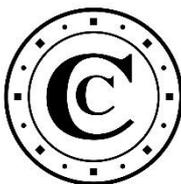


Chambre régionale
des comptes

Normandie



Rapport d'observations définitives

**CENTRE HOSPITALIER
ASSELIN-HEDELIN D'YVETOT**

(Seine-Maritime)

Exercices 2014 à 2019

Observations délibérées le 18 août 2021

SOMMAIRE

Synthèse	1
PRINCIPALES RECOMMANDATIONS	2
OBLIGATIONS DE FAIRE	2
I - RAPPEL DE LA PROCEDURE	2
II - LE CENTRE HOSPITALIER DANS SON ENVIRONNEMENT	3
A - Présentation de l'établissement et de son environnement	3
1 - Présentation de l'établissement.....	3
2 - L'environnement de l'établissement.....	4
B - Les coopérations	4
1 - Le groupement hospitalier de territoire (GHT) « Rouen Cœur de Seine ».....	4
2 - Les autres coopérations	6
C - Le pilotage du CH	6
1 - Les organes dirigeants et les instances.....	6
2 - La démarche stratégique	7
D - Les activités et la patientèle	10
1 - Le service de médecine.....	10
2 - Le service de soins de suite et de réadaptation (SSR) polyvalents	11
3 - L'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD)	12
III - L'INFORMATION BUDGETAIRE ET LA FIABILITE DES COMPTES	13
A - L'information budgétaire.....	13
1 - Les comptes financiers et l'affectation des résultats.....	13
2 - Le rapport annuel sur l'activité de l'établissement	13
B - La fiabilité des comptes.....	14
1 - La vérification de quelques opérations comptables	14
2 - Les provisions.....	15
3 - Le suivi du patrimoine et des amortissements.....	16
IV - LA SITUATION FINANCIERE	17
A - L'exécution budgétaire	18
1 - Le budget EHPAD	18
2 - Le budget sanitaire (médecine et SSR)	20
B - L'investissement.....	22
1 - Les dépenses d'investissement.....	22
2 - Le financement des investissements	23
C - La situation bilancielle	24
1 - Fonds de roulement, besoin en fonds de roulement et trésorerie.....	24
2 - L'endettement.....	25
D - Les perspectives financières.....	25

V - LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES	27
A - Les effectifs	27
1 - L'évolution des effectifs tous budgets confondus	27
2 - Les effectifs de l'EHPAD.....	28
B - L'organisation du temps de travail du personnel non médical.....	29
1 - La formalisation des règles relatives au temps de travail	29
2 - Les durées annuelles de travail	30
3 - Les autorisations spéciales d'absence (ASA) pour événements familiaux	30
4 - Les journées « médailles »	31
C - L'absentéisme	31
1 - Le taux d'absentéisme.....	31
2 - La politique de remplacement.....	32
3 - Les actions mises en place pour prévenir et lutter contre l'absentéisme	33
D - Le régime indemnitaire.....	33
1 - Le régime indemnitaire du personnel médical	33
2 - Le régime indemnitaire du personnel non médical	36
ANNEXES	40

SYNTHESE

Situé dans le département de la Seine-Maritime et labellisé « *hôpital de proximité* » depuis 2016, le centre hospitalier (CH) Asselin-Hedelin d'Yvetot dispose d'un service de 15 lits de médecine, d'un service de 25 lits de soins de suite et de réadaptation (SSR) et d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) pouvant accueillir jusqu'à 212 résidents. Ses recettes s'élevaient en 2019 à 16,10 M€ toutes activités confondues. Il fait partie du groupement hospitalier de territoire (GHT) « *Rouen Cœur de Seine* » depuis 2016, dont l'établissement support est le centre hospitalier universitaire (CHU) de Rouen.

S'agissant du pilotage de l'établissement, si les compositions du directoire et du conseil de surveillance ont été régularisées en cours d'instruction, le suivi des contrats d'objectifs et de moyens (CPOM) est limité à l'envoi de fiches actions aux autorités de tutelle et le CH ne dispose plus de projet d'établissement depuis 2011.

L'information budgétaire est incomplète (absence de rapport commun ordonnateur-comptable, états des comptes financiers). Un travail de fiabilisation des comptes doit également être mené. Il devra porter en priorité sur la politique de provisionnement et le suivi du patrimoine de l'établissement.

Si la trésorerie demeure confortable et la capacité d'autofinancement (CAF) positive sur l'ensemble de la période sous revue, la situation financière de l'établissement se dégrade depuis 2017, ce qui a conduit l'agence régionale de santé (ARS) à refuser l'approbation du plan global de financement pluriannuel (PGFP) 2019-2023. Cette situation s'explique essentiellement par l'explosion des dépenses relatives aux personnels contractuels non médicaux (+ 103,2 % en cinq ans). Fin 2019, l'EHPAD comptait 205,8 emplois permanents pour 194 résidents.

En outre, la nouvelle évaluation des niveaux de soins nécessaires aux résidents, réalisée en juin 2019, doit entraîner à partir de 2021 une diminution des recettes de la section « soins » d'environ 600 000 € par an par rapport au montant perçu en 2019, ce qui appellera de la part de l'établissement d'importants efforts d'optimisation.

Si une démarche de retour à l'équilibre a été engagée à l'initiative de l'ARS dans le cadre de la négociation du CPOM médico-social, qui n'avait toujours pas abouti fin juin 2021, les hypothèses retenues apparaissent, à ce stade, en décalage avec la réalité financière de l'établissement.

Malgré les efforts entrepris, la gestion des ressources humaines recèle encore des marges de progrès. Le temps annuel de travail est inférieur à la durée légale. Les agents contractuels bénéficient de primes dont certaines sont réservées par la réglementation aux fonctionnaires titulaires et stagiaires. La prime de service est versée dans des conditions irrégulières. Les heures supplémentaires rémunérées, qui se sont envolées depuis 2014 (+ 621 %), ne sont pas correctement suivies.

PRINCIPALES RECOMMANDATIONS

1. Améliorer la qualité de l'information budgétaire (élaboration du rapport commun ordonnateur-comptable, exhaustivité des états des comptes financiers) ;
2. réaliser un bilan financier des nouvelles organisations de travail, et mettre à jour l'accord local et ses annexes.

OBLIGATIONS DE FAIRE

3. Cesser le versement des primes irrégulières aux professionnels non médicaux ;
4. appliquer la réglementation en matière d'organisation du temps de travail des professionnels non médicaux ;
5. réaliser, en lien avec les services de l'ARS, un suivi annuel formalisé des engagements pris dans le cadre du CPOM « sanitaire » conformément aux dispositions de l'article D. 6114-8 du code de la santé publique ;
6. élaborer un nouveau projet d'établissement couvrant les activités sanitaires et médico-sociales de l'établissement conformément aux articles L. 6143-2 du code de la santé publique et L. 311-8 du code de l'action sociale et des familles ;
7. mettre la politique de l'établissement en matière de provisionnement en conformité avec la réglementation en vigueur ;
8. se doter d'un inventaire physique du patrimoine conformément à l'instruction budgétaire et comptable M21 ;
9. prendre toutes mesures utiles pour désigner un médecin coordonnateur à hauteur de 0,8 ETP, conformément à l'article D. 312-156 du code de l'action sociale et des familles.

I - RAPPEL DE LA PROCEDURE

La chambre régionale des comptes a inscrit à son programme 2020 l'examen de la gestion du centre hospitalier « Asselin-Hedelin » (Yvetot) pour les exercices 2014 à 2019. Par lettre en date du 22 septembre 2020, le président de la chambre en a informé Madame Michelle Mochalski, directrice de l'établissement. Un entretien de fin de contrôle entre Mme Mochalski et le rapporteur a eu lieu le 12 janvier 2021.

Le contrôle a été conduit selon les axes suivants : l'établissement dans son environnement, l'information budgétaire et la fiabilité des comptes, la situation financière et la gestion des ressources humaines.

La chambre a également pris en compte, sur la base des pièces communiquées par l'ordonnateur, les éléments postérieurs à la période sous revue dans la mesure où ils permettaient d'actualiser les développements relatifs à des problématiques préexistantes.

Lors de sa séance du 10 février 2021, la chambre a arrêté les observations provisoires, qui ont été transmises à la directrice de l'établissement, et, chacun pour ce qui le concerne, au directeur général de l'agence régionale de santé de Normandie, à la directrice générale du centre hospitalier universitaire de Rouen et au président du conseil départemental de la Seine-Maritime, qui y ont tous répondu.

Après avoir entendu le rapporteur, la chambre a arrêté, le 18 août 2021, le présent rapport d'observations définitives.

Le rapport a été communiqué au directeur en fonction. Il devra être communiqué par le président du conseil de surveillance à son assemblée délibérante lors de la plus proche réunion suivant sa réception. Il fera l'objet d'une inscription à l'ordre du jour, sera joint à la convocation adressée à chacun de ses membres et donnera lieu à un débat.

Ce rapport sera communicable dans les conditions prévues au livre III du code des relations entre le public et l'administration.

II - LE CENTRE HOSPITALIER DANS SON ENVIRONNEMENT

A - Présentation de l'établissement et de son environnement

1 - Présentation de l'établissement

Issu de la transformation de l'ancien hospice construit en 1817, le CH d'Yvetot propose actuellement une offre de soins de proximité à orientation gériatrique et d'hébergement de personnes âgées dépendantes.

Installé sur un seul site, l'établissement est composé de deux bâtiments principaux :

- le pavillon « Bigot », construit à la fin des années 1980 et réhabilité en 2014, qui accueille notamment :

- au rez-de-chaussée : un service de médecine de 15 lits et les services administratifs ;
- au 1^{er} étage : un service de SSR de 25 lits ;
- au 2^{ème} étage : 40 lits d'EHPAD ;

- le pavillon « Pépin », construit en octobre 2012, qui accueille :

- en sous-sol : les services logistiques (restauration, hôtellerie, buanderie) ;
- au rez-de-jardin : 162 lits d'EHPAD, dont 1 place d'hébergement temporaire et 3 unités protégées¹ (deux unités fermées et une unité de psychogériatrie) de 14 lits chacune.

Le CH d'Yvetot se situe sur le territoire de démocratie sanitaire « *Rouen/Elbeuf* » conformément à la délimitation de la région Normandie arrêtée, en octobre 2016, par la directrice générale de l'ARS Normandie dans le cadre de la réforme des régions.

L'établissement répond aux conditions posées par l'article R. 6111-24 du code de la santé publique, et est inscrit à ce titre sur la liste des hôpitaux dits de proximité depuis 2016, ce qui lui permet de bénéficier d'un financement spécifique reposant sur une dotation mixte composée d'une dotation forfaitaire garantie, construite à partir des recettes historiques de l'établissement et des caractéristiques du territoire desservi et de l'activité produite (cf. partie analyse financière).

¹ Les unités de vie protégée (UVP) sont des unités spécialisées dans l'accueil de personnes âgées atteintes de troubles de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés en EHPAD.

En 2014, il a été certifié en B par la Haute autorité de santé (HAS), c'est-à-dire avec recommandations d'améliorations dans plusieurs domaines². La prochaine certification est prévue en 2022.

2 - L'environnement de l'établissement

L'établissement est implanté sur la commune d'Yvetot qui se situe dans la partie ouest du département de la Seine-Maritime, à quasi équidistance des villes de Rouen (37 km) et de Fécamp (35 km). La commune se caractérise par une démographie en hausse, mais vieillissante, un taux de chômage élevé, ainsi qu'une faible densité médicale³.

Le CH d'Yvetot se situe à proximité de plusieurs structures hospitalières publiques proposant des activités comparables⁴, dont notamment les centres hospitaliers de Barentin (20 km, 50 lits/places de SSR), Lillebonne (23 km, 66 lits/places de médecine et 52 lits/places de SSR), Saint-Valery-en-Caux (32 km, 19 lits/places de SSR), Fécamp (35 km, 104 lits/places de médecine et 60 lits/places de SSR), Saint-Romain-de-Colbosc (35 km, 20 lits/places de SSR), du Belvédère (36 km, 14 lits/places de médecine et 3 lits/places de SSR), de Bois-Petit (38 km, 30 lits/places de SSR) ou encore de Darnétal (40 km, 60 lits/places de SSR).

B - Les coopérations

1 - Le groupement hospitalier de territoire (GHT)⁵ « Rouen Cœur de Seine »

Depuis le 1^{er} juillet 2016, et pour une durée de dix ans, le CH d'Yvetot est rattaché au GHT « *Cœur de Seine* », qui associe neuf centres hospitaliers⁶ du territoire de santé, dont le CHU de Rouen qui en est l'établissement support.

La direction estime que le « *temps agent* » à consacrer aux différentes instances du GHT est particulièrement conséquent pour un établissement de la taille du CH d'Yvetot dans la mesure où les professionnels concernés exercent une pluralité d'attributions en plus de celles propres au GHT. Le CHU a précisé que ces temps de partage étaient aussi le signe d'une concertation permanente et fructueuse basée sur le volontariat, dans la mesure où il n'y a pas d'obligation à participer, et qu'il était désormais possible de se réunir en visioconférence.

Le GHT se donne pour objectif de « garantir à tous les patients du territoire « Rouen Cœur de Seine » un égal accès aux compétences médicales et paramédicales 24 heures sur 24, quels que soient leur état de santé et l'établissement initial de prise en charge, en cohérence avec les parcours de soins et la gradation de l'offre ».

Le projet médical et de soins partagé (PMSF), qui formalise l'offre de soins du GHT, identifie cinq filières de prise en charge (les personnes âgées ; la périnatalité, gynécologie obstétrique, néonatalogie et autres chirurgies ; autres chirurgies ; les urgences ; la pharmacie) et quatre thématiques transversales (la santé mentale ; la cancérologie ; la santé publique et la prévention ; la prise en charge du handicap).

² Les quatre domaines audités suivants ont fait l'objet de recommandations d'améliorations : management de la qualité, droit des patients, parcours du patient, dossier patient.

³ Selon l'INSEE, le territoire d'Yvetot comptait en 2015 7,2 médecins pour 10 000 habitants (densité brute) contre 9,4 pour le département de la Seine-Maritime et 9,5 au niveau national.

⁴ Les chiffres ci-après sont issus de la base « Statistique annuelle des établissements de santé » (SAE) au 31 décembre 2019.

⁵ En vertu de l'article L. 6132-1 du code de la santé publique, les GHT ont pour objet de « permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. » Ils ont vocation à assurer la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements.

⁶ Outre le CH d'Yvetot et le CHU de Rouen, sont membres du GHT les centres hospitaliers de Barentin, du Belvédère, du Bois-Petit, de Darnétal, de Gournay-en-Bray, de Neufchâtel-en-Bray, et le centre spécialisé du Rouvray.

Le CH d'Yvetot contribue à hauteur d'environ 1,58 % du budget G⁷, lequel était déficitaire de - 64 583,10 € en 2019.

En application des dispositions de l'article L. 6132-3 du code de la santé publique, le CHU de Rouen assure, pour le compte des autres établissements, plusieurs fonctions⁸ dont la fonction achats. Effective depuis le 1^{er} janvier 2018, la mutualisation de cette fonction a eu pour effet de réduire le champ de compétences du service achats au profit de l'établissement support chargé de l'ensemble de la procédure de passation des marchés du groupement⁹. Le CH d'Yvetot est consulté par le CHU de Rouen, comme l'ensemble des établissements parties au groupement, sur l'élaboration des documents de consultation, ce qui, au regard de l'accroissement du nombre de consultations, conséquence de la mutualisation¹⁰, implique de nombreuses sollicitations des référents achats désignés (un par établissement).

Si des délégations de signature du directeur général du CHU de Rouen ont été mises en place aux fins de passation des marchés relatifs aux besoins propres des établissements non couverts par les procédures lancées par l'établissement support, afin de d'apporter une plus grande souplesse dans les achats urgents et de faible montant, ces procédures sont jugées parfois contraignantes dans la mesure où les référents achat des établissements membres du GHT ne disposent pas systématiquement de suppléants, à l'image du CH d'Yvetot.

L'établissement estime néanmoins que la mutualisation de la fonction achats a permis de sécuriser les procédures sur le plan juridique grâce au concours de la cellule juridique du CHU de Rouen qui est également sollicitée dans le cadre de l'exécution des marchés. Un comité achat rassemblant la direction des achats du CHU, les acheteurs et les référents achats des établissements se réunit à un rythme mensuel pour définir les stratégies en matière d'achats et échanger sur l'avancement des projets communs.

Le CH d'Yvetot est par ailleurs globalement satisfait de la convergence des systèmes d'information. Plusieurs logiciels de gestion administrative sont d'ores et déjà communs et la convergence des dossiers patients informatisés par type de prise en charge est en cours. Selon la directrice générale du CHU de Rouen, un portail d'échange et de partage, dont le projet est coordonné au niveau régional par le GCS « Normand'E-Santé », viendra prochainement faciliter l'échange de données patients entre les établissements parties au GHT, impliquant une révision du schéma directeur des systèmes d'information du GHT afin de prendre en compte ces avancées.

Enfin, s'agissant de l'information médicale, bien que le médecin responsable du département d'information médicale du CHU ait été nommé « DIM de territoire » dès la création du GHT, et qu'une charte commune entre les différents DIM des établissements parties au GHT ait été élaborée, cette fonction n'est toujours pas pleinement mutualisée¹¹.

⁷ Le budget G retrace les opérations relatives aux fonctions et activités dévolues à l'établissement support.

⁸ Sont concernées : la stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information hospitalier convergent ; la gestion d'un département de l'information médicale de territoire ; la coordination des instituts et des écoles de formation du groupement et des plans de formation continue et de développement professionnel continu ; la fonction achats.

⁹ En vertu de l'article R. 6132-16 du code de la santé publique, l'établissement support est chargé de la politique, de la planification, de la stratégie d'achat et du contrôle de gestion des achats pour ce qui concerne l'ensemble des marchés et de leurs avenants. Il assure la passation des marchés et de leurs avenants conformément aux dispositions du code de la commande publique.

¹⁰ Le calcul de la valeur estimée du besoin pour la détermination des seuils applicables s'effectue en effet désormais au niveau du GHT et non plus au niveau de chaque établissement. De même, en application de l'article 21 du décret n° 2016-360 du 25 mars 2016, les établissements sont tenus de respecter la règle de la computation des seuils qui exige de prendre en compte la valeur totale des fournitures/services considérés comme homogènes pour l'ensemble des établissements du GHT.

¹¹ Conformément aux articles L. 6132-3, R. 6113-11, R. 6113-11-1, et R. 6113-11-3 du code de la santé publique, le DIM de territoire a vocation à se substituer aux DIM des établissements parties au GHT, en tenant compte des organisations déjà existantes, et à assurer à ce titre les missions qui leur étaient précédemment dévolues (préparation des décisions des instances, participation à l'analyse médico-économique de l'activité, contribution à la mise en œuvre des dispositions relatives à la protection des données médicales nominatives des patients, et contribution aux travaux de recherche).

2 - Les autres coopérations

Le CH d'Yvetot est membre du groupement de coopération sanitaire dénommé communauté des établissements gériatriques de l'agglomération rouennaise (CEGAR), dont l'objet principal est de proposer la mise à disposition de professionnels disposant de compétences non présentes au sein de ces structures. C'est dans ce cadre, par exemple, qu'intervient le médecin chargé de l'information médicale.

L'établissement accueille une antenne du centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) « *Caux-en-Bray* » en partenariat avec le CH de Barentin (porteur du projet) et les CH de Gournay-en-Bray et Neufchâtel. Il est partie intégrante d'un pôle de santé de territoire composé d'acteurs privés et publics proposant une offre de soins comprenant notamment une clinique spécialisée en chirurgie ambulatoire, une clinique psychiatrique, un cabinet de radiologie, un centre de dialyse, un laboratoire de biologie et une maison médicale pluridisciplinaire.

Plusieurs conventions ont également été signées avec d'autres structures sanitaires et médico-sociales du département, concernant essentiellement :

- l'accueil de patients dans les services de SSR (CH de Barentin, EHPAD de Fauville-en-Caux), et de médecine (EHPAD de Fauville-en-Caux) ;
- le passage d'une équipe mobile de soins palliatifs (CHU de Rouen) ;
- la coordination des parcours et des prises en charge des personnes âgées (dispositif MAIA¹² porté par le centre communal d'action sociale d'Yvetot, et centre local d'information et de coordination¹³ du Pays de Caux porté par l'association Gincaux) ;
- la mise à disposition d'internes (CH de Lillebonne, CH de Dieppe).

La gestion du Covid 19 a, en outre, conduit l'hôpital à conclure de nouveaux partenariats avec la clinique d'Yvetot (renforts de personnels) et le CH de Lillebonne (examens médicaux du personnel en vue de définir l'aptitude au travail).

Relativement nombreuses pour un établissement de cette taille, les actions de coopération ne font toutefois pas l'objet d'un véritable suivi à l'aide d'outils spécifiques. Le bilan des engagements financiers découlant de ces partenariats (ex : interventions du médecin DIM, mises à disposition d'internes, renforts de personnels...) n'est pas non plus établi.

La chambre invite par conséquent le CH à élaborer un outil de suivi des différentes conventions de partenariats de l'établissement¹⁴, et à présenter aux instances un bilan annuel des engagements financiers afférents.

C - Le pilotage du CH

1 - Les organes dirigeants et les instances

a - La direction

Sur la période sous revue, la direction de l'établissement a connu une stabilité relative. Si la directrice de l'établissement est en poste depuis septembre 2012, l'équipe de direction a été complètement renouvelée avec le départ de la directrice adjointe en 2018 (non remplacée), le changement de la responsable des soins en 2016 et l'arrivée de deux nouveaux

¹² La « *méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie* » (MAIA) est une méthode qui associe tous les acteurs engagés dans l'accompagnement des personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie et de leurs aidants, qui permet d'apporter une réponse décloisonnée, harmonisée, complète et adaptée aux besoins de la personne âgée (accueil, information, orientation et mise en place de soins, d'aides ou de prestations), quelle que soit la structure à laquelle elle s'adresse.

¹³ Les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) sont des lieux d'accueil, d'écoute, d'information et de conseil destinés aux personnes âgées, à leurs familles et aux professionnels de la gérontologie et du maintien à domicile.

¹⁴ Les informations suivantes pourraient notamment être retracées : établissement partenaire, objet de la convention, date de signature, durée et conditions de renouvellement, modalités financières, etc.

attachés d'administration hospitalière en 2015 et 2018, chargés respectivement de la gestion budgétaire et financière et des achats et de la patientèle.

La directrice ne réunit pas de comité de direction chaque semaine, mais des points réguliers sont faits avec les principaux responsables et des réunions avec les administrateurs de garde ont lieu plusieurs fois par an.

b - Les instances

La composition du directoire, non conforme aux dispositions de l'article L. 6143-7-5 du code de la santé publique, qui impose que les directoires des établissements publics de santé non universitaires soient composés de sept membres, dont une majorité de membres du personnel médical, pharmaceutique, maïeutique et odontologique, a été régularisée en juin 2021.

Sur ce point, la direction a indiqué que la vacance de trois postes médicaux entre 2015 et 2016 expliquait en partie l'absence de représentants médicaux. Ces difficultés semblaient également résulter du fait que les points inscrits à l'ordre du jour des principales instances de l'établissement (directoire, CME et conseil de surveillance) sont en grande partie identiques.

La chambre rappelle que les compétences exercées par ces trois instances sont distinctes¹⁵ et que les points inscrits à leur ordre du jour doivent par suite être adaptés à leurs attributions respectives.

En outre, le directoire ne s'est jamais réuni selon la fréquence prévue à l'article D. 6143-35-5 du code de la santé publique qui impose que cette instance se réunisse au moins huit fois par an.

S'agissant du conseil de surveillance, si la composition de cette instance, qui n'était pas conforme aux dispositions de l'article R. 6143-2 du code de la santé publique, a également été régularisée en juin 2021, celui-ci ne s'est réuni qu'à trois reprises en 2014, 2015 et 2019, contrairement aux dispositions de l'article R. 6143-11 du code de la santé publique qui impose un minimum de quatre réunions par an.

Enfin, la CME ne s'est également réunie qu'à trois reprises en 2019, contrairement aux dispositions de l'article R. 6144-6 du code de la santé publique.

2 - La démarche stratégique

a - Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) sanitaires

Conformément à l'article L. 6114-1 du code de la santé publique, le CH d'Yvetot a conclu avec l'ARS Normandie deux CPOM sanitaires sur la période sous revue.

Le premier a été signé le 15 avril 2014 pour une durée de cinq ans, soit jusqu'au 14 avril 2019. Ne comportant aucun bilan du précédent CPOM, ce contrat se composait d'un document cadre rappelant les obligations réciproques des deux parties et onze fiches actions réparties en trois annexes (« *orientations stratégiques au regard du projet régional de santé* », « *qualités et performance* » et « *activités autorisées, labellisées, missions de service public et autres engagements contractuels* »).

Sur le fond, la chambre a pu constater que plusieurs indicateurs en matière de ressources humaines concernaient également l'EHPAD, qui fait l'objet d'un suivi particulier

¹⁵ Cf. articles L. 6143-1 à 4 du code de la santé publique pour le conseil de surveillance, L. 6143-7 pour le directoire, et R. 6144-1 à R. 6144-2-2 pour la CME.

(ex : taux d'absentéisme, rotation du personnel, évolution de la masse salariale, etc.). Par ailleurs, des actions présentées comme réalisées n'ont pu être justifiées, par exemple l'élaboration d'une « *cartographie des métiers* ».

Enfin, alors que le CPOM prévoyait (article 2.1) un suivi annuel dans le cadre d'une revue annuelle et l'obligation de produire un rapport final d'exécution du contrat, l'établissement a indiqué qu'une seule réunion de suivi avait été organisée avec l'ARS fin 2014, sans qu'aucun compte rendu ait pu être produit. Le suivi de l'exécution du contrat s'est donc limité à la transmission à l'autorité de tutelle des onze fiches actions mises à jour chaque année.

Selon le directeur général de l'ARS Normandie, l'absence de revue annuelle s'explique notamment par le réajustement des calendriers qui a eu lieu après la fusion des anciennes régions de Haute et de Basse-Normandie.

Le second CPOM, actuellement en vigueur, a été reçu par le CH d'Yvetot le 2 janvier 2020¹⁶ avec effet au 1^{er} octobre 2019, pour une durée de cinq ans, soit jusqu'au 30 septembre 2024.

Ce contrat, qui ne comporte lui non plus aucun bilan d'exécution du précédent CPOM, comprend une convention cadre rappelant les obligations réciproques des deux parties et trois annexes (« orientations stratégiques au regard du projet régional de santé », « *pilotage interne de l'établissement* » et « *financements* ») présentant sept orientations stratégiques¹⁷ ainsi que les objectifs opérationnels relatifs à l'enveloppe « *Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés* » pour la sécurisation de l'établissement.

Il prévoit un suivi sous la forme d'une revue annuelle réunissant l'ARS et le CH à partir notamment de l'examen du bilan de la réalisation des objectifs fixés par le contrat, de l'évaluation des résultats sur la base des indicateurs prévus au contrat et des progrès constatés sur les différentes annexes.

La chambre rappelle qu'en application de l'article D. 6114-8 du code de la santé publique, le CPOM doit faire l'objet d'une évaluation au moins une fois par an sous la conduite du directeur général de l'ARS.

Les résultats de ces évaluations doivent en outre être présentés :

- chaque année, dans un rapport annuel d'étape sur la base de réunions d'échanges entre l'ARS et l'établissement de santé afin de mettre en place soit les actions correctrices nécessaires, soit des projets d'amélioration ;
- à l'issue de l'exécution du CPOM, dans un rapport final joint à la demande de renouvellement du contrat adressée à l'ARS.

Il appartient donc à l'établissement de réaliser, en lien avec les services de l'ARS, un suivi annuel formalisé des engagements pris dans le cadre du CPOM « sanitaire ».

b - La convention tripartite et le futur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) médico-social

Conformément à l'ancien article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, le CH d'Yvetot a conclu avec l'ARS Haute-Normandie et le département de la Seine-

¹⁶ Le contrat ne comporte pas de date de signature.

¹⁷ Les sept orientations stratégiques sont les suivantes : participer au désengorgement des urgences, inscrire l'établissement dans la mise en œuvre du parcours « PAERPA », assurer la gradation des plateaux techniques, inscrire l'établissement dans la mise en œuvre du parcours « personnes en situation de handicap, améliorer la qualité et la sécurité des soins, aller vers un système d'information cohérent et performant, inscrire l'établissement dans la mise en œuvre d'actions de prévention et de promotion de la santé.

Maritime une convention tripartite qui a été signée le 20 avril 2012, pour une durée de cinq ans à compter du 1^{er} janvier 2011, soit jusqu'au 31 décembre 2015.

Alors que la convention prévoyait l'obligation pour l'établissement de produire chaque année un rapport de suivi et d'évaluation des actions engagées selon les objectifs fixés ainsi que les résultats des enquêtes de satisfaction à annexer au compte financier, le suivi de l'exécution du contrat s'est limité à la transmission, par l'établissement, de fiches bilan mises à jour chaque année à l'autorité de tutelle.

Si depuis mai 2019, des négociations ont été engagées avec l'ARS et le département afin de conclure un CPOM médico-social, ces démarches n'avaient toujours pas abouti au 30 juin 2021 en raison notamment du contexte sanitaire mais également des conséquences financières attachées au contrat.

Le projet de CPOM repose en effet sur une nouvelle « coupe PATHOS »¹⁸ entraînant une diminution des recettes sur la section « soins » d'environ 600 000 € par an par rapport au niveau constaté en 2019 (cf. partie financière), soit l'équivalent de 14,43 ETP d'aide-soignant, en raison d'une importante diminution du PATHOS moyen pondéré (PMP)¹⁹ de la structure, qui passe de 340 (niveau retenu dans la précédente convention tripartite) à 249, soit un niveau plus proche de la réalité (la moyenne nationale s'élève, en 2019, à 210 et celle du département de la Seine-Maritime à 220).

Selon l'établissement, le niveau particulièrement élevé du PMP s'explique par une erreur de calcul lors de la réalisation de la précédente « coupe PATHOS », réalisée en 2010, un tel niveau étant quasiment impossible à atteindre en EHPAD²⁰.

La chambre note toutefois que l'établissement n'a pas jugé utile de faire procéder à une nouvelle coupe durant l'exécution de la convention tripartite, comme le permettait la réglementation.

Sur ce point, le CH a précisé que les difficultés de recrutements médicaux rencontrées par l'établissement, tant sur le secteur sanitaire que médico-social, avec des vacances de postes médicaux (dix-huit mois pour le médecin coordonnateur de l'EHPAD, huit mois pour le service de SSR) n'avaient pas permis à l'établissement d'évaluer le besoin de réaliser une nouvelle coupe et que l'ARS Normandie n'avait pas non plus enjoint à l'établissement d'y procéder.

La chambre rappelle toutefois qu'en application de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (article 58), les établissements refusant de signer ou de renouveler leur CPOM sont susceptibles de se voir infliger une minoration du forfait global de soins d'un montant dont le niveau maximum peut être porté à 10 % du forfait par an.

c - Le projet d'établissement

Le CH d'Yvetot n'était régi par aucun projet d'établissement sur la période sous revue, le dernier validé par les instances datant de 2007 (période 2007-2011).

¹⁸ PATHOS est un outil élaboré pour évaluer les niveaux de soins nécessaires. Il évalue, à partir des situations cliniques observées, les soins médico-techniques requis pour assumer la prise en charge de toutes les pathologies d'une population de personnes âgées, en établissement ou à domicile. Il permet de réaliser une « coupe transversale », donnant la « photographie » d'une population à un moment donné.

¹⁹ Le PATHOS moyen pondéré est un indicateur synthétique qui est pris en compte dans le calcul du forfait soins. Le niveau du forfait global de soins alloué aux EHPAD est en effet calculé selon la formule suivante : niveau forfait global de soins = nombre de points GMPS [GMP + (2.59 x PMP)] x capacité x valeur du point.

²⁰ Selon les éléments communiqués par le département, le PMP moyen national était de 180 contre 340 pour l'établissement.

La chambre rappelle qu'en vertu de l'article L. 6143-2 du code de la santé publique, les établissements publics de santé doivent élaborer un projet d'établissement compatible avec les objectifs du schéma régional de santé définissant la politique générale de l'établissement pour une durée maximale de cinq ans.

Ce document doit notamment comporter un projet de prise en charge des patients en cohérence avec le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, un projet psychologique un projet social, ainsi qu'un projet de gouvernance et de management. Il doit également comprendre, en application de l'article 34 de la loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification, un volet « éco-responsable » qui définit des objectifs et une trajectoire afin de réduire le bilan carbone de l'établissement.

L'établissement ne disposait pas non plus d'un projet d'établissement ou de service spécifique à l'EHPAD couvrant la période sous revue.

En vertu de l'article L. 311-8 du code de l'action sociale et des familles, les établissements médico-sociaux doivent élaborer un projet d'établissement ou de service qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement pour une durée maximale de cinq ans après consultation du conseil de la vie sociale.

Il appartient par conséquent à l'établissement de se doter dès que possible d'un nouveau projet couvrant à la fois les activités sanitaires et les activités médico-sociales.

Sur ce point, le CH a indiqué qu'un nouveau projet d'établissement portant sur la période 2021-2026 était en cours d'élaboration, avec comme objectif une validation finale aux instances de décembre 2021, et qu'à cette fin un comité de pilotage et plusieurs groupes de travail avaient été constitués.

D - Les activités et la patientèle²¹

1 - Le service de médecine

Le CH d'Yvetot bénéficie d'une autorisation d'activité de soins de médecine sous forme d'hospitalisation complète de 15 lits²², qui a été renouvelée le 3 août 2015 avec effet jusqu'au 3 août 2020.

En raison de la crise sanitaire liée au Covid 19, l'ARS Normandie a accordé un renouvellement tacite de l'autorisation, sans dépôt de dossier, qui prendra effet à compter du 4 août 2021 pour une durée de sept ans, soit jusqu'au 3 août 2028.

Selon les éléments transmis par l'établissement, le service de médecine dispose depuis 2014 de 11 chambres à un lit et de 2 chambres à deux lits.

Après avoir connu un pic en 2016 (412), le nombre de séjours en médecine diminue de manière continue pour atteindre 359 en 2019 (- 12,86 %). Le nombre de journées affiche une évolution globale favorable de + 6,80 % sur la même période.

La part de marché globale en médecine sur la zone d'attractivité du CH d'Yvetot représente entre 2,9 et 3,2 % sur les trois dernières années.

²¹ Cf annexes n° 1 et 2.

²² Le nombre de lits de médecine n'a pas évolué sur la période contrôlée.

Après être descendu à 77,4 % en 2016, le taux d'occupation en médecine, hors ambulatoire, atteint 89,4 % en 2019, soit un niveau supérieur au décile le plus favorable des établissements de même catégorie (88,6 %), comme des établissements de même typologie (88,1 %). Il demeure néanmoins inférieur à l'objectif cible de 95 % fixé par la direction générale de l'offre de soins.

Selon l'établissement, le taux d'occupation a pâti du manque de médecins entre février 2015 et septembre 2016 (18 mois), mais a été en progression constante depuis la fidélisation de l'équipe médicale.

La durée moyenne de séjour (DMS) s'élève en 2019 à 14 jours selon le rapport d'activité, soit un niveau élevé par rapport à la DMS observée dans les autres établissements publics (6 jours en 2019 selon la DREES²³). Selon l'établissement, cet écart s'explique par l'âge moyen des patients accueillis au sein du service (82,1 ans en 2019) malgré le caractère polyvalent de celui-ci.

L'indice de performance de la durée moyenne de séjour (IP-DMS)²⁴ est toutefois dégradé depuis plusieurs années. En 2019, il s'élevait à 1,42, soit un niveau supérieur au décile le plus défavorable des établissements de même catégorie (1,314) comme des établissements de même typologie (1,414).

Les patients accueillis dans le service de médecine proviennent quasi exclusivement du département de la Seine-Maritime, avec une forte proportion d'habitants du canton d'Yvetot et, dans une moindre mesure, de l'agglomération de Rouen.

2 - Le service de soins de suite et de réadaptation (SSR) polyvalents

Le CH d'Yvetot dispose également d'une autorisation d'exercer l'activité de SSR non spécialisés adulte en hospitalisation complète, encore appelée SSR « *polyvalents* », de 25 lits²⁵, qui a été renouvelée le 5 juin 2019 pour une durée de sept ans, conformément à l'article R. 6122-37 du code de la santé publique.

Selon les éléments transmis par l'établissement, le service de SSR polyvalent dispose depuis novembre 2014 de 21 chambres à un lit et de 2 chambres à deux lits. Depuis l'augmentation du capacitaire, le nombre de séjours a progressé de + 65,9 % pour atteindre 302 fin 2019. En revanche, le nombre de journées réalisées baisse continuellement depuis 2016 (- 4 %), passant de 7 089 à 6 802 en 2019.

Par ailleurs, si la DMS, qui s'élevait en 2019 à 25,1 jours, apparaît particulièrement favorable comparée à la DMS observée dans les autres établissements publics (34,3 jours en 2019 selon la DREES), en revanche le taux d'occupation du service pose question. En effet, après avoir atteint 77,59 % en 2017, le taux d'occupation du service de SSR se dégrade pour atteindre 74,54 % en 2019, soit un niveau bien en deçà de l'objectif cible fixé par la direction générale de l'offre de soins à 98 % comme du taux d'occupation moyen des SSR publics en 2019 (85,8 % selon la DREES), révélateur, selon la chambre, d'un surdimensionnement du service. Sur ce point, la direction a indiqué qu'un projet de transformation de plusieurs lits de SSR en hôpitaux de jour (HDJ) était à l'étude.

Comme pour le service de médecine, les patients accueillis dans le service de SSR proviennent quasi exclusivement du département de la Seine-Maritime, avec une forte

²³ DREES, panorama de santé 2021, p. 72

²⁴ Calculé en rapportant le nombre de journées réalisées au nombre de journées théoriques, l'IP-DMS est un indicateur qui synthétise la « sur » ou la « sous » performance de l'organisation médicale de l'établissement en médecine (hors ambulatoire). Il doit être le plus proche de 1 ou en deçà de 1. Le nombre de journées théoriques est quant à lui calculé en faisant la somme, sur l'ensemble des GHM de l'établissement, du nombre de séjours par la DMS nationale du GHM.

²⁵ Le nombre de lits est passé de 11 à 25 au 1^{er} novembre 2014.

proportion d'habitants du canton d'Yvetot et, dans une moindre mesure, de l'agglomération de Rouen.

Malgré le caractère polyvalent du service de SSR, l'âge moyen des patients accueillis oscille entre 77,6 ans (2018) et 81,4 ans (2014).

3 - L'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD)

Le CH d'Yvetot dispose d'une autorisation de gestion d'un EHPAD de 212 lits et places, qui a été renouvelée le 3 janvier 2017 pour une durée de quinze ans.

Depuis mars 2014, l'établissement dispose également d'un pôle d'activités et de soins adaptés (PASA)²⁶ qui peut accueillir jusqu'à 14 résidents par jour en fonction des besoins.

Selon les éléments transmis par l'établissement, l'EHPAD comprend 202 chambres dont 182 chambres à un lit et 10 chambres à deux lits.

Le nombre de journées réalisées tous secteurs confondus est resté stable sur la période sous revue (73 191 journées en moyenne) grâce à l'augmentation du nombre de journées en accueil de jour (+ 393 %) et, dans une moindre mesure, en hébergement temporaire (+ 3,45 %), qui viennent compenser la baisse d'activité observée sur l'hébergement permanent (- 1,54 %).

À l'exception de l'accueil de jour, qui connaît néanmoins une évolution favorable depuis 2016, les taux d'occupation de l'EHPAD sont satisfaisants, se situant à des niveaux comparables voire supérieurs aux niveaux constatés dans les autres EHPAD publics.

Le taux d'occupation de l'hébergement permanent, qui oscille entre 96,9% (2018) et 99,02 % (2015), ne reflète toutefois pas la réalité marquée par une importante disparité entre les chambres du pavillon Pépin, construites en 2012 et équipées de salles de bains privatives, de rails plafonniers et de prises oxygène, et celles du pavillon Bigot qui, malgré les travaux de rénovation de 2014, proposent des conditions d'accueil non optimales (espace réduit, salles de bains partagées entre deux, voire trois résidents, absence de plafonniers).

Afin de moderniser les chambres du pavillon Bigot, la direction a proposé à l'ARS un projet de restructuration du bâtiment dont la réalisation est compromise en raison de la situation financière de l'établissement (cf. partie IV).

La part des résidents relevant des GIR 1 et 2²⁷ est importante, oscillant entre 55,8 (2016) et 67,19 % (2018) selon les années. Il en résulte un niveau moyen du « *groupe iso-ressources moyen pondéré en soins* »²⁸ (GMPS) relativement élevé comparé à la moyenne des établissements du département.

²⁶ Les PASA constituent des lieux de vie au sein desquels sont organisées, durant la journée, des activités sociales et thérapeutiques pour les résidents de l'EHPAD ayant des troubles du comportement modérés consécutifs particulièrement à une maladie neurodégénérative associée à un syndrome démentiel, qui altèrent néanmoins la qualité de vie de la personne et des autres résidents.

²⁷ La grille nationale AGGIR permet de mesurer le degré de perte d'autonomie des résidents. Les degrés de perte d'autonomie sont classés en six groupes iso-ressources (GIR) qui correspondent chacun à un niveau de besoins d'aides pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne. Les GIR 1 et 2 correspondent aux niveaux de perte d'autonomie les plus forts.

²⁸ Le « *groupe iso-ressources moyen pondéré en soins* » est un indicateur synthétique qui rend compte du niveau de dépendance moyen des résidents de l'établissement.

Tableau n° 1 : Groupe iso-ressources moyen pondéré en soins

En points	2015	2016	2017	2018	2019	Variation
CH d'Yvetot	710,7	703,1	719,5	773,1	744,9	4,81 %
Seine-Maritime	709	710	716	717	723	1,97 %
Écart	1,7	- 6,9	3,5	56,1	21,9	

Source : données du département

Enfin, après avoir continuellement augmenté entre 2014 et 2017, l'âge moyen des résidents a atteint 84,55 ans en 2019.

III - L'INFORMATION BUDGETAIRE ET LA FIABILITE DES COMPTES

A - L'information budgétaire

1 - Les comptes financiers et l'affectation des résultats

Le résultat excédentaire de l'exercice 2014 de la section hébergement a été affecté à la section dépendance, en contradiction avec les règles prévues par l'instruction budgétaire et comptable M21²⁹. Selon l'établissement, cette affectation irrégulière entre sections a été validée à titre exceptionnel en conseil de surveillance, avec l'aval du département de la Seine-Maritime et de l'ARS Normandie.

Par ailleurs, alors que l'article R. 6145-44 du code de la santé publique dispose que le compte financier doit être transmis au conseil de surveillance au plus tard le 31 mai de l'exercice suivant en vue de son approbation, accompagné d'un rapport commun rédigé par le directeur et le comptable portant à la fois sur les comptes annuels et les éléments d'exécution du compte financier, ce rapport n'a jamais été produit. Le centre hospitalier n'a pu fournir que trois rapports intitulés « *rapport financier* », relativement sommaires, élaborés par le comptable pour les exercices 2014, 2015 et 2016.

Plusieurs états rattachés aux comptes financiers ne sont pas systématiquement complétés³⁰. Des écarts ont également été relevés entre les effectifs du tableau prévisionnel des emplois rémunérés (TPER) et les états AL3 (tableau synthétique des effectifs) des comptes financiers.

La chambre demande donc au CH d'Yvetot de se conformer aux prescriptions de l'article R. 6145-44 du code de la santé publique concernant la production d'un rapport commun ordonnateur-comptable à l'appui du compte financier et de remplir de manière exhaustive les différents états précités en veillant à la sincérité des données présentées.

2 - Le rapport annuel sur l'activité de l'établissement

Si le rapport annuel sur l'activité de l'établissement du directeur a bien été présenté chaque année au conseil de surveillance conformément à l'article L. 6143-1 du code de la

²⁹ Selon la M21, le résultat excédentaire des comptes de résultats annexes relatifs aux EHPAD et USLD ayant signé des conventions pluriannuelles doit être affecté par section tarifaire (hébergement, dépendance et soins).

³⁰ Sont notamment concernés les états : PF2 (faits caractéristiques de l'exercice), PF3 (circonstances qui empêchent de comparer d'un exercice sur l'autre certains postes), CR1 (éléments significatifs explicitant les comptes), A14 (événements postérieurs à la clôture significatifs), A15 (information sur les aspects environnementaux), IC1 (tableau des provisions réglementées, des provisions pour risques et charges et des dépréciations) et IC2 (méthodes utilisées pour le calcul des amortissements des immobilisations entrées dans le patrimoine au cours de l'exercice).

santé publique, la chambre constate des divergences parfois significatives entre l'analyse des données d'activité et le rapport du médecin DIM.

Selon la direction, ces écarts s'expliquent par le fait que les données de l'établissement proviennent de l'outil CPAGE, alors que celles du médecin DIM sont tirées du PMSI, lequel ne prend pas en compte les journées issues des séjours non terminés et non valorisés (encore appelés « séjours à cheval »), contrairement à l'outil utilisé par le CH, qui fonctionne en nombre de jours de présence (notion de « *lits non vides* »).

Il reste que les données d'activités présentées dans les rapports du CH d'Yvetot amalgament parfois les données issues du PMSI et les données issues de l'outil CPAGE³¹, ce qui nuit à la lisibilité des informations communiquées.

Par ailleurs, la présentation du rapport a évolué à partir de 2017, conduisant à la suppression d'un certain nombre d'informations pourtant essentielles telles que le bilan de la permanence des soins ou encore la vie des instances (depuis 2018).

La chambre invite par conséquent l'établissement à revoir la maquette de ses prochains rapports annuels sur l'activité en se fondant uniquement sur les données issues du PMSI.

B - La fiabilité des comptes

1 - La vérification de quelques opérations comptables

a - Les écritures de flux entre le budget principal et les budgets annexes

Alors que la nomenclature M21 dispose que les écritures de flux entre le compte 7087 « remboursement des frais par les CRPA » du budget principal et les comptes 6286 « participation aux charges communes », doivent être équilibrées, ce dernier n'a jamais été mouvementé sur la période sous revue.

Plus fondamentalement, la chambre n'a pu s'assurer de l'exhaustivité des remboursements, par les budgets annexes, des charges supportées initialement par le budget principal.

En effet, si un tableau de détermination des clés de répartition entre le budget principal et le budget EHPAD réalisé à la demande des tutelles dans le cadre de la convention tripartite de 2012 précitée a bien été produit par l'établissement, il n'a pas été possible de contrôler l'exactitude des montants concernés faute d'élaboration d'un bilan de l'ensemble des flux entre le budget principal et les budgets annexes.

Il est par conséquent demandé à l'établissement de comptabiliser de manière exhaustive les charges à rembourser au budget principal aux comptes prévus à cet effet (en particulier le c/6286) et de s'assurer de leur concordance.

b - Les écritures liées aux comptes transitoires

Conformément à l'instruction budgétaire et comptable M21, les opérations qui ne peuvent être imputées de façon certaine ou définitive à un compte déterminé au moment où elles doivent être enregistrées, ou qui exigent une information complémentaire ou des formalités particulières, doivent être inscrites provisoirement au compte 47 (c/471 pour les recettes et c/472 pour les dépenses).

³¹ Voir par exemple le rapport d'activité 2019 p. 3 pour les données du service de médecine et p. 9 pour les données du service de SSR.

Toutefois, alors que la même instruction indique que le compte 47 doit faire l'objet d'un apurement dès que possible, la chambre a constaté que des montants parfois significatifs avaient été inscrits au c/471, représentant jusqu'à 439 521 € en 2016, soit 2,65 % du total des produits de gestion de l'établissement.

La chambre recommande par conséquent à l'établissement de solder l'ensemble des sous-comptes du compte 47 au cours de l'exercice afin de ne pas affecter la sincérité des données comptables.

2 - Les provisions

Les provisions, qui s'élevaient fin 2019 à 1,34 M€, appellent les remarques suivantes :

a - Les provisions pour charges de personnel liées à la mise en œuvre du CET (c/153)

Alors que depuis 2012, les établissements publics de santé ont l'obligation de comptabiliser un passif pour chaque jour épargné par le titulaire du CET³², l'établissement n'a pas provisionné la totalité des jours inscrits sur les CET pour l'ensemble des agents.

De plus, une erreur d'imputation a été constatée au cours de l'exercice 2016, l'établissement ayant opéré une reprise de provision de 10 547 € correspondant au paiement d'un CET à un professionnel médical sur le c/158 au lieu du c/1531.

Le tableau ci-après présente le montant de la valorisation des jours de CET des professionnels du CH d'Yvetot au 31 décembre 2019 tel qu'il devrait figurer dans le compte de provision.

**Tableau n° 2 : Valorisation des jours de CET
2019**

Catégorie	Nombre de jours	Taux de rémunération	Valorisation (en €)
PM	210	300	63 000
PNM	3 151		229 445
dont A	332	125	41 500
dont B	314	80	25 120
dont C	2 505	65	162 825
Total	3 361		292 445

Source : CRC d'après données du CH

Au 31 décembre 2019, la provision constituée par l'établissement au titre des CET était ainsi sous-évaluée de 273 113 € et le taux de couverture ressortait à 6,61 % seulement.

Selon la directrice du CH d'Yvetot, le provisionnement des CET a été réalisé en lien avec les moyens de l'établissement et dans un souci de ne pas aggraver les déficits.

La chambre rappelle que les comptes financiers doivent s'appuyer sur des écritures comptables fiables, intelligibles et pertinentes visant à refléter une image fidèle du patrimoine et de la situation financière, et demande à l'établissement de mettre en

³² Cf. article 11-1 du décret n° 2002-788 du 3 mai 2002 relatif au compte épargne-temps dans la fonction publique hospitalière modifié par le décret n° 2012-1366 du 6 décembre 2012.

concordance le montant des provisionnements avec la valorisation des jours CET épargnés par les agents.

Elle attire également l'attention du CH sur le fait que l'arrêté du 29 juillet 2020, pris en application de la mesure n° 11 de l'accord relatif aux carrières et rémunérations des personnels non médicaux issue du « *Séjour de la santé* », a procédé à une revalorisation de 10 € des montants d'indemnisation des jours épargnés sur le CET.

b - Les autres provisions

Malgré l'existence de plusieurs contentieux entre 2015 et 2019, notamment en matière de ressources humaines, le CH n'a pas constitué de provisions pour litiges (c/1511).

La chambre rappelle que ces provisions, qui ont vocation à couvrir aussi bien d'éventuels paiements de dommages et intérêts que les frais de justice, doivent être constituées dès la naissance d'un risque, avant tout jugement, et être maintenues avec ajustements possibles tant que le jugement n'est pas devenu définitif.

Le c/158 « Autres provisions pour charges », dont le solde est passé de 1,24 M€ en 2014 à 1,3 M€ en 2019, contient des provisions de nature très diverse qui ne correspondent pas aux cas prévus par l'instruction budgétaire et comptable M21³³.

Enfin, alors qu'en application de l'instruction budgétaire et comptable M21, les créances contentieuses doivent être intégralement provisionnées, la dépréciation constituée par le CH depuis 2016 (c/491) afin de couvrir le montant des créances dont le recouvrement est compromis (c/416) était insuffisante sur toute la période sous revue :

Tableau n° 3 : Dépréciation des comptes de redevables

En €	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Total c/491	0	20 000	19 771	18 946	12 132	12 132
Total c/416	14 290	64 112	65 147	63 243	63 063	64 789
Écarts	- 14 290	- 44 112	- 45 376	- 44 297	- 50 931	- 52 657

Sources : comptes financiers

La chambre demande par conséquent à l'établissement de mettre sa pratique du provisionnement en conformité avec la réglementation en vigueur.

3 - Le suivi du patrimoine et des amortissements

a - Le suivi du patrimoine

La responsabilité du suivi du patrimoine, qui incombe de manière conjointe à l'ordonnateur et au comptable public, implique plus spécifiquement, pour l'ordonnateur : la tenue d'un inventaire physique³⁴ et d'un inventaire comptable³⁵ ; pour le comptable : la tenue de l'état de l'actif immobilisé³⁶.

³³ Selon l'instruction budgétaire et comptable M21, les cas pouvant donner lieu à une provision au c/158 sont les suivants : remise en état d'un site, désamiantage, élimination des déchets issus des équipements électriques et électroniques, droit individuel à la formation, allocation d'aide au retour à l'emploi, indemnité de précarité, paiement rétroactif des cotisations CNRACL après validation de services, restructuration, frais de démolition d'un immeuble.

³⁴ L'inventaire physique constitue un registre justifiant la réalité physique des biens permettant de connaître précisément l'état des immobilisations. Il est alimenté par chaque service gestionnaire au moment de l'entrée du bien dans le patrimoine immobilier. Il contient des informations complémentaires à celles figurant dans l'inventaire comptable (surface des biens, date d'acquisition, état de vétusté, service détenteur, prix d'achat, coût d'entretien annuel, etc.).

³⁵ L'inventaire comptable permet de connaître l'état des immobilisations sur le plan financier, y compris l'amortissement, et constitue à ce titre une aide pour la gestion du patrimoine.

³⁶ Établi à partir du fichier des immobilisations, l'état de l'actif fait apparaître de manière globalisée ou détaillée selon le cas la valeur brute des immobilisations, le montant des amortissements constatés et la valeur nette comptable des immobilisations.

Si les états de l'actif du comptable ont bien été produits à l'appui des comptes financiers, des écarts apparaissent entre le solde des comptes d'immobilisations figurant au bilan et le montant total des subdivisions correspondantes (10 000 € en 2017 et 2 400 € en 2019).

Par ailleurs, l'établissement ne dispose pas d'un inventaire physique de ses biens meubles et immeubles.

Sur ce point, la direction a indiqué que des démarches d'acquisition d'un progiciel étaient en cours, mais que les difficultés liées au défaut d'interopérabilité du logiciel de gestion économique et financière utilisé, la solution CPAGE, le fait que cet outil soit celui retenu dans le cadre du GHT « *Rouen-Cœur de Seine* » afin de réaliser les achats mutualisés, et le coût important de son éventuel remplacement, constituaient autant de facteurs de blocage nécessitant de trouver d'autres solutions.

La chambre en prend note et invite l'établissement à poursuivre le travail entrepris.

b - Les amortissements

Conformément à l'instruction budgétaire et comptable M21, l'établissement a arrêté, en décembre 2015, un plan d'amortissement fixant la durée ainsi que la méthode de calcul retenue pour chaque immobilisation.

Toutefois, si les durées prévues sont conformes aux durées recommandées par l'instruction M21 à l'exception notable des bâtiments, celles-ci ne semblent plus correspondre aux durées d'amortissement actuellement appliquées.

En réponse aux observations provisoires de la chambre, l'établissement a produit un nouveau plan d'amortissement prévoyant des durées conformes à celles recommandées par l'instruction budgétaire et comptable à l'exception, une nouvelle fois, des bâtiments (20 à 40 ans contre les 20 à 30 ans préconisés) et des logiciels informatiques (2 à 5 ans contre les 2 ou 3 ans préconisés).

En outre, la chambre a constaté que certains biens particulièrement anciens n'étaient pas complètement amortis fin 2019. Par exemple, l'état de l'actif 2019 mentionne une valeur nette comptable de 2 371,53 € pour un pavillon datant de 1954 et dont la durée d'amortissement était de 33 ans.

Il est par conséquent recommandé à l'établissement de se rapprocher des services de la trésorerie afin d'engager un travail de mise en conformité de l'état de l'actif avec l'instruction comptable et budgétaire M21.

IV - LA SITUATION FINANCIÈRE

L'analyse de la situation financière conduite par la chambre a porté sur l'exécution budgétaire, la situation bilancielle, l'investissement et les perspectives.

Elle concerne à titre principal les budgets E (EHPAD) et H (principal) en raison de leur poids par rapport au budget A (dotation non affectée)³⁷.

³⁷ Respectivement 69,89 %, 29,67 % et 0,44 % du total des produits de l'établissement en 2019.

A - L'exécution budgétaire

Le CH d'Yvetot a connu quatre exercices déficitaires (2014, 2015, 2018 et 2019) sur les six sous revue, malgré la perception d'importantes recettes exceptionnelles liées aux cessions d'actifs (552 565 € dont 361 880 € en 2017 et 141 730 € en 2018) et la mise en place de la facturation des chambres individuelles depuis 2019 (216 075 €).

Cette situation s'explique essentiellement par la situation financière de l'EHPAD, qui présente un déficit cumulé de - 733 806 € depuis 2014, soit un déficit annuel moyen de 122 301 €. Dans le détail, la section « soins » a connu un déficit cumulé de 524 611 €, la section « dépendance » de 480 016 €, et la section « hébergement » un excédent de 270 821 €.

Le niveau des dépenses de personnel tous budgets confondus est passé de 10,35 M€ à 11,76 M€, soit une augmentation continue de + 13,60 % (+ 2,58 % en variation annuelle moyenne).

Malgré la situation financière de l'établissement, aucun mouvement n'a été constaté entre 2014 et 2019 sur la réserve de compensation³⁸ (61 233 €) ou sur la réserve de trésorerie³⁹ (365 476 €).

1 - Le budget EHPAD

a - Les produits

Les recettes du budget E ont diminué de 4,28 % depuis 2016, passant de 11,75 M€ à 11,25 M€ en 2019.

Les produits afférents aux soins (titre 1), qui représentent entre 39 et 42 % du total des produits de l'EHPAD selon les exercices, ont baissé de 7 % entre 2016 et 2017, en lien avec la mise en place d'un forfait global de soins fondé sur le niveau de dépendance des résidents dans le cadre de la réforme du mode de financement des EHPAD, avant de se stabiliser autour de 4,6 M€ depuis 2018.

Tableau n° 4 : Évolution du forfait global de soins

En €	2015	2016	2017	2018	2019	Variation
Hébergement permanent	4 643 172	4 681 117	4 307 636	4 390 705	4 362 175	- 6,05 %
PASA	56 820	57 104	57 686	58 090	58 607	3,15 %
Hébergement temporaire	11 524	11 582	11 700	11 782	11 887	3,15 %
Accueil de jour	109 790	135 271	161 837	112 244	163 617	49,03 %
Total	4 821 306	4 885 074	4 538 859	4 572 821	4 596 286	- 4,67 %

Source : arrêtés tarifaires ARS

Le niveau particulièrement important du forfait global de soins perçu par l'établissement s'explique par le niveau du PMP (voir II-C-2-b). La nouvelle « coupe PATHOS » validée en juin 2019 a fixé le PMP à 249, soit - 91 points par rapport à la précédente coupe, ce qui entraîne une diminution du « plafond » de la part hébergement permanent (ou

³⁸ La réserve de compensation ne concerne que certains comptes de résultat prévisionnel annexes (notamment : EHPAD, écoles et instituts de formation des professionnels paramédicaux et de sages-femmes, et GHT).

³⁹ La réserve de trésorerie est constituée de résultats excédentaires affectés à la consolidation du fonds de roulement de l'établissement.

« forfait cible ») lié au processus de convergence tarifaire⁴⁰ de 604 796 € à compter du 1^{er} janvier 2020 (de 4,28 M€ à 3,67 M€).

Si cette baisse apparaît pour le moment théorique dans la mesure où l'établissement bénéficie à la fois des effets du lissage de la convergence⁴¹ et du dispositif de « neutralisation des effets négatifs de la convergence tarifaire »⁴² mis en place en 2018, la chambre rappelle que la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 a réduit de sept à cinq ans le rythme de convergence tarifaire des forfaits soins des EHPAD. Par conséquent, la diminution des recettes consécutive à la convergence tarifaire sera pleinement effective à compter du 1^{er} janvier 2021.

Les produits afférents à la dépendance (titre 2) et les produits relatifs à l'hébergement (titre 3), qui représentent au total environ la moitié du total des produits de l'EHPAD, sont restés relativement stables depuis la mise en place du forfait global dépendance en 2017.

Au total, sur la période contrôlée, la participation financière des résidents au titre des sections « dépendance » et « hébergement » est passée de 2,88 M€ à 3,21 M€, soit une augmentation de + 11,64 %.

b - Les charges

Les dépenses de personnel (titre 1), qui représentent entre 69,2 et 77,4 % du total des charges de l'EHPAD selon les années, ont connu une augmentation particulièrement marquée depuis 2016, + 9,91 %, soit une variation annuelle moyenne de + 3,20 %.

Cette évolution, assez éloignée des objectifs fixés par la convention tripartite du 20 avril 2012 (voir V-A-2-a), s'explique :

- à titre principal, par une « explosion » des dépenses relatives aux personnels contractuels non médicaux⁴³ qui sont passées de 1,21 M€ en 2014 à 2,46 M€ en 2019, soit plus qu'un doublement en cinq ans ;
- dans une moindre mesure, par l'application de plusieurs mesures de portée nationale dont le protocole « parcours professionnel des carrières et des rémunérations » (PPCR) et la revalorisation du point d'indice.

Le sureffectif non médical, c'est-à-dire la différence entre les emplois rémunérés et les emplois autorisés au niveau budgétaire, s'élevait à + 20,675 ETP en 2019, dont 13,67 ETP pour les aides-soignants.

Selon la direction, le recours aux contractuels a eu pour objectif de faire face à l'augmentation des absences pour maladie ordinaire de longue durée observées sur la période.

Les dépenses à caractère médical (titre 2), qui représentent environ 3 % du total des charges de gestion de l'EHPAD, sont globalement maîtrisées. Elles ont baissé de - 14,68 % depuis 2017 passant de 386 774 € à 330 014 € fin 2019.

⁴⁰ Institué par la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, le dispositif de convergence tarifaire consiste à ramener les établissements dont le tarif de soins excède un plafond national prédéfini au niveau de ce dernier en réduisant l'écart, par paliers, entre les produits de la tarification reconductibles N-1 et le plafond, qui constitue une cible à atteindre.

⁴¹ Les établissements disposaient initialement d'une période de sept ans pour atteindre la dotation cible avec plusieurs paliers à atteindre. La « fraction » de la différence entre le forfait global de soins et la dotation cible était ainsi fixée à un septième en 2017, un sixième en 2018, un cinquième en 2019, un quart en 2020, un tiers en 2021, un demi en 2022 et un en 2023.

⁴² Ce mécanisme vise à doter les ARS d'une enveloppe spécifique destinée à tenir compte de la situation de certains établissements fortement affectés par la convergence tarifaire engagée en 2017 en raison du dépassement du plafond national (environ 10 % des établissements).

⁴³ Hors contrats soumis à des dispositions particulières.

De même, les dépenses à caractère hôtelier et général (titre 3), qui représentent environ 10 % du total des charges de gestion de l'EHPAD, sont restées globalement stables jusqu'en 2017, autour de 1,15 M€.

Enfin, les dépenses du titre 4 ont connu une évolution erratique. Après avoir atteint plus de 2 M€ en 2016, elles ont fortement diminué (- 45,76 %) jusqu'en 2018 en raison de la baisse observée :

- du montant des dotations aux amortissements et aux provisions (- 41,63 %), en lien notamment avec la cessation du versement par l'ARS de la subvention spécifique d'aide au financement de la construction de l'EHPAD qui était mise en provisions chaque année pour une reprise destinée à neutraliser l'impact des intérêts d'emprunt afférents à l'opération, et le « rachat » de la valeur nette comptable à la suite de plusieurs cessions de terrain en 2016 et 2017 ;
- et des intérêts réglés à échéance (- 19,85 % de 2016 à 2018 et - 57,42 % sur l'ensemble de la période contrôlée).

Elles s'élevaient fin 2019 à 1,15 M€.

2 - Le budget sanitaire (médecine et SSR)

a - Les produits

Sur la période sous revue, les recettes du budget H sont passées de 3,71 M€ en 2014 à 4,78 M€ en 2019.

Les recettes du titre 1 « produits versés par l'assurance maladie », qui représentent entre 60,14 et 66,29 % du total des recettes du budget H selon les exercices, sont passées de 2,36 M€ en 2014 à 3,06 M€ en 2017 (+ 30 %), avant de se stabiliser autour de 2,99 M€ depuis 2018.

Les recettes liées à l'activité de SSR, qui représentent entre 51,33 et 55,31 % du total des produits du titre 1 selon les années, ont évolué comme suit :

Tableau n° 5 : Évolution des financements SSR

En €	2015	2016	2017	2018	2019	2016-2017	2017-2019
Part socle	1 640 796	1 585 143	1 558 095	1 347 275	1 443 241	- 1,71 %	- 7,37 %
Part activité	/		138 017	183 937	163 120		18,19 %
Total DMA encaissée	1 640 796	1 585 143	1 696 112	1 531 213	1 606 361	7,00 %	- 5,29 %
% produits T1	54,84 %	52,22 %	55,31 %	51,33 %	53,62 %		

Source : CRC d'après comptes financiers

Si le versement de recettes liées à l'activité sous la forme d'une dotation modulée à l'activité (DMA) à la suite de l'entrée en vigueur de la réforme du financement des activités de SSR en 2017 a permis à l'établissement d'augmenter ses recettes (+ 7 %) en lien avec la progression du nombre de séjours réalisés (de 224 à 287 en 2017), on observe une atténuation de ces effets depuis 2018.

Par ailleurs, l'établissement étant labellisé « hôpital de proximité » depuis 2016, il bénéficie à ce titre d'une dotation spécifique (DHP) qui a évolué comme suit :

Tableau n° 6 : Évolution de la dotation "Hôpitaux de proximité"

En €	2016	2017	2018	2019	Variation
Total DHP attribuée	1 495 716	1 376 354	1 295 354	1 392 008	- 6,93 %
dont dotation forfaitaire annuelle garantie	1 148 300	1 129 042	1 143 664	1 073 662	- 6,50 %
dont part activité	347 416	247 312	151 690	318 346	- 8,37 %
Total DHP encaissée sur l'année	1 425 954	1 335 265	1 436 967	1 353 296	- 5,10 %
% produits du T1	60,44 %	44,63 %	47,34 %	44,13 %	

Source : CRC d'après données du CH

L'établissement bénéficie enfin, de manière ponctuelle, de dotations allouées par l'ARS au titre du fonds d'intervention régional (69 753 € sur la période sous revue).

Les recettes de titre 2 « *autres produits de l'activité hospitalière* », qui représentent entre 5,2 et 6,3 % du total des produits d'exploitation du budget H selon les exercices, ont évolué favorablement, passant de 192 810 € en 2014 à 300 076 € en 2019, soit une augmentation de + 55,63 %, grâce notamment à l'augmentation du capacitaire du service de SSR en 2014 qui a engendré des recettes supplémentaires liées au forfait journalier (de 75 420 € à 138 760 € en 2019, soit une augmentation de + 84 %) et, dans une moindre mesure, au ticket modérateur.

Les tarifs journaliers de prestations⁴⁴ (TJP) du CH d'Yvetot, fixés chaque année par arrêté du directeur général de l'ARS, n'ont pas évolué sur la période sous revue. Ils étaient en moyenne inférieurs aux tarifs moyens constatés dans les autres centres hospitaliers du département de la Seine-Maritime (cf. annexe n° 3). Il en est résulté des pertes de recettes que la chambre estime entre 20 000 et 30 000 € par an.

L'établissement a indiqué que des demandes de revalorisation avaient été transmises à l'ARS Normandie sur la base des résultats obtenus à l'aide de l'outil de calcul des TJP de l'ARS Normandie⁴⁵, sans succès à ce jour.

De son côté, l'ARS a précisé que le niveau des TJP entre établissements était hétérogène, entraînant une inégalité dans le reste à charge des patients et que si toute demande d'augmentation ne pouvait excéder le sous-objectif des établissements de santé de l'ONDAM, soit + 2,40 %, une revalorisation uniforme des TJP évaluée au minimum à + 4,42 % était prévue en 2021 afin de rétablir un équilibre entre les financeurs, tout en préservant les ressources des établissements, et d'intégrer une évolution spécifique faisant suite à la suppression du ticket modérateur des services mobiles d'urgence et de réanimation.

Enfin, les recettes de titre 3 « *autres produits* », qui représentent entre 28 et 34,6 % du total des produits d'exploitation du budget H selon les exercices, ont connu une évolution favorable entre 2014 et 2017, passant de 1,16 M€ à 1,76 M€, soit une augmentation de 51,63 %, qui s'explique essentiellement par :

- une hausse des recettes liées aux rétrocessions (de 536 312 € en 2014 à 685 496 € en 2019, soit une augmentation de + 27,8 %) ;

⁴⁴ Établis chaque année par arrêté du directeur de l'ARS, les tarifs journaliers de prestations sont obtenus, pour chaque catégorie tarifaire, en divisant les charges d'exploitation engagées par l'hôpital au cours des séjours des malades, par le nombre de journées prévisionnelles. Ils servent de base à la facturation : a) des frais d'hospitalisation au titre du ticket modérateur pour les patients assurés sociaux, intégralement pour les non assurés sociaux ou les assurés sociaux étrangers (conventions internationales) ; b) des transports secondaires par SMUR.

⁴⁵ L'outil indique pour 2019 un tarif de 328,16 € au titre de l'activité de médecine et de 202,45 € au titre de l'activité de SSR.

- la facturation des chambres particulières à compter de l'exercice 2019 (216 075 €)⁴⁶ ;
- des recettes exceptionnelles en 2016 (96 020 €), 2017 (374 741 €), et 2018 (153 393 €) liées principalement à des ventes de terrains ;
- et, dans une moindre mesure, des reprises de provisions destinées notamment à indemniser des CET et compenser des surcoûts de travaux (171 719 € entre 2015 et 2019, soit une moyenne annuelle de 34 344 €).

b - Les charges

Sur la période sous revue, les charges du budget H sont passées de 3,48 M€ à 4,71 M€ en 2016, soit une augmentation de + 35,32 %, avant de se stabiliser autour de 4,70 M€ depuis 2017.

Les charges de personnel (titre 1), qui représentent environ 60 % du total des charges du budget H, se sont stabilisées à partir de 2018 autour de 2,83 M€.

Les dépenses de rémunération des personnels non médicaux sont restées globalement stables depuis 2015, entre 1,53 et 1,58 M€, à l'exception de l'exercice 2018 (1,63 M€).

Quant aux dépenses de personnel médical, après avoir baissé entre 2016 et 2017 à la suite du départ de plusieurs médecins (- 21,09 %), passant de 307 256 € à 242 457 €, elles sont reparties à la hausse (+ 10,74 %). Il est à noter que, depuis 2017, aucune dépense d'intérim n'a été imputée sur le budget H.

Les charges à caractère médical (titre 2), qui représentent environ 24 % du total des charges du budget principal, ont progressé de + 28,11 % entre 2014 et 2017, passant de 0,97 M€ à 1,25 M€, avant de baisser en 2018 (- 9,71 %).

La progression observée s'explique notamment par l'augmentation des dépenses relatives :

- aux produits pharmaceutiques (+ 28,26 %) dont + 26,56 % pour les spécialités pharmaceutiques avec autorisations de mise sur le marché (AMM), en partie compensées par les recettes tirées des activités de rétrocession, et + 432,62 % pour les produits sanguins ;
- et aux actes de sous-traitance (+ 88,38 %) dont + 86,25 % pour les actes de laboratoire, + 75,77 % pour les actes d'imagerie, et + 274,69 % pour les consultations spécialisées.

Les charges à caractère hôtelier et général (titre 3), qui représentent environ 12 % du total des charges du budget principal, ont connu une évolution similaire aux dépenses médicales. Leur forte progression entre 2014 et 2017 (+ 54,31 %) résulte, selon la direction, de la suppression de la réduction d'un rabais de 20 % accordé par les sociétés d'ambulance et de l'application progressive de la circulaire du 27 juin 2013 relative à la diffusion du guide de prise en charge des frais de transport de patients, qui « *modifie les modalités de prise en charge des patients hospitalisés moins de 48 heures dans un autre établissement.* »

B - L'investissement

1 - Les dépenses d'investissement

Au cours de la période 2014-2019, le CH d'Yvetot a réalisé pour plus de 6 M€ de dépenses d'investissement dont 4 M€ en 2014 correspondant essentiellement aux travaux de réhabilitation du bâtiment Bigot.

⁴⁶ Le prix des chambres particulières a été fixé à 50 € par nuitée.

Malgré ces investissements, le taux de vétusté des équipements⁴⁷ s'est dégradé, passant de 60,51 % en 2014 à près de 83 % en 2019, soit un niveau proche des 20 % d'établissements de même typologie les moins performants⁴⁸.

Par ailleurs, excepté en 2014, le taux de renouvellement des immobilisations⁴⁹ reste relativement faible, oscillant entre 1,6 % (2015) et 0,6 % (2016) en raison de la situation financière dégradée de l'établissement, qui obère ses capacités d'investissement.

Selon l'établissement, la dégradation de ces indicateurs s'explique par l'inexistence d'un inventaire fiable permettant d'intégrer des immobilisations anciennes et non réformées.

2 - Le financement des investissements

Le tableau ci-après présente l'évolution du financement des investissements du CH d'Yvetot sur la période contrôlée :

Tableau n° 7 : Le financement des investissements

En €	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Ressources internes (A)	697 107	838 053	1 263 394	1 111 102	238 865	152 601
dont CAF nette	693 097,5	837 903	976 195	384 669	78 727	151 559
dont cessions d'immobilisation	4 010	150	287 199	726 433	160 138	1 042
Ressources externes (B)	0	0	0	0	0	0
dont nouveaux emprunts	0	0	0	0	0	0
dont dotations et subventions	0	0	0	0	0	0
Total (A + B)	697 107	838 053	1 263 394	1 111 102	238 865	152 601

Source : comptes financiers

De 2014 à 2019, l'établissement a financé l'intégralité de ses dépenses d'investissement sur des fonds propres, grâce notamment à plusieurs cessions d'actifs d'importance entre 2016 et 2018 (plus de 1,2 M€ de recettes) et en mobilisant sa capacité d'autofinancement (72,59 % des financements).

a - La capacité d'autofinancement (CAF)⁵⁰

Si la capacité d'autofinancement brute est restée positive sur l'ensemble de la période contrôlée, elle s'est rapidement dégradée entre 2016 et 2018, passant de 1,27 M€ à 377 322 €, avant de remonter légèrement l'année suivante pour s'établir fin 2019 à 454 620 €.

La CAF nette, c'est-à-dire déduction faite des remboursements en capital de la dette, est passée de 976 195 € en 2016 à 151 559 € en 2019.

⁴⁷ Le taux de vétusté des équipements mesure la part moyenne des équipements déjà amortis et permet de déduire l'âge moyen des équipements à la réserve près de la variation dans le temps des durées d'amortissement des équipements. Il est calculé en rapportant le total des amortissements des comptes d'actifs d'équipements aux comptes d'actifs bruts concernés.

⁴⁸ Selon les données d'Hospidiag, le taux de vétusté des équipements des établissements du 8^{ème} décile s'élève en 2018 à 88,50%.

⁴⁹ Le taux de renouvellement traduit le rythme des investissements de l'hôpital. Il est calculé en rapportant le montant des investissements réalisés au cours de l'exercice au total de l'actif immobilisé.

⁵⁰ La CAF mesure le surplus de ressources internes générées par l'établissement chaque année en vue du remboursement des dettes et des investissements.

Le taux de CAF⁵¹ a connu la même évolution, passant de 7,70 % en 2016 à 2,30 % en 2018 avant de remonter légèrement en 2019 à 2,80 %, soit un niveau relativement bas comparé aux établissements de même typologie comme de même catégorie⁵².

b - Les cessions d'actifs

Le CH a perçu 552 565 € de recettes nettes au titre des cessions d'actifs réalisées sur la période contrôlée, dont 554 718 € au titre du budget H, ce qui a permis à l'établissement d'équilibrer ses comptes.

Le résultat de l'établissement hors produits exceptionnels liés aux cessions d'actifs aurait ainsi été de - 109 895 €, contre + 251 985 € réalisés en 2017, et de - 159 225 €, contre - 17 495 € réalisés en 2018.

*
* *

La marge brute de l'établissement, qui selon l'instruction interministérielle du 4 mars 2016 relative à la procédure budgétaire des établissements de santé constitue l'indicateur central de la performance économique de ces établissements, s'est effondrée depuis 2016, passant de 1,45 M€ à 621 202 € en 2019.

Il en résulte un taux de marge brute⁵³ dégradé (4,02 % en 2019), assez éloigné du taux cible fixé par la même circulaire (8 % hors aides financières), alors que l'établissement se situait à des niveaux supérieurs aux 20 % d'établissements de même catégorie les plus performants en 2015 et 2016.

C - **La situation bilancielle**

1 - Fonds de roulement, besoin en fonds de roulement et trésorerie

Sur la période contrôlée, le fonds de roulement⁵⁴ a d'abord connu une augmentation entre 2014 et 2017, avant de se rétracter légèrement sous l'effet des déficits cumulés enregistrés par l'établissement en 2018 et 2019, année où il représentait 22 % du total des produits de gestion.

Le besoin en fonds de roulement⁵⁵, qui est resté positif sur toute la période sous revue, a connu une évolution erratique avant de se stabiliser autour de 2,3 M€ en 2018 et 2019.

Il en est résulté une trésorerie nette positive sur la période contrôlée relativement confortable (+ 1,58 M€ en moyenne) mais en nette baisse depuis 2017 (- 52,57 %).

Si la trésorerie au 31 décembre ne constitue qu'une photographie à un moment donné, la moyenne annuelle du compte au trésor ne laisse pas apparaître de tension particulière, le CH n'ayant pas eu recours à des tirages de lignes de trésorerie sur la période contrôlée.

⁵¹ Le taux de CAF correspond à la CAF rapportée aux produits de gestion de l'établissement.

⁵² Selon Hospidag, le taux de CAF des établissements appartenant au 8ème décile de même catégorie se situait en 2018 à 6,4 % et à 7,8 % pour les établissements de même typologie.

⁵³ Le taux de marge brute mesure la marge que l'établissement dégage sur son exploitation « courante » pour financer ses charges financières, d'amortissements et de provisions, c'est-à-dire ses investissements.

⁵⁴ Le fonds de roulement correspond aux excédents dégagés par l'établissement. Il est égal à la somme du fonds de roulement d'exploitation (FRE) et du fonds de roulement d'investissement (FRI), c'est à dire à la différence entre les investissements stables et les biens stables. Il a vocation à financer le besoin en fonds de roulement (BFR).

⁵⁵ Le besoin en fonds de roulement représente le financement nécessaire à l'établissement pour son activité. Il est égal à la différence entre l'actif circulant (stocks et créances) et le passif circulant (dettes fournisseurs, dettes fiscales et sociales et avances reçues).

2 - L'endettement

L'endettement du CH, tous budgets confondus, a diminué de - 11,3 % depuis 2014, passant de 13,08 M€ à 11,61 M€.

Le CH verse néanmoins près de 300 000 € par an au titre des annuités en capital de la dette, soit un montant particulièrement élevé au regard de la situation financière dégradée de l'établissement.

Ces dettes ne présentent pas de risque particulier.

Enfin, à l'exception de l'exercice 2016 qui affiche une durée apparente de la dette de 9,86 ans en lien avec le montant élevé de CAF, deux des trois ratios d'alerte liés à la dette prévus à l'article D. 6145-70 du code de la santé publique⁵⁶ ont été dépassés sur l'ensemble de la période sous revue.

En conséquence, tout nouvel emprunt devra faire l'objet d'une autorisation préalable du directeur général de l'ARS.

D - Les perspectives financières

La situation financière dégradée de l'établissement a conduit l'ARS à refuser d'approuver le plan global de financement pluriannuel (PGFP) 2019-2023 et à engager une démarche de retour à l'équilibre, conformément aux dispositions de l'article L. 6143-3 du code de la santé publique en lien avec la signature du futur CPOM médico-social.

Début 2021, les principales pistes de l'établissement étaient les suivantes :

- en dépenses :

- la réduction ou le gel de postes de personnels médicaux comme non médicaux sur la base d'un travail collégial entre la direction, l'encadrement, les partenaires sociaux et les équipes (- 76 408 € en moyenne par an sur quatre ans) ;
- la réduction des achats d'équipement courant (- 100 00 € par an) ;
- des économies non précisées sur le titre 2 (- 15 000 €) et le titre 3 (- 30 000 €) ;
- la réalisation de travaux de restructuration en interne de plusieurs services du bâtiment Bigot et des unités protégées afin d'optimiser le déploiement du personnel (non chiffré) ;

- en recettes :

- la labellisation d'une unité protégée en une « unité d'hébergement renforcé »⁵⁷ (+ 240 000 € par an⁵⁸).

S'agissant des effectifs, la direction a précisé que :

- l'abandon de la sectorisation des unités de vie avait été définitivement entériné en novembre 2020 afin de pouvoir rééquilibrer les effectifs à l'identique sur chaque unité d'hébergement.

⁵⁶ L'article D. 6145-70 du code de la santé publique prévoit que le recours à l'emprunt par les établissements publics de santé est subordonné à l'autorisation préalable du directeur général de l'ARS lorsque deux des trois caractéristiques suivantes sont réunies : le ratio d'indépendance financière excède 50 % ; la durée apparente de la dette excède 10 ans ; l'encours de la dette, rapporté au total des produits toutes activités confondues, est supérieur à 30 %.

⁵⁷ Selon l'article D. 312-155-0-2 du code de l'action sociale et des familles, les unités d'hébergement renforcé accueillent des résidents souffrant de symptômes psycho-comportementaux sévères consécutifs d'une maladie neuro-dégénérative associée à un syndrome démentiel, qui altèrent la sécurité et la qualité de vie de la personne et des autres résidents. Elles proposent sur un même lieu l'hébergement, les soins, les activités sociales et thérapeutiques individuelles ou collectives qui concourent au maintien ou à la réhabilitation des capacités fonctionnelles et des fonctions cognitives, à la mobilisation des fonctions sensorielles ainsi qu'au maintien du lien social des résidents.

⁵⁸ Ce montant ne tient toutefois pas compte des recrutements nécessaires notamment en assistants de soins en gérontologie pour obtenir la labellisation UHR. Ce dossier avait déjà été présenté par l'établissement en 2013.

- les équipes de nuit seraient fusionnées en une seule équipe à compter du 1^{er} avril 2021 afin de permettre une surveillance continue et uniforme des résidents ;

- les contrats à durée déterminée avaient été prolongés jusqu'au 31 mars 2021, et qu'en fonction des effectifs nécessaires aux nouvelles organisations, certains *contrats ne seraient pas renouvelés à compter du 1^{er} avril 2021, et qu'en cas de besoin, il serait mis fin à des contrats à durée indéterminée - pour suppressions de postes - jusqu'à atteindre les effectifs ciblés par les nouvelles organisations mises en œuvre dans le cadre du plan de retour à l'équilibre.*

De plus, l'établissement étant « *auto-assureur* » au titre de l'assurance chômage depuis octobre 2015, la direction estime que la cessation anticipée des contrats conduira au versement d'allocations chômage d'aide au retour à l'emploi (ARE) pendant plusieurs mois aux agents concernés, constituant ainsi une charge non négligeable pour l'hôpital sans contrepartie professionnelle.

Les conséquences de la crise sanitaire en 2020

La crise sanitaire a eu d'importantes conséquences sur l'organisation et les finances de l'établissement.

Sur le plan organisationnel :

Une cellule de crise réunissant des professionnels médicaux et non médicaux s'est réunie presque quotidiennement entre les mois de mars et d'octobre 2020.

Un important travail de communication auprès des familles et des personnels a été réalisé afin de relayer les décisions prises par la cellule ainsi que les recommandations du ministère de la santé et des solidarités.

Une « unité Covid 19 » de 7 lits destinée à accueillir des patients/résidents suspectés d'infection a été mise en place dans les locaux du PASA entre mars et avril 2020, ce qui a nécessité du renfort en termes de personnel et de matériel.

Certaines équipes médicales et soignantes ont également été redéployées, et les professionnels fragiles ainsi que les équipes administratives ont été incités à télétravailler.

Enfin, la plupart des instances et réunions institutionnelles ont été reportées à septembre 2020.

Sur le plan financier :

Cette nouvelle organisation s'est traduite par un surcoût estimé par l'établissement au 31 octobre 2020 à 97 292 €, répartis comme suit :

- 39 902 € de dépenses de personnel correspondant au renfort d'un médecin intérimaire (25 679 €) et à la mise à disposition de personnels de la clinique Hemera (14 223 €) ;
- 23 499 € de dispositifs médicaux et équipements de protection individuelle dont 16 914 € en lien avec la pénurie et l'augmentation du coût des gants d'examen ;
- 18 121 € de dépenses logistiques, dont 4 306 € correspondant à la mise en place du réseau de prises d'oxygène dans l'unité Covid créée au mois de mars 2020. ;
- 9 864 € de matériels de soins ;
- 5 905 € de produits d'entretien.

L'hôpital a également perçu 319 992 € de financements dont notamment :

- 238 500 € correspondant au paiement de la prime exceptionnelle versée aux agents des établissements publics de santé instituée par le décret n° 2020-568 du 14 mai 2020 ;
- 39 526 € au titre de la garantie de financement de la dotation globale ;
- 29 463 € au titre de la compensation des pertes de recettes d'hébergement ;

Enfin le CH d'Yvetot a prévu d'investir entre 7 000 et 10 000 € dans du matériel informatique afin de développer le télétravail et d'adhérer au marché national « Re-Uni »⁵⁹, dont l'objectif est d'accroître la sécurisation des approvisionnements.

V - LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

En matière de gestion des ressources humaines, le contrôle de la chambre a porté sur les effectifs, l'organisation du temps de travail, l'absentéisme et le régime indemnitaire.

A - Les effectifs⁶⁰

Fin 2019, le CH d'Yvetot comptait 265,98 équivalents temps plein rémunérés (ETPR), dont 6,16 personnels médicaux et 259,82 personnels non médicaux.

1 - L'évolution des effectifs tous budgets confondus

a - Les effectifs du personnel médical

Le personnel médical est passé de 5,35 ETPR en 2014 à 6,16 ETPR en 2019, soit une augmentation de + 15,14 %.

L'établissement emploie majoritairement des praticiens contractuels, qui représentaient en 2019 65 % du total des effectifs médicaux.

Leur nombre a presque doublé entre 2015 et 2017 avec le recrutement de trois praticiens en janvier 2015 (service de médecine), décembre 2015 (service de SSR) et août 2016 (EHPAD), avant de se stabiliser autour de 4 ETP.

Les praticiens attachés et associés représentent environ 20 % des ETPR médicaux.

Le CH d'Yvetot emploie également un praticien universitaire à temps partiel (0,6 ETP) assurant les fonctions de président de la CME, ainsi qu'un assistant spécialiste des hôpitaux.

b - Les effectifs du personnel non médical

Au cours de la période sous revue, le nombre d'ETPR non médicaux a progressé de + 5,13 %.

La filière soignante en particulier, qui représente plus de 70 % des effectifs non médicaux de l'établissement, est passée de 174,85 ETP en 2014 à 193,1 ETP en 2019, soit une augmentation de + 10,44 %.

⁵⁹ Re-Uni est un consortium entre Resah et UniHA ayant pour objet l'achat d'équipements de protection individuelle tels que les gants en vinyle et nitrile.

⁶⁰ Cf. annexe n° 4.

Les contractuels représentent entre 33 (2014) et 43 % (2017) du total des effectifs du personnel non médical, soit un niveau particulièrement élevé comparé tant à la moyenne des établissements de santé (environ 20 %) qu'à celle des EHPAD (31,2 %).

Enfin, la part de chacune des catégories est restée stable sur la période sous revue, autour de 13 % pour les agents de catégorie A, 9 % pour la catégorie B, et 78 % pour la catégorie C.

2 - Les effectifs de l'EHPAD

a - Un taux d'encadrement⁶¹ très élevé

Au 31 décembre 2019, l'EHPAD comptait 205,8 ETPR pour 194 résidents.

Avec 0,97 ETPR par place installée, le taux d'encadrement de l'EHPAD se situe à un niveau particulièrement élevé comparé à la moyenne des EHPAD publics (0,634 en 2018 selon la CNSA⁶²). Cette situation s'explique essentiellement par le nombre important d'aides-soignants (93,57 ETPR), conduisant à un ratio de plus de 0,44⁶³ contre 0,25 en moyenne dans les autres établissements publics.

L'évolution des effectifs depuis 2014 est ainsi très éloignée des objectifs fixés par la convention tripartite du 20 avril 2012, ainsi que l'illustre le tableau ci-après :

Tableau n° 8 : Évolution du taux d'encadrement de l'EHPAD

En ETPR	Avant renouvellement (2011)	Objectifs en fin de convention (2015)	Au 31/12/2019
Ratio global	0,86	0,88	0,97
Ratio médecin	0,02	0,02	0,01
Ratio IDE	0,08	0,08	0,09
Ratio AS	0,38	0,38	0,44 ⁶⁴
Ratio ASH	0,17	0,17	0,19

Source : CRC d'après convention tripartite et données du CH

Sur ce point, la direction a indiqué que le niveau élevé des taux d'encadrement, et plus particulièrement celui des aides-soignants, s'expliquait par une décision de l'ARS prise en 2010 autorisant le recrutement d'environ 30 postes supplémentaires afin de mettre fin au glissement de tâche des ASH et à la pratique des « *faisant-fonction d'aides-soignants* », effectifs pris en compte dans le cadre de la signature de la convention tripartite du 20 avril 2012.

La chambre note toutefois que si ces éléments, qui n'ont du reste été étayés par aucune pièce justificative, sont susceptibles d'expliquer le taux d'encadrement observé avant le renouvellement de la convention tripartite, et plus particulièrement celui des aides-soignants (0,38), en revanche, ils ne permettent nullement d'expliquer l'augmentation de ce ratio depuis la signature de la convention (+ 12,27 %).

⁶¹ Le taux d'encadrement correspond au rapport entre les effectifs de personnels en équivalent temps plein (ETP) et le nombre de places dans l'établissement.

⁶² Cf. CNSA, La situation économique et financière des EHPAD entre 2017 et 2018.

⁶³ Le ratio atteint 0,48 si l'on rapporte le nombre d'ETPR au nombre de résidents.

⁶⁴ En appliquant le taux d'encadrement prévu à la fin de la convention tripartite (0,38), le nombre d'ETPR AS aurait dû être au 31 décembre 2019 de 80,71, soit un écart de - 12,86 par rapport aux 93,57 ETPR précités.

b - Un temps de présence du médecin coordonnateur insuffisant

Par ailleurs, contrairement à l'obligation posée par l'article D. 312-156 du code de l'action sociale et des familles, l'établissement ne disposait pas, au moment de l'instruction, d'un médecin coordonnateur.

Sur ce point, la direction a indiqué qu'un recrutement était en cours mais que le contexte de la crise sanitaire liée au Covid 19 avait empêché le processus d'aboutir malgré le recours à un cabinet spécialisé dans le recrutement médical.

En tout état de cause, le temps de présence minimal du médecin coordonnateur pour la fonction de coordination, fixé depuis 2011 par l'article D. 312-156 précité à 0,8 ETP pour les EHPAD dont la capacité autorisée est égale ou supérieure à 200 places, n'a jamais été respecté au cours de la période sous revue.

Selon la direction, cette situation s'explique par les difficultés de recrutements médicaux sur la région, et le temps très limité de médecin coordonnateur constaté en 2015 (0,06 ETP) et 2016 (0,1 ETP), puis par son absence entre février 2015 et septembre 2016, à la suite du licenciement pour faute grave du précédent praticien exerçant cette fonction.

Quant au dernier médecin coordonnateur, il avait été recruté en septembre 2016 à plein temps mais avec une affectation à 0,7 ETP dans les services de l'EHPAD et seulement 0,3 ETP en tant que médecin coordonnateur.

La chambre demande par conséquent à l'établissement de poursuivre ses efforts afin de désigner un médecin coordonnateur à hauteur de 0,80 ETP dans les plus brefs délais.

B - L'organisation du temps de travail du personnel non médical

1 - La formalisation des règles relatives au temps de travail

Le protocole d'accord local relatif à la réduction du temps de travail du 31 janvier 2002 a été renégocié avec les partenaires sociaux en juin 2018 à la suite d'une période d'expérimentation de décembre 2017 à mai 2018.

Selon le préambule du nouvel accord, cette renégociation était justifiée par le fait que « l'établissement a rencontré des difficultés budgétaires ces trois dernières années et les exercices comptables 2014, 2015, et 2016 se sont terminés sur des déficits importants sur le budget du personnel. Par ailleurs, l'obligation faite aux établissements, par le respect de l'ONDAM avec un taux d'évolution de la masse salariale à 1 % entre 2015 et 2017 a amené la direction à rechercher des solutions. En effet, le pourcentage d'évolution de la masse salariale atteint près de 3,5 %. »

Outre la mise en place de nouveaux cycles de travail jugés moins contraignants par les agents selon la direction⁶⁵, le nouvel accord s'est accompagné d'une réduction du nombre de jours de RTT (de 18 à 8) pour une majorité d'agents dont l'organisation de travail est passée de 38 heures à 36 heures 15.

Si le comité technique d'établissement (CTE) assure le rôle de comité de suivi et d'évaluation prévu à l'article 9.1 du nouvel accord local, en revanche aucun bilan financier n'a à ce jour été réalisé.

Par ailleurs, le nouvel accord local présente l'inconvénient de faire perdurer des stipulations non conformes aux organisations mises à jour chaque année.

⁶⁵ Les nouvelles organisations ont notamment permis aux agents de l'EHPAD de ne travailler qu'un week-end sur trois au lieu d'un week-end sur deux et aux autres professionnels de bénéficier de nouvelles souplesses liées à l'augmentation des amplitudes.

La chambre recommande par conséquent au CH de réaliser un bilan financier des nouvelles organisations mises en place et de mettre à jour chaque année l'accord local en même temps que les annexes s'y rapportant.

2 - Les durées annuelles de travail

Malgré la signature du nouvel accord local, la durée légale du travail des agents en repos fixe et des agents travaillant exclusivement la nuit n'est pas respectée au CH d'Yvetot⁶⁶.

Il en résulte, selon les estimations de la chambre, un surcoût équivalant à 1,33 ETP environ.

Sur ce point, la direction a indiqué, en se fondant sur les explications de son éditeur de logiciel RH, que ces écarts s'expliquaient par le fait que les agents de l'établissement bénéficiaient de jours de congés supplémentaires tels que les jours dit « *de fractionnement* »⁶⁷ ou « *hors saison* »⁶⁸.

Il est rappelé que les jours de congés supplémentaires susceptibles d'être accordés sous conditions en application des dispositions du décret n° 2002-8 du 4 janvier 2002 constituent des droits individuels et ne peuvent, dès lors, être intégrés au cadre collectif.

La chambre demande donc au CH d'appliquer strictement la réglementation relative à la durée du travail des personnels non médicaux.

3 - Les autorisations spéciales d'absence (ASA)⁶⁹ pour événements familiaux

Sur la période contrôlée, le CH d'Yvetot a accordé 602,5 jours d'ASA pour motifs familiaux dont 432,5 jours pour gardes d'enfants (71,8 %), soit une moyenne d'un peu plus de 100 jours par an.

La chambre a pu constater que l'annexe à l'accord local renégocié définissant le régime des ASA pour motifs familiaux était irrégulière à plusieurs égards. Outre l'absence de prise en compte des dernières évolutions législatives et réglementaires en cas de décès d'un enfant⁷⁰, celle-ci permet le bénéfice d'autorisations spéciales d'absence pour motifs familiaux non prévues par les textes (ex : 5 jours en cas de décès du conjoint).

Par ailleurs, alors que la circulaire n° 1475 du 20 juillet 1982 prévoit la possibilité pour les agents publics de bénéficier de 6 jours d'absence⁷¹ pour soigner un enfant malade ou en assurer momentanément la garde, portés à 12 jours lorsque l'agent assume seul la charge de l'enfant, que son conjoint est à la recherche d'un emploi ou que son conjoint ne bénéficie

⁶⁶ Le décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 prévoit une obligation annuelle de travail de : 1 607 heures pour les agents repos fixe, réduite à 1 582 heures pour les agents en repos variable effectuant entre 10 et 19 dimanches/jours fériés dans l'année civile, à 1 568 heures pour les agents en repos variable effectuant 20 dimanches/jours fériés ou plus dans l'année civile, et à 1 476 heures pour les agents travaillant exclusivement la nuit.

⁶⁷ En application de l'article 1^{er} du décret n° 2002-8 précité, l'agent qui fractionne ses congés annuels en trois périodes ou plus d'au moins cinq jours ouvrés chacune bénéficie d'un jour de congé supplémentaire.

⁶⁸ En application du même article, l'agent qui prend trois, quatre ou cinq jours ouvrés de congés, en continu ou discontinu, dans la période du 1^{er} novembre au 30 avril, bénéficie d'un jour de congé supplémentaire. Un deuxième jour de congé supplémentaire est attribué à l'agent lorsque ce nombre est au moins égal à six jours ouvrés.

⁶⁹ Selon la circulaire précitée du 31 mars 2017 relative à l'application des règles en matière de temps de travail dans les trois versants de la fonction publique, les ASA constituent des « *autorisations permettant à l'agent de s'absenter de son service alors qu'il aurait dû exercer ses fonctions, lorsque des circonstances le justifient* ».

⁷⁰ En application de l'article 21 de loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 tel que modifié par la loi n° 2020-692 du 8 juin 2020, les fonctionnaires bénéficient désormais d'une autorisation spéciale d'absence de 5 jours ouvrables pour le décès d'un enfant qui peut être portée à 7 jours lorsque l'enfant était âgé de moins de vingt-cinq ans ou en cas de décès d'une personne âgée de moins de vingt-cinq ans dont le fonctionnaire a la charge effective et permanente.

⁷¹ Ces 6 jours correspondent aux obligations hebdomadaires de service, plus un jour.

d'aucune autorisation d'absence rémunérée, l'accord local renégocié prévoit l'attribution automatique de 12 jours d'absence⁷² dès lors que le conjoint n'est pas fonctionnaire.

Enfin, le même accord local prévoit un « *délai de carence* » de 8 jours à compter de l'année 2018 « *pour le décompte des jours d'absence annuels entrant dans le calcul de la prime de service* », ce qui n'est pas prévu par les textes (cf. prime de service).

En réponse aux observations provisoires de la chambre, l'établissement a mis en conformité l'annexe à l'accord local renégocié avec la réglementation s'agissant des autorisations spéciales d'absence accordées en cas de décès d'un enfant depuis l'entrée en vigueur de la loi n° 2020-692 du 8 juin 2020 ou du conjoint, ainsi que celles relatives aux soins d'un enfant malade.

4 - Les journées « médailles »

Depuis 2014, l'établissement a accordé 66 jours de congés, soit une moyenne de 11 jours par an, au titre des remises de médailles d'honneur décernées aux professionnels ayant exercé au sein de l'établissement durant plusieurs années.

Il est rappelé que si ces médailles ont été créées par décret n° 87-594 du 22 juillet 1987 afin de récompenser les agents ayant manifesté une réelle compétence professionnelle et un dévouement constant au service des régions, des départements, des communes et de leurs établissements publics, en revanche, ce texte ne confère aucun droit à des jours de congés supplémentaires.

En outre, depuis l'entrée en vigueur de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 dite « HPST », les établissements publics de santé sont désormais considérés comme des établissements publics nationaux et ne rentrent donc plus dans le champ du décret n° 87-594 du 22 juillet 1987 précité.

Il est par conséquent demandé au CH de cesser l'attribution de ces jours de congés non prévus par les textes.

En réponse aux observations provisoires de la chambre, la direction a indiqué que les cérémonies de remise des médailles ainsi que les jours octroyés aux agents à l'occasion de celles-ci seraient supprimés à l'avenir.

C - **L'absentéisme**⁷³

1 - Le taux d'absentéisme

Sur la période sous revue, le taux d'absentéisme du personnel non médical⁷⁴ a oscillé entre 8,13 % (2015) et 10,51 % (2017).

Comparé aux résultats des « *petits centres hospitaliers* »⁷⁵, le taux d'absentéisme du CH d'Yvetot, qui était inférieur à cette moyenne jusqu'en 2015, est désormais à un niveau plus élevé.

⁷² Ces 12 jours correspondent à deux fois les obligations hebdomadaires de service de l'agent, plus deux jours.

⁷³ Selon le réseau ANACT/ARACT, l'absentéisme caractérise « *toute absence qui aurait pu être évitée par une prévention suffisamment précoce des facteurs de dégradations des conditions de travail entendus au sens large : les ambiances physiques mais aussi l'organisation du travail, la qualité de la relation d'emploi, la conciliation des temps professionnel et privé, etc.* ».

⁷⁴ L'absentéisme médical étant très faible, il n'est pas comptabilisé par l'établissement.

⁷⁵ Expression utilisée par l'ATIH dans ses analyses des bilans sociaux des établissements publics de santé pour qualifier les établissements dont le total des produits de gestion est inférieur à 20 M€.

Comparé au niveau moyen constaté dans les EHPAD (entre 9 et 10 % selon les sources), le taux d'absentéisme de l'établissement se situe :

- pour les exercices 2015 et 2016 : à un niveau inférieur ;
- pour les autres exercices : à un niveau comparable (2014, 2018 et 2019), voire légèrement supérieur (2017).

L'établissement a également produit, à la demande de la chambre, des chiffres par service qui font apparaître un taux d'absentéisme des professionnels de l'EHPAD supérieur aux chiffres globaux (17,50 % en 2018 et 16,24 % en 2019).

La chambre recommande à cet égard de mettre en place un suivi de l'absentéisme par service afin de cibler plus précisément les besoins en termes de plans d'actions.

Le nombre de jours d'arrêts pour maladie ordinaire est passé de 6 578 en 2017, son niveau le plus élevé sur la période sous revue, à 3 953 en 2019, soit une diminution de 39,9 % en lien, selon l'établissement, avec la réintroduction du « *jour de carence* » par l'article 115 de la loi n° 2017-1837 du 30 décembre 2017 de finances pour 2018.

Sur la même période, le nombre de jours d'absences pour cause d'accident du travail a quasiment doublé, passant de 747 à 1 467⁷⁶ et celui pour maladie professionnelle de 0 à 259.

Au total, l'absentéisme dit compressible⁷⁷ s'élève sur la période contrôlée à 33 778 jours, représentant un coût d'environ 681 890 € en moyenne par an (15,42 ETP)⁷⁸.

Enfin, malgré la diminution depuis 2015 du nombre de jours d'absence pour cause de maternité, paternité et adoption (- 48,44 %), le nombre de jours ouvrés d'absences incompressibles a augmenté depuis 2017 (+ 36,4 %) en raison de la progression du nombre de jours d'absence pour cause de longue maladie.

2 - La politique de remplacement

Les dépenses de remplacement du personnel non médical, qui concernent essentiellement l'EHPAD (entre 80 et 85 % selon les années), sont particulièrement élevées sur l'ensemble de la période couverte. Elles sont passées de 981 992 € en 2014 à plus de 1,7 M€ en 2018, soit une augmentation de + 73,54 %, avant de baisser légèrement en 2019 (- 8 %), année au cours de laquelle elles représentaient 21,5 %⁷⁹ du total des dépenses de rémunération du personnel non médical et 13,4 % du total des dépenses de personnel de l'établissement.

S'agissant des modalités de remplacement, l'établissement a précisé qu'il n'avait eu recours à l'intérim qu'une seule fois en 2018, à la suite à d'une pénurie d'IDE, les remplacements s'effectuant en principe par recrutement de CDD et que les responsables de services avaient pour consigne de ne faire appel aux CDD, que lorsque les mouvements en interne étaient impossibles.

Le nombre de CDD au 31 décembre, qui concernent essentiellement des aides-soignants, est passé de 51,73 en 2014 à 71,17 ETP en 2018, soit une augmentation de + 37,6 %, avant de légèrement baisser en 2019 (65,64 ETP).

⁷⁶ Ces accidents sont liés essentiellement à des efforts de manipulations/soulèvement (36,67 %), des chocs et coups (18 %), et des chutes et glissades (13,33 %).

⁷⁷ Selon la DARES, font partie de l'absentéisme compressible : la maladie ordinaire, les absences injustifiées et les accidents du travail et maladies professionnelles.

⁷⁸ Méthode retenue (hors prise en compte du jour de carence) : coût moyen ETP 2019 (44 210 €) * [nombre de jours d'absence moyen (5 629,6) / 365].

⁷⁹ Dans le détail, ce ratio est de 24,57 % pour le budget EHPAD et de 10,62 % pour le budget H.

3 - Les actions mises en place pour prévenir et lutter contre l'absentéisme

Si l'établissement a mis en place un certain nombre d'actions destinées à prévenir l'absentéisme⁸⁰, il ne dispose pas d'un document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) actualisé, celui-ci n'ayant pas été mis à jour depuis mai 2012.

La chambre rappelle à cet égard qu'en application de l'article R. 4121-2 du code du travail, la mise à jour du DUERP doit être réalisée : au moins chaque année ; lors de toute décision d'aménagement important modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail ; lorsqu'une information supplémentaire intéressant l'évaluation d'un risque dans une unité de travail est recueillie.

Sur ce point, la direction a indiqué avoir mis en place un groupe de travail par service afin d'actualiser le DUERP. Toutefois, si la composition de ces groupes a été arrêtée fin 2019, la gestion du Covid 19 a retardé leur mise en place effective. Le DUERP actualisé devrait être validé aux instances de décembre 2021.

En complément, la chambre invite l'établissement à :

- développer des actions d'analyse des causes des accidents du travail (méthode de l'arbre des causes, études de cas avec le concours d'un médecin du travail, etc) et d'accompagnement des professionnels (entretiens de retour à l'emploi, suivis avec le médecin du travail, etc.) ;

- utiliser si besoin les outils élaborés par la HAS et l'ANACT en matière de qualité de vie au travail tels que les espaces de discussion⁸¹ ou les reportages photos⁸².

D - Le régime indemnitaire

1 - Le régime indemnitaire du personnel médical

a - La rémunération des praticiens contractuels

Alors qu'en application de l'article R. 6152-416 du code de la santé publique, les rémunérations des praticiens contractuels sont plafonnées au 4^{ème} échelon des émoluments perçus par les praticiens majorés de 10 %, tous les praticiens contractuels actuellement en poste ont été recrutés au-delà du 10^{ème} échelon⁸³. Il en est de même s'agissant des praticiens contractuels recrutés pour assurer, en cas de nécessité de service, le remplacement de praticiens hospitaliers lors de leurs absences ou congés statutaires.

La direction de l'hôpital a indiqué être contrainte de proposer des rémunérations bien supérieures aux plafonds fixés par la réglementation à certains professionnels médicaux en raison des difficultés de recrutement de l'établissement.

⁸⁰ Notamment : signature d'un contrat local d'amélioration des conditions de travail (CLACT) en 2014, achats de matériels et équipements destinés à diminuer les ports de charges et les postures contraignantes lors de la manipulation des résidents, formations des professionnels sur la prévention des troubles musculo-squelettiques (TMS) et la manutention des personnes, réalisation en 2019 d'études ergonomiques de plusieurs postes avec le concours du CHU de Rouen.

⁸¹ Les « espaces de discussion » sont des espaces collectifs qui permettent une discussion centrée sur l'expérience de travail et ses enjeux, les règles de métier, le sens de l'activité, les ressources, les contraintes.

⁸² L'objectif de cette méthode est d'aider les acteurs de l'établissement, au sein d'un service, d'une unité de travail, d'une équipe, d'un périmètre défini (activité, projet) à engager la discussion et à mettre en débat le travail en réalisant un état des lieux partagé. Dans un second temps, il permet d'identifier les situations à améliorer et d'en définir le degré de priorité.

⁸³ Chaque contrat a en outre fait l'objet d'avenants portant la rémunération des praticiens concernés au 11^{ème} échelon à compter de 2019, et au 13^{ème} échelon à compter de 2020.

La chambre a également constaté que les contrats de travail des praticiens contractuels actuellement en poste avaient été conclus pour des durées indéterminées au titre de l'article R. 6152-403 du code de la santé publique.

Il est rappelé que si les activités médicales exercées dans les structures de SSR et de prise en charge des personnes âgées sont bien mentionnées par l'arrêté du 25 octobre 2011 relatif aux missions spécifiques nécessitant une technicité et une responsabilité particulière, les contrats des praticiens recrutés sur ce fondement ne peuvent être conclus pour une durée indéterminée dès la première embauche.

En réponse aux observations provisoires de la chambre, la direction a produit une nouvelle maquette de contrat qui, bien que prévoyant un plafonnement de la rémunération au 4^{ème} échelon des émoluments perçus par les praticiens majorés de 10 %, ainsi qu'une durée déterminée, amalgame les recrutements réalisés au titre de l'article R. 6152-402 et ceux réalisés au titre de l'article R. 6152-403 du code de la santé publique.

Par ailleurs, alors que l'établissement rémunère depuis plusieurs années un médecin de ville disposant d'une patientèle importante au sein de l'établissement (environ 70 résidents de l'EHPAD) et présenté comme ayant le statut de praticien attaché, seul un contrat de travail daté du 18 avril 1992, conclu pour une période d'un an, indiquant notamment que le médecin concerné percevra une « *indemnité calquée sur les émoluments hospitaliers des praticiens exerçant leurs fonctions à temps partiel* », a pu être produit.

Outre la caducité d'un tel contrat et les risques que cette situation présente, la chambre rappelle qu'en application de l'article R. 6152-610 du code de la santé publique, les praticiens attachés sont recrutés par contrat d'une durée maximale d'un an, renouvelable dans la limite d'une durée totale de vingt-quatre mois, puis par un contrat de trois ans, la conclusion d'un contrat à durée indéterminée n'étant possible qu'à l'issue du contrat triennal.

En réponse aux observations provisoires de la chambre, la direction a indiqué qu'un nouveau contrat serait proposé au praticien pour les quelques semaines lui restant à assurer, celui-ci ayant fait valoir ses droits à la retraite à compter d'octobre 2021.

Enfin, les engagements de ne pas exercer d'activité libérale pendant une durée de trois ans exigés par l'article 3 de l'arrêté du 8 juin 2000 des deux professionnels percevant une indemnité d'engagement de service public exclusif n'ont été souscrits que durant l'instruction de la chambre.

b - La permanence des soins⁸⁴ et du temps de travail additionnel (TTA)

Le CH ne bénéficiant d'aucun financement spécifique de l'ARS au titre de la permanence des soins, celle-ci est intégralement assumée par l'établissement, ce qui représente une dépense de 37 745 € par an en moyenne.

La permanence des soins, qui doit tenir compte de la nature, de l'intensité des activités ainsi que du budget alloué à l'établissement, est assurée, depuis 2016, 365 jours par

⁸⁴ Selon l'article 3 de l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique, la permanence des soins a pour objet d'assurer la sécurité des malades hospitalisés ou admis d'urgence et la continuité des soins excédant la compétence des auxiliaires médicaux ou des internes en dehors du service quotidien, pendant chaque nuit, samedi après-midi, dimanche ou jour férié. Elle est organisée soit sur place, soit par astreinte à domicile qui peut donner lieu à déplacement. Dans ce dernier cas, le praticien est tenu de répondre à tout appel dans les plus brefs délais.

an par quatre praticiens contractuels, y compris ceux affectés à l'EHPAD, avec l'appui ponctuel de praticiens extérieurs.

Contrairement à ce que prévoit l'article 5 de l'arrêté du 30 avril 2003, cette organisation n'était, jusqu'en 2021, pas arrêtée chaque année par le directeur après avis de la CME mais simplement reconduite de manière tacite d'une année sur l'autre en accord avec les praticiens concernés.

En outre, alors qu'en application de l'article 3 du même arrêté, la permanence des soins ne concerne que les nuits, samedis après-midi, dimanches ou jours fériés, les visites et déplacements ayant lieu le samedi matin étaient comptabilisés à tort jusqu'en juin 2021 comme relevant de la permanence des soins et donnaient lieu à une indemnisation spécifique à ce titre.

Il a également été constaté que les tableaux des astreintes médicales élaborés chaque mois ne répondaient pas aux exigences posées par l'article 11 du même arrêté sur l'ensemble de la période sous revue. En effet, si les tableaux consultés par la chambre précisent bien le jour, la date, le nom et le numéro de téléphone du praticien concerné, ils ne mentionnent ni les périodes de temps de travail de jour, ni les repos quotidiens et les repos de sécurité. De plus, alors que la réglementation impose que les tableaux de service nominatifs soient arrêtés par le directeur avant le 20 de chaque mois pour le mois suivant, les tableaux des astreintes médicales ont été signés uniquement par le président de la CME, parfois quelques jours seulement avant le premier jour du mois suivant.

La chambre a aussi constaté que l'établissement n'avait pas tiré les conséquences de la réforme des modalités d'indemnisation de la permanence des soins issue de l'arrêté du 8 novembre 2013, et continuait d'appliquer les règles en vigueur avant la parution de ce texte⁸⁵.

S'agissant des astreintes, il est rappelé qu'en application du III de l'article 14 de l'arrêté du 30 avril 2003, les temps d'intervention effectifs, décomptés en heures, et les temps de trajet, décomptés de manière forfaitaire pour une heure aller-retour, doivent être cumulés et convertis en plage de 5 heures en fin de quadrimestre. Ils sont ensuite, au choix du praticien :

- intégrés dans ses obligations de service, chaque plage de 5 heures cumulées étant alors convertie en une demi-journée indemnisée à hauteur d'une demi-indemnité de sujétion d'un montant de 133,90 € ;
- ou rémunérés, chaque plage de 5 heures cumulées étant alors convertie en une demi-journée de temps de travail additionnel de jour en cas d'adoption d'un schéma régional de la permanence des soins (159,72 €), ou de nuit à défaut (239,83 €).

Une indemnisation forfaitaire des astreintes opérationnelles au plus égale au montant d'une demi-indemnité de sujétion augmenté de l'indemnité de base et recouvrant les temps de déplacement, temps de trajet compris, est également possible, ainsi que le prévoit le IV du même article, sur proposition de la CME.

En réponse aux observations provisoires de la chambre, la direction a produit un document intitulé « *Organisation de la permanence de soins* » ayant vocation à être validé lors de la CME de juin 2021 qui prévoit notamment que : « *Les déplacements et le temps de présence sont suivis par le service des ressources humaines et font l'objet d'une indemnisation en TTA de nuit et de week-end tous les quadrimestres.* »

⁸⁵ Outre l'indemnité forfaitaire de base, les praticiens effectuant des astreintes perçoivent un montant forfaitaire pour chaque déplacement réalisé pendant (66,190 € en 2018) ou après (74,610 € en 2018) l'astreinte, ainsi qu'une indemnisation sous forme de temps de travail additionnel.

Jusqu'en 2021, l'établissement ne satisfaisait pas non plus aux exigences minimales en matière de justification et de traçabilité des heures réalisées au titre de la permanence des soins. En pratique, les praticiens adressaient à la direction des ressources humaines de simples feuilles blanches indiquant le nombre de déplacements et les demi-périodes de temps de travail additionnel réalisées au cours du mois avec les codes paye correspondants, accompagnées la plupart du temps de fiches de déplacement dans l'ensemble mal renseignées.

Sur ce point, la direction a indiqué qu'il avait été demandé aux médecins assurant la permanence des soins de compléter à l'avenir les items des justificatifs de manière exhaustive (heure d'appel, heures d'arrivée et de départ de l'hôpital, nom pour chaque patient soigné et indication des soins dispensés, etc.).

De même, il est rappelé qu'en application de l'article 10 du même arrêté, il incombe au directeur de l'établissement d'arrêter, au terme de chaque quadrimestre, un état récapitulatif :

- les périodes de jour du lundi matin au samedi midi (et périodes assimilées) effectuées au titre des obligations de service ;
- les périodes effectuées la nuit, le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés ;
- le décompte de celles de ces périodes qui sont intégrées dans les obligations de service ;
- le solde de ces périodes correspondant aux périodes de temps de travail additionnel.

S'agissant du temps de travail additionnel, la chambre a également relevé qu'aucun contrat n'avait été signé entre les praticiens et le responsable de la structure, alors que l'article 4 de l'arrêté précité du 30 avril 2003 impose la conclusion de tels contrats, que le recours au temps additionnel soit prévisible ou ponctuel.

La direction a justifié cette situation par le fait que la permanence des soins était assurée toute l'année par quatre praticiens en moyenne, ce qui rendait impossible le respect des durées de repos prévues par la réglementation.

Le nombre de demi-journées effectuées -74 demi-journées en moyenne par an- est en effet particulièrement élevé.

La chambre rappelle qu'en vertu de l'article R. 6152-27 du code de la santé publique, les praticiens exerçant au sein des établissements publics de santé doivent bénéficier d'un repos quotidien d'une durée minimale de 11 heures consécutives par période de 24 heures. Si le même article prévoit la possibilité d'accomplir une durée de travail continue pouvant aller jusqu'à 24 heures, cette situation dérogatoire implique que le praticien bénéficie, immédiatement à l'issue de cette période, d'un repos d'une durée équivalente.

Enfin, alors que le même article prévoit que le décompte du temps de travail additionnel n'intervient qu'à l'issue de chaque période de référence de quatre mois, les professionnels participant à la permanence des soins perçoivent quasiment chaque mois une indemnisation au titre du temps de travail additionnel. Celui-ci est donc rémunéré *a priori* alors qu'il devrait l'être *a posteriori* après contrôle du dépassement effectif des obligations de service sur une période de quatre mois.

Sur ce point, la direction a répondu que le temps de travail additionnel serait désormais recueilli dans un tableau de suivi et rémunéré après compilation sur des périodes de quatre mois dans un état récapitulatif conformément à l'arrêté du 30 avril 2003 précité.

2 - Le régime indemnitaire du personnel non médical

a - Le versement aux contractuels de primes non prévues par les textes

Plusieurs agents non titulaires -essentiellement des aides-soignants- perçoivent chaque mois une prime non prévue par les textes dénommée « *prime indiciaire* », ressemblant dans ses modalités à la nouvelle bonification indiciaire (NBI) instituée par le décret n° 90-989 du 6 novembre 1990 et dont le versement est réservé aux agents titulaires en application du décret n° 94-139 du 14 février 1994.

L'établissement a confirmé qu'il s'agissait bien d'une prime inspirée de la NBI permettant de contourner l'impossibilité technique de son versement résultant des blocages propres au logiciel de paie de l'établissement.

En réponse aux observations provisoires de la chambre, la directrice de l'établissement a indiqué que la prime indiciaire avait cessé d'être versée aux nouveaux personnels recrutés à compter de décembre 2020 et qu'elle serait supprimée des bulletins de salaires des agents présents précédemment à compter du 1^{er} juin 2021.

En outre, plusieurs agents contractuels bénéficient de primes réservées par les textes aux agents titulaires, dont notamment, la « *prime spéciale de début de carrière* » (décret n° 89-922 du 22 décembre 1989) et la « *prime spécifique à certains agents* » (décret n° 88-1083 du 30 novembre 1988).

La chambre demande par conséquent à l'établissement de mettre un terme au paiement de l'ensemble des primes irrégulièrement versées aux agents non titulaires.

b - Une attribution irrégulière de la prime de service

Conformément à l'arrêté du 24 mars 1967 et à la circulaire du 24 mai 1967, les personnels titulaires et stagiaires⁸⁶ perçoivent chaque année une prime dite de service en considération de leur valeur professionnelle et de leur activité représentant pour l'établissement une dépense de 240 000 € par an environ.

Toutefois, alors que l'article 3 de l'arrêté précité du 24 mars 1967 prévoit que toute journée d'absence entraîne un abattement d'un cent quarantième du montant de la prime individuelle, les partenaires sociaux ont négocié avec la direction du CH d'Yvetot l'application d'un « *délai de carence* » de huit jours pour le décompte des jours d'absence entrant dans le calcul de la prime de service.

En outre, les professionnels de l'établissement peuvent bénéficier d'une prime dite de « *présentisme* » d'un montant de 240 €, modulée en fonction du nombre de jours d'absence (240 € en cas d'absence comprise entre un et deux jours, 120 € en cas d'absence de 3 jours, 0 au-delà de 3 jours), qui n'est prévue par aucun texte.

Si un nouveau mode de calcul de la prime de service est actuellement en cours de préparation compte tenu de la suppression de la notation à compter du 1^{er} janvier 2021, les règles prévues par l'arrêté du 24 mars 1967 et la circulaire du 24 mai 1967 demeurent, dans l'attente de la parution de nouveaux textes, toujours applicables.

Il est également rappelé que l'arrêté du 18 décembre 2020 modifiant l'arrêté du 24 mars 1967 a institué un dispositif transitoire prévoyant notamment, pour les établissements n'ayant pas procédé avant le 1^{er} janvier 2021 à la notation au titre de la même année, que la note à prendre en compte était celle obtenue au titre de l'année 2019 à laquelle est appliqué un taux d'évolution annuelle, défini par l'autorité investie du pouvoir de nomination.

La chambre demande par conséquent au CH d'Yvetot d'appliquer strictement la réglementation en vigueur concernant le versement de la prime de service.

⁸⁶ A l'exclusion des agents percevant l'indemnité forfaitaire technique ou la prime de technicité.

c - Un volume d'heures supplémentaires très important

Le régime des heures supplémentaires du CH est prévu à l'article 6.5 de l'accord local renégocié en juin 2018, lequel stipule, conformément aux dispositions de l'article 15 du décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 : « *les agents relevant du régime de décompte horaire peuvent être assujettis à effectuer des heures supplémentaires dans la limite de 15 heures par mois (180 heures par an) et par agent. Ce plafond est porté à 18 h par mois pour les cadres de santé infirmiers et les personnels d'encadrement des équipes techniques.* »

Les dépenses liées au paiement d'heures supplémentaires du personnel non médical ont fortement augmenté depuis 2014, passant de 3 712 € à plus de 26 757 € en 2019.

Sur ce point, la direction a précisé que, depuis 2016, une politique de rémunération des heures supplémentaires avait été mise en place afin, d'une part, d'éviter le recours systématique à du personnel de remplacement. Le CH a également indiqué, et d'autre part, d'assurer la continuité des soins avec du personnel de moins en moins volontaire pour effectuer des remplacements et que la règle de rémunération en heures supplémentaires ne s'appliquait que sur des remplacements « au pied levé » ou en situation exceptionnelle (remplacement de nuit pour un agent de jour, un appel le matin pour l'après-midi, un week-end supplémentaire, etc.).

Selon les éléments transmis par l'établissement, les heures supplémentaires, qui s'élevaient fin 2019 à 3 602,5, soit un ratio de quasiment 14 heures par agent, en augmentation par rapport à 2018⁸⁷ (+ 18,8 %), sont majoritairement récupérées, même si le taux de rémunération atteint 43 % en 2018 et 45 % en 2019.

Ces chiffres doivent toutefois être pris avec précaution dans la mesure où le contrôle des fiches de paie a révélé une inversion entre les colonnes « taux » et « nombre » selon le type d'heures supplémentaires indemnisées, que l'établissement n'a pas su justifier.

En outre, la direction des ressources humaines a utilisé jusqu'en 2021 le code paie « heures complémentaires », en principe réservé aux heures effectuées par les agents à temps non complet en dépassement de leur temps de travail hebdomadaire, afin de solder les heures supplémentaires dues aux agents à temps plein en fin de contrat.

Enfin, la chambre a relevé en 2018 plusieurs dépassements du contingent mensuel fixé à 15 heures par l'article 15 du décret du 4 janvier 2002.

La chambre invite par conséquent l'établissement à faire preuve de plus de rigueur dans le suivi des heures supplémentaires et à respecter le contingent réglementaire de 15 heures.

d - Les gardes et astreintes non médicales

Selon les éléments transmis par l'établissement, douze agents par an en moyenne réalisent des gardes et astreintes non médicales, dont huit au titre des « *gardes de direction* » au sens du décret n° 2010-30 du 8 janvier 2010 et quatre au titre des astreintes techniques.

Conformément à l'article 20 du décret n° 2002-9 précité, la liste des activités, des services et des catégories de personnels concernés par les astreintes a été arrêtée par le chef d'établissement après avis du comité technique d'établissement. Elle figure à l'article 7.1 de l'accord local relatif au temps de travail renégocié en juin 2018.

⁸⁷ L'établissement n'a pas été en mesure de fournir le volume d'heures supplémentaires réalisées sur les exercices antérieurs ni de détailler la répartition entre le budget E et le budget H.

Les décisions d'attribution des concessions de logement pour nécessité absolue de service en contrepartie de la réalisation de « *gardes de direction* », qui n'avaient pas été prises, ont été régularisées durant l'instruction.

Les agents réalisant des « *gardes de direction* » bénéficient tous, en contrepartie de sujétions de responsabilité permanentes, d'une indemnité compensatrice mensuelle et ce alors même que plusieurs logements appartenant à l'établissement, dont le pavillon de direction, sont loués à des particuliers et des agents de l'établissement ne réalisant ni garde ni astreinte et pour des tarifs inférieurs au prix du marché.

La chambre rappelle qu'en application de l'article 3 du même texte, les fonctionnaires bénéficiant d'une concession de logement par nécessité absolue de service doivent être logés par priorité dans le patrimoine de l'établissement.

Jusqu'en 2021, le conseil de surveillance n'avait jamais été informé de l'état du patrimoine de l'établissement, des concessions de logement et de leur répartition entre les différentes catégories de fonctionnaires réalisant des gardes de direction, contrairement à l'obligation prévue par l'article 14 du décret n° 2010-30 précité.

En outre, trois agents (deux adjoints des cadres et un technicien hospitalier) réalisent des « *gardes de direction* » alors qu'ils n'appartiennent à aucun des corps ou emplois mentionnés au II de l'article 2 du même décret.

Sur ce point, la direction a indiqué que les personnels de catégorie B étaient indemnisés en astreinte conformément aux décrets n° 2002-9 du 4 janvier 2002 et n° 2003-507 du 11 juin 2003.

Si la participation des adjoints des cadres et des techniciens hospitaliers est conforme à la réglementation dans la mesure où ces corps et emplois figurent dans la liste fixée par l'arrêté du 24 avril 2002, en revanche, il est rappelé qu'en vertu de l'article 20 du décret n° 2002-9 précité, le recours aux astreintes a pour objet de faire face au caractère exceptionnel de certaines interventions incombant aux établissements dans le cadre de leurs missions de soins, d'accueil et de prise en charge des personnes.

Enfin, plusieurs agents réalisant des astreintes techniques ont dépassé le seuil des 144 heures par mois (72 heures d'astreinte pour 15 jours) fixé par l'article 23 du même décret.

Selon la direction, ces dépassements s'expliquent essentiellement par les difficultés de recrutement sur les services techniques rencontrées par l'établissement ayant entraîné des périodes où l'effectif de techniciens réalisant des astreintes était réduit et les temps d'intégration et de formations obligatoires (incendie, habilitations électriques, etc), y compris après recrutement.

Il est toutefois rappelé que la seule exception admise concerne les activités de prélèvement et de transplantation d'organes, pour lesquelles cette limite est portée à 120 heures d'astreinte pour 15 jours, soit 240 heures par mois.

ANNEXES

Annexe n° 1 : Évolution du nombre de lits et places au 31/12

Annexe n° 2 : Évolution de l'activité du CH

Annexe n° 3 : Comparaison des tarifs journaliers de prestation du département de la Seine-Maritime hors CHU (2019)

Annexe n° 4 : Évolution des effectifs

Annexe n° 1 Évolution du nombre de lits et places au 31/12

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Variation
Médecine	15	15	15	15	15	15	0 %
SSR	25	25	25	25	25	25	0 %
EHPAD	204	212	212	212	212	212	4 %
dont HP	201	201	201	201	201	201	0 %
dont HT	1	1	1	1	1	1	0 %
dont AJ	2	10	10	10	10	10	400 %
Total	244	252	252	252	252	252	3 %

Sources : données du CH

Annexe n° 2 Évolution de l'activité du CH

	2015	2016	2017	2018	2019	Variation
Médecine						
Séjours	376	412	387	376	359	- 4,52%
Journées	4 728	4 677	4 815	4 776	4 995	5,65%
DMS (en jours)	11,84	10,83	11,3	11,26	14,11	19,17 %
IP-DMS	1,366	1,185	1,38	1,39	1,42	3,95 %
Taux d'occupation	82,40 %	77,40 %	83,90 %	81,40 %	89,40 %	8,50 %
SSR						
Séjours	182	224	287	287	302	65,93 %
Journées	6 205	7 089	7 080	6 824	6 802	9,62 %
DMS (en jours)	30,42	28,24	25,99	24,7	25,1	- 17,49 %
Taux d'occupation	68,00 %	77,48 %	77,59 %	74,78 %	74,54 %	9,62 %
EHPAD						
Entrées	nc	64	48	59	63	
Journées	73 233	73 293	73 748	72 525	73 173	- 0,08 %
dont hébergement permanent	72 644	72 324	72 518	71 089	71 453	- 1,64 %
dont hébergement temporaire	210	345	315	300	330	57,14 %
dont accueil de jour	379	624	915	1 136	1 390	266,75 %
Taux d'occupation	99,02 %	98,31 %	98,85 %	96,90 %	97,39 %	- 1,65 %
dont hébergement permanent	99,02 %	98,31 %	98,85 %	96,90 %	97,39 %	- 1,65 %
dont hébergement temporaire	57,53 %	94,26 %	86,30 %	82,19 %	90,41 %	57,15 %
dont accueil de jour	nc	24,66 %	36,17 %	44,90 %	54,94 %	

Sources : CRC d'après rapports d'activité et Hospidiag

Annexe n° 3 **Comparaison des tarifs journaliers de prestation du département de la Seine-Maritime hors CHU (2019)**

En €	SSR	Médecine
CHI de Fécamp	395,39	775,52
GH du Havre	365,29	836,16
CHIC Elbeuf	355,88	896,24
CH de Dieppe	354	838
CH d'Eu	274	484,6
CHIC de Caux	252,73	785,94
CH du Rouvray	/	599
CH de Barentin	247,48	/
CH de Gournay-en-Bray	223,13	/
CH du Bois-Petit	210,56	/
CH de Neufchâtel-en-Bray	196,66	371,41
CH de Saint-Romain-de-Colbosc	187,59	/
CH de Darnétal	185,17	/
CH d'Yvetot	183,2	313,33

Source : CRC d'après arrêtés DG ARS

Annexe n° 4 Évolution des effectifs

En ETPR	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Variation
Personnel médical	5,35	5,05	6,39	6,45	6,55	6,16	15,14 %
dont PH temps partiel	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,00 %
dont praticiens contractuels	3,08	2,12	3,15	4,18	4	4	29,87 %
dont praticiens attachés/associés	1,1	1,55	0,63	0,67	1,3	1,18	7,27 %
dont internes et FFI	0,4	0,61	1,84	0,83	0,48	0,33	- 17,50 %
dont médecins du travail contractuel	0,17	0,17	0,17	0,17	0,17	0,05	- 70,59 %
Personnel non médical	247,14	260,67	259,55	262,77	260,68	259,82	5,13 %
dont soignants	174,85	187,86	182,69	183,92	185,21	193,1	10,44 %
dont éducatifs et sociaux	6,57	5,13	8,18	11,67	8,42	8,06	22,68 %
dont administratifs	16,33	17,47	16,77	16,56	16,42	16,87	3,31 %
dont médico-techniques et rééducation	5,65	6,82	4,11	4,55	5,63	5,36	- 5,13 %
dont techniciens et ouvriers	29,97	29,47	31,37	32,49	34,86	31,82	6,17 %
dont autres (CUI, apprentis...)	13,77	13,92	16,43	13,58	10,14	4,61	- 66,5 2%
Total	252,49	265,72	265,94	269,22	267,23	265,98	5,34 %

Sources : données du CH