précises.

⁵⁵ Cour administrative d'appel de Bordeaux, n°15BX00530 du 19 janvier 2016 et cour administrative d'appel de Nantes, n°11NT03055 du 20 juin 2013

La chambre estime que ce mode de fonctionnement ne peut être permanent car il a un coût élevé, du fait du surcoût des heures supplémentaires rémunérées, au regard d'un cycle normal de travail.

Recommandation n° 6 : Formaliser et justifier par une évaluation périodique la pertinence de la mise en place d'un dispositif spécifique du travail sur douze heures.

6.5 Une démarche active de prévention des risques professionnels

Dans le cadre d'un appel à projet, l'établissement a bénéficié en 2015 d'un accompagnement sur la prévention des risques professionnels en collaboration avec un cabinet externe. Un comité de pilotage réunissant l'encadrement, la direction et les membres du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) a travaillé sur une nouvelle version du document unique (DUERP) et à l'élaboration du programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail (PAPRIACT).

Le total des jours d'absence a diminué dans les dernières années : 4 866 jours en 2017 contre 5 372 jours en 2016 et 6 062 jours en 2015. La diminution la plus forte porte sur les absences pour motif médical : 3 956 en 2017 contre 5 080 en 2015. Selon l'établissement, l'amélioration des résultats en matière d'absentéisme depuis 2015 (baisse de 30 % du nombre et en fréquence) est à mettre en relation avec la mise en œuvre de cette démarche.

6.6 Des concessions de logement à encadrer

Au sein de l'hôpital gériatrique de Chevreuse, seule la directrice et le directeur-adjoint bénéficient d'un logement de fonction.

A la suite des observations de la chambre, l'établissement a produit la décision du directeur de l'établissement, la délibération du conseil de surveillance et les conventions de concession pour nécessité absolue de service relatifs à ces logements de fonction.

Dans le cas du directeur-adjoint, une incohérence existe quant à la résidence administrative déclarée sur le bulletin de traitement et le fait de disposer sur place d'un logement de fonction.

Des travaux ont été réalisés dans les logements de fonction de la directrice, pour un montant cumulé de 39 399,06 € sur la période comprise entre 2013 et 2017. Le plan de travaux n'a pas été présenté en conseil de surveillance conformément à la réglementation⁵⁶.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

L'hôpital gériatrique de Chevreuse dispose d'effectifs inférieurs aux prévisions de la convention tripartite, ce qui traduit son manque d'attractivité pour certaines professions. Un effort particulier a été fait sur la qualité de vie au travail et la prévention des risques professionnels, avec un effet immédiat sur le taux d'absentéisme.

L'accord local sur le temps de travail doit être revu pour y intégrer la journée de solidarité et, le cas échéant, un cycle de travail en 12 heures. En effet, certains personnels soignants travaillent d'ores et déjà en 12 heures sans que cette organisation du travail ait été formellement évaluée et malgré un risque de surcoût pour l'établissement, les heures effectuées en sus du cycle de travail normal étant rémunérées en heures supplémentaires.

⁵⁶ Article L. 6143-3-2 du CSP : « Toute convention entre l'établissement public de santé et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance fait l'objet d'une délibération du conseil de surveillance. Il en est de même des conventions auxquelles l'une de ces personnes est indirectement intéressée ou dans lesquelles elle traite avec l'établissement par personne interposée... »

ANNEXES

Annexe n° 1. Eléments de procédure.....	54
Annexe n° 2. Tableau récapitulatif des recommandations du rapport d'observations définitives	55
Annexe n° 3. Offre sociale et médico-sociale pour personnes âgées dépendantes dans les Yvelines	57
Annexe n° 4. Conventions de partenariat au niveau local	58
Annexe n° 5. Analyse des coûts des fonctions hospitalières.....	59
Annexe n° 6. Opérations de refinancement réalisées par l'établissement avec DEXIA	61
Annexe n° 7. Tableau des effectifs de 2013 à 2017	62
Annexe n° 8. Glossaire des sigles.....	63

Annexe n° 1. Eléments de procédure

Objet	Dates	Destinataire
Envoi de la lettre d'ouverture de contrôle	02/07/2018	Mme Aline David, directrice de l'établissement.
Entretien de début de contrôle	16/07/2018	Mme Aline David
Entretien de fin d'instruction	17/09/2018	Mme Aline David
Délibéré de la formation compétente sur les observations provisoires	07/02/2019	Mme Florence Bonnafoux M Gilles Duthil M David Tourmente
Envoi du rapport d'observations provisoires	17/05/2019	Mme Aline David, directrice de l'établissement
Envoi d'extraits du rapport d'observations provisoires	27/05/2019 27/05/2019 27/05/2019 27/05/2019 27/05/2019 27/05/2019 27/05/2019 11/06/2019	M. Aurélien Rousseau, Directeur général de l'ARS Ile de France M. Romain Bailly, Directeur général de la CAFIL Mme Marie Christine Bourriquet, comptable publique M. Pierre Bédier, Président du département Dr Bruno Thubert, président de la CME M. le vice administrateur du GCS REPY M. Pascal Bellon, directeur de l'établissement support du GHT Yvelines Sud Mme Anne Hery Le Pallec, présidente du conseil de surveillance
Réception des réponses au rapport d'observations provisoires et aux extraits	11/07/2019 19/07/2019 19/07/2019 24/07/2019 25/07/2019	Mme Aline David, directrice de l'établissement, Dr Bruno Thubert, président de la CME, Mme Anne Hery Le Pallec, présidente du conseil de surveillance M. Aurélien Rousseau, Directeur général de l'ARS Ile de France Mme Marie Christine Bourriquet, comptable publique M. Pascal Bellon, directeur de l'établissement support du GHT Yvelines Sud M Stéphane Costa de Beauregard, directeur de la gestion de l'encours de la SFIL
Demande de consultation du dossier	Non	
Auditions	Non	
Délibéré de la formation compétente	19/09/2019	Florence Bonnafoux Anne-Christine Prioze Gilles Duthil Philippe Lavastre Frédéric Mahieu
Envoi du rapport d'observations définitives	26/11/2019	Mme Aline David, directrice
Réponse au rapport d'observations définitives	18/12/2019	M. Luc Vacheron, directeur par intérim

Annexe n° 2. **Tableau récapitulatif des recommandations du rapport d'observations définitives**

N° Rappel au droit.	Intitulé	Nature (1)	Domaine (2)	Impact financier (3)	Degré d'importance (4)	Degré de mise en œuvre (5)
1	Mettre à jour le projet d'établissement pour les années 2018 et suivantes (article L. 6143-2 du code de la santé publique) ainsi que le règlement de fonctionnement (article L. 311-7 du code de l'action sociale et des familles) et le projet d'établissement médico-social (article L. 311-8 du même code).	Régularité	Gouvernance et organisation interne	Non	Majeur	Mise en œuvre en cours
2	Rétablir le fonctionnement normal des instances (nombre de réunions, mode d'élection, fonctionnement) prévu par le code de la santé publique.	Régularité	Gouvernance et organisation interne	Non	Majeur	Mise en œuvre en cours
3	Revenir à une stricte application des budgétaires et comptables applicables en cohérence avec le statut de l'établissement.	Régularité	Comptabilité	Non	Très important	Non mis en œuvre
4	Mettre en place conformément aux dispositions de l'article R6145-7 du code de santé publique une comptabilité analytique au sein de l'établissement.	Régularité	Comptabilité	Non	Important	Mise en œuvre en cours
5	Se conformer aux dispositions de l'article R. 6145-44 du code de la santé publique pour la production des comptes, notamment des annexes et du rapport conjoint du comptable public et de l'ordonnateur.	Régularité	Comptabilité	Non	Important	Mise en œuvre en cours
6	Formaliser les procédures d'inventaire des immobilisations et des stocks, procéder, conformément aux dispositions de l'instruction budgétaire et comptable M21, à un inventaire physique et s'assurer, en lien avec le comptable public, de sa concordance avec l'état de l'actif et la comptabilité de l'établissement.	Régularité	Comptabilité	Non	Très important	Mise en œuvre en cours
7	Réviser l'accord relatif au temps de travail pour respecter la durée réglementaire annuelle en y intégrant la journée de solidarité.	Régularité	GRH	Oui	Important	Mise en œuvre en cours

N° Recommandation.	Intitulé	Nature (1)	Domaine (2)	Impact financier (3)	Degré d'importance (4)	Degré de mise en œuvre (5)
1	Revoir, en s'appuyant sur le nouveau cadre réglementaire des hôpitaux de proximité et sur le projet du groupement hospitalier de territoire Yvelines Sud, le portefeuille d'autorisations d'activités et leur implantation sur le site de Chevreuse en cohérence avec le statut de l'établissement.	Performance	Relations avec les tiers	Oui	Majeur	Non mis en œuvre
2	S'appuyer sur les opportunités offertes par la mise en place du groupement hospitalier de territoire Yvelines Sud pour réinterroger les mutualisations entre l'établissement et l'hôpital de pédiatrie de rééducation de Bullion.	Performance	Relations avec les tiers	Oui	Majeur	Non mis en œuvre

Hôpital gériatologique Philippe Dugué de Chevreuse, exercices 2013 et suivants
Rapport d'observations définitives

N° Recommandation.	Intitulé	Nature (1)	Domaine (2)	Impact financier (3)	Degré d'importance (4)	Degré de mise en œuvre (5)
3	Rationaliser les structures de coopération externes et approfondir la mutualisation au sein du groupement hospitalier de territoire (GHT) des fonctions clés non totalement assurées par l'établissement.	Performance	Relations avec les tiers	Oui	Important	Non mis en œuvre
4	Fixer, avec le groupement hospitalier de territoire (GHT), un calendrier précis de mutualisation, au bénéfice de tous les membres, des fonctions médicotéchniques et hôtelières.	Performance	Relations avec les tiers	Oui	Important	Non mis en œuvre
5	En s'appuyant sur les compétences du groupement hospitalier de territoire, finaliser les travaux de mise aux normes nécessaires sur le site de Chevreuse.	Performance	Situation patrimoniale	Oui	Très important	Mise en œuvre en cours
6	Formaliser et justifier par une évaluation périodique la pertinence de la mise en place d'un dispositif spécifique du travail sur douze heures	Performance	GRH	Oui	Important	Non mis en œuvre

(1) Nature : Régularité, Performance

(2) Domaines : Achats, Comptabilité, Gouvernance et organisation interne, Situation financière, GRH, Situation patrimoniale, Relation avec des tiers.

(3) Oui (montant estimé le cas échéant), non.

(4) Majeur – Très important – Important.

(5) Totalement mise en œuvre (TMO) - Mise en œuvre en cours (MOC) - Mise en œuvre incomplète (MOI) - Non mise en œuvre (NMO) - Refus de mise en œuvre (RMO) - Devenue sans objet (DSO).

Annexe n° 3. **Offre sociale et médico-sociale pour personnes âgées dépendantes dans les Yvelines**

	France	Ile de France	Yvelines
Nombres de places d'accueil permanent pour personnes âgées - Unité : Nombre - Période : 2015			
EHPAD	600 417	63 027	8 846
USLD	31 639	4 950	486
Maisons de retraite non EHPAD	8 755	970	6
Logements foyers	111 018	24 981	2 547
Ensemble des établissements d'hébergement permanent	751 829	93 928	11 885
Taux d'équipement en accueil permanent - Unité : Pour 1 000 - Période : 2015			
EHPAD	98,8	78	85
USLD	5,2	6,1	4,6
Maisons de retraite non EHPAD	1,4	1,2	0
Logements foyers	18,2	30,9	24,4
Ensemble des établissements d'hébergement permanent	123,8	116,2	114,2
Nombre de lits d'hébergement médicalisé après 2009 - Unité : Nombre - Période : 2014			
EHPAD	593 005	60 894	8 823
Unités de soins de longue durée	31 616	4 955	486
Ensemble	624 621	65 849	9 309
Taux d'équipement en hébergement médicalisé à partir de 2009 - Unité : Pour 1 000 - Période : 2014			
EHPAD	98,9	76,3	86,8
Unités de soins de longue durée	5,2	6,2	4,7
Ensemble	104,2	82,5	91,6
Nombre de places en hébergement temporaire et de jour pour personnes âgées - Unité : Nombre - Période : 2012			
Hébergement temporaire	9447	1059	30
Accueil de jour	11973	1556	100
Taux d'équipement en places d'hébergement temporaire et de jour pour personnes âgées - Unité : Pour 1 000 - Période : 2012			
Hébergement temporaire	1,6	1,3	0,3
Accueil de jour	2	1,9	1
Nombre de places alternatives à l'accueil permanent pour personnes âgées - Unité : Nombre - Période : 2015			
Accueil temporaire	15 940	1 448	98
Accueil de jour	21 652	1 959	138
Accueil de nuit	103	14	0

Source : données ARS Île-de-France

Annexe n° 4. Conventions de partenariat au niveau local

Organisme	Membre du GHT	Date de la convention	Mise à jour	Objet
Ambulances les Embruns		27/05/2003		Prestations
ASSAD (services à domicile)		01/01/2010		Coopération prise en charge avec le SSIAD
Association RELIANCE (soins palliatifs)		9/11/2011		
Association RHAPSOD'IF		12/07/2011		
Association Shiatsu 78		01/01/2012		
centre hospitalier de Bullion		07/06/2005	01/10/2011	Remplacement du pharmacien
centre hospitalier de Rambouillet	Oui	16/03/2005	26/05/2006	Coopération médicale
centre hospitalier de Rambouillet	Oui	18/07/2011		Coopération médicale
centre hospitalier de Versailles	Oui			
Diocèse de Versailles		01/01/2010		Visite des malades
EOH Rambouillet (hygiène hospitalière)		01/04/2017		
ESA Equipe spécialisée Alzheimer à domicile du Sud Yvelines	Oui			
Filière gériatrique Yvelines Sud	Oui	20/11/2008	10/09/2015	Convention constitutive
Fondation Anne de Gaulle				
GCS Le Pallium (soins palliatifs)		26/10/2006	09/10/2011	Convention constitutive
GCS Yvelines Sud		13/10/2011		Convention constitutive
Instance de coopération Sud Yvelines (ICSY)		30/08/2007		Convention constitutive
Laboratoire de biologie de Saint Rémy Les Chevreuse		24/05/2006		Prestations
SSR le Terrier à Rambouillet	Oui	10/05/2005		Coopération médicale

Source : établissement

Annexe n° 5. Analyse des coûts des fonctions hospitalières

Blanchisserie

Tableau n° 1 : Analyse des coûts liés à la blanchisserie

	2013	2014	2015	2016	2017	Evol 2017/2013
en interne						
Nb de kilos	68 288	67 942	62 176	71 523	74 305	9 %
Charges directes €	282 126	272 557	291 915	330 006	349 313	24 %
Prix de revient €	4,13	4,01	4,69	4,61	4,70	14 %
externalisation						
Charges externes € ⁵⁷	81 237	72 277	73 977	76 285	69 890	- 14 %
Coût global	363 363	344 834	365 892	406 291	419 203	15 %
Prix de revient final €	5,32	5,08	5,88	5,68	5,64	6 %

Source : établissement

Tableau n° 2 : Coûts de la blanchisserie selon base d'Angers en €

Catégorie	Nombre	Moyenne UO (unités d'œuvre)	Coût Général	Quartile 1	Médiane	Quartile 3	Coefficient de Variation
Ensemble des centres hospitaliers de la base	101	1 020 102,72	1,499	1,176	1,394	1,724	0,312
Centres hospitaliers avec un budget compris entre 20 et 70 M€	13	404 576,35	1,608	1,347	1,644	1,900	0,243

Source : Scan Santé

⁵⁷ Le linge plat est pris en charge par un prestataire externe dans le cadre d'un contrat RESAH Ile-de-France

Les repas

Tableau n° 3 : Analyse des coûts liés à la restauration en €

	2013	2014	2015	2016	2017	Evolution 2017/2013
Achats alimentaires	369 196	352 253	360 949	367 821	381 157	3 %
Frais divers	37 422	37 096	24 857	30 343	28 835	- 23 %
Frais de personnel	230 805	254 159	264 343	266 378	257 547	12 %
Amortissements	6 364	8 887	12 437	13 098	12 868	102 %
Total des charges de restauration	643 787	652 395	662 586	677 640	680 407	6 %
dont facturation prestataire	312 277	285 713	316 078	331 161	344 764	10 %
nb de repas servis	225 608	226 458	230 314	233 648	233 591	4 %
nb de journées alimentaires	56 288	56 726	57 502	58 195	58 407	4 %
coût rapporté au repas	2,85	2,88	2,88	2,90	2,91	2 %
coût rapport à la journée alimentaire	11,44	11,50	11,52	11,64	11,65	2 %

Source : établissement

Tableau n° 4 : Coûts de la restauration selon base d'Angers

Catégorie	Nombre	Moyenne par unités d'œuvre	Coût Général	Quartile 1	Médiane	Quartile 3	Coefficient de Variation
Ensemble des centres hospitalier s de la base	117	563 078,65	5,640	5,063	5,569	6,218	0,162
Centres hospitaliers avec un budget compris entre 20 et 70 M€	21	294 832,10	5,677	4,719	5,611	6,475	0,165

Source : Scan Santé

Annexe n° 6. Opérations de refinancement réalisées par l'établissement avec DEXIA

Année de contractualisation	Nom de l'emprunt	Capital en M€	Type de taux	Refinancé par
2002	PRESME MIN 203733 EUR	7,0	Fixe	
2002	TIP TOP MIN 203694 EUR	6,0	Structuré	OVERTEC MIN 234142 EUR
2004	OVERTEC MIN 234142 EUR	6,2	Structuré	FIXMS MIN 984071 EUR
2005	MIN 203732 EUR Tranche 1 Tranche 2 Tranche 3	 3,0 2,6 1,4	 Taux fixe Taux fixe Taux fixe	 DUAL FIXMS 2007 Remboursement anticipé en 2006 FIXGBP
2006	FIXMS MIN 984071 EUR	5,68	Structuré	DUAL + FIXMS 2007
2007	DUAL MIN 255789 EUR	4,24	Structuré EUR / CH	Désensibilisation 2015
2007	FIXMS MIN 255809 EUR	4,24	Structuré	FIXGBP
2008	FIX GBP MPH 259625 EUR	3,6	Structuré	FIXMS 2010
2010	FIXMS MPH 269266 EUR	3,379	Structuré Ecart CMS	Désensibilisation 2015

Source : SFIL

Annexe n° 7. Tableau des effectifs de 2013 à 2017

<i>En ETP</i>	<i>Tels que fixés par la convention tripartite</i>	<i>2013</i>	<i>2014</i>	<i>2015</i>	<i>2016</i>	<i>2017</i>	<i>Évolution 2017/2013</i>	<i>Ecart par rapport à la convention tripartite</i>
Directeur	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,00	0,00
DESS	1,00	1,00	1,00	1,00	0,96	1,00	0,00	0,00
Administratif	12,25	10,93	10,86	10,82	10,44	10,59	- 0,34	- 1,66
Secrétaire médicale	1,00	1,48	0,55	1,00	1,00	1,00	- 0,48	0,00
ASE	1,00	0,69	0,85	0,86	0,85	1,00	0,31	0,00
Animateur	1,50	1,50	0,70	0,81	0,86	0,86	- 0,64	- 0,64
Préparateur en pharmacie	2,12	2,44	2,60	2,75	2,71	3,00	0,56	0,88
Psychologue	2,35	1,53	2,53	2,54	2,83	2,45	0,92	0,10
Ergothérapeute	1,20	0,97	1,89	1,91	1,93	2,00	1,03	0,80
Masseur Kiné	2,25	0,77	0,87	0,07	0,00	0,00	- 0,77	- 2,25
Psychothérapeute	0,10	0,00	0,85	0,83	1,00	1,00	1,00	0,90
Psychomotricienne	1,65	1,22	1,99	2,10	2,10	0,00	- 1,22	- 1,65
Orthophoniste	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,10	2,10	2,10
Diététicienne	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,00	0,00
Cadre de santé	4,05	3,41	3,70	3,46	4,00	3,76	0,35	- 0,29
Cadre supérieur de santé	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,00	0,00
IDE	23,23	18,87	23,74	17,63	18,46	19,57	0,70	- 3,66
AS/AMP	63,58	54,52	55,94	56,50	53,82	53,04	- 1,48	- 10,54
ASHQ	37,00	35,23	37,30	37,99	35,49	40,15	4,92	3,15
Blanchisserie	4,00	3,76	3,80	3,09	4,02	3,74	- 0,02	- 0,26
Atelier	5,00	5,00	5,00	5,13	5,25	5,00	0,00	0,00
<i>Ss total Personnel non médical permanent</i>	166,28	146,32	157,17	151,48	148,72	153,26	6,94	- 13,02
ASHQ	7,22	3,37	4,39	11,04	9,25	5,43	2,06	- 1,79
AS/AMP	3,68	1,33	1,61	2,98	1,64	1,24	- 0,09	- 2,44
IDE	1,03	0,00	0,30	0,82	2,19	1,00	1,00	- 0,03
<i>Ss total Personnel non médical de remplacement.</i>	11,93	4,70	6,30	14,84	13,08	7,67	2,97	- 4,26
<i>TOTAL personnel non médical</i>	178,21	151,02	163,47	166,32	161,80	160,93	9,91	- 17,28
Médecin	2,30	2,00	2,00	2,24	2,13	2,02	0,02	- 0,28
Pharmacien	0,71	0,70	0,70	0,70	0,70	1,11	0,41	0,40
<i>TOTAL personnel médical</i>	3,01	2,70	2,70	2,94	2,83	3,13	0,43	0,12
TOTAL ENTITE	181,22	153,72	166,17	169,26	164,63	164,06	10,34	- 17,16

Source : données transmises par l'établissement

Annexe n° 8. **Glossaire des sigles**

AGGIR	autonomie gérontologie groupes iso-ressources
ANAP	agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
ARS	agence régionale de santé
ASHQ	agent des services hospitaliers qualifiés
BFR	besoin en fond de roulement
BIH	blanchisserie inter hospitalière
CAF	capacité d'autofinancement
CAFIL	caisse française de financement local
CASF	code de l'action sociale et des familles
CC	cour des comptes
CDC	caisse des dépôts et consignations
CE	conseil d'État
CGL	coordination gérontologique locale
CH	centre hospitalier
CHL	coordination handicap local
CHR	centre hospitalier régional
CHSCT	comité d'hygiène, de sécurité et conditions de travail
CHT	communauté hospitalière de territoire
CHU	centre hospitalier universitaire
CLIC	centre local d'information et de coordination
CME	commission médicale d'établissement
CNAMTS	caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNR	crédit non reconductible
CPOM	contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CRC	chambre régionale des comptes
CS	conseil de surveillance
CSIRMT	commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques
CSP	code de la santé publique
DA	directeur adjoint
DAF	dotation annuelle de financement
DC	direction commune
DDFIP	direction départementale des finances publiques
DGCS	direction générale de la cohésion sociale

DGFIP	direction générale des finances publiques
DGOS	direction générale de l'offre de soins (ex DHOS)
DGOS	direction générale de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DIM	directeur de l'information médicale
DRH	directeur des ressources humaines
DUI	diplôme universitaire et interuniversitaire
EHPAD	établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EI	événements indésirables
EMSP	équipe mobile de soins palliatifs
EPCP	Etat prévisionnel des charges et des produits
EPRD	état prévisionnel des recettes et des dépenses
EPS	établissement public de santé
ESAT	établissement et service d'aide par le travail
ETP	équivalent temps plein
ETPR	équivalent temps plein rémunéré
FIR	fonds d'intervention régional
GCS	groupement de coopération sanitaire
GIR	groupe iso-ressources
GMP	groupe iso ressources moyen pondéré
GMPS	groupe iso ressources moyen pondéré soins
HAS	haute autorité de santé
HPR	hôpital de pédiatrie et de rééducation
IDF	Île-de-France
MAS	maison d'accueil spécialisée
MCO	médecine, chirurgie, obstétrique
MDPH	maison départementale des personnes handicapées
JO	journal officiel
PAAT	plan d'action achat territorial
PAT	pôle autonomie territorial
PAPRIPACT	plan annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail.
PAQSS	programme d'action de la qualité des soins
PASA	pôles d'activité et de soins adaptés
PGFP	plan global de financement pluriannuel
PRS	projet régional de santé
PUI	pharmacie à usage interne

PUV	petite unité de vie
RAQ	responsable assurance qualité
RESAH	réseau des acheteurs hospitaliers
RPSM	réseau de promotion de la santé mentale
SROS	schéma régional d'organisation des soins
SSIAD	service de soins infirmiers à domicile
SSR	soins de suite et de réadaptation
UHR	unité d'hébergement renforcée
UO	unité d'œuvre

REPONSE (*)

de Monsieur Vacheron, directeur par intérim de l'hôpital

() 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.*

Chevreuse, le 18 décembre 2019

Le Directeur

A

Monsieur Le Président

Chambre Régionale des Comptes IDF
6 Cours des Roches
NOISIEL B.P. 187
77315 MARNE LA VALLEE Cedex 2



DIRECTION

N/Réf : LV/AB/2019-53

V/Réf : contrôle n°2018 – 0064 - Rapport n° 2019-0172 R

L. RAR : 1A 183 662 4081 7

OBJET : Notification de la réponse écrite au rapport d'observations définitives relatif au contrôle des comptes et de la gestion du centre hospitalier de CHEVREUSE.

PJ : Rapport d'observations définitif (14 pages)
Arrêté de nomination

Monsieur Le Président,

C'est avec la plus grande attention que j'ai pris connaissance de votre rapport d'observations définitives relatif au contrôle des comptes et de la gestion du centre hospitalier de CHEVREUSE, pour les exercices 2013 à 2017.

Ainsi et conformément aux dispositions de l'article L.243-5 du code des juridictions financières, vous trouverez ci-joint ma réponse écrite, que j'adresse ce jour au greffe.

Assurant l'intérim de l'établissement depuis le 1er novembre 2019 (ci-joint copie de l'arrêté de nomination n° 19-78-034- en date du 9 août 2019), en l'absence de Madame DAVID actuellement en congé maternité, je vous informe que je suis signataire de cette réponse, en qualité de représentant légal de l'établissement.

Je vous prie d'agréer, monsieur Le Président, l'expression de mes sentiments distingués.

Le directeur par intérim

Luc VACHERON

Arrêté n° **79-78-034-**

portant désignation de Mr Luc VACHERON Directeur adjoint à l'Hôpital de Pédiatrie et de Rééducation de Bullion et à L'Hôpital Gériatrique de Chevreuse en qualité de Directeur intérimaire de ces établissements.

LE DIRECTEUR DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE D'ILE-DE-FRANCE

Vu le Code de la Santé Publique,

Vu la loi n° 86.33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;

Vu la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;

Vu le décret du 1^{er} avril 2010 portant nomination des Directeurs Généraux des Agences régionales de Santé ;

Vu le décret n° 2012-749 du 9 mai 2012 relatif à la prime de fonctions et de résultat des corps ou emplois fonctionnels des personnels de direction et des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière ;

Vu le décret n° 2018-255 du 9 avril 2018 relatif aux modalités d'indemnisation des périodes d'intérim et à l'indemnité de direction commune pour certains personnels de la fonction publique hospitalière ;

Vu l'arrêté du 9 avril 2018 fixant les montants de l'indemnisation des périodes d'intérim et de l'indemnité de direction commune pour certains personnels de la fonction publique hospitalière ;

Considérant la nécessité de faire assurer l'intérim de direction de l'Hôpital de Pédiatrie et de Rééducation de Bullion et de l'Hôpital Gériatrique de Chevreuse durant le congé de maternité de Mme Aline DAVID, Directrice ;

Vu l'arrêté du 6 mars 2019 du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé d'Ile de France portant délégation de signature au Délégué Départemental des Yvelines ;

ARRÊTE :

ARTICLE 1 : Monsieur Luc VACHERON percevra, en qualité de directeur par intérim de l'établissement, à compter du 1^{er} novembre 2019, et jusqu'à la reprise de Madame Aline DAVID, une indemnité d'intérim équivalente à un versement exceptionnel de sa part fonctions dont le coefficient est fixé à 0,5 soit 150 euros par mois.

ARTICLE 2 : Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France et le Délégué Départemental des Yvelines, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Versailles, le
Agence régionale de santé Ile-de-France
Le délégué départemental des Yvelines

- 9 AOUT 2019

Dr Marc PULIK

**Réponse écrite au rapport d'observations définitives
relatif au contrôle des comptes et de la gestion du
centre hospitalier de CHEVREUSE**

CENTRE HOSPITALIER DE CHEVREUSE (78)

Le 13 décembre 2019

SOMMAIRE

Les remarques porteront sur les différentes parties suivantes :

1. LA SYNTHESE.....p 3
2. LA GOUVERNANCE.....P 5
3. L'INTEGRATION AU SEIN DU GHT.....P 6
4. UNE SITUATION FINANCIERE CONFORTABLE EN DEPIT DU
COUT DE DESENSIBILISATION DE LA DETTE.....P 8

1. SYNTHESE

L'hôpital gériatrique de CHEVREUSE possède des activités clairement identifiées sur le territoire. En outre, il est inscrit dans la structuration des filières mises en place au niveau du groupement hospitalier de territoire (GHT) Sud Yvelines grâce auquel il a pu créer ou renforcer des liens avec les établissements membres :

- Pour les activités relatives à la prise en charge des personnes âgées (PA)
- L'USLD (40 lits) est reconnu sur le territoire Sud Yvelines, comme étant la **structure d'aval du CH de RAMBOUILLET**

L'hôpital gériatrique a donc toute légitimité à conserver son caractère sanitaire.

- L'USLD (40 lits) et l'EHPAD (76 lits) sont clairement inscrits dans la filière gériatrique du GHT : la cadre supérieure de santé, Madame RIMBAULT, a mené et quasi rédigé seule le projet de soins de la filière gériatrique du GHT et le docteur THUBERT, médecin coordonnateur de l'établissement, est également président de la filière gériatrique du territoire ramboliteau ; à ce titre, il a participé activement au projet médical de territoire sur la filière gériatrique.
- Les deux structures sont également identifiées au niveau de la filière de soins palliatifs du GHT.

En outre, dans la convention constitutive du GHT, notre établissement est cité dans la filière gériatrique parmi les établissements ayant développé des partenariats sur ce domaine.

Et dans l'avenant n° 3 du projet médical et de soins partagé (PMSP), notre établissement est également cité dans la filière gériatrique, notamment pour son partenariat avec le CERRSY pour faire bénéficier certains patients d'une rééducation fonctionnelle en HDJ.

- Pour les activités relatives à la prise en charge des personnes handicapées
- La MAS (54 lits) fait l'objet d'un partenariat avec le service de neurologie (sous l'égide du docteur PICO) de l'établissement support du GHT, le Centre hospitalier de VERSAILLES.

De plus, l'Hôpital gériatrique de CHEVREUSE est également cité, au titre de sa MAS, dans la filière neurologie du GHT comme solution d'aval avec une MAS à orientation pathologie neurologique acquise pouvant accueillir des résidents ne pouvant retourner à domicile, et encore une fois pour le partenariat avec le CERRSY.

En outre, **c'est en toute cohérence qu'il s'est rapproché de l'Hôpital pédiatrique et de rééducation de BULLION**, appartenant lui-même au GHT sud Yvelines et voisin de 10 km, au moment de la vacance du poste de directeur fin 2015.

En effet, à l'heure des regroupements hospitaliers, ce rapprochement, proposé et **acté par l'Agence Régionale de Santé**, rentre tout à fait dans la logique des orientations stratégiques de la politique hospitalière.

Compte tenu de la place de l'USLD de l'Hôpital gériatrique de CHEVREUSE sur le territoire Sud Yvelines (le seul en capacité à absorber les sorties de personnes âgées du CH de RAMBOUILLET), ce dernier a tout légitimité à conserver son statut d'établissement public de santé.

Certes, à la fermeture de ses lits de médecine, **il a conservé son budget H mais ce fait a été validé par les Autorités de tutelles, destinataires de tous les documents budgétaires.**

S'il ne dispose pas de pôles actuellement, il sera aisé d'en créer. En effet, au vu de la taille de l'établissement, il n'a pas semblé pour l'équipe médicale et de direction, nécessaire d'en créer.

De même, si les instances de gouvernance fonctionnent parfois de manière dérogatoire en regard des dispositions du code de la santé publique, c'est en plein accord avec le corps médical et les membres du conseil de surveillance, et pour tenir compte des contraintes majeures de fonctionnement d'une structure de cette taille.

L'absence de département de l'information médicale se justifie par l'absence d'activités tarifées. Cette question a été abordée à l'occasion d'échanges au sein du GHT mais il en est ressorti qu'il n'y avait pas de besoins à l'hôpital gériatrique de CHEVREUSE, compte tenu de ses activités.

Toutefois, sur ces points, l'établissement s'engage à réaliser une stricte application des textes.

La permanence des soins n'est pas mutualisée avec l'HPR de BULLION.

Le projet d'établissement est en cours de réalisation et sera finalisé à la fin de l'année 2019.

Enfin, si certaines obligations réglementaires concernant la procédure budgétaire et la qualité des états financiers ne sont pas strictement respectées, **l'établissement veillera à tout mettre en œuvre pour y répondre.**

En ce qui concerne la **situation financière de l'établissement**, comme souligné, elle **demeure très confortable malgré une opération de désensibilisation, indispensable et soutenue par le Ministère de la Santé, en contre partie du retrait du contentieux ouvert contre la DEXIA.**

2. LA GOUVERNANCE

3.1 Présentation générale

Concernant la maison des familles, au moment de son aménagement (qui a commencé en 2016), l'étude architecturale ne permettait pas d'anticiper que celle-ci devrait être détruite pour faire place à l'extension de l'USLD. En outre, cette maison des familles, qui a engendré très peu de coûts grâce à l'importance du travail de l'équipe en interne, est très utilisée (et très appréciée des familles qui peuvent passer beaucoup plus de temps avec leur parent ou accompagner leur proche dans le cadre de sa fin de vie) et pourra l'être encore quelques années, le temps que les travaux commencent. En effet, ce projet a pris du retard, en lien avec des échanges avec l'autorité départementale qui souhaitait profiter de cette opération, pour regrouper tous les lits d'EHPAD, ce qui n'est pas possible à coût constant, dans la configuration actuelle.

Les unités géographiques sont clairement identifiées dans l'établissement et correspondent chacune à un type de prise en charge, hormis une qui regroupe des personnes âgées relevant de l'EHPAD et de l'USLD :

- les Collines accueillent 55 lits d'EHPAD (1^{er} étage)
- le Jardin héberge 26 lits d'USLD (RDC)
- le Village accueille 54 lits de MAS (RDC)
- les Iles hébergent 35 lits dont 21 d'EHPAD et 14 d'USLD (1^{er} étage)

3.2 La question du statut de l'établissement

L'absence de département de l'information médicale se justifie par l'absence d'activités tarifées. Cette question a été abordée à l'occasion d'échanges au sein du GHT mais il en est ressorti qu'il n'y avait pas de besoins à l'hôpital gériatrique de CHEVREUSE, compte tenu de ses activités.

RECOMMANDATION N°1 : le territoire Sud Yvelines et notamment le CH de RAMBOUILLET a des besoins identifiés en lits d'USLD ; à ce titre l'hôpital gériatrique de CHEVREUSE a toute sa place en tant qu'établissement public de santé de proximité.

3.5.4 La commission médicale d'établissement

- Les rapports annuels du président de la CME de 2013 à 2017 se trouvent en ANNEXE 1. Ils ont été présentés à l'occasion du dernier Directoire.

3.6 Le management des risques

Suite au rapport de certification, le PAQSS a été modifié et des échéances annuelles ont été indiquées.

De plus, les grilles d'analyse des thématiques de la certification comportent des échéances (début et fin) qui sont actualisées avec les pilotes. Cela a été fait pour le compte qualité intermédiaire.

3. L'INTEGRATION AU SEIN DU GHT

4.2 La filière gériatrique placée au second plan au sein du GHT

Dans la convention constitutive du GHT, notre établissement est cité dans la filière gériatrique parmi les établissements ayant développé des partenariats sur ce domaine.

En outre, dans l'avenant n° 3 du PMSP, notre établissement est également cité dans la filière gériatrie, notamment pour son partenariat avec le CERRSY pour faire bénéficier certains patients d'une rééducation fonctionnelle en HDJ.

L'Hôpital gériatrique de CHEVREUSE est également cité, au titre de sa MAS, dans la filière neurologie comme solution d'aval avec une MAS à orientation pathologie neurologique acquise pouvant accueillir des résidents ne pouvant retourner à domicile, et encore une fois pour le partenariat avec le CERRSY.

Et plus précisément, en page 3 de la convention constitutive, l'établissement gériatrique Philippe DUGUE est cité comme membre fondateur.

4.3 La nécessaire articulation avec les modes de coopérations antérieurs au GHT

RECOMMANDATION N°3 : les coopérations externes qui ont été maintenues sont justifiées et la mutualisation des fonctions clés avec le GHT suit un calendrier fixé en comité stratégique du GHT.

4.4.1 Organisation de la direction des systèmes d'information

En septembre 2016, le niveau de maturité du SI et les risques importants relatifs aux installations techniques ont rendu urgent la mise en place de mesures correctives notamment pour aborder la mise en œuvre du Dossier Patient Informatisé dans de bonnes conditions. A cette époque, aucune information relative à l'organisation de la DSI du GHT n'était disponible. La mise à disposition de temps d'ingénieur pour assurer le pilotage de ces chantiers était pour l'établissement une solution à la fois économique et efficace dans l'attente d'une nouvelle organisation issue du GHT. Cette nouvelle organisation a été actée en décembre 2017 mais n'est seulement effective depuis septembre 2019.

4.4.2 Cartographie des applicatifs

L'Hôpital gériatrique de CHEVREUSE a fait le choix de ne pas prendre le même logiciel que les CH de PLAISIR, VERSAILLES ou RAMBOUILLET pour des raisons fonctionnelles, ergonomiques et de pérennité des solutions.

Ce choix s'est avéré judicieux avec le temps puisque c'est le logiciel qui a été retenu par le GHT du territoire. En ce qui concerne la partie administrative, l'établissement a fait le choix de ne pas uniformiser les logiciels entre les 2 sites car il n'y avait aucune urgence (contrairement à la mise en œuvre du DPI) et l'établissement déploiera le futur logiciel administratif commun lorsque ce projet sera initié par le GHT (date non déterminée à ce jour dans le Schéma Directeur des Systèmes d'Information du GHT).

4.5.2 Le respect des procédures en termes de commandes publiques

Le projet de mise en œuvre du DPI faisait partie du plan d'action SI 2014 – 2018, tout en étant un objectif majeur pour se conformer aux exigences des pré - requis d'hôpital numérique, indispensable pour répondre aux critères attendus dans le cadre de la certification de l'établissement.

Ce dernier s'est donc engagé dans ce projet à partir du mois d'avril 2015 menant le travail suivant :

- Réalisation d'un MAPA pour bénéficier d'une assistance à la maîtrise d'ouvrage pour le choix et la mise œuvre d'un DPI (octobre/novembre 2015)
- Constitution de groupes de travail internes pour définir le périmètre fonctionnel du futur dossier patient informatisé : circuit médicamenteux avec gestion des stocks, secteurs soins concernés (hors SSIAD), Interfaces logiciels GAP et HESTIA.
- Organisation de démonstration de différents éditeurs de logiciel DPI sur la base d'un scénario élaboré en interne : 5 éditeurs ont été vus en démonstration entre mars et juin 2016 (BERGER LEVRAULT, CALYSTENE, 2CSI, CORWIN, SOFTWAY MEDICAL)

Dans le cadre de la mise en place du GHT Sud Yvelines, exigeant la mutualisation de la fonction SI, une rencontre a été organisée avec le DSI du GHT et son adjoint, le 13 mai 2016.

Au cours de cette entrevue, il a pu être abordé le projet de mise en œuvre du DPI sur l'établissement et la directrice, qui était présente, a reçu un avis favorable à la poursuite de la démarche entreprise.

Par ailleurs, au vu du contexte de mise en place, en mai 2016, d'une direction commune par intérim avec l'HPR de BULLION (qui se trouvait de son côté également, dans une démarche similaire de mise en œuvre d'un nouveau DPI), le DSI du GHT a préconisé de mener une réflexion de DPI commun pour les deux établissements.

De ce fait, à partir du mois de juin 2016, cette réflexion a été menée avec l'HPR de BULLION et a abouti à :

- Opter pour la mise en place d'un DPI commun sur les deux établissements de façon à mutualiser les coûts d'investissements (prestations d'installation, formations) et d'exploitation (charges d'hébergement).
- Acquérir auprès de la centrale d'achat de l'UGAP des licences SOFTWAY MEDICAL dans la mesure où cette solution de DPI, faisant partie des éditeurs vus en démonstration et répondait aux besoins des deux structures.
- Réaliser le marché n° 16SI1201, marché négocié sans publicité ni mise en concurrence préalables **car le marché UGAP excluant les prestations d'installation, de maintenance et d'hébergement, seul SOFTWAY MEDICAL était en mesure de livrer les prestations demandées (cf. certificat d'exclusivité délivré par SOFTWAY MEDICAL).**

En outre, l'acquisition d'un DPI commun a permis une économie de 17 561 € en coût d'investissement et 8 784 € par an en coût d'exploitation par établissement (gains calculés par rapport aux montants initiaux des offres réalisées séparément pour chaque établissement).

4. UNE SITUATION FINANCIERE CONFORTABLE EN DEPIT DU COUT DE DESENSIBILISATION DE LA DETTE

5.1.1 Le choix du budget principal et des budgets annexes

L'établissement, qui n'a pas eu d'autre choix que de signer deux conventions tripartites (l'une pour l'USLD et l'autre pour l'EHPAD) ne s'est pas vu imposer par les autorités de tutelle (signataires de ces conventions), à l'occasion des négociations, la révision de la nomenclature budgétaire, comme les termes de l'instruction DHOS/F n°2003-322 du 7 juillet 2003 relative à la signature des conventions tripartites pour l'USLD, le prévoit.

Le budget de l'USLD est donc resté le budget principal et les autres budgets (MAS, EHPAD et SSIAD), des budgets annexes. Ainsi, tous les documents budgétaires soumis au contrôle des autorités de tutelle, ont été validé en l'état, sans aucune remarque particulière.

Enfin, sur ce sujet, la DGFIP a été interrogée par madame BOURIQUET, notre inspectrice divisionnaire des finances publiques et voici sa réponse en date du 12 juillet 2019 :

"L'USLD ne peut être érigée en EPSMS autonome car elle ne constitue pas un EPSMS. Une solution pourrait être de supprimer l'hôpital de Chevreuse et de créer un EHPAD autonome, géré comme un budget principal en M22, auquel seraient rattachés les budgets annexes A, N, et P. Si cette solution était retenue, l'établissement devrait s'interroger avec l'ARS sur l'utilité ou non de créer un budget annexe USLD rattaché à l'EHPAD autonome (cette configuration est possible réglementairement). Enfin, quelles que soient les modalités de transformation souhaitées par l'établissement, elles doivent être établies en concertation avec l'ARS. L'impact des adaptations de gouvernance, sur les plans applicatifs (si changement de cadre budgétaire...) et budgétaires (présentation du budget) doit être anticipé le plus possible en termes de calendrier pour éviter tout blocage".

5.1.4 L'affectation des résultats par activité

Concernant l'exemple cité, l'Etat D1 du compte financier étant le « Tableau général d'affectation des résultats de l'exercice N-1 au cours de l'exercice N », les résultats de l'exercice 2015 se trouvent forcément sur le compte financier 2016.

5.4 Un endettement encore élevé après l'opération de désensibilisation des emprunts structurés

5.4.2 Des choix contestables en 2006 pour le refinancement de l'opération immobilière

Pour rappel, dans le courant de l'année 2002, pour faire face à des besoins de financement d'opérations de réhabilitation et de construction de locaux devenus inadaptés et vétustes, l'Hôpital Gériatrique de CHEVREUSE se tourne vers DEXIA CREDIT LOCAL, reconnu alors comme le partenaire financier privilégié et naturel du secteur public et qui cultive des liens extrêmement étroits avec le secteur hospitalier.

DEXIA CREDIT LOCAL sera ainsi au cœur, avec le plein appui des pouvoirs publics, de la mise en place des plans successifs de relance de l'investissement hospitalier, « Plan Hôpital 2007 » et « Plan Hôpital 2012 ».

La Cour des comptes pointera bien plus tard pour le déplorer, dans son rapport de juillet 2011, sur la gestion de la dette publique locale, les risques inhérents à l'union savamment entretenue de la fonction de financeur et de conseil de la banque :

"S'il n'est pas critiquable en soi que les banques jouent un tel rôle de conseil, il en va différemment lorsque ce rôle aboutit à influencer, parfois de manière substantielle, la prise de décision de collectivités qui manquent d'expertise interne. " (p. 54)

Jusqu'en 2011, la Direction de l'Hôpital Gériatrique de CHEVREUSE qui manque cruellement comme tout établissement de cette taille, de compétences financières et d'expertise interne aura toute confiance dans la capacité de DEXIA CREDIT LOCAL à lui donner des conseils pertinents et sincères et une réponse adaptée à ses besoins de financement et à ses contraintes particulières.

Le **6 décembre 2002**, l'Hôpital Gériatrique de CHEVREUSE contracte ainsi, sous ses préconisations, auprès de DEXIA CREDIT LOCAL deux emprunts destinés à financer ses investissements :

- "MOBILYS TIP TOP", sous référence N° MIN 203 694 EUR d'un montant en principal de 6.000.000 (six millions) d'euros,
- "PRESAME", sous référence N°MIN 203 733 EUR, d'un montant en principal de 7.000.000 €,

Ces opérations conçues et conseillées par DEXIA CREDIT LOCAL sont révélatrices du type d'offres commerciales que la banque faisait alors à ses clients. L'Hôpital n'opère pas un choix mais s'en remet aux conseils qu'il juge éclairés de sa banque.

L'encours initial de dette de 13 millions d'euros s'avère in fine surdimensionné de plusieurs millions d'Euros par rapport aux besoins réels de financement de l'hôpital.

D'octobre 2002 à avril 2010, six refinancements vont être effectués à l'initiative de DEXIA CREDIT LOCAL, dans le cadre de ce que la banque dénomme *"la gestion active de la dette"* de l'hôpital, avec une accélération certaine de mai 2007 à avril 2010 mettant en évidence la spirale dans laquelle l'organisme bancaire entraîne son client alors qu'il s'agissait exclusivement pour celui-ci de réduire son encours.

Six nouveaux emprunts vont ainsi se succéder de 2004 à 2010. Cette succession d'emprunts et leurs principales caractéristiques sont résumées par le tableau suivant :

Date d'émission du contrat	Intitulé et Référence de l'emprunt	Montant en principal (€)	Echéance	Taux applicable
17/12/2004	OVERTEC N°MPH 982 501 EUR	6.260.000 (emprunt refinancé MIN 203694 du 23/10/2002)	01/04/2034	<u>Phase 1</u> (jusqu'au 01/04/ 2024 exclu) : (2*Euribor 12mois) – TEC 10 +1,50 % <u>Phase 2</u> (jusqu'au 01/04/ 2034 exclu) : EURIBOR 12 mois majoré de 0,10%

21/06/2006	CORIALYS+ TOFIX FIXMS FLEXI N°MIN 984 071 EUR	5.680.000 (emprunt refinancé MIN 982501 du 17/12/2004)	01/07/2037	Phase de mobilisation (jusqu'au 29/06/2007): EONIA Phase d'amortissement : <u>Phase 1</u> (jusqu'au 01/07/ 2008 exclu) : 4,07% <u>Phase 2</u> (jusqu'au 01/07/ 2029 exclue) : Si la différence entre le CMS EUR 30 ans et le CMS EUR 2 ans est supérieure ou égale à 0,20% : le taux est de 4,07% Sinon, le taux est égal à 6,77% moins 5 fois la différence entre le CMS EUR 30 ans et le CMS EUR 2 <u>Phase 3:</u> 4,07%
31/05/2007	CORIALYS+ TOFIX DUAL EUR CHF FLEXI N°MIN 985 579 EUR	4.240.000 (emprunts refinancés MIN 203733 du 23/10/2002/MIN 984071 du 21/06/2006)	01/07/2038	Phase de mobilisation (jusqu'au 01/07/2008) : EONIA Phase d'amortissement : <u>Phase 1</u> (jusqu'au 01/07/2011 exclu) :4,08% <u>Phase 2</u> (jusqu'au 01/07/2028 exclu) : Si le cours de change de l'EURO en Francs Suisses est supérieur ou égal au cours de 1,45 Francs Suisses pour 1 Euro, le taux applicable est de 4,08% Sinon le taux applicable est la somme de : - d'un taux fixe de 5,48% - de 50% du taux de variation du cours de change de l'EURO en France Suisses. <u>Phase 3:</u> 4,08%
31/05/2007	CORIALYS+ TOFIX FIXMS FLEXI N°MIN 985 631 EUR	4.240.000 (emprunts refinancés MIN 203733 du 23/10/2002/MIN 984071 du 21/06/2006)	01/07/2038	Phase de mobilisation (jusqu'au 01/07/2008) : EONIA Phase d'amortissement : <u>Phase 1</u> (jusqu'au 01/07/2009 exclu) :4,37% <u>Phase 2</u> (jusqu'au 01/07/2029 exclu) : Si la différence entre le CMS EUR 30 ans et le CMS EUR 1 an est supérieure ou égale à 0,10% : le taux est de 4,37% Sinon, le taux est égal à 6,57% moins 5 fois la différence entre le CMS EUR 30 ans et le CMS EUR 1 an <u>Phase 3:</u> 4,37%
28/05/2008	FIXGBP 10 N°MPH 259 625 EUR	3.620.000 (emprunts refinancés MIN 203733 du 23/10/2002/MIN 985631du 31/05/2007)	01/07/2038	<u>Phase 1</u> (jusqu'au 01/07/2014 exclu): 4,25% <u>Phase 2</u> (jusqu'au 01/07/2038 exclu) : Si la différence entre le CMS GBP 10 ans et le CMS EUR 10 ans est supérieure ou égale à -0,10%, le taux applicable est de 4,25%. Sinon, le taux est égal à 4,75% moins 5 fois la différence entre le CMS GBP 10 ans et le CMS EUR 10 ans.
19/04/2010	TOFIXMS+ FLEXI N°MPH 269 166 EUR	3.378.666,66 (emprunt refinancé MPH 259625 du 28/05/2008)	01/07/2038	<u>Phase 1</u> (jusqu'au 01/07/ 2013 exclu) : 4,24% <u>Phase 2</u> (jusqu'au 01/07/ 2029 exclu) : Si la différence entre le CMS EUR 30 ans et le CMS EUR 2 ans est supérieure ou égale à 0,00% : le taux est de 4,24% Sinon, le taux est égal à 4,24% moins 4,5 fois la différence entre le CMS EUR 30 ans et le CMS EUR 2 ans. <u>Phase 3:</u> 4,24%

S'agissant des refinancements opérés en mai 2007 et qui introduisent dans l'encours de l'hôpital un contrat indexé sur le différentiel entre le CMS EUR 30 ans et le CMS EUR1 an (MIN CORIALYS+TOFIX FIXMS FLEXI N°MIN 985 631EUR) et un contrat indexé sur la parité entre l'Euro et le Franc Suisse (CORIALYS+TOFIX DUAL EUR CHF FLEXI N°MIN 985 579 EUR), il n'y a pas d'année de franchise mais une

phase présentée fallacieusement de mobilisation revolving¹. De plus, l'établissement n'est tenu au cours des différentes opérations au paiement d'aucune soulte supplémentaire mais l'indemnité de remboursement anticipée n'est pas offerte.

L'indication dans les documents commerciaux et de présentation alors fournis par DEXIA que l'indemnité de remboursement anticipée due était ramenée à 0 à titre dérogatoire est bien naturellement une supercherie ; ce que d'ailleurs la Cour des comptes dans ses rapports a pu mettre en évidence ainsi que la commission d'enquête parlementaire auprès de l'Assemblée Nationale (Rapport du 6 décembre 2011 sur les produits financiers à risque souscrits par les acteurs publics locaux).

Il sera ici reporté à l'analyse du Cabinet financier RISKEDGE effectuée dans le cadre du contentieux ouvert contre DEXIA (voir infra) :

- " Le 31 mai 2007, est émis l'emprunt MIN 985 579EUR, indexé sur l'EUR/CHF. Cet emprunt refinance plusieurs emprunts, dont l'emprunt MIN 984071EUR, indexé sur l'écart de pente CMS30-CMS2.
- Aucune indemnité de refinancement n'est mentionnée.
- Pourtant notre analyse montre que :
 - Aux taux du marché le 31/05/2007, pour refinancer l'emprunt MIN 984071, indexé sur l'écart de pente CMS30-CMS2, l'émetteur aurait dû payer une indemnité de € 922 000.
 - Ces 922 000 € ont effectivement été intégrés dans le nouvel emprunt, dont la formule indexée sur le cours du franc suisse en euros (EURCHF) est beaucoup plus risquée qu'une formule indexée sur un écart de pente, comme nous l'avons vu dans le paragraphe précédent.
- **Conclusion : comme dans le cas précédent, c'est ce risque supplémentaire qui permet à l'émetteur de financer cette perte cachée de 922 000 €. En dissimulant cette perte, DEXIA pousse sciemment l'émetteur à prendre une position plus risquée."**

Sur les six nouveaux contrats conseillés par DEXIA CREDIT LOCAL, seul le premier de 2004 (MPH 982501) est un prêt classique, les cinq suivants (MIN 984071, MIN 985579, MIN 985631, MPH 259625, MPH 269166) sont tous des emprunts dits "structurés". Ce que la Direction de l'établissement ignorait jusqu'à ce qu'elle soit éclairée par ses propres conseils dans le courant de l'année 2011.

A la suite des « réaménagements », deux contrats resteront en vigueur :

- 1) le contrat CORIALYS+TOFIX DUAL EUR CHF FLEXI, N°MIN 985 579 EUR signé par l'hôpital gériatrique de CHEVREUSE le **11 juin 2007**;
- 2) le contrat TOFIXMS+FLEXI, N°MPH 269 166 EUR conclu par l'établissement public le **21 mai 2010**.

De cette montée progressive aux extrêmes du risque, l'hôpital va être totalement laissé dans l'ignorance. En effet, à aucun moment, l'Hôpital Gériatrique de CHEVREUSE ne se voit délivrer une information propre à lui permettre d'appréhender l'exacte nature de ces produits financiers complexes souscrits à l'initiative de DEXIA CREDIT LOCAL et présentés comme de simples contrats de prêts classiques.

¹ Au cours de cette phase, l'emprunteur peut effectivement rembourser l'encours de dette à sa meilleure convenance puis réemprunter en fonction de ses besoins. Mais, à l'issue de cette période, les remboursements le cas échéant opérés ne sont pas définitifs : chaque contrat d'emprunt stipule qu'à la fin de la période de mobilisation, le montant en principal non déjà prêté à l'emprunteur est automatiquement décaissé jusqu'à hauteur du montant total du prêt (voir article 10 du contrat de prêt CORIALYS+TOFIX DUAL EUR CHF FLEXI).

La gestion "active" de la dette (pour reprendre les termes choisis de la banque) a ainsi conduit à augmenter substantiellement le risque financier pris par l'hôpital en l'engageant à souscrire des produits financiers toujours plus toxiques sans que l'établissement public soit en mesure d'opérer un choix ni même d'appréhender la dangerosité du produit.

Ce n'est que très tardivement que la nature de ces produits structurés ont été décryptés et bien après la crise financière qui devait conduire à la crise monétaire² qui a fait augmenter de manière exponentielle le taux des emprunts indexés sur une parité monétaire.

Au début de l'année 2011, face à la détérioration -inexorable et d'une particulière ampleur- du taux applicable en phase d'amortissement du contrat CORIALYS+TOFIX DUAL EUR CHF FLEXI (N°MIN 985 579EUR), en raison de la baisse de l'Euro contre le Franc suisse, DEXIA CREDIT LOCAL propose un énième réaménagement³.

Il convient de souligner que la parité Euro/Franc Suisse connaît depuis l'année 2009 de violentes fluctuations et une tendance baissière de l'Euro contre le Franc suisse.

Pourtant, l'Hôpital ne sera alerté de la dérive du taux d'intérêt qu'en 2011 et les solutions avancées par DEXIA CREDIT LOCAL sont bien trop tardives et évidemment pas à la hauteur de la situation de crise dans laquelle ces pratiques ont plongé l'Hôpital Gériatrique, conduisant inmanquablement à une charge supplémentaire pour l'établissement.

Face à cette dérive, dans l'ignorance de l'évolution de la charge financière liée aux emprunts souscrits, en l'absence de réponses adaptées de la part de DEXIA, la Direction de l'hôpital gériatrique décide de se faire assister par des experts en gestion des risques financiers et d'engager, après des essais avortés de résolution amiable, une action en justice devant le Tribunal de grande instance de NANTERRE.

Aussi le niveau d'endettement constaté n'est pas le fait « *des choix hasardeux faits à l'époque par la direction de l'établissement en matière de solutions de financement, en recourant à des emprunts structurés⁴ à taux variable indexé sur des devises étrangères* » mais bien la conséquence directe des multiples refinancements néfastes et inadaptés initiés par DEXIA CREDIT LOCAL d'ailleurs l'unique banque de l'hôpital.

En outre, il ne peut être sérieusement avancé, en prenant prétexte de la Charte de bonne conduite entre les établissements bancaires et les collectivités territoriales (autrement dénommée Charte GISSLER) signée notamment par Dexia Crédit Local le 7 décembre 2009 pour une entrée en vigueur au 1er janvier 2010, que « *la direction de l'établissement, mais également le Président du conseil de surveillance, par ailleurs maire de CHEVREUSE, ne pouvaient ignorer ces alertes* alors même que :

- les produits structurés les plus risqués dont le contrat indexé sur la parité entre le Franc suisse et l'Euro ont été introduits dans l'encours de l'hôpital en mai 2007 ;

² Les mécanismes inhérents aux contrats de prêt de ce type qui ont toujours été cachés aux emprunteurs se retrouvent en des termes particulièrement éclairants sous la plume des magistrats de la Cour des comptes aux pages 40, 43 et 44 de leur rapport thématique de 2011 sur la gestion de la dette publique locale.

³ Par le courrier du 8 août 2011, Dexia n'informe pas son client « que les taux d'intérêt étaient en train d'augmenter et risquaient de passer de 4,31% à 20 ou 25% ». Il s'agit d'un simple courrier prenant acte des échanges intervenus lors d'une précédente réunion.

⁴ Il est sans doute fait référence au seul contrat indexé sur une parité monétaire le CORIALYS+TOFIX DUAL EUR CHF FLEXI

- la Charte n'était aucunement destinée aux établissements publics de santé mais aux seules collectivités territoriales ;
- une attention particulière n'est portée sur la gestion des emprunts dans les établissements publics de santé que depuis la publication du Décret n° 2011-1872 du 14 décembre 2011 relatif aux limites et réserves du recours à l'emprunt par ces établissements et qui exclut la possibilité d'un recours aux produits structurés dont s'agit.

Les risques inhérents à ces produits n'ont été connus des directeurs d'établissements publics que très tardivement et bien après que leurs encours furent grevés par ces produits d'une particulière dangerosité. Tardive aussi fut l'intervention des autorités de contrôle et plus généralement des pouvoirs publics qui n'ont été poussés à agir qu'en raison des effets de la crise financière.

5.4.3 Une opération de désensibilisation des emprunts structurés, dans le cadre du dispositif national finalisé en 2016

Le 22 décembre 2014, le Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, et le Ministère des finances et des comptes publics émettaient une instruction ministérielle n° DGOS/PF1/DGFIP/CL1C/CL2A/2014/363 relative au dispositif d'accompagnement des établissements publics de santé dans la sécurisation de leurs prêts structurés.

L'instruction interministérielle n° DGOS/PF1/DGFIP/CL1C/CL2A/2015/251 du 28 juillet 2015 actualisait les modalités de mise en œuvre du dispositif d'accompagnement des établissements publics de santé en élargissant le cercle des bénéficiaires de ce dispositif et accroissant le montant des aides pour en particulier absorber les conséquences financières de la forte hausse du Franc suisse.

Ce dispositif montre alors que les pouvoirs publics prennent conscience de la situation critique dans laquelle se trouvent plongés un très grand nombre d'établissements publics de santé des plus modestes, comme l'Hôpital Gériatrique de CHEVREUSE, aux plus dotés en raison de la politique de gestion de dettes qui a été menée par plusieurs organismes bancaires « partenaires naturels et privilégiés de ce secteur ».

Pour autant les établissements publics de santé n'ont pas bénéficié à l'instar des collectivités territoriales d'un fonds de soutien encadré par la loi et les sommes affectées sont sans commune mesure.

L'Hôpital Gériatrique fut, comme d'autres établissements publics de santé dans sa position, fortement incité par les autorités de tutelle à déposer une demande d'aide et par voie de conséquence à transiger avec DEXIA, ainsi que CAFIL et SFIL.⁵ L'octroi de l'aide était en effet soumis à la conclusion d'un accord transactionnel avec les banques portant renoncement de l'emprunteur à toute action judiciaire.

Seul le contrat CORIALYS+TOFIX DUAL EUR CHF FLEXI (N°MIN 985 579EUR) a été déclaré éligible au dispositif d'aide⁶.

La Direction de l'établissement suivait alors à la lettre la procédure décrite précisément par l'instruction ministérielle.

⁵ L'Hôpital Gériatrique ayant appris en 2013 que le contrat CORIALYS TOFIX DUAL EUR CHF FLEXI, N°MIN985579EUR était inscrit non pas au bilan de DCL mais de sa filiale de refinancement obligatoire DEXIA MUNICIPAL AGENCY (DMA) devenue la « Caisse Française de Financement Local », filiale cédée à une « nouvelle » banque la « Société de Financement Local » dont l'Etat Français est l'actionnaire de référence.

⁶ Le champ d'intervention du dispositif des hôpitaux étant bien plus limité que celui du fonds de soutien aux collectivités.

Un dossier de demande d'aide a été déposé par l'établissement auprès de l'ARS.

Le dossier était instruit par l'ARS, la DRFIP, la DGFIP et la DGOS en regard de la procédure décrite par l'instruction. Le Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes notifiait le 17 novembre 2015 à l'Hôpital Gériatrique de CHEVREUSE une proposition d'aide à hauteur de 3,5 millions d'euros, soit 41,43 % de l'IRA évaluée à 8 447 000 €.

Le 10 décembre 2015, après analyse par le cabinet RISKEDGE de plusieurs propositions de refinancement transmises par la SFIL⁷, compte-tenu de la durée de la procédure contentieuse et de l'aléa afférent à son résultat, notamment au regard de la loi n°2014-844 du 29 juillet 2014 de validation (remettant en cause la jurisprudence du TGI de Nanterre sur le TEG), du montant d'aide accordé, et du risque avéré du maintien à des niveaux extrêmement élevés des taux d'intérêt dus, l'Hôpital Gériatrique de CHEVREUSE a signé un protocole transactionnel entre la SFIL, la CAFFIL, la société DEXIA CREDIT LOCAL relatif aux deux prêts n° MIN255789EUR et n° MPH269166EUR.

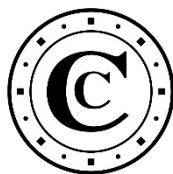
Le processus transactionnel s'est donc fait avec non seulement l'information mais la parfaite approbation des tutelles dans les conditions spécifiquement prévues par les instructions précitées.

Il s'agit donc d'un régime dérogatoire et les dispositions du code de l'action sociale et des familles concernant l'approbation préalable de l'autorité de tarification, qui ne concerne pas les transactions, ne trouvent pas à s'appliquer.

Ce d'autant moins que la transaction réalisée n'a pas eu pour objet ou pour effet de modifier l'emprunt et partant, « d'entraîner une augmentation des charges d'exploitation de l'établissement ou du service ».

En effet, cette transaction ne pouvait en aucun cas, avoir pour objet ou pour effet d'accroître les charges de l'établissement par rapport à la hausse tendancielle des frais financiers tels qu'ils auraient dû être établis en stricte application du contrat initial mais bien, au contraire, d'éviter les effets délétères de la poursuite de l'emprunt dans les conditions contractuelles initiales qui, elles, avaient nécessairement été approuvées par les autorités de tarification.

⁷ Proposition du 21 octobre 2015 relative aux prêts MIN255789EUR001 et MPH269166EUR001.
Proposition du 4 novembre 2015 relative aux prêts n° MPH269166EUR001 et n° MIN255789EUR001.
Proposition du 27 novembre 2015 relative aux prêts n° MPH269166EUR001 et n° MIN255789EUR001.
Proposition du 8 décembre 2015 relative aux prêts n° MPH269166EUR001 et n° MIN255789EUR001.



« 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